



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**PRENATAL ANNE-BEBEK BAĞLANMASININ PRENATAL
DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ESRA ÖZER

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ELİF GÜRSOY**

2017



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**PRENATAL ANNE-BEBEK BAĞLANMASININ PRENATAL
DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ESRA ÖZER

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ELİF GÜRSOY**

KABUL VE ONAY SAYFASI

.....'in Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak hazırladığı
“.....” başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi
Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca
değerlendirilerek “KABUL” edilmiştir.

Tarih 15.12.2017

Üye: Doç. Dr. Elif GÜRSÖY (Danışman)

Üye: Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR

Üye: Yrd. Doç. Dr. Yeliz KAYA

Üye:

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
22/12/2017 tarih ve 1152/1.56.42. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Veyşi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

Özet

Amaç: Çalışma prenatal anne-bebek bağlanması ile prenatal depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma; bir devlet hastanesinin kadın doğum polikliniklerine Kasım 2014 - Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran araştırmaya katılma kriterlerini taşıyan 265 gebe ile yürütülmüştür. Veriler 'Prenatal Dönem Bireysel Bilgi Toplama Formu', 'Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri' ve 'Beck Depresyon Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada sürekli verilerin dağılımı ortalama-standart sapma, kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde ShapiroWilk's, Kruskal-Wallis H testi, korelasyon, Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 15.0 programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; gebelerin gelir durumu algılamaları, evlilik süresi, kronik hastalık, gebeliğe bağlı hastalık, bebekte sağlık problemi, tanısı konmuş psikiyatrik hastalık ve bebeğin istenme durumu ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Gebelerin sosyo- demografik ve obstetrik özelliklerine ile beck depresyon ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; gelir durumu algısı ($P < 0,001$), evlilik süresi, gebeliğe bağlı hastalık, bebekte sağlık problemi, ve bebeğin istenme durumu ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca, beck depresyon ölçeği ve doğum öncesi bağlanma ölçeği arasında ters yönlü düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -0,208$; $p < 0,001$).

Sonuç: Gebelerin doğum öncesi bağlanma düzeyi arttıkça, prenatal depresyon oranı azalmaktadır. Anne bebek bağlanmasını ve prenatal depresyonu olumsuz etkileyen faktörlerin başında düşük gelir durum algısı, evlilik süresi, gebeliğe bağlı hastalık, kronik hastalık, psikiyatrik hastalık, bebeği isteme durumu başında geldiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prenatal Bağlanma, Prenatal Depresyon, Gebelik

Summary

Objective: The study was aimed to determine the relationship between prenatal maternal-infant attachment and prenatal depression.

Materials and Method: Research was aimed with 265 pregnant women who met the criteria for participating in a survey of gynaecological outpatient clinics of a state hospital between November 2014 and December 2015. Data was collected using 'Prenatal Period Individual Information Collection Survey', Prenatal Attachment Inventory ' and 'Beck Hopelessness Scale'. In the study, the distribution of continuous data is given as mean-standard deviation, and categorical data is given as a percentage (%). In the analysis of obtained data, ShapiroWilk's, Kruskal-Wallis H test, correlation, Pearson Chi-Square and Pearson Exact Chi-Square analyses were used. IBM SPSS Statistics 15.0 program was used to analyse the data. For statistical significance, $p < 0.05$ was accepted as the criterion.

Results: When the average points of prenatal attachment scale according to socio-demographic and obstetric characteristics of the patients are examined, a statistically significant correlation could be seen between the prenatal attachment scale ($p < 0,05$) and factors such as perception of income status of the patient, marriage duration, chronic disease, pregnancy related illness, health problems in the infant, psychiatric diagnosis and the desire for the pregnancy. When the socio-demographic and obstetric characteristics of the patients and the average score of the Beck Hopelessness Scale were examined, it was found that there was a significant relationship between the scores obtained from the prenatal attachment scale ($p < 0,05$) and factors such as the perception of income status of the patient ($p < 0,001$), marriage duration, pregnancy related illness, health problems in the infant and the desire for the pregnancy. In addition, there was a negative correlation between the Beck Hopelessness Scale and prenatal attachment scale ($r = -0,208$; $p < 0.001$).

Result: The prenatal depression rate decreases as prenatal maternal infant bonding level increases. It is seen that mother infant attachment and prenatal depression are affected by low income status, marriage duration, pregnancy related illness, chronic illness, psychiatric illness and desire for the pregnancy.

Keywords: Prenatal Attachment, Prenatal Depression, Pregnancy

İçindekiler

| | |
|--|----------------------------------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI | Hata! Yer işareti tanımlanmamış. |
| Özet | iii |
| Summary | iv |
| İçindekiler | v |
| Tablo Dizini | vii |
| Şekil Dizini | viii |
| Kısaltmalar Dizini | ix |
| 1- GİRİŞ | 1 |
| 1.1- Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2- Araştırmanın Soruları | 3 |
| 1.3- Araştırmanın Amacı | 3 |
| 2- GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1- Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler | 4 |
| 2.1.1- Endokrin sistem değişiklikleri | 4 |
| 2.1.2- Hematolojik değişiklikler | 4 |
| 2.1.3- Kardiyovasküler sistem değişiklikleri | 4 |
| 2.1.4- Solunum sistemi değişiklikleri | 5 |
| 2.1.5- Sindirim sistemi değişiklikleri | 5 |
| 2.1.6- Genitoüriner sistem değişiklikleri | 5 |
| 2.1.7- Gebelikte memede oluşan değişiklikler | 6 |
| 2.1.8- Kas-iskelet sistemi değişiklikleri | 6 |
| 2.2- Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler | 6 |
| 2.2.1- Birinci trimestir | 7 |
| 2.2.2- İkinci trimestir | 7 |
| 2.2.3- Üçüncü trimestir | 8 |
| 2.3- Gebelikte Prenatal Distres | 8 |
| 2.3.1- Gebelikte kaygı | 8 |
| 2.3.2- Gebelikte stres | 9 |
| 2.3.3- Gebelikte anksiyete | 10 |
| 2.4- Gebelikte Prenatal Depresyon | 10 |
| 2.4.1- Gebelikte depresyonun önemi | 10 |
| 2.4.2- Prenatal depresyonun tanısı ve belirti-bulguları | 12 |
| 2.4.3- Prenatal depresyonun görülme oranları | 12 |
| 2.4.4- Prenatal depresyonun gebeliğe etkileri | 12 |
| 2.5- Bağlanma | 13 |
| 2.5.1- Bağlanma kavramı | 13 |
| 2.5.2- Prenatal bağlanmanın önemi ve hemşirelik yaklaşımı | 14 |
| 2.5.3- Prenatal bağlanma ve hemşirelik yaklaşımı | 15 |
| 2.5.4- Çevresel faktörlerin prenatal bağlanma üzerine etkisi | 18 |
| 3- GEREÇ VE YÖNTEMLER | 20 |
| 3.1- Araştırmanın Şekli | 20 |
| 3.2- Araştırmanın Yeri ve Zamanı | 20 |
| 3.3- Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 20 |
| 3.3.1- Araştırmanın evreni | 20 |
| 3.3.2- Araştırmanın örnekleme | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3.3- Araştırmaya dahil edilme kriterleri | 20 |
| 3.4- Araştırmanın Örneklem Yöntemi..... | 20 |
| 3.5- Verilerin Toplanması..... | 21 |
| 3.5.1- Veri toplama aracı | 21 |
| 3.5.2- Araştırmanın uygulama şekli | 21 |
| 3.6- Verilerin Analizi..... | 23 |
| 3.6.1- Araştırmanın değişkenleri | 24 |
| 3.6.1.1- Bağımsız değişkenler | 24 |
| 3.7- Araştırmanın Sınırlılıkları | 24 |
| 3.8- Araştırmanın Etik Boyutu | 24 |
| 4- BULGULAR | 25 |
| 4.1- Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri | 26 |
| 4.2- Gebelerin Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeğinden Alınan Puanlarının Karşılaştırılması | 29 |
| 4.3- Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlarının Karşılaştırılması | 31 |
| 4.4- Gebelerin Bağlanma Ölçeğinden Alınan Puanları ve Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki..... | 33 |
| 5- TARTIŞMA | 36 |
| 5.1- Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması | 36 |
| 5.2- Gebelerin Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeğinden Alınan Puanlarının Tartışılması | 37 |
| 5.2.1- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamalarının tartışılması | 37 |
| 5.2.2- Gebelerin obstetrik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamalarının tartışılması | 39 |
| 5.3- Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması | 41 |
| 5.3.1- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların tartışılması | 41 |
| 5.3.2- Gebelerin obstetrik özelliklerine göre beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların tartışılması..... | 43 |
| 5.4- Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği İle Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması..... | 44 |
| 5.4.1- Sosyo demografik özelliklere göre beck depresyon ölçeği ve doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması | 45 |
| 6- SONUÇ ve ÖNERİLER | 48 |
| KAYNAKLAR DİZİNİ | 49 |
| EKLER | 59 |
| EK-1: Etik Kurul İzni | 59 |
| EK-2: Kurum İzni..... | 60 |
| EK 3: Bilgilendirilmiş Olur Formu | 62 |
| EK-4: Prenatal Dönem Bireysel Bilgi Toplama Formu | 63 |
| EK-5: Beck Depresyon Ölçeği (Beck Hopelessness Scale) | 65 |
| EK-6: Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory) | 66 |
| Özgeçmiş | 67 |

Tablo Dizini

| | |
|---|----|
| Tablo 3.1. Araştırma planı ve takvimi | 22 |
| Tablo 4.1. Gebelerin sosyo-demografik ve gestasyonel özelliklerinin dağılımı | 26 |
| Tablo 4.2. Gebelerin gebelik ve obstetrik öyküsüne ilişkin özellik dağılımı | 27 |
| Tablo 4.3. Gebelerin sağlık durumuna ilişkin bulguların dağılımı | 28 |
| Tablo 4.4. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması | 29 |
| Tablo 4.5. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması | 30 |
| Tablo 4.6. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre beck depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması | 31 |
| Tablo 4.7. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre beck depresyon ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması | 32 |
| Tablo 4.8. Gebelerin doğum öncesi bağlanma envanteri ile beck depresyon ölçeğinde aldıkları puanların karşılaştırılması | 33 |
| Tablo 4.9. Sosyo demografik özelliklere göre doğum öncesi bağlanma ölçeği ve beck depresyon ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması | 34 |

Şekil Dizini

Şekil 3.1. Araştırma veri toplama ve değerlendirme akış şeması 23



Kısaltmalar Dizini

| | |
|------|--|
| ACTH | : Adreno kortikotropik hormon |
| DM | : Diyabetes mellitus |
| FSH | : Foliküli stimüle edici hormon |
| GDM | : Gestasyonel diyabetes mellitus |
| HCG | : Humman coryonic gonodatropin |
| IBM | : International business machines |
| İUGG | : İntrauterin gelişme geriliği |
| KHAS | : Kronik Hastalık |
| LH | : Luteinizan hormonu |
| Ph | : Power of hydrogen |
| SAS | : Statistical Analysis Software |
| SPSS | : Statistical Package for the social sciences, |
| SS | : Standart sapma |
| T3 | : Total triiyodotironin |
| T4 | : Total tiroksin |
| TNSA | : Türkiye nüfus ve sağlık araştırması |
| USG | : Ultrasonografi |

1- GİRİŞ

1.1- Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanoğlu varoluşundan beri dünya üzerinde sürekliliğinin sağlanmasını istemektedir. Sürekliliğin sağlanabilmesinin yolu ise neslinin devamını sağlamaktır. İnsanların ve hatta toplumların bu isteğini gerçekleştirmek ise daha çok kadın cinsiyete düşmüştür. Öyle ki kadınlar, çocuk sahibi oldukça toplum içinde bir rol hatta statü kazanmışlardır. Toplumsal kabul için kadın, önceliğini çocuk sahibi olmak ve aile bütünlüğünü korumak olarak belirlemek durumunda kalmıştır. Bu sorumluluk bazen kadınlara kendi yeterliliklerini ve gelişmişliklerini çok dikkate almadan çocuk sahibi olma kararı verdirmekte ya da çoğu zaman kendi istekleri dışında çocuk sahibi olmak durumunda kalmaktadırlar (Taşkın, 2015; Ayvaz, 2006).

Gebeliğe fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan hazır olmak çok önemlidir. Gebelikle birlikte kadının vücudunda biyolojik değişiklikler yaşanmaktadır. Özellikle hormonal değişiklikler hem biyolojik hem de psikolojik açıdan gebeyi zorlamaktadır. Bu değişikliklere uyum ise; biyo-psiko-sosyal açıdan tam bir iyilik halini gerektirmektedir (Taşkın, 2015; Ayvaz, 2006). Aynı zamanda gebelik kadının hayat felsefesini, önceliğini, beklentilerini, korkularını, umutlarını ve birçok anlamda hayatının akışını değiştirebilecek bir durumdur. Bu nedenle gebelik aslında annenin yeni hayatına alışma, annelik rolünü benimseme ve öğrenme dönemidir. Diğer bir deyişle anneliğe geçiş dönemidir. Tüm bu nedenlerle gebeliğe uyum ve anneliğin kabullenilmesinde hazır oluşluk ve istekli gebelik çok önemlidir (Taşkın, 2015; Pehlivan, 2004; Ayvaz, 2006; Josefsson, 2001). Gebelikte kadın psikolojisinde genelde iyilik hali hâkimdir. Ancak; istenmeyen gebelikler, henüz çocuk sahibi olacak olgunluğa ulaşmamış olma, aile içi şiddet ve anlaşmazlıklar, ekonomik yetersizlikler, ağır çalışma koşulları, düşük eğitim düzeyi, bakabileceğinden fazla çocuk sahibi olmak, erken gebelikler gibi faktörler gebelik psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Çünkü kendisinin psikolojik devamlılığını sağlayamayan kadın gebeliğin getirdiği yükü kaldıramamaktadır (Josefsson, 2001; Evans, 2001). Özellikle gebelik öncesinde depresyon tanısı alan kadınların gebelikte depresyonu görülme olasılığı yüksek olarak bildirilmiştir. Gebelikte en çok görülen psikolojik rahatsızlık ise prenatal depresyondur (Ayvaz, 2006; Çalık, 2011; Pişirgen, 2011).

Prenatal depresyon sadece gebenin değil fetüsünde fiziksel ve ruhsal iyiliğini etkilemektedir. Field (2008) gebelerle yaptığı çalışmada depresif gebelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlıklı ya da prematüre doğum oranlarının fazla olduğu bildirmiştir. Yüksek kaygı düzeyi fetüsün gelişimini etkilemekte abortusa, preeklemsi, zor ve erken doğum gibi gebelik ve doğum anomalilerine sebebiyet verebilmektedir. Prenatal depresyon varlığı prenatal anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilemektedir. Oysa prenatal

bağlanma hem anne hem yenidoğan açısından önemlidir. Aynı zamanda gebelikteki prenatal bağlanma doğum sonu anne bebek ilişkisi ve postpartum depresyonu önlemede önemlidir (Pişirgen, 2011; Strong, 2000).

Prenatal bağlanmanın sağlıklı olabilmesi için gebeliğin planlı şartların ve çevrenin olumlu olması önemlidir. Çünkü bu dönemde prenatal bağlanmanın temelleri atılmaya başlar. Gebelik ilerledikçe, bebeğin kalp sesleri, ilk hareketleri hissedildikçe, karnı büyümeye başladıkça, doğum ve bebek için hazırlıklar yapıldıkça prenatal bağlanma güçlenir. Prenatal bağlanma ile birlikte anne bebeğini kucağına alacağı günü hayal eder, sağlığını ve gelişimini önemser. Ancak istenmeyen gebeliklerde ve sağlıksız ruh halinde bu ilişki daha gebeliğin başında olumsuz etkilenir. Ayrıca olumsuz etkiler sadece prenatal dönemde değil postpartum dönemde de katlanarak devam etmektedir. Böylece gebelik süresince yeterli prenatal bağlanmayı geliştiremeyen anne-bebek ilişkisi daha da çıkmaza girmekte ve anne-bebek bağlanması olumsuz etkilenmektedir. Her ne kadar bağlanma kavramı çift yönlü iletişim gerektirse de anne-bebek bağlanmasında görev büyük oranda anneye düşmektedir. Anne bu ilişkiyi sağlamada gerekli istek, heyecan, sevgi, ilgi, şefkat ve bakımı sağlayamazsa sonuç başarısız olmaktadır (Josefsson, 2001; Janbakhishov, 2013; Pişirgen, 2011).

Prenatal bağlanma kavramı, bebek kadar gebe içinde çok önemlidir. Geçmiş yaşantılar, gelecek ve geçim kaygısı, istenmeyen bebek, fetüste sağlık sorunu varlığı, fiziksel ve ruhsal değişimler gibi birçok nedene bağlı olarak gebe yeterli bağlanma geliştiremeyebilir. Bu durumda gebeliği kabullenememiş gebenin, gebelik psikolojisi ile baş edebilmesi güç olmaktadır. Gebe bu durumda stres, endişe, korku, kaygı derken depresyona kadar varan psikolojik problemler içine girebilmektedir (Gutteling, 2005; Huizink, 2002; Janbakhishov, 2013). Dolayısıyla prenatal bağlanma ve prenatal depresyonun çift yönlü olarak birbirlerinden etkilenen kavramlar olduğu görülmektedir. Ancak gebelikte fiziksel takip çok önemsenmesine rağmen gebenin prenatal bağlanmasının ve psikolojisinin desteklenmesi atlanabilmektedir. Bu nedenle hemşire gebenin psikolojisini ve prenatal bağlanmasını önemsemeli ve takiplerinde gebeye bu yönde bakımı mutlaka vermelidir (Gutteling, 2005; Taşkın, 2015).

Ayrıca gebenin sağlıklı olmasının, bebeğin sağlığına da yansıtacağı aşikardır. Çünkü bireyin biyo-psiko-sosyal tüm gelişim evrelerinde annenin rolü çok önemlidir. Anne ile sağlıklı bir bağlanma kuramayan çocuk sadece psikolojik gelişimi değil biyo-psiko-sosyal tüm gelişim alanları olumsuz etkilenmektedir. Bu çocuklar ileride özgüven problemi olan, içe kapanık, doyumsuz, hayata dair amacı olmayan ve en önemlisi de mutsuz bireyler olarak topluma katılmaktadırlar (Balcı, 1997; Kavlak, 2006; Sabuncuoğlu, 2006; Yılmaz, 2013). Ayrıca, depresif gebelerle yapılan çalışmada depresyon puanı yüksek olan gebelerin %75'inin üç yıl boyunca depresif

belirtilerinin devam ettiği ve çocukları ile iletişim ve etkileşimlerinde problemlerinin olduğu belirlenmiştir (Field, 2008). Yine gebeliğinde depresif belirtiler gösteren kadınlar ile yapılan başka bir çalışmada bu gebeliklerden doğan çocukların 4-5 yaşında yüksek düzeyde sosyal sorunlar yaşadığı ve yaş ilerledikçe daha büyük problemler yaşadıklarını belirlemiştir (Akhan, 2001). Bu nedenle anne-bebek arasında bağlanma ne kadar erken ve sağlıklı kurulursa bebekteki sağlıklı ruhsal gelişimin temelleri atılmış olur. Bu noktada sağlıklı gebeliklerin planlanması, takibi, sorun olduğunda erken müdahale edilmesi, doğuma hazırlık, doğum ve doğum sonrasında anne-bebek bağlanmasını güçlendirecek uygulamaların ve toplumsal farkındalıkların oluşturulması çok önemlidir. Tüm bu belirttiğimiz süreçlerde annelerin gereksinim duydukları bakım uygulamalarını gerçekleştirecek en önemli sağlık personeli hemşirelerdir (Balci, 1997; Kavlak, 2006; Sabuncuoğlu, 2006; Yılmaz, 2010).

Hemşireler, bu rollerini profesyonel hemşirelik uygulamaları çerçevesinde bilimsel temellere oturarak yapmalıdır. Bu nedenle anne-bebek bağlanma ve prenatal depresyon düzeyini tespit etmek önemlidir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde daha çok postpartum dönemde anne-yenidoğan bağlanmasını inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir (Durukan, 2011). Ancak annenin prenatal depresyon düzeyi ile bebek bağlanması üzerindeki ilişkiyi ölçen çalışma sayısı sınırlıdır. (Pişirgen, 2011; Bekmezci, 2015). Bu nedenle bu çalışma sonuçlarının literatürde bu alandaki açıklığa önemli katkısı olacağı düşünülmektedir.

1.2- Araştırmanın Soruları

- Sosyo demografik ve gestasyonel özelliklerin prenatal bağlanma üzerine etkisi vardır.
- Sosyo demografik ve gestasyonel özelliklerin prenatal bağlanma üzerine etkisi yoktur.
- Sosyo demografik ve gestasyonel özelliklerin prenatal depresyon üzerine etkisi vardır.
- Sosyo demografik ve gestasyonel özelliklerin prenatal depresyon üzerine etkisi yoktur.
- Prenatal depresyonun prenatal bağlanma üzerine etkisi vardır.
- Prenatal depresyonun prenatal bağlanma üzerine etkisi yoktur.

1.3- Araştırmanın Amacı

Bu çalışma prenatal anne-bebek bağlanması ile prenatal depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır

2- GENEL BİLGİLER

2.1- Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik temelinde fizyolojik bir olaydır. Ancak kadının vücudunda gebeliğe adaptasyonu sağlamak, gelişen fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, anneyi ve fetüsü doğuma hazırlamak ve korumak için bir takım fizyolojik ve anatomik değişiklikler meydana gelir (Fenkçi, 2006; Kafkaslı, 2007)

2.1.1- Endokrin sistem değişiklikleri

Döllenmenin 10-12. günleri arasında implantasyonun oluşması sonucu artan HCG sayesinde korpus luteum bir süre daha östrojen ve progesteron salgılamaya devam eder. Plasanta nedeniyle östrojen ve progesteron salınım artar buna karşın LH ve FSH düzeyleri düşer. Gebelik ile birlikte hipofiz ön lobunda belirgin hipertrofi oluşur ve ACTH salınımı artar. Oksitosin ve vazopressin ise gebelikte başka hormonların inaktivasyonuna uğrarlar ve prolaktin salınımı artar (Rossemarry, 2001).

Gebelikte tiroid beiz yapısı ve hormon düzeyinde de bazı değişiklikler olur. Tiroid ve paratiroid bezlerde hipertrofi gözlenir. Ayrıca total tiroksin (T4) ve total triiodotironin (T3) düzeyleri de artar.

Ayrıca gebelik süresince parathormon salınımı ve adesteron salınımı artarken, total ve serbest kortizol düzeylerinin iki ya da üç kat artışı ve hiperinsülinemi görülen diğer tablolarıdır (Dal, 2002; Sakala, 1999).

2.1.2- Hematolojik değişiklikler

Gebelik sürecinde kardiovasküler sistemdeki ilk değişiklik 2 ile 5. gebelik haftasında başlar ve 3. trimestra kadar sürer. Gebelik süresince hemodinamik olarak kanın plazma kısmında %32-38, eritrosit kısmında %18-25, kardiyak output'ta %30-50 ve atım volumünde %27 oranında artışlar görülür. Bu oranlardaki artışlara paralel olarak da kan basıncı değerlerinde artış dikkati çekmektedir. Gebelik sürecinde önlem alınması gereken bir başka nokta ise plazma hacminin eritrosit artım oranından daha hızlı artışı dolayısıyla hemeoglobin düzeyinde ki düşmedir (Sarıyıldız, 2013).

2.1.3- Kardiyovasküler sistem değişiklikleri

Gebelikte hematolojik değişiklikler beraberinde gelen kardiovasküler değişiklikleri getirmektedir. Hematolojik sistemde meydana gelen artışları kalbin yükünü de artırmaktadır. Ayrıca kalbin büyüyen uterus ile komşuluğu nedeni ile kalp uzun ekseninde bir rotasyon yaparak sola doğru yer değiştirir. Kardiyak kapasitenin artışına paralel olarak istirahat halindeki nabızda artış söz konusudur. Gebelikte artan kan hacmine rağmen kan basıncındaki düşmeyi vazokonstriktör ajanlara karşı verilen yanıtın azalması ve artan progesteron seviyesiyle açıklanabilir. Ayrıca gebelikte

pozisyon kan basıncını etkiler. Özellikle sırt üstü pozisyonda uterusun vena cava inferiora basısı kalbe dönen kan miktarını azaltarak hipotansiyona sebebiyet verir (Fenkçi, 2004; Taşkın, 2015).

2.1.4- Solunum sistemi değişiklikleri

Gebelik, kadında metabolizma hızının ve vücut kütesinin artmasına paralel olarak oksijen kullanımını artırmaktadır. Artan oksijen ihtiyacı dolayısıyla solunumun dakikada ki sayısının % 20 oranında artmasına neden olur. Gebelik boyunca vital kapasite artmaz. Ancak akciğerler hava yollarındaki dilatasyon ve göğüs duvarının elastikiyetinin artması ile solunuma yardımcı olurlar. Ayrıca özellikle gebeliği erken dönemlerinde kapiller dilatasyon görülür. Bu durum ise gebelikte sık görülen nazal tıkanıklık ve epistaksis olgularının nedenidir (Rossemarry, 2001).

2.1.5- Sindirim sistemi değişiklikleri

Gebelikte sindirim sistemindeki değişikliklerin nedeni hormonal değişikliklerin ve büyüyen uterusun sindirim sistemi organlarına yakın komşuluğu dolayısıyladır. Bu yakın komşuluk nedeniyle büyüyen uterustan sindirim sistemin işleyişi etkilenir. Hormonal etki özellikle artan progesteron artışından etkilenir ve bütün sindirim sisteminde motilite azlığına neden olur. Gebelikte progesteronun etkisiyle özafagus alt sfinkter basıncı azalarak reflüye sebep olur. Artan gastrin üretimi ise mide hacminin artmasını ve mide pH'sını düşürerek peptik ülser oranlarını düşmesini sağlar. Ayrıca gebelikte tükrük salgısı artmış ve daha asidiktir. Artan asit oranı ise dış yapılarında hassasiyeti artırır (Fenkçi, 2004; Rossemarry, 2001).

Gebelikte bütün sindirim sisteminde görülen motilite azlığı sonucu bulantı, kusma ve kabızlık problemleri sık görülür. Özellikle bulantı, kusma gebelerin %70'inde 4-8. ve 16. gebelik haftaları arasında görülür. Yine sistemdeki yavaşlık safra kesesini de etkileyerek safra taşları oluşumu kolaylaştırır. Motilite azlığı ve artan basınçla birlikte oluşan kabızlık ve buna bağlı oluşan hemoroid sık görülen gebelik problemleri arasında yer alır. Gebelikte artan metabolizma sayesinde en çok çalışan organ karaciğerdir. Artan kan yükü dolayısıyla bilirübün metabolizması da dahil birçok işlevi etkilenir (Dal, 2002; Sarıyıldız, 2013).

2.1.6- Genitoüriner sistem değişiklikleri

Gebelik sürecinde renal ve plasental hormonların artışı dolayısıyla üriner fonksiyonlarda artmalar söz konusudur. Aslında yükün asıl kaynağı renal kan akımında ki % 50-70 ve glomerüler filtrasyon hızında ki %30-50'lik artıştır. Böbreklerin bu yükü tolere edebilmek için büyüklüklerinde artışlar olur. Aslında sadece böbreklerde değil renal servikte dilatasyon görülür. Bu dilatasyon sayesinde bekleme kanalında ki kapasitede arttığı için üriner enfeksiyona görülme oranları artar. Uterus büyüdükçe mesaneye bası uygular. Bu bası ile birlikte sık sık idrar çıkma görülür. Sık

sık idrara çıkmanın bir diğer nedeni ise artan üriner hacimle birlikte idrar miktarının artması ancak artan basınçla birlikte mesane kapasitesinin düşmesidir. Ayrıca gebeliğin ilerleyen dönemlerinde 'stres inkontinans' dediğimiz idrar kaçırma durumları da görülebilmektedir (Kafkaslı, 2007; Sarııldız, 2013).

Gebelikte uterus hormonal ve mekanik sebepler dolayısıyla büyür. Uterus fetüsün yerleşimi ve büyümesi için endometrium kalınlaşırken, doğumu gerçekleştirmek için uterus kaslarının sayısı ve büyüklüğünde artma söz konusudur. Yine gebelikte vaginal akıntıda artma olur. Gebelik sürecinde genital bölgede kanlanmanın artması sonucu perine rengi koyulaşır. Labiumlar büyür, perine dokusu doğuma hazırlık olarak gevşer ve esnek bir hal alır. Artan damarlanma ve basınca bağlı olarak da vulva varisleri görülme oranı artar (Dal, 2002; Rossemarry, 2001).

2.1.7- Gebelikte memede oluşan değişiklikler

Gebelikte hormonal değişikliklerle nedeniyle memelerde doğum sonuna hazırlık için belirgin değişiklikler görülmektedir. Öncelikle memelerde hafif renk değişiklikleri görülürken gebelik ilerledikçe renk değişikliğine fiziksel büyüme de eşlik etmektedir. Ayrıca areola büyür ve pigmentasyon artar, deri incelik, meme dokusunda damarlanma ve hassasiyet artar (Fenkçi, 2004; Rossemarry, 2001).

2.1.8- Kas-iskelet sistemi değişiklikleri

Gebeliğin fiziksel yükünden en çok etkilenen sistemlerden biri de kas-iskelet sistemidir. Gebeliğin ilerleyen aylarına uyum sağlayabilmek için ilk aylarda özellikle pelvis eklemi ve bel omurlarında elastikiyet söz konusudur. Bu değişim gebeyi sadece artan yükü taşımakta desteklemekle kalmayacak doğum aşamasında doğum kanalının açılmasında da gerekli olacaktır. Ancak artan yükü taşımada zorlanan gebede lordoz ve kemik ağrıları görülebilir (Dal, 2002; Sarııldız, 2013; Taşkın, 2015).

2.2- Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik kadının hayatında fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık alanlarını etkileyen, sosyal rollerini, önceliklerini ve beklentilerini tamamen değiştiren bir durumdur. Bu yeni duruma ayak uydurabilmek ve sağlıklı bir bebek sahibi olabilmek için prenatal ve postnatal anne iyiliğinin sağlanabilmesi gereklidir (Pehlivan, 2004; Torgerson, 2006). Gebelikte fiziksel sağlık çok önemsenirken psikolojik sağlığa ve psikolojik sağlığın olumsuz etkileri gözden kaçan durumlar olabilmektedir. Oysa ki gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem her biri kadının psikolojik durumunu farklı şekillerde etkileyen dönemlerdir. Hatta bazen bu etkiden 'kriz dönemi' olarak bahsetmek yanlış olmaz. Kadın bir yandan gebeliğin getirdiği fiziksel ve psikolojik durumla baş etmeye çalışırken bir yandan da çevrenin iyi bir anne olması yönünde ki beklentisini karşılamak durumundadır (Yeşiltepe, 2004).

Her gebe geçmişi, destek mekanizmaları, gebeliğe hazır oluş düzeyi vb. birçok etkiyle birlikte bu kriz döneminden farklı şekillerde ve düzeylerde etkilenir. Sağlık profesyonelleri kadının gebeliğin meydana getirdiği psikolojik değişikliklerden etkilenme düzeyini değerlendirerek gebeye destek olabilmelidir. Ancak bu değerlendirmenin yapılabilmesi için sağlık profesyonellerinin gebeliğin bütün trimestirleri süresince karşılaştığı ruhsal değişiklikleri tanıyabilmelidir (Taşkın, 2015; Strong, 2000).

2.2.1- Birinci trimestir

Birinci trimestir gebeliğin kabulü ve benimsenmesi dönemidir. Gebeliğin kabullenilmesini etkileyen en önemli faktör ise gebeliğin istenme durumudur. Çoğu kadın gebeliği büyük bir sevinç ve heyecanla karşılarken bazı kadınlar için gebelik baş edilmesi gereken bir sorun ya da mutsuzluk kaynağı olabilir. Önceki deneyimler, gebeliğin planlanma şekli, yaş, eğitim durumu, yetiştiği aile şekli, inanç şekilleri, sosyal destek ve ekonomik durum gibi birçok etken gebeliğe bakışı değiştirebilir. İstenmeyen gebeliklere karşı vücutta baş ağrısı, ruhsal gerginlik ve bulantı gibi semptomlar görülebilir. Aslında bu dönem gebeliğe uyum dönemidir. Gebelik kadın için bilinmeyen bir durumdur. Özellikle ilk gebelik kadın için çok zor olabilir. Yeni duruma uyum esnasında bazı duygusal iniş çıkışlar söz konusudur. Eşi ve çevresi tarafından bu duygusal dalgalanmaları anlamak zor olabilir (Taşkın 2015). Bu dönem aynı zamanda gebelikte düşük riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Gebelikte olası düşük riskleri ve fizyolojik uyum problemleri gebeliğe uyumu zorlaştırıcı etkide olabilirler. Özellikle önceki gebeliklerinde bu tarz öyküleri olan gebeler için bu dönemi atlama ve gebeliğe uyum sağlamak daha zor olabilir. Bu dönemde gebeliğin devamı ve sonrasında sağlıklı durumun devam edebilmesi için gebeliğin kabullenilmesi çok önemlidir. Bu nedenlerle hemşirelerin bakım verdikleri gebelerin öykülerine hakim olarak bakımı planlamaları en doğru yaklaşım olacaktır. Doğru hemşirelik yaklaşımları neticesinde gebelerin durumundan hoşnut, fiziksel uyum problemleri ile baş edebilen ve mutlu bir tablo çizmeleri beklenmektedir (Fenkçi, 2004; Rossemarry, 2001).

2.2.2- İkinci trimestir

Bu dönemde artık gebeliğin somut anlamda hissedildiği dönemdir. Fetüsün kalp atımları duyulur ve USG'de görülür. Kadın bebeğinin varlığını somut olarak hissettiği için daha mutlu ve huzurludur. İlk trimestirda fiziksel belirtiler gerilemiştir. Kadın fetüsün varlığını hissetmekle beraber hayatının merkezine gebeliğini alabilir ve sosyal hayattan uzaklaşabilir. Fetüsü koruyamamaktan, ihtiyaçlarını karşılayamamaktan korkabilir. Bu nedenlerle, korkularını paylaşmak ve bebeği hakkında bilgiler öğrenmek ister.

Ayrıca kadın, kendi vücudunda da karnının çıkması, kilo alma, memelerin büyümesi gibi fiziksel değişimleri de hisseder. Bazı gebelerin

kendilerini çok iri hissetmeleri, kıyafetlerinin olmaması, modayı takip edememeleri dolayısıyla beden imajları olumsuz etkilenmektedir. Dolayısıyla yeni vücut yapılarına uyumda zorlanabilir ve hoşnutsuzluk sergileyebilirler (Kocabaşoğlu, 2008; Taşkın, 2015). Ayrıca gebe hem fiziksel görüntüsü ile barışık olmadığı için hem de erken doğumu tetikleyeceği düşüncesi ile cinsellikten kaçınabilir (Fenkçi, 2004).

2.2.3- Üçüncü trimestir

Bu dönemde artık doğum için hazırlığın ve kaygıların olduğu dönemdir. Gebenin yükü arttıkça hem bir an önce doğumu beklemekte hem de doğum bir stres kaynağı haline gelmektedir. Bu nedenle yalnız kalmaktan, doğum esnasında kimseye ulaşamamaktan, doğumda bebeğini kaybetmekten, kendisine zarar gelmesinden ve doğum eyleminden korkar. Yapılan çalışmalarda bu korkuların zor ve uzamış doğum eylemine neden olduğu vurgulanmıştır (Kocabaşoğlu, 2008). Bu duygularla baş edebilmek için hem yakınlarının desteğine hem de profesyonel desteğe ihtiyaç duyar. Yine doğuma hazırlanmada bebeğinin ve kendi ihtiyaçlarını hazırlamak ister. Bu durum gebeyi hem heyecanlandırır hem de profesyonel destek alma gereksinimi duyar (Strong, 2000; Rossemarry, 2001).

2.3- Gebelikte Prenatal Distres

Kadınlar gebeliği olgunluk, sevinç ve mutluluk kaynağı olarak görebilecekleri gibi bilinmezlik, endişe, kaygı ve stres kaynağı olarak da algılayabilirler. Böylece bazıları gebelik sürecine kolay uyum sağlayabilirken bazılarında ise değişen oranlarda ruhsal problemler görülebilir. Eğer kaygı, stres, içe dönüklük, pasif kişilik gibi basit problemler gebelik sürecinde çözülmez ise depresyona kadar uzanan sonuçlar doğurabilir. Kadının gebeliğe uyumu ve ruhsal problemlerin çözümü sosyal destek durumu, önceki deneyimleri, yaşı, eğitimi, şiddete maruziyet, aile ve iş ortamı gibi birçok faktörden etkilenir (Çalık, 2011; Dole, 2003; Yeşiltepe, 2004).

2.3.1- Gebelikte kaygı

Birçok toplumda kadının primer sorumluluk alanı evlenip çocuk sahibi olmaktır. Kadın sağlıklı çocuklar doğurup sağlıklı nesiller büyütebildiği toplumsal rolünü yerine getirmiş sayılır. Bu sorumluluk duygusu gebelik boyunca gebe için kaygı oluşturan bir etmendir. Kaygının temelinde bilinmezlik, nedeni belli olmayan bir huzursuzluk, kötü bir şey olacak ve işler yolunda gitmeyecek hissiyatı vardır. Gebe geleceğe karşı nedenin tam olarak bilememekle beraber kaygılıdır. Hatta bu belirtilere terleme, taşıkardi gibi somatik belirtilerle eşlik edebilir. Gebenin önceki hayatının aksine hayatının merkezinde gebeliği, doğumu ve bebeğinin sağlığı vardır (Lobel, 2008).

Gebeler yaşadıkları duyguların nedenini çok anlamlandıramasalarda her gebe için kaygının nedeni aynı değildir. Bebeği kaybetme ve doğum

korkusu, bebeğin veya kendi sağlığından endişe etme, hikâyesinde ve ailesinde depresyon öyküsü, öncesinde düşük ya da zor doğum deneyimi, çevresinde kötü gebelik ve doğum yaşantılarına şahit olma, yetersiz sosyo-demografik özelliklere sahip olma gibi her gebenin farklı kaygı sebepleri olabilir (Kuğu, 2001; Dole, 2003). Ayrıca doğuma ilişkin olarak doğuma yetişememe, doğumu nerede yapacağına konusunda kararsızlıklar, doğum anında yalnız olma, özellikle primiparlar için yabancı olan doğumhane ve doğuma ilişkin bilinmezlik, epizyotomi ve sezeryan korkusu, kendini doğumu yapabilecek yeterlilikte görmeme, doğum personeline güvenememe gibi nedenlerde hemen hemen her gebenin yaşadığı ama sağlıklı ruh hali ve danışmanlıkla üstesinden gelinebilecek unsurlar endişe ve kaygı kaynağı olabilmektedir (Şahin, 2009; Lobel, 2008).

2.3.2- Gebelikte stres

Stres, Latince "estrica" sözcüğünden dilimize geçmiştir (Lobel, 2008). Stresin temelinde tepki yatar. Vücudun tepki olarak algıladığı stresörlere karşı oluşturduğu kalkandır. Vücut bu tepkiyi hem davranışsal değişikliklerle hem de fizyolojik değişikliklerle belli eder. Gebelik çoğu kadın için önemli bir stres faktörüdür. Ancak her gebenin de gebeliğe ilişkin stres kaynağı farklı olabilir. Bazı gebeler için önceki olumsuz gebelik deneyimleri, doğuma, kendi ve bebeklerinin sağlık durumlarına ilişkin korkuları devreye girerken, bazıları ise sosyo-ekonomik faktörler kaynaklı stres oluşturabilmektedirler. Çalışma koşulları gereği daha gebelikte bebeği için yeterli bakım ve konforu sağlayamama korkusu nedeniyle bir iç muhasebede yaşayabilir. Özellikle kadının çalışma hayatında yer alması ile birlikte kariyer ve gebeliği arasında bir tercih yapmak durumunda kalmaları ya da her ikisini de mükemmellikle idare etmek durumunda kalmaları neticesinde yaşadıkları yetersizlik duygusu da gebelikte baş edilmesi gereken farklı bir stres faktörü olabilmektedir (Bingöl, 2013).

Gebe kadınlar için bir ömür boyu taşıyacakları anneliğe hazırlanma ve uyum dönemidir. Bu yeni rol kadın için yaşamın merkezinde çok büyük bir değişimdir. Gebe bir yandan bu değişime ayak uydurmaya çalışırken diğer yandan çevrenin iyi bir anne olması yönündeki beklentisine ayak uyduramama korkusu stresi artıran başka bir etkidir (Kuğu, 2001).

Ayrıca artık değişen ve hızlanan yaşam koşulları gereği toplumun her kesiminde stres ve stresin etkileri görülebilmektedir. Gebelikte görülen stresinde olumsuz etkileri gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde hissedilmektedir. Stresin erken doğuma, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğmasına ve hem bebek hem de anne hayatını riske sokabilen preeklamsi tablosunun görülme sıklığını artırdığı çalışmalarla kanıtlanmıştır (Knacks, 2005; Lee, 2007). Ayrıca stresin uzun dönemli etkilerine de bakıldığında da çocuklarda tip II diabet, obezite, hipertansiyon ve alerjik bünye sorunlarına neden olduğu bilinmektedir. En önemlisi de gebelikte

başa çıkılmayan stres faktörü daha kötü sonuçları olabilecek gebelik depresyonuna zemin hazırlamaktadır (Dole, 2003; Yeşiltepe, 2004).

2.3.3- Gebelikte anksiyete

Anksiyete vücudun tehdit olarak algıladığı durumlara karşı bir savunma mekanizmasıdır. Belirli düzeylerde koruyucu özellik gösterse de sınırları korunamadığı zaman hem vücudu hem de psikolojiyi olumsuz etkiler. Anksiyete durumunda korku, endişe, kendini beğenmeme, içe dönüklük, uygunsuz ve tutarsız davranışlar gibi davranış bozuklukları görülebilir. Davranış bozukluklarına bulantı, kusma, baş ağrısı gibi somatik bozukluklar da eşlik edebilir (Lobel, 2008).

Anksiyete kaynağı gebeden gebeye ya da her trimestırda farklı nedenler olabilir. Ancak genellikle gebeliğe hazır olmama, gebeliğe ve anneliğe uyum sıkıntıları, kendini yetersiz, beceriksiz hissetme ve çevreden aldığı olumsuz tepkiler kaynaklıdır (Beck, 2002). Düşük eğitim düzeyi, mutsuz evlilik yaşamı, perinatal stressörler, doğum ve bebek bakımı için gerekli tıbbi koşulların bulunmaması, olumsuz hayat koşulları, gebenin kendi aileleriyle ilgili sıkıntılı ilişkiler gebelik boyunca anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma riskini arttırmaktadır (Kocabaşoğlu, 2008). Gebeliğe ve perinatal stresörlere bağlı ortaya çıkan anksiyete gebelik süresince, doğum eylemi sırasında ve doğum sonrası dönemde olumsuz etkiler olmaktadır (Sevil, 2004). Ayrıca gebelik anksiyetesi kontrol altına alınmadığında erken doğum, düşük doğum ağırlığı, servikal diskinezi ve sezeryanla doğum, porstpartum depresyon oranlarını artırmaktadır (Kocabaşoğlu, 2008; Vırit, 2008).

2.4- Gebelikte Prenatal Depresyon

2.4.1- Gebelikte depresyonun önemi

Depresyon hayattan zevk alamama, kendini değersiz hissetme, hayattan yorgunluk duyma, çevresinden ötelenmişlik duygusu içerisinde olma, yalnızlık, kendisi ya da çevresinden bir suçlu arama, geçmişe dair pişmanlık ya da suçluluk, geleceğe dair umutsuzluk içinde olma ile karakterize sonu cana kasta kadar varabilecek patolojik bir duygu durum bozukluğudur. Sayılan belirtilere bulantı, iştah kaybı, cinsel isteksizlik, ağrı gibi somatik belirtiler de eşlik edebilir (Lobel, 2008).

Depresyon bebeklikten yaşlılığa her yaş grubunda görülebilecek bir durumdur. Depresyonun temelinde kişinin kendini değersiz hissettirecek bir ruh hali yatar. Bu da her insanın hayatından beklentilerinin karşılanmaması ve karşılanmadığında baş edebilecek psikolojik güçte olmaması ile ilgilidir. Örneğin bebekliğinde uzun süre hastanede yatan bebeklerde temel beklenti karnının doyması ve altının temizlenmesi olarak düşünülebilir. Ancak her türlü fiziksel ihtiyacı karşılanan bebek anne sıcaklığı ve ilgisinin yoksunluğunu hisseder, ağlayarak, uykusuzluk çekerek, tepkisizlik göstererek ve bazen solunum, nabız gibi fizyolojik

belirtilerle bu rahatsızlığını bakım vericisi olan hemşireye gösterir (Derince 2016). Bebeklik dönemlerinde depresyona maruz kalan bireyler ilerleyen yaşlarında depresyon, içe kapanıklık, sosyal fobi ve daha birçok psikiyatrik patolojileri olan bireyler olarak topluma karışmaktadır (Melville, 2010).

Depresyon en çok kadın cinsiyette görülen bir durumdur. Özellikle de doğurganlık çağında ki kadınlar arasında oldukça yaygındır. Bu durumun nedeni gebelikte ki hassasiyetler ve fizyolojik nedenlere temellendirmek yetersiz olacaktır. Her insanda içgüdüsel olarak var olan kendini değerli ve işe yarar hissetmek kadınlar için de önemlidir. Giriş bölümünde bahsedildiği gibi bireyselliği önemsenmeden toplumsal beklentiler üzerine kurulan kadının hayatı bazen kadının taşıyamayacağı bir yük halini alabilmektedir (Akdeniz, 2004).

Sağlıklı bir çocukluk geçirmiş, hayatının kararlarını ve sorumluluklarını kendisi alabilen bir kadın için gebelik mutluluk, paylaşım, üretkenlik ve saygınlık kaynağıdır. Ancak gebelik beraberinde yeni bir sorumluluk alanı ve bilinmezlik getirdiği için korku, kaygı, becerememe korkusuna da neden olabilir. Prenatal depresyona zemin hazırlayan birçok neden saymak mümkündür. En büyük etkenlerden biri annenin gebeliğe hazırlıksız yakalanması ve çocuk annelerdir. Kendi gelişimini tamamlamayan bir çocuktan başka bir çocuğun sorumluluğunu almasını beklemek gebenin psikolojik yapısının kaldıramayacağı bir durumdur. Çocuk anneler beraberinde hem fizyolojik hem de psikolojik bir dizi problemleri beraberinde getirir.

Toplumun bir başka kesiminde ise kariyer planları nedeniyle ertelediği gebeliğin ileri yaş komplikasyonlarından etkileneceği endişesi, korkusu gebenin psikolojisini zorlayan bir başka boyuttur (Melville, 2010).

Diğer sosyo demografik veriler açısından bakıldığında yetersiz ekonomik durum, bakabileceğinden fazla çocuk sahibi olma, yetersiz sosyal destek, stresli ortam, ekonomik nedenlerle gebeliği boyunca ve sonrasında çalışmak zorunda olma gibi nedenler depresyon ve diğer psikolojik patoloji durumlarıyla savaşmada gebeyi zora sokan etkenlerdir. Yapılan çalışmalarda ekonomik zorlukların depresyon eğilimini artırdığı vurgulanmaktadır (Aslan 2010). Yapılan çalışmalarda eğitim durumu ve ekonomik düzey yükseldikçe depresyon oranının azaldığı yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (Akbaş, 2008; Leigh, 2008; Figueiredo, 2007).

Gebelik döneminde kadını derinden etkileyen bir başka husus ise olumsuz jinekolojik öyküye sahip olmadır. Günümüzde geç yaşta evliliklerin artması ile birlikte gebelik öykülerinde infertilite çok yer almaktadır. Çeşitli zorluklarla gebe kalabilen kadın bebeğini kaybetme korkusunu ya da kendisine bir şey olacağı endişesini derinden yaşar. Bazen bu durumu kaldıramaz ve depresif belirtiler gösterebilir (Lobel, 2008).

2.4.2- Prenatal depresyonun tanısı ve belirti-bulguları

Depresyon insanın her döneminde görülmekle birlikte hayatın akışına ve sağlığa dair mutlaka olumsuz etkileri bulunmaktadır. Gebelikte görülen depresyon etkileri hem anne hem de fetüs sağlığını yakından ilgilendirdiği için önem arz etmektedir. Bu nedenle prenatal depresyonun erken teşhisi ve tedavisi çok önemlidir. Prenatal depresyon gebelikte en yaygın görülen psikolojik patolojidir. Hafif düzeyden majör depresif bozukluğa kadar çeşitli düzeylerde görülebilmektedir. Gebeliğin fizyolojik etkileri nedeni ile görülebilen yorgunluk, iştah kaybı ya da aşırı artışı, uyku problemleri gibi belirtiler aslında depresyonun ön belirtileri olabilmektedir. Ayrıca libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü, bulantı, mide şikayetleri, solunum sayısında artma ve baş ağrısı gibi somatik bulguların varlığı da prenatal depresyonu akla getirmelidir. Ancak gebeliğin fizyolojik belirtileri ile karışmaları nedeniyle prenatal depresyon tanısı koymak zor olabilmektedir. Bu nedenle erken tanı koyulabilmesi için hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin daha bilinçli olarak gebeyi gözlemlemeleri çok önemlidir (Bowen, 2006; Marakoğlu, 2008).

2.4.3- Prenatal depresyonun görülme oranları

Erken teşhis prenatal depresyonun istenmeyen etkilerini minimize etmesi açısından vazgeçilmez bir noktadadır. Değişik kültürlerde prenatal depresyon görülme oranları incelendiğinde ise; Macaristan'da % 17.9 (Bödecs, 2009), Amerika'da % 20.0 (Marcus, 2003) ve Finlandiya'da % 30.0 (Kurki, 2000) olarak tespit edilmiştir. Türkiye özelinde bakıldığında ise çok çalışmaya rastlanılmamış olup Gölbaşı ve ark. yaptığı çalışmada prenatal depresyon % 28.6 olarak bulmuşlardır (Gölbaşı 2007). Kaplan ve ark. (2007)'nin çalışmasında gebelerde durumluluk kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine Akbaş ve ark. (2008)'nin çalışmasında çalışmaya katılan gebelerin %35.6'sının yüksek düzeyde, %47.1'inin ise hafif düzeyde kaygılı olduğunu saptamışlardır. Sonuçlardan da anlaşılacağı üzere kültüre, etkene göre değişen oranlarda da olsa prenatal depresyon kendini belirgin şekilde hissettiren ve üzerine eğilimesi gereken bir sorundur.

2.4.4- Prenatal depresyonun gebeliğe etkileri

Prenatal depresyonde gebeler çoğunlukla kilo almaya eğilim içindedirler. Özellikle adolesan gebeliklerde fazla kilo alımına oldukça sık rastlanmaktadır. Fazla kilolar obesiteyi ve obesiteye bağlı hipertansiyon, gestasyonel diyabet gibi yeni sorunları beraberinde getirmektedir. Ayrıca zor ve problemlili doğum, doğum sonu kronik hastalıklara neden olabilmektedir (Casanueva, 2000; Scholl, 1993). Ayrıca gebelikte stres ve depresyonla direkt olarak ilişkili bulunan durumlar preeklampsi, abortus, kanama, erken doğum, asfiktik bebek sendromu, İUGG, fetal ölümler, doğumla ilgili komplikasyonlardır. Ayrıca gerekli müdahalede bulunulmadığında doğum sonrası öz bakım ve bebek bakımında

yetersizlikler, yetersiz süt sağımı, intihar düşüncesi, bebeği kabullenmekte sıkıntı yaşama ve anne bebek iletişiminin kurulamaması, buna bağlı olarak aile içi problemler görülebilmektedir (Marakoğlu, 2008). Anne ile yeterli ve dengeli bağlanmayı kuramayan fetüste de doğum sonrası ve yetişkinliği boyunca etkisini hissedeceği psikolojik ve sosyal sorunların temellerinin atılmasına da zemin hazırlanmış olmaktadır (Carter, 2005). Hatta bir çalışmada depresif anne bebeklerinin oryantasyon güçlükleri ve motor hareketler gösterdikleri, düşük gelişim özellikleri sergiledikleri tespit edilmiştir (Carter, 2005; Lobel, 2008).

Prenatal depresyonun bahsedilen etkilerinin dışında postnatal depresyona zemin hazırladığı ve etkilerinin kalıcı ve hasarının büyük olmasına neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca gebelik ve doğumla ilgili erken ve zor doğum gibi durumlar beraberinde uzun süreli hastanede yatışları ve dolayısıyla anne bebek ayrılığına neden olabilmektedir. Doğum sonu bu zorlu sürece postpartum depresyon da eklenirse anne bebek bağlanması için büyük sorunlar gündeme getireceği aşıkardır (Carter, 2005; Marakoğlu, 2008). Böylece perinatal dönemde sağlıklı kurulamayan anne-bebek bağlanması postpartum dönemde de yeni engellerle karşılaşacaktır. Bu nedenle perinatal depresyonun önlenmesi ve sağlıklı perinatal anne-bebek bağlanmasının kurulabilmesi için önem arz etmektedir.

2.5- Bağlanma

2.5.1- Bağlanma kavramı

Bağlanma her yaş grubu insanın ihtiyaç duyduğu ve bir insanla başka bir insan arasında ki özel bir yakınlık duygusudur. Bağlanma kuramının öncülerinden olan Bowlby yenidoğan bebek ile bakım vericisi (çoğunlukla anne) arasında duygusal bir bağın olduğunu dile getirmiştir (Bowly, 2012).

Bowlby'nin 1988'de oluşturduğu "Bağlanma Kuramı" bilimsel çevreler ve farklı disiplinler açısından kabul görmüş ve uygulanmaktadır. Bağlanma Kuramının etkisi doğumdan itibaren başlayıp yaşamın her evresinde farklı şekillerde görülmektedir. Bu noktada özellikle yenidoğan ve prenatal dönemde bağlanma ilişkisinin şekillendiğini düşünen bilim mecraları ve klinik uygulayıcılar prenatal bağlanmanın önemine dikkat çekmiş ve uygulamalarında kullanmaya başlamışlardır. Bebek ilk bağını gebelikte annesi ile kurar, doğum sonu dönemde primer bakım vericisi (çoğunlukla annesi) ve daha sonra bu bağa başka özel kabul edilen insanlar dahil olur.

Bowlby prenatal bağlanmayı, bakıma muhtaç yenidoğanın yaşamını garantilemek için başlattığı bir süreç olarak değerlendirmiştir. Ayrıca yenidoğanın doğumdan hemen sonra ki hareketleri Bowlby'nin hipotezini doğrular nitelik taşımaktadır.

Bebeklikte ve hatta gebelikte başlayan bağlanma ihtiyacı bütün gelişim dönemlerinde ve yetişkinlikte de devam etmektedir. Bowlby anne-

bebek bağlanması ve bu bağın insan yaşamı üzerine etkilerini üç başlık halinde toplamıştır (Doan, 2008).

Bunlar;

1.Bebeğin dünyayı keşfederken geri döndüğünde her zaman yerinde bulabileceği güvenli bir liman olması,

2.Bebeğin duygusal gereksinimlerinin yanında fiziksel gereksinimlerinin eksiksiz karşılanması,

3.Yaşama dair güven duygusu geliştirebilmek isteğidir (Bowly, 2012).

Sağlıklı bir bağlanmanın tanışma, sahiplenme ve bağlanma evresi olmak üzere üç evrede gerçekleştiği bildirilmiştir.

Tanışma Evresi: Bu evre postpartum ilk 48 saati kapsar, anne bebeğiyle göz teması kurmaya çalışır. Dokunmanın, emzirmenin deneyimlendiği ve bebeğini keşfetme dönemidir.

Sahiplenme Evresi: Postpartum 3.gün ile 6 hafta arasında ki dönemi kapsar. Bebeğin ismi veya cinsiyeti ile seslenilmeye başlanmıştır. Ayrıca bebeğin tepkilerinin öğrenilmeye başlandığı evredir.

Bağlanma Evresi: Postpartum 6-8 haftayı kapsar. Anne bebeğin karşılıklı iletişime geçtiği ve uyumun arttığı dönemdir. Annesi tarafından fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları karşılanan bebek arasında bağlanma güçlenmiştir (Bowly, 2012).

2.5.2- Prenatal bağlanmanın önemi ve hemşirelik yaklaşımı

Anne-bebek bağlanmasının temelleri perinatal dönemde atılmaya başlar. Fetüsün amnion mayisi içindeki hareketleri, anne iç organlarından duyduğu ritmik sesler, annenin sesi ve konuşması annenin dolayısıyla güvenin temsilcisidir. Bağlanma duygusunun temelinde güven gereksinimi yatar. Sağlıklı bir gebelikte, annenin fetüsle konuşması, şarkı söylemesi, dokunması, bebeğini heyecanla beklemesi, bebeği için hazırlıklar yapması ve onun için endişelenmesi ve hayaller kurması bebek için annenin varlığının ve dolayısıyla güvende olduğunun göstergesidir. Annenin bu duygularına fetüs de duyarsız kalmaz ve hareketleri ile annesine varlığını hissettirir. Çünkü 26. gebelik haftasında fetüsün algılama ve tepki gösterebilme özellikleri gelişmeye başlar. 32. haftada anne sesini diğer seslerden ayırt etmeye başlar. Yapılan çalışmalarda fetüste annenin tepkilerine karşı gelişen tepkileri anneler hissettikçe gebeliğin ilerleyen dönemlerde prenatal bağlanmanın daha güçlü olduğu tespit edilmiştir (Doan, 2008; Ross, 2014).

Anne- bebek bağlanmasının sağlam temeller üzerine kurulması sadece bebek için değil annenin ruhsal iyiliği için de son derece önemlidir.

Bebeğinin varlığını hisseden, onun için bir şeyler yapabilen ve onun için önemini farkında olan annenin özsaygısı ve bebeği ile bağı giderek güçlenir. Güçlendikçe tatmin ve huzur artar. Zaten istendik olan da uzun süreli anne- bebek bağlanmasının kurulabilmesidir (Kavlak, 2006; Şen, 2007).

Ancak fetüsün gelişen bu özellikleri nedeniyle istenmeyen gebelikler ve annenin bebeğinden kurtulma çabası, bebeğin cinsiyetinden hoşnutsuzluk, anomalili bebeğe sahip olma riski veya korkusu, bebeğinin varlığını bir yük olarak algılama, geleceğe dair ümitsizlik içinde olma, doğumu nasıl yapacağına ve bebeğine nasıl bakacağına dair kaygılı olma, huzursuz sosyal çevre ve aile ilişkileri, stresli ve ağır çalışma koşulları gibi birçok nedenle annede oluşan huzursuzluk ve sağlıksız ruh hali bebeğine de yansiyacaktır. Dolayısıyla annesi tarafından heyecanla beklenmeyen bebeğin daha perinatal dönemde bağlanma problemleri yaşanması kaçınılmazdır. Bu durumda doğum öncesi dönemde gebenin sadece fiziksel iyiliği yeterli değildir. Hemşirenin de desteği ile gebenin ruhsal olarak tam bir iyilik halinde olabilmesi durumunda hem fetüsün sağlık düzeyi hem de anne- bebek bağlanması için de sağlam temeller atılmış olacaktır (Doan, 2008; Kayacı, 2008; Tüzün, 2006).

Peppers ve Knapp (1983) gebeliği planlanmasından, onaylanması ve kabul edilmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, doğum süreci, bebeğin görülmesi, dokunulması ve bakım verilmesine kadar ki sürecin anne-bebek bağlanmasında önemli olduğunu söylemişlerdir. Buradan hareketle hemşirelerin daha gebeliğin planlanması evresinde annenin hazır oluşunu, fiziksel ve ruhsal sağlığının değerlendirilmesi önemlidir. Çünkü anne- bebek bağlanmasının temelleri Peppers ve Knapp (1983)'in dediği gibi gebelik döneminde atılmaktadır.

2.5.3- Prenatal bağlanma ve hemşirelik yaklaşımı

Gebelik öncesinde, gebelik ve doğum sürecinde annelerin en yakınında olan hemşirelerin tüm aşamalarda anneyi gözlemlemeli, varsa istenmeyen gebelik vs. problemler erken çözümler bulabilmelidir. Hemşireler bu süreçlerin tümünde eğitici rollerini kullanarak anneler için bilinmeyenlerle dolu süreci daha bilinçli olarak yönetmelerine yardımcı olmalıdır. Böylece gebeliğini istekli bir şekilde planlayan anneler doğum ve bebeğin bakımı konusunda da yeterli olgunluğa ve beceriye ulaşmış olacaklardır (Yılmaz, 2010).

Hemşirenin bir başka görevi ise sosyal destek sistemlerini devreye sokarak annenin bu süreci doğru yönetmesinde çevresinin katkısını almaktır (Kavlak, 2006). Yapılan çalışmalarda eşlerin desteğinin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde çok etkili olduğunu vurgulamıştır. Çalışmada eş desteği alan gebelerin doğumda daha az acı hissettikleri, stres düzeylerinin daha düşük olduğu, daha uzun emzirdikleri ve anne-bebek bağlanmasının daha sağlıklı kurulduğunu bildirmişlerdir (Ross,

2014). Hemşire yine sosyal destek sistemlerini kullanarak çocuk gelinler gibi istenmeyen gebelikleri önleyebilecek güce sahiptir. Yine hemşire annenin gebelik öncesi ruhsal değerlendirmesinde her hangi bir sıkıntı gördüğünde sıkıntının kaynağını belirleme ve profesyonel tedaviye yönlendirme hususunda durumu değerlendirebilecek ve takip edebilecek en yakın sağlık profesyonelidir (Yılmaz, 2010).

Bağlanma her ne kadar çift taraflı bir ilişki şekli gibi gözükse de anne bu ilişkinin yönlendiricisi konumundadırlar. Bu nedenle gebeler prenatal dönemde bağı güçlendirecek uygulamalar konusunda hemşireleri tarafından eğitilmelidirler. Fetüsün hangi haftalarda duymaya ve algılamaya başladığı anlatılmalıdır. Böylece bebeği ile konuşması, onu merak ettiğini ve sabırsızlıkla beklediğini ona hissettirmesi, ona dokunmasının önemini ve bebeğinin ona tepkisini gözlemlemesi konusunda cesaretlendirilmelidirler. Ayrıca gebenin huzursuz ruh halini ve yaşadığı stresten fetüsün ve aralarında ki bağlanmanın daha prenatal dönemde etkileneceği gebeye anlatılmalıdır. Bu nedenle gebeye kendisine huzursuzluk ve stres oluşturan ortam ve kişilerden korumasının önemi vurgulanmalıdır. Tüm bu önlemlerle prenatal anne-bebek bağlanmasının sağlam temeller üzerine oturacağı ve çocuğunun tüm gelişimini etkileyecek özellikte olduğu açıklanmalıdır (Kavlak, 2006; Yılmaz, 2010; Ross, 2014).

Ayrıca perinatal bağlanmanın güçlendiği dönemlerden biri doğum sonrasıdır. Gözlerini dünyaya açan bebek ilk olarak annesini hissetmek ister. Bu nedenle doğumun mümkün olduğunca sağlıklı ve rahat koşullarda yapılması desteklenerek annenin bebeği ile bir an önce iletişime geçmesi sağlanmalıdır. Bu dönemde ten tene temas çok önemlidir. Anne aylardır hayalini kurduğu bebeği ile ilgilenmek isterken bebeği anneye yönelerek besleyici emme olmasa da içgüdüsel olarak anneyi emmek ve kokusunu hissetmek ister. Yapılan çalışmalarda da doğum sonrası bebeklerin anne sesini ve yüzünü tercih ettikleri ve beslenme amaçlı olmayan emme isteği içinde olduklarını bildirmiştir (Ross, 2014). Ayrıca doğumu takiben 25-120 dakika süren tensel temasın anne- bebek bağlanması için pozitif etkili olduğu bildirilmiştir (Bystrova, 2009). Bu nedenle annelere erken temasın ve erken beslemenin önemi anlatılmalı ve gebeler bu uygulamaları yapmaları konusunda desteklenmelidir. Çünkü bu dönemde sağlanan tensel temas ve emzirme davranışı oksitosin salgılanmasını sağlar. Oksitosin hormonu ise anneliğin benimsenmesinde etkin rol oynar. Yenidoğan içgüdüsel olarak emme, arama, memeye yönelme gibi bağlanmayı güçlendirici hareketler içindedir. Bu nedenle anne doğum sonu bebeğiyle ne kadar çabuk ilgilenmeye başlarsa ve hazır oluşuğunu ne kadar iyi değerlendirirse sağlıklı anne- bebek bağlanması o oranda sağlam gelişir (Ross, 2014).

Doğum sonrası dönemde bebeğini sakinleştirmek için anneye bebeğini okşaması, kucaklaması, göz göze temas kurması, bebeğe ismi ile ya da sevgi sözcükleri ile seslenmesinin desteklenmesi önemlidir. Ayrıca bebeğin

bakımsız, kirli ya da gelişiminin geri olması anne- bebek bağlanmasında bir sıkıntı olduğunu gösteren ipuçlarıdır. Böylesi durumlarda annenin duygularını, beklentilerini, korkularını ve isteklerini ifade etmesine izin verilmelidir. Ayrıca hemşire anne ve ailenin diğer üyeleriyle bu sorunla nasıl başa çıkacakları hususunda bilgilendirmede ve destek sistemlerini görünür hale getirmelidir (Bystrova, 2009; Jakobsson, 2008).

Bağlanma da sadece yenidoğan döneminde değil ilerleyen gelişim dönemlerinde dünyayı keşfederken de geri döndüğünde yerinde bulabileceği bir güvenli liman ihtiyacı vardır. Bu güvenli liman aynı zamanda hem fiziksel ihtiyaçlarını karşılayacak hem de yaşamı boyunca güveni temsil edecek bir duygu oluşturmaktır. Ancak güvenli anne- bebek bağlanması çeşitli nedenlerle kurulamadığında özbenlik algısı ve ilintili olarak başka patolojiler gelişebilmektedir. Çünkü çocuğun annesi ile kurduğu ilk bağlanma tecrübesi yaşamın geri kalanında kurduğu bağlanma tecrübelerine zemin hazırlar (Sabuncuoğlu, 2006). Yapılan çalışmalarda da anne ile kurulan güvenli bağlanmanın bebeklerin motor, sosyal ve ruhsal bütün gelişim alanlarını etkilediğini göstermektedir. Ayrıca güvenli anne-bebek bağlanması kuramayan çocukların huzursuz, sosyal fobisi olan, başarısız ve depresif bireyler olarak topluma karışmalarına neden olmaktadır. Bu nedenlerle hemşirelerin anneleri bebeğin bakımına katılması, konuşması, göz göze temas ve dokunması gibi uygulamalarda cesaretlendirmesi ve destek olması çok önemlidir (Soysal, 2005; Tüzün, 2006; Yeşiltepe, 2004).

Bağlanmada anahtar rol anne olmasına rağmen babanın da varlığı ve iletişime dahil olma şekli son derece önemlidir. Bağlanmanın temelinde annenin sağlıklı bir ruh hali yatar. Annenin sağlıklı ruh haline sahip olabilmesinde ise anne- baba bağlanması ve aralarında ki iletişimin kalitesi son derece önemlidir. Babanın varlığı ile sosyal destek alan anne gebelik, doğum ve postpartum dönemde ruh sağlığını daha iyi duruma getirebilecektir. Babanın da bebeğin bakımına katılması, bebeğin varlığını hissetmesi, kucağına alması gibi uygulamalarla anneye destek olması yönünde cesaretlendirilmesi önemlidir. Böylece anne- baba ve bebek- anne arasında ki iletişimin doyumu ve kalitesi artacaktır. Bu nedenle hemşire gebe takiplerine babanın da katılmasını sağlayarak babayı sürece dahil etmelidir. Böylece bebeğin kalp seslerinin duyulması, USG'de bebeği izleme gibi uygulamalarla babanın da bebeğin varlığına alışması sağlanır (Soysal, 2005; Kavlak, 2006).

Bağlanmanın önündeki bir başka engelde bebeğin çeşitli sağlık sorunları nedeniyle uzun süreli hastane yatışları olabilir (Özkars, 2017). Böylesi durumlarda hemşire mümkün olduğunca anneyi bebeğin bakımına dahil etmeli, annenin temasını, bebeğine ismi ile seslenmesini ve göz göze iletişimin sağlamalı, mümkün olduğu en erken zamanda emzirmesini sağlamalı ve annenin varlığını hissettiren anne sesi gibi tamamlayıcı uygulamalarla destek olmalıdır. Ayrıca anne ile her konuşmasında ve taburculuk aşamasında anne-bebek bağlanmasının öneminden ve

geliştirmek için atılması gereken adımlar konusunda bilgilendirmelidirler (Özkars, 2017; Kavlak, 2006; Şen, 2007).

2.5.4- Çevresel faktörlerin prenatal bağlanma üzerine etkisi

Anne-bebek bağlanması ile başlayan bağlanma özelliğinin bireyin yaşamında bütün alanlarına yansiyacak olan bir etki taşıdığı artık kabul edilen bir gerçektir. Ancak bağlanma üzerine asıl etkisi olan durum; annenin ilk başta kendi annesinden gördüğü daha sonra ise çevresinin tavrı ile oluşan bağlanma durumudur. Çünkü bağlanma karşılıklı gelişen ve beslenen bir duygu olmasına rağmen anne-bebek bağlanmasında aktif rol annenindir. Dolayısıyla kendisi sağlıklı bir bağlanma yaşamayan anneden sağlıklı bağlanma örüntüleri beklemek yersiz olur. Yapılan çalışmalar da annenin yaşadığı çocukluk deneyimlerinin prenatal bağlanma üzerine etkileri olduğunu vurgulayan çalışmalar mevcuttur (Siddiqui, 2000). Bağlanmayı sadece anne üstünden değerlendirmekte doğru bir yaklaşım olmaz. Bağlanma anne-bebek bağlanması ile başlar ki eğer primer bakım verici anne değil ise bebek sürekli bakımını sağlayan kişi ile bir bağ kurar. Anne ya da primer bakım verici ile kurulan bu bağ sonrasında başta baba ve diğer bakım vericiler ile gelişmeye devam eder. Çocuk büyüdükçe ailenin diğer fertleri, okulda öğretmeni, arkadaşı hepsi bağlanmanın birer unsuru konumuna gelirler.

Gebelik sürecinde gebe bir sürü ruhsal ve fiziksel değişim içindedir. Ancak gebelik döneminde hem bebeğin hem de annenin fiziksel değişimi ve gelişimi yakından takip edilirken duygusal gelişim pek önemsenmez. Oysa bağlanma gebelik sürecinde gelişmesi beklenen en önemli duygusal gelişim alanıdır. Bu nedenle gebenin başta eşi ve sosyal çevresi tarafından desteklenmesi son derece önemlidir (Wilson, 2000; Yarcheski, 2009).

Anne adayı bebeğin hareketini hissettikçe, karnı büyüdükçe ve varlığını hissetmeye başladıkça bebeğini benimsemeye, onun için endişelenmeye başlar. Ancak baba adayı için bebeği ve ona olan bağlılığı henüz somutlaşmamıştır. Dolayısıyla gebenin bu duygu durumunu anlamakta zorlanabilir. Dolayısıyla erkek ve kadın arasındaki bu farkın giderilmesinde eşlerin de gebelik sürecinde ki duygu durumu ve bağlanmanın önemi konusunda eğitilmelidir. Böylece daha bilinçli olarak gebeye destek olabilmeleri sağlanmış olur. Çalışmalarda da anne- baba uyumu arttıkça bağlanmanın güçlendiğine vurgu yapan çalışmalar vardır (Wilson 2000). Ayrıca doğum ve bebek için yapılacak olan hazırlıkların çevresi tarafından benimsenmesi, yardım edilmesi, ortak hayaller kurulması gebe için bağlanmanın güçlenmesine destek olan uygulamalardır. Ayrıca gebe sevincini, endişelerini paylaştıkça bebeğini sahiplenir ve daha güçlü bağlanmalar geliştirebilir.

Bağlanmanın önündeki engellerden bir diğeri de bebeğinin sağlık durumu konusundaki endişeleri ya da olası bir sağlıksız bebeğe sahip olma durumunda bebeğine bakımı taşıdığı endişedir. Bu konuda gebe yakın

çevresinden, bakıcısından ve doktorundan gibi birçok kişiden sosyal destek alabilir. Ancak gebenin sağlık kontrollerini ve takiplerini yapan profesyoneller olan ebelere büyük rol düşmektedir. Ebe doğum çantasının hazırlanmasından tutunda doğuma dair her konuda bilinmezlikler ve endişeleri giderme noktasında kilit rolde olmalıdır. Aynı zamanda doğum sonu bebek bakımı konusunda da açıklamalarda ve yardımda bulunarak annenin bu konuda ki endişelerine çözüm üretmelidirler (Yarcheski, 2009).



3- GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1- Araştırmanın Şekli

Bu araştırma gebelerde prenatal bağlanma ve prenatal depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2- Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yapılmıştır. Hastanenin yerleşim yeri Bilecik merkezdedir. Bu çalışma Kasım 2014- Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3- Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1- Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı devlet hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine Ocak 2013-Mart 2014 tarihleri arasında doğum yapan 866 kadın oluşturmuştur.

3.3.2- Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın örneklemini belirlemek için güç hesaplamasından yararlanılmıştır. % 90 güç analiziyle örneklem sayısı 265 olarak belirlenmiştir (Machin, Campbell, Fayers & Pinol, 1997). Türkiye de ilk defa Duyan, Kapisız ve Yakut (Duyan vd. 2013) tarafından Türkçeye uyarlanan "Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri" puan ortalamaları baz alınarak yapılan güç analizi sonucunda 265 gebe ile çalışma planlanmıştır. Beck depresyon ölçeği ve prenatal anne bebek bağlanma ölçekleri arasındaki ortalama fark 0,3 olarak elde edilmiştir. Ortak standart sapma ise 1,5 olarak bulunmuştur.

3.3.3- Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Bilecik ili sınırları içerisinde yaşayan,
- 24 ve üzeri gebelik haftasında olan,
- Sözel olarak iletişim kurulabilen,
- Gönüllü olan kadınlar.

3.4- Araştırmanın Örneklem Yöntemi

Araştırmada örneklem büyüklüğüne ulaşana kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Kota örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.5- Verilerin Toplanması

3.5.1- Veri toplama aracı

Prenatal dönemde olan ve çalışmaya katılan gebelere sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik "Prenatal Dönem Bireysel Bilgi Toplama Formu" (EK-4), "Beck Depresyon Ölçeği" (EK-5) ve "Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri" (EK-6) uygulanmıştır.

- **Prenatal Dönem Bireysel Bilgi Toplama Formu (Prenatal Personal Information Collection Form) (EK-4)**

Araştırmacı tarafından, literatür bilgisinden yararlanılarak araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik (eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi vb.), obstetrik ve şu anki gebelik özelliklerini belirlemek üzere hazırlanmış ve prenatal dönemde uygulanan bir formdur.

- **Beck Depresyon Ölçeği (Beck Hopelessness Scale)(EK-5)**

Uygulananlarda depresyon yönünden riski ve depresyon belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla A.T. Beck tarafından ilk kez 1961 yılında geliştirilen 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (Aydemir, Köroğlu, 2000).

- **Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory) (EK-6)**

"Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri" (The Prenatal Attachment Inventory) Mary Muller tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları duyguları, düşünceleri, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek üzere geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan alınabilen dördümlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21 ve 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 (Yılmaz & Beji, 2010).

3.5.2- Araştırmanın uygulama şekli

Anket formu ve ölçekler araştırma yapılan hastane de kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerle araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

Tablo 3.1. Araştırma planı ve takvimi

| | YILLAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|---|---|
| | 2014 | | 2015 | | | | | | | | | | | | 2016 | | | | | | | | | | | | 2017 | | | | | | | | | | | | |
| İş Paketi Adı/ Tanımı | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| Literatür taraması | * | * | * | * | * | * | * | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formların oluşturulması | * | * | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etik Kurul ve Kurum İzinleri | * | * | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verilerin Toplanması | | | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| İstatistiksel Analiz | | | | | | | | | | | | | | | | * | * | * | * | * | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bulguların Tartışılması | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | * | * | * | * | * | * | * | | | | | | | | | | | |
| Tezin Yazılması | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |

3.6- Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Veri toplama formlarında yer alan sorular bağımsız, BECK Depresyon Ölçeği ve Doğum Öncesi Bağlanma Envanterinden elde edilen ortalama puanlar bağımlı değişken olarak alınmıştır. Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk's testinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin (korelasyon) yönü ve büyüklüğünün belirlenmesi normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson Korelasyon katsayıları, normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için ise Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Verilerin analizinde uygulanmasında IBM SPSS Statistics 15.0 programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırma veri toplama ve değerlendirme akış şeması

3.6.1- Araştırmanın değişkenleri

3.6.1.1- Bağımsız değişkenler

- Yaş grubu
- Eğitim durumu
- Gelir durumu
- Meslek
- Gebelik sayısı

3.6.1.1- Bağımsız değişkenler

- Beck depresyon ölçeği
- Doğum öncesi bağlanma envanteri

3.7- Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma verileri poliklinikte toplandığı için ve ortamın hareketli ve gürültülü olması dolayısıyla görüşme yapılan ortamın güvenliğini sağlamada güçlükler yaşanmıştır. Verileri toplarken gebelerin poliklinik işlerinin olması ve zaman kısıtlaması dolayısıyla gebelerin çalışmaya katılma da gönüllü olmaları zorlaşmıştır.

3.8- Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce Bilecik Üniversitesi Etik Kurulundan (sayı no:54674167-0011-03971) (Ek 1), Bilecik Kamu Hastaneleri Birliği Bilecik Devlet Hastanesi'nden (sayı no: 73219060) (Ek 2) yazılı, çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı ve sözel onam alınmıştır (Ek 3).

4- BULGULAR

Bu bölümde, prenatal bağlanmanın prenatal depresyonla ilişkisini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen veriler dört başlık halinde incelenmiştir.

4.1. Gebelerin tanıtıcı özellikleri

4.2. Gebelerin prenatal bağlanma ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması

4.3. Gebelerin beck depresyon ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması

4.4. Gebelerin prenatal bağlanma ölçeğinden alınan puanları ve beck depresyon ölçeği arasındaki ilişki



4.1- Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.1. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

| Özellikler | Sayı (n=265) | % |
|-----------------------------|--------------|-------------|
| Yaş | | |
| 18-27 | 53 | 46,8 |
| 28-32 | 84 | 33,6 |
| 33-52 | 128 | 19,6 |
| Eşin yaşı | | |
| 18-27 | 53 | 20,0 |
| 28-32 | 84 | 31,7 |
| 33-52 | 128 | 48,3 |
| Eğitim Durumu | | |
| İlköğretim | 119 | 44,9 |
| Lise | 78 | 29,4 |
| Yüksekokul ve üzeri | 68 | 25,6 |
| Eşin Eğitim Durumu | | |
| İlköğretim | 83 | 31,3 |
| Lise | 104 | 39,2 |
| Yüksekokul ve üzeri | 78 | 29,5 |
| Evlilik Süresi (yıl) | | |
| 1-5 | 164 | 61,9 |
| 6-10 | 68 | 25,7 |
| 11-15 | 29 | 10,9 |
| 16 ve üzeri | 4 | 1,5 |
| Meslek | | |
| Ev hanımı | 179 | 67,5 |
| Memur | 33 | 12,5 |
| Serbest meslek | 15 | 5,7 |
| İşçi | 34 | 12,8 |
| Öğrenci | 4 | 1,5 |
| Eşinin mesleği | | |
| Memur | 68 | 25,7 |
| Serbest meslek | 59 | 22,3 |
| İşçi | 138 | 52,1 |
| Gelir durumu algısı | | |
| Kötü | 18 | 6,8 |
| Orta | 167 | 63 |
| İyi | 80 | 30,2 |
| Sosyal güvence | | |
| Yok | 7 | 2,6 |
| SSK | 185 | 69,8 |
| Bağ-kur | 19 | 7,2 |
| Emekli sandığı | 51 | 19,2 |
| Özel sigorta | 1 | 0,4 |
| Yeşil kart | 2 | 0,8 |

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Gebelerin % 46.8’sinin 18-27, eşlerinin ise %48.3’ünün 33-52 yaş aralığında yer aldığı, öğrenim durumlarının %29.4 ’ünün lise ve eşlerinin %39,2’sinin lise düzeyinde öğrenime sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin % 61.9’unun 1-5 yıl süre ile evli olduğu saptanmıştır. Gebelerin diğer sosyo-ekonomik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde

%67.5'inin ev hanımı ve %52.1'inin eşinin işçi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %63.0'ünün orta düzey bir gelir algısı durumunda olduğu ve %69.8'inin sosyal güvencesinin SSK olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Gebelerin gebelik ve obstetrik öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı

| | Sayı (n=265) | % |
|--------------------------------------|--------------|--------------|
| Gebelik haftası | | |
| 25-27 | 67 | 25,28 |
| 28-31 | 45 | 16,98 |
| 32-35 | 79 | 29,81 |
| 36-40 | 74 | 27,93 |
| Gebelik sayısı | | |
| 1 | 97 | 36,6 |
| 2 | 84 | 31,7 |
| 3 | 39 | 14,6 |
| 4 | 28 | 10,6 |
| 5 ve üzeri | 17 | 6,5 |
| Geçmiş gebelik sonuçları | | |
| Düşük | | |
| Düşük yok | 204 | 77 |
| 1 düşük | 42 | 15,8 |
| 2 düşük | 8 | 3,0 |
| 3 ve üzeri düşük | 11 | 4,2 |
| Canlı doğum sayısı | | |
| Yok | 117 | 44,2 |
| 1 | 101 | 38,1 |
| 2 | 26 | 9,8 |
| 3 ve üzeri | 21 | 7,9 |
| Gebeliğin istem durumu | | |
| İstemli | 228 | 86 |
| İstemsiz | 37 | 14 |
| Gebeliğin meydana geliş şekli | | |
| Doğal | 250 | 94,3 |
| Tıbbi yardım * | 15 | 5,7 |

*Tıbbi yardımın 11'i tüp bebek, 4'ü aşılamadır.

Tablo 4.2'de Gebelerin gebelik ve obstetrik öyküsüne göre özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Gebelerin %29.8 'inin 32-35. haftalarında, %36.6'sının gebelik sayısının bir olduğu, %77.0'ünün düşük yapmadığı, % 44.2'sinin hiç canlı doğumunun olmadığı, %86.0'ünün bebeğini isteyerek yaptığı ve %94.3'ünün de doğal yolla gebe kaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Gebelerin sağlık durumuna ilişkin bulguların dağılımları

| | Sayı (n=265) | % |
|---|-----------------|-------------|
| Kronik hastalık | | |
| Var (örn: DM, hipertansiyon, astım) | 22 | 8,3 |
| Yok | 243 | 91,7 |
| Bebeğin tanı aldığı riskli bir durum | | |
| Var (örn: Spina bifida) | 2 | 0,8 |
| Yok | 263 | 99,2 |
| Geçmiş gebeliklerde ortaya çıkan bir sağlık problemi | | |
| Var (örn: GDM, abortus) | 7 | 2,6 |
| Yok | 258 | 97,4 |
| Tanı alınan ruhsal bir hastalık | | |
| Evet (örn: Depresyon) | 4 | 1,5 |
| Hayır | 261 | 98,5 |

Tablo 4.3'de Gebelerin %91.7'sinde kronik bir hastalığının olmadığı, %99.2'sinin bebeğinin tanı aldığı riskli bir durumun olmadığı, %97.4'ünün geçmiş gebeliklerinde herhangi bir sağlık problemiyle karşılaşmadığı ve %98.5'inin tanı alınan ruhsal bir hastalık durumunun olmadığı belirlenmiştir.

4.2- Gebelerin Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

| Özellikler | N=265 | Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeği $\bar{X} \pm SS$ | Test ve P Değeri |
|----------------------------|-------|---|-------------------------------|
| Yaş | | | |
| 18-22 | 38 | 61,263±10,67 | kw*=3,445 p=0,486 |
| 23-27 | 86 | 62,360±10,60 | |
| 28-32 | 89 | 59,292±12,66 | |
| 33-37 | 38 | 60,447±15,47 | |
| 38-42 | 18 | 56,642±14,08 | |
| Öğrenim Durumu | | | |
| İlkokul | 65 | 57,338±14,14 | kw*=4,483 P=0,34 |
| Ortaokul ve dengi | 54 | 61,555±12,73 | |
| Lise ve dengi | 78 | 62,525±10,90 | |
| Yüksekokul | 65 | 60,553±11,37 | |
| Yükseklisans | 3 | 64,666±5,68 | |
| Meslek | | | |
| Ev hanımı | 179 | 59,865±12,89 | kw*= 2,595 P=0,62 |
| Memur | 33 | 60,727±11,30 | |
| Serbest meslek | 15 | 64,666±10,71 | |
| İşçi | 34 | 62,676±10,63 | |
| Öğrenci | 4 | 59,250±12,36 | |
| Eşinin Mesleği | | | |
| Memur | 68 | 61,470±13,01 | kw*= 0,910 P=0,63 |
| Serbest meslek | 59 | 61,067±10,55 | |
| İşçi | 138 | 59,963±12,68 | |
| Sosyal Güvencesi | | | |
| Yok | 7 | 62,000±12,59 | kw*= 0,055 P=1,00 |
| SSK | 185 | 60,535±12,45 | |
| Bağ-kur | 19 | 61,263±8,99 | |
| Emekli sandığı | 51 | 60,352±13,43 | |
| Özel sigorta | 1 | 61,000±10,12 | |
| Yeşil kart | 2 | 61,000±1,41 | |
| Gelir durumu algısı | | | |
| Kötü | 18 | 49,555±15,34 | kw*= 10,078 P=0,006 |
| Orta | 167 | 61,191±11,73 | |
| İyi | 80 | 61,837±11,65 | |
| Gebeliğin oluşumu | | | |
| Doğal yolla | 249 | 60,341±12,32 | kw*= 3,341 P=0,188 |
| Tıbbi yardımla | 16 | 64,562±11,65 | |

* Kruskal-Wallis Analizi

Tablo 4.4'de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre doğum öncesi anne bebek bağlanma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir. Gebelerin yaş grubu, öğrenim durumu, kendi ve eşinin mesleği, sosyal güvencesi ve gebeliğin oluşum şekline göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gebelerin gelir durumu

algılamalarıyla doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$).

Tablo 4.5. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

| Özellikler | N=265 | Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeği $X \pm SS$ | Test ve P Değeri |
|---|-------|---|-------------------------------|
| Gebelik Haftası | | | |
| 25-28 | 78 | 59,269+12,97 | $\chi^2=431,855$ $P=0,700$ |
| 29-32 | 68 | 61,235+13,26 | |
| 33-36 | 66 | 59,261+11,09 | |
| 37-40 | 54 | 63,314+11,20 | |
| Gebelik Sayısı | | | |
| 1 | 67 | 51,67+13,14 | $\chi^2=268,520$ $P<0,001$ |
| 2 | 84 | 57,27+9,25 | |
| 3 | 59 | 63,35+7,80 | |
| 4 | 55 | 73,58+6,00 | |
| Evlilik Süresi | | | |
| 1-5 | 161 | 61,627+11,19 | $\chi^2=703,409$ $P=0,004$ |
| 6-10 | 68 | 60,388+13,96 | |
| 10-15 | 29 | 55,612+13,41 | |
| 15 ve üzeri | 7 | 61,000+11,86 | |
| KHAS | | | |
| Var | 22 | 60,772+9,64 | $\chi^2=316,119$ $P=0,004$ |
| Yok | 243 | 60,580+12,53 | |
| Gebeliğe Bağlı Hastalık | | | |
| Var | 25 | 60,772+9,64 | $\chi^2=504,607$ $p=0,001$ |
| Yok | 240 | 60,580+12,30 | |
| Bebekte Sağlık Problemi | | | |
| Var | 2 | 60,440+12,51 | $\chi^2=175,323$ $P=0,000$ |
| Yok | 263 | 60,612+12,31 | |
| Tanısı Konmuş Psikiyatrik Hastalık | | | |
| Var | 4 | 64,00+9,59 | $\chi^2=51,382$ $P=0,016$ |
| Yok | 261 | 60,541+12,30 | |
| Bebeği İsteme | | | |
| Evet | 228 | 61,688+11,16 | $\chi^2=82,133$ $P=0,00$ |
| Hayır | 37 | 53,864+16,43 | |

Tablo 4.5’de gebelerin obstetrik özelliklerine göre doğum öncesi anne bebek bağlanma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Gebelik haftası ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Gebelik sayısı, evlilik süresi, KHAS, gebeliğe bağlı hastalık, bebekte sağlık problemi, tanısı konmuş psikiyatrik hastalık ve bebeğin istenme durumu ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4.3- Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.6. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre beck depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması

| Özellikler | N | *Beck Depresyon Puanlarına göre Depresyon Durumları | | | | Test P Değeri |
|----------------------------|-----|---|-----------------|----------------------|----------------|------------------------------|
| | | Yok | Hafif Depresyon | Orta Düzey Depresyon | Ağır Depresyon | |
| Yaş | | | | | | |
| 17-22 | 48 | 37 | 6 | 4 | 1 | $\chi^2=22,551$ $P=0,32$ |
| 23-27 | 76 | 65 | 7 | 3 | 1 | |
| 28-32 | 89 | 68 | 12 | 7 | 2 | |
| 33-37 | 38 | 25 | 8 | 4 | 1 | |
| 38-42 | 14 | 7 | 1 | 4 | 2 | |
| Öğrenim Durumu | | | | | | |
| İlkokul | 65 | 38 | 14 | 9 | 4 | $\chi^2=20,932$ $P=0,051$ |
| Ortaokul ve dengi | 54 | 45 | 4 | 4 | 1 | |
| Lise ve dengi | 78 | 62 | 12 | 4 | 0 | |
| Yüksekokul | 65 | 54 | 4 | 5 | 2 | |
| Yüksek lisans | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | |
| Meslek | | | | | | |
| Ev Hanımı | 179 | 133 | 24 | 18 | 4 | $\chi^2=7,996$ $P=0,785$ |
| Memur | 33 | 27 | 2 | 3 | 1 | |
| Serbest Meslek | 15 | 11 | 2 | 1 | 1 | |
| İşçi | 34 | 27 | 6 | 0 | 1 | |
| Öğrenci | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | |
| Eşinin Mesleği | | | | | | |
| Memur | 68 | 54 | 8 | 5 | 1 | $\chi^2=5,432$ $P=0,490$ |
| Serbest Meslek | 59 | 50 | 4 | 4 | 1 | |
| İşçi | 138 | 98 | 22 | 13 | 5 | |
| Sosyal Güvencesi | | | | | | |
| Yok | 7 | 5 | 0 | 1 | 1 | $\chi^2=10,283$ $P=0,802$ |
| SSK | 185 | 136 | 27 | 16 | 6 | |
| Bağkur | 19 | 16 | 1 | 2 | 0 | |
| Emekli Sandığı | 51 | 42 | 6 | 3 | 0 | |
| Özel Sigorta | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Yeşil Kart | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | |
| Gelir durumu algısı | | | | | | |
| Kötü | 18 | 9 | 2 | 3 | 4 | $\chi^2=39,034$ $P<0,001$ |
| Orta | 167 | 122 | 27 | 15 | 3 | |
| İyi | 80 | 71 | 5 | 4 | 0 | |
| Gebeliğin oluşumu | | | | | | |
| Doğal Yol | 249 | 187 | 33 | 22 | 7 | $\chi^2=3,124$ $P=0,373$ |
| Tıbbi Yardım | 16 | 15 | 1 | 0 | 0 | |

*Beck depresyon ölçeğinin yorumlanması; 0-9 (Depresyon yok),10-16 (Hafif Depresyon), 17-29 (Orta Depresyon), 30-63) Ağır Depresyon

Tablo 4.6'da gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş, öğrenim durumu, meslek, eşinin mesleği, sosyal güvence ve gebeliğin oluşumu ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Gebelerin gelir durumu algısı ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında ileri derecede ilişkili olduğu belirlenmiştir ($P<0,001$).

Tablo 4.7. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre beck depresyon ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması

| Özellikler | N | Beck Depresyon Puanlarına göre Depresyon Durumları | | | | Test P Değeri |
|---|-----|--|-----------------|----------------------|----------------|---|
| | | Yok | Hafif Depresyon | Orta Düzey Depresyon | Ağır Depresyon | |
| Gebelik Haftası | | | | | | |
| 25-28 | 77 | 58 | 10 | 5 | 4 | $\chi^2=38,547$ $P=0,623$ |
| 29-32 | 68 | 49 | 12 | 6 | 1 | |
| 33-36 | 68 | 52 | 6 | 9 | 1 | |
| 37-40 | 54 | 43 | 6 | 4 | 1 | |
| Gebelik Sayısı | | | | | | |
| 1 | 202 | 48 | 62 | 50 | 42 | $\chi^2=10,318$ $P=0,325$ |
| 2 | 34 | 7 | 15 | 5 | 7 | |
| 3 | 24 | 8 | 6 | 4 | 4 | |
| 4 | 7 | 4 | 1 | 0 | 2 | |
| Evlilik Süresi | | | | | | |
| 1-5 | 146 | 117 | 18 | 8 | 3 | $\chi^2=92,326$ $P=0,002$ |
| 6-10 | 69 | 47 | 15 | 6 | 1 | |
| 11-15 | 28 | 18 | 1 | 6 | 3 | |
| 15 ve üzeri | 7 | 5 | 0 | 2 | 0 | |
| KHAS | | | | | | |
| Var | 22 | 15 | 3 | 3 | 1 | $\chi^2=27,185$ $P=0,296$ |
| Yok | 143 | 187 | 31 | 19 | 6 | |
| Gebeliğe Bağlı Hastalık | | | | | | |
| Var | 25 | 18 | 3 | 3 | 1 | $\chi^2=68,415$ $P=0,00$ |
| Yok | 240 | 184 | 31 | 19 | 6 | |
| Bebekte Sağlık Problemi | | | | | | |
| Var | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | $\chi^2=17,900$ $P<0,006$ |
| Yok | 263 | 202 | 33 | 21 | 7 | |
| Geçmiş Gebeliklerinde Ortaya Çıkan Sağlık Problemi | | | | | | |
| Var | 7 | 6 | 1 | 0 | 0 | $\chi^2=8,689$ $P=0,729$ |
| Yok | 258 | 196 | 33 | 22 | 7 | |
| Tanısı Konmuş Psikiyatrik Hastalık | | | | | | |
| Var | 4 | 1 | 2 | 1 | 0 | $\chi^2=7,243$ $P=0,065$ |
| Yok | 261 | 201 | 32 | 21 | 7 | |
| Bebegi İsteme | | | | | | |
| Evet | 228 | 188 | 26 | 11 | 3 | $\chi^2=45,554$ $P=0,000$ |
| Hayır | 37 | 14 | 8 | 11 | 4 | |

Tablo 4.7'de gebelerin obstetrik özelliklerine göre beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması verilmiştir. Gebelik haftası, gebelik sayısı, KHAS, tanısı konmuş psikiyatrik hastalık ve geçmiş

gebeliklerinde ortaya çıkan sağlık problemi ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Evlilik süresi, gebeliğe bağlı hastalık, bebekte sağlık problemi, ve bebeğin istenme durumu ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4.4- Gebelerin Bağlanma Ölçeğinden Alınan Puanları ve Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki

Tablo 4.8. Gebelerin doğum öncesi bağlanma envanteri ile beck depresyon ölçeğinde aldıkları puanların karşılaştırılması

| r; p | Bağlanma | |
|-----------------------|----------------------|-------|
| BECK Depresyon | -0,208; 0,001 | 1,000 |

*r değerinin yorumlanması: r:0-30 (düşük düzey), r:31-70 (orta düzey), r:71-100 (yüksek düzey)

4.8'de gebelerin doğum öncesi bağlanma envanteri ile beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır. Beck depresyon ölçeği ve doğum öncesi bağlanma ölçeği arasında ters yönlü düşük düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,208$; $p<0,001$). Yani beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça prenatal bağlanma ölçeğinden alınan puanların yükseldiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. Sosyo demografik ve obstetrik özelliklere göre doğum öncesi bağlanma ölçeği ve beck depresyon ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması

| | Bazı Sosyo Demografik ve Obstetrik Özellikler | (n*) | r; p |
|-------------|---|----------------------------|-------------------------------|
| | | | Bağlanma |
| Beck | Öğrenim Durumu | Okur – Yazar Değil (0) | - |
| | | İlköğretim (65) | -0,50284; <0,001 |
| | | Orta Öğretim (54) | -0,17634; 0,202 |
| | | Lise (78) | -0,14622; 0,201 |
| | | Üniversite (65) | -0,041415; 0,743 |
| | | Yüksek Lisans (0) | - |
| | | Doktora (3) | 1,000; <0,001 |
| | Meslek | Ev Hanımı (179) | -0.22193; 0,0028 |
| | | Memur (33) | -0,07919; 0,6614 |
| | | Serbest Meslek (15) | -0,08574; 0,7613 |
| | | İşçi (34) | -0,31242; 0,0720 |
| | | Öğrenci (4) | -0,44721; 0,5528 |
| | Sosyal Güvence | Yok (7) | -0,45047; 0,3104 |
| | | SSK (185) | -0,21399; 0,0034 |
| | | BAG-KUR (19) | -0,31447; 0,1898 |
| | | Emekli Sandığı (51) | -0,17236; 0,2265 |
| | | Özel Sigorta (1) | - |
| | | Yeşil Kart (2) | -1,00000; - |
| | Ortalama Aylık Gelir | Kötü (18) | -0.60642; 0.0076 |
| | | Orta (167) | -0.12098; 0.1194 |
| | | İyi (80) | -0.19582; 0.0817 |
| | Bebeği İsteme | İstiyor (228) | -0.10046; 0.1304 |
| | | İstemiyor (37) | -0.62292; <0001 |
| | Gebe Kalma Şekli | Doğal (249) | -0,22041; 0,0005 |
| | | Tıbbi Yardım (16) | 0,13166; 0,6269 |
| | Tıbbi Yardım Türleri | Aşılama (4) | -0,21723; 0,0005 |
| | | Tüp Bebek (12) | 1,00000; <0001 |
| | Gebelik Öncesi Depresyon Tanısı Alma | Evet (4) | -0,60000; 0,4000 |
| Hayır (261) | | -0,20993; 0,0006 | |

*n sayısı değişmektedir

*r değerinin yorumlanması: r:0-30 (düşük düzey), r:31-70 (orta düzey), r:71-100 (yüksek düzey)

Tablo 4.9'da Sosyo demografik özelliklere göre doğum öncesi bağlanma ölçeği ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması yer almaktadır. Ev hanımı, sosyal güvenceye sahip olma (SSK), doğal yolla gebe kalma ve gebelik öncesi depresyon tanısı alanlar ve beck depresyon ve doğum öncesi bağlanma ölçeği arasında düşük düzeyde zıt yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. İlköğretim eğitim düzeyi ve istemeden gebe kalanlar ve beck depresyon ve doğum öncesi bağlanma ölçeği arasında orta düzey zıt yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Tüp bebek yöntemiyle gebe kalma ile beck depresyon ve doğum öncesi bağlanma ölçeği arasında ise ileri düzey zıt yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Yani ev hanımı olan, SSK sosyal güvenceye sahip olan (SSK), doğal yolla gebe kalan ve gebelik öncesi depresyonu olan gebelerde prenatal depresyon puanları yükseldikçe prenatal bağlanma puanları düşmektedir.



5- TARTIŞMA

Bağlanma, gebelik döneminde annenin bebeğiyle arasında ilk kurulan ve insanın sağlıklı büyüme ve gelişiminde önemli yeri olan bir duygudur. Bağlanmanın gelişiminde her iki tarafta etkin olmasına rağmen prenatal bağlanmada etkin rol gebeninindir. Fetüsün 26. haftadan itibaren annenin duygu- durumunu hissedip verdiği mesajları algılayabildiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla gebenin yaşadığı tüm stres ve depresyon durumlarından fetüs etkilenmektedir. Bu nedenle gebelik sürecinde depresyon ve prenatal bağlanma durumlarının belirlenerek bağlanma konusunda risk taşıyan gebelerin tespit edilmesi önemlidir. Böylece gebelik depresyonu ve doğum öncesi bağlanmanın önemi ve uzun dönemli etkileri konusunda gebelerin bilinçlendirilmesi ve bu gebelerin takip ve tedavileri erken zamanda yapılabilir. Bu çalışmanın sonuçları bunun önemini bir kez daha ortaya koymaktadır ve çalışma sonuçlarının bu alanda bilimsel dayanak oluşturacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. (Huizink, 2002; Gutteling, 2005; Shieh, 2001).

Bu bölümde, prenatal anne-bebek bağlanmasının prenatal depresyonla ilişkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört başlık halinde tartışılmıştır.

5.1. Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin tartışılması

5.2. Gebelerin doğum öncesi bağlanma ölçeğinden aldıkları puanların tartışılması

5.3. Gebelerin beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların tartışılması

5.4. Gebelerin beck depresyon ölçeği ve doğum öncesi bağlanma ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1- Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan gebelerin yarıya yakınının 18-27 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerinde de ülkede ortalama evlilik yaşı 21'dir (TNSA 2013). Bu yönüyle ulaşılan popülasyon ülke ortalamasına yakındır. Gebelerin % 61,9'unun 1-5 yıl süre ile evli olduğu saptanmıştır. Bu durumda çocuk planlamasının genellikle evliliklerin ilk yıllarında olduğu varsayıldığında olağan olduğu düşünülmüştür (Tablo 4.1).

Gebelerin diğer sosyo-ekonomik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde %67,5'inin ev hanımı ve %52,1'inin eşinin işçi olduğu, %63'ünün orta düzey bir gelir algısı durumunda olduğu ve %69,8'inin sosyal güvencesinin SSK olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Çalışmanın yapıldığı bölgenin sanayi bölgesi olması dolayısıyla eşlerin çoğunun işçi olması beklendik bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

5.2- Gebelerin Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Gebelik kadının sağlık durumunda bir takım fizyolojik ve psikolojik değişimlere neden olmaktadır. Gebe bu değişimler ile hem fizyolojik hem de ruhsal açıdan anneliğe hazırlanmaktadır. Bu değişimlerle birlikte gebe bebeğinin kalp atımını, hareketlerini hissettikçe, karnı büyüdükçe bebeğinin varlığını hisseder ve gebenin bebeğini benimsemesi beklenir. Kadının gebelik sürecinde bebeğini sahiplenip, onun sağlığı için endişelenmesi, ve bunun için girişimlerde bulunması ya da bakımı için hazırlıklar içinde olması doğal olarak karşılanmalıdır. Ancak bazen da gebelikte bazı nedeler ve olumsuzluklar nedeniyle gebede istenilen düzeyde bebeğine karşı bağlanma isteği gelişmeyebilir yada zayıf bir bağlanma olabilir (Josefsson, 2001; Janbakhishov, 2013; Pişirgen, 2011). Bu bölümde prenatal bağlanmanın önündeki engelleri tespit edebilmek için gebenin sosyo- demografik ve gestasyonel faktörlerin prenatal bağlanmaya olan etkisi değerlendirilmiştir.

5.2.1- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Gebelerin sosyo demografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, gebelerin ve eşlerinin mesleği, sosyal güvencesi ve gebeliğin oluşumu ile doğum öncesi bağlanma ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Gebelerin bebeği ile bağlanması üzerine anlamlı etki gösteren tek demografik özellik gebelerin gelir durumu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.). Bu tartışmalara aşağıda kısaca yer verilmiştir.

Gebelerin yaş grubuna göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde başka çalışmalarda da (Bekmezci, 2015; Janbakhishov, 2013; Yarcheski, 2009; Günay, 2015; Ossa vd., 2012, Üstünsöz & İnanç, 2001) yaşın prenatal bağlanma düzeyi üzerine etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Ancak literatürde farklı olarak prenatal bağlanma ile gebelik yaşı arasında zıt yönlü bir korelasyon oluşunu vurgulayan çalışmada mevcuttur (Lindgren, 2001). Bu farklı sonuç Lindgren (2001)'in yaptığı çalışmanın örneklem büyüklüğünden kaynaklanmış olabilir. Bu nedenle yaş ile bağlanmanın arasındaki ilişkinin daha net ortaya konulabilmesi adına daha geniş örneklemlerle çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Prenatal bağlanmayı etkileyebileceği düşünülen sosyo demografik özelliklerden biri de eğitim düzeyidir. Ancak bu çalışmada eğitim düzeyi ile prenatal bağlanma arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($P>0,05$). Literatürde çalışma sonucu ile örtüşen ve eğitim düzeyinin prenatal bağlanma üzerinde etkili olmadığını vurgulayan sonuçlar olduğu gibi (Yılmaz 2010, Mi-Kyung 2011, Lindgren, 2001; Ossa vd. , 2012, Fuller

1992) farklı olarak eğitim düzeyinin prenatal bağlanma üzerinde etkili olduğu sonucuna varan çalışmalar da mevcuttur (Yılmaz & Beji, 2010; Bekmezci, 2015). Literatür incelendiğinde büyük oranda eğitim ile bağlanma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmeyişini, anneliğin öğrenilen değil, içgüdüsel bir duygu oluşuyla ilgili olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Lindgren, 2001).

Gebe ve eşinin mesleği ve sosyal güvence durumuna göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde gebelerin ve eşlerinin mesleği, sosyal güvence durumu ile doğum öncesi bağlanma arasında ilişkiyi irdeleyen çalışmaya rastlanmazken Janbakhishov (2013)'ün çalışmasında çalışan annelerin prenatal bağlanma puanlarının ev hanımı olan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir .

Bu çalışmada gebelerin gelir durumu algılamalarıyla prenatal bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$). (Tablo 4.4.).Gebelerin gelir durumu algılamalarıyla prenatal bağlanma arasında olumlu bir ilişkiyi belirten bir çalışmaya rastlanmıştır. Balaban (2016)'nın çalışması sonucumuzu destekler niteliktedir. Ancak, bazı çalışmalarda da maddi durum ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Günay, 2015, Bekmezci, 2015). Bu çalışma sonucunun literatürden farklı olmasını çalışılan örneklemin özelliği dolayısıyla büyük oranda ev hanımı ve eşlerinin de işçi olması dolayısıyla maddi kaygı taşımalarına bağlanmıştır. Ayrıca gebeliğe hazır oluşlukta bebeğin sağlıklı ve yeterli bir bakım alabilmesinde maddi yeterlilik önemli bir yer tutmaktadır. Dolayısıyla gebenin maddi kaygı içerisinde olması bebeği ve bebeğin bakımı konusunda kaygılar taşıması anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyen bir durum olması beklendik olarak yorumlanmıştır. Bu nedenle hemşireler gelir durumu düşük olan gebelerin bağlanma problemi yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunun farkında olarak gebeye yaklaşmalı ve bağlanma konusunda ki farkındalığının gelişmesine destek olmalıdır.

Gebeliğin oluşum şekline göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışma sonuçlarımız literatür sonuçları (Janbakhishov, 2013; Hjelmstedt, 2006; Yarcheski, 2009; Günay, 2015) ile uyumludur. Ancak infertilite tedavisi görerek gebe kalan kadınlarda daha yüksek bağlanma puanlarına ulaşan çalışma sonucu da mevcuttur (Chen, 2011). Aslında uzun beklemler ve uğraşlar sonucu sahip olunan, hem tıbbi hem de halk arasında ki kullanımıyla 'kıymetli gebelik ya da kıymetli bebek' lerde bağlanmanın daha yüksek olması beklendiktir. Ancak literatür sonuçlarının büyük oranda çalışma sonuçlarını desteklemesi gebeler için her bebeğin 'kıymetli bebek' olarak algılandığını gösterdiği şeklinde yorumlanabilir.

5.2.2- Gebelerin obstetrik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Gebelik haftası ve daha önceki gebeliklerinde sağlık sorunu geçirme durumu ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.5.). ($p>0,05$). Ancak bazı çalışmalarda (Günay, 2015; Kesebir vd., 2001) gebelik haftasının prenatal bağlanma üzerine etkili olduğu belirlenmiştir. Gebelik haftası ilerledikçe bebeğin varlığını hissedenen gebenin bağlanma puanının artması olağandır. Ancak bu çalışma örneğini 25. gebelik haftasından sonraki gebeler oluşturduğu ve bu haftada çoktan bebeğin hareketleri, annenin karnının büyümesi gibi bebeğin varlığını gösteren durumlar olduğu için bağlanma düzeylerinin birbirine yakın çıktığı düşünülmüştür.

Bu çalışmada gebelik sayısı ile prenatal bağlanma arasında ileri düzeyde ilişki olduğu ve gebelik sayısı arttıkça bağlanma puanının arttığı belirlenmiştir ($p<0,001$). Çocuk sayısı arttıkça anneliğin deneyimlerle birlikte daha derin hissedildiği düşünülmüştür. Literatür incelendiğinde ise gebelik sayısı ile prenatal bağlanma puanı arasında ilişki olduğunu belirleyen çalışmalar mevcuttur (Leva-Giroux, 2002; Üstünsöz vd., 2001; Yılmaz, 2010). Ancak çalışma sonucundan farklı olarak ilk gebeliğini yaşayan kadınların bağlanma puanlarını daha yüksek olarak tespit etmişlerdir. Bu yönüyle bu çalışmanın literatüre farklı bir boyut kattığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, evlilik süresi ile doğum öncesi bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Evlilik süresi 1-5 yıl olanlar doğum öncesi bağlanma ölçeğinden en yüksek puanı alan grup olarak saptanmıştır. Bekmezci (2015) ve Balaban (2016)'nın çalışmalarında da 1 yıl altı evliliklerde doğum öncesi bağlanma puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca Metin (2014)'in çalışmasında evlilik süresi 1-2 yıl olan gebelerde sosyal destek algısı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada sosyal destek ile doğum öncesi bağlanma arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Metin, 2014). Bu sonuca bağlı olarak, kültürel yapıdan da hareketle evliliğin ilk yıllarında sosyal çevreden ve eşten çocuk sahibi olmak konusunda daha fazla destek ve istek vardır. Bu istek ve desteğin etkisi ile doğum öncesi bağlanma puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Daha önceki gebeliklerinde sağlık sorunu geçirme durumu ile doğum öncesi bağlanma arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Ancak mevcut gebeliklerinde KHAS ve gebeliğe bağlı hastalığı olan annelerin doğum öncesi bağlanma puanlarının KHAS ve gebeliğe bağlı hastalığı olmayan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Günay (2015)'in çalışmasında da KHAS ve doğum öncesi bağlanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde Janbakhishov (2013) çalışmasında gebeliklerinde ek sağlık problemi olanların prenatal bağlanma puanlarını

daha yüksek olarak tespit etmişken daha önceki gebeliklerinde olumsuz öyküleri bulunma durumu ile doğum öncesi bağlanma arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu durumu, mevcut gebelikte var olan sorunlardan dolayı takiplerin arttığı ve bebeğini kaybetme korkusunun artması dolayısıyla bağlanma puanlarının artmış olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Literatür incelemelerinde perinatal kayıp öyküsü olan gebelerin bağlanma puanları daha düşük çıkan (Armstrong, 1998) çalışma olduğu gibi prenatal bağlanmanın perinatal kayıptan etkilenmediği yönünde sonuçların varlığı dikkat çekmiştir (Tsartsara, 2006; Armstrong, 1998).

Bebekte sağlık problemi ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş ve bebeklerinde sağlık problemi olan gebelerin bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bağlanma duygusunun temelinde bebeğini sahiplenme ve koruma duygusu hakimdir. Sağlık problemi olan bebeklerin ise sağlıklı bebeklerden daha çok korunmaya ve bakıma ihtiyaçları olacağı aşıkardır. Bu nedenle sağlık problemi olan bir bebeğe sahip gebelerin daha yoğun olarak bebeğini koruma duygusu yaşamaları nedeniyle prenatal bağlanma puanlarının yüksek olması beklendik olarak yorumlanmıştır. Literatürde de ise farklı olarak riskli gebeliklerin prenatal bağlanma üzerine etkili olmadığı sonucuna varan çalışmalar mevcuttur (Damato, 2004; Üstünsöz, 2001).

Gebenin öyküsünde psikiyatrik rahatsızlığının varlığı ile prenatal bağlanma arasında zıt yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer bir deyişle öyküsünde psikiyatrik rahatsızlığı olan gebelerin bağlanma puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelik fizyolojik ve ruhsal değişiklikleri beraberinde getirir. Her kadın için yeni ve uyum süreci gerektiren bir dönemdir. Bu nedenle sağlıklı bir kadının atlatmakta zorlanabileceği bir dönemi öyküsünde psikiyatrik rahatsızlığı olan bir gebeyi olumsuz etkilemesi beklendiktir. Literatürde de depresyon puanı yüksek gebelerin bağlanma puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Janbakhishov, 2013; Ossa vd., 2012; Seimyr vd., 2009; Yılmaz & Beji, 2010; Barone vd., 2014).

Bebeğin istenme durumunun prenatal bağlanma üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir (Fisher, 2008, Janbakhishov, 2013; Bekmezci, 2015). Yarcheski (2009)'un çalışmasında ise bu çalışma sonuçlarından farklı olarak planlı gebelik ile prenatal bağlanma arasında düşük düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca literatürde bu çalışma sonucu ile çelişir nitelikte çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Günay, 2015; Damato, 2004) . Planlı gebeliklerde, bebeğini kucağına alma beklentisi ve bunun hayalini kurma durumu bir gebenin prenatal bağlanma düzeyinin arttırması beklendik bir durumdur. İstenmeyen ve planlanmayan gebeliklerde ise kadın gebeliği kendine bir yük bir engel olarak görebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle olumsuz duygular

gelişebilmektedir. Bu olumsuz duygular bebeği ile arasındaki güçlü duygular kurmasını engelleyebilmektedir. Bu nedenle hemşireler gebeliklerin planlı olabilmesi için kadınlara gebelik öncesinde aile planlaması hizmetini etkin vererek destek olmalıdırlar.

5.3- Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Gebelik kadının yaşamında fizyolojik ve psikolojik bir takım değişiklikleri beraberinde getirir. Gebe bu değişikliklere adapte olmaya çalışırken aynı zamanda doğuma ve annelik rolüne hazırlanmak durumundadır. Gebenin geçmiş yaşantılar, doğum korkusu, bebeğine ilişkin endişeleri, gelecek kaygısı, fiziksel ve ruhsal değişimler gibi birçok nedenin bir arada görülmesi gebenin psikolojisini daha da olumsuz etkileyebilmektedir. Gebe bu durumda stres, endişe, korku, kaygı derken depresyona kadar varan psikolojik problemler içine girebilmektedir. Ancak gebelikte fiziksel takip çok önemsenmesine rağmen gebenin psikoloji gözardı edilebilmekte ve gebenin psikolojisinin sinin desteklenmesi atlanabilmektedir. Bu nedenle gebenin psikolojisine etki eden etmenlerin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir (Taşkın, 2015). Bu bölümde gebelerin sosyo demografik ve obstetrik özelliklerine göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

5.3.1- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların tartışılması

Bu çalışmada yaş ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızın sonucu literatürle benzerlik göstermekle birlikte farklı çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Kırkan, 2014; Altınçelep, 2011; Kaplan, 2007; Akbaş, 2008)

Kılıçarslan'ın (2008) çalışmasında yaş arttıkça kaygı düzeyinin arttığı çalışmada tespit edilmiştir. Ayrıca Çalışkan (2007)'in çalışmasında gebelikte yaş arttıkça depresyon puanlarının arttığı bildirmiştir. Erken yaşlarda gebeliğe yeterince hazır olmayan gebelerin ileri yaşlarda istenmeyen gebelikler nedeniyle depresyona yatkın olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Bu çalışmada eğitim düzeyi ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ancak yapılan ileri analizde (SAS) ilköğretim eğitim düzeyine sahip gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde ise çalışma sonucunu destekleyen çalışmalar (Kaplan, 2007, Akbaş 2008, Kırkan 2014, Altınay 1999, Janbakhishov 2013, Vural 1999) olduğu gibi çalışma sonucundan farklı olarak Aras (2010)'in çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanının düştüğünü bildiren çalışmaya rastlanmıştır. Çalışmada sadece ilköğretim düzeyinde olan gebelerin depresyon puanlarının yüksek olmasını, bu eğitim

düzeyinde ki gebelerin baş etme mekanizmalarının daha başarısız olmasına bağlanmıştır. Bu eğitim düzeyinde ki çoğu kadının ev hanımı olduğu varsayıldığında sosyal destek sistemlerinin daha az olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle hemşireler kadın ve gebe izlemlerinde ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan kadınlara depresyona eğilimleri açısından daha fazla dikkatli olarak yaklaşmalıdır.

Bu çalışmada gebenin mesleği, eşinin mesleği ve sosyal güvence ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Literatürde çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir (Kırkan, 2014, Pişirgen 2011). Ancak farklılık gösteren çalışmalar da mevcuttur. Durukan (2011) çalışmasında meslek gruplarının kadınları depresyona yatkınlığını etkilediğini savunmuştur. Ayrıca Pişirgen (2011) çalışmasında eşi çalışmayan gebelerde depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Sosyal güvence durumunun prenatal depresyon üzerine etkili olmadığı tespit edilmiştir. Altınçelep (2011)'in çalışması da çalışma sonucunu destekler niteliktedir. Bu sonucun ülkemizde sosyal politikalar gereği gebelik ve doğum hizmetlerinin ücretsiz karşılanması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sosyal güvencesi olmayan gebelerin takip ve doğumun maddi boyutuna ilişkin kaygılarının azaldığı düşünülmektedir. Ayrıca TNSA (2013) verilerinde sayısı değişmekle birlikte gebelerin %97'sinin sağlık hizmeti aldığı bildirilmiştir.

Gebelerin gelir durumu algısı ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak ileri derecede ilişkili olduğu saptanmıştır ($P<0,001$). Çalışma sonucunu destekleyen çalışmalar (Aslan, 2010; İnadı, 2002; Kaplan, 2007; Pişirgen, 2011) olduğu gibi farklı olarak gelir düzeyi algısı ile prenatal depresyon düzeyi arasında herhangi bir ilişki olmadığı sonucuna varan çalışmalar da bulunmaktadır. (Kırkan, 2014; Danacı, 2002; Altınçelep, 2011). Literatürde farklı sonuçlarında olmasına rağmen gebenin maddi kaygılarının gebeliğin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyeceği düşünülmektedir. Ayrıca bu etki sadece gebeyi değil bebeği de daha fazla etkileyeceği için gebenin depresyon düzeyini yükseltmesi beklendik bir sonuç olarak yorumlanmıştır. Çalışma sonucundan yola çıkarak hemşirelerin gebelerin gelir durumunun depresyona yatkınlık açısından risk teşkil ettiğinin farkında olarak bakım vermeleri önerilmektedir.

Gebe kalış yöntemi ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında ilişki tespit edilmemiştir ($P>0,05$). Araştırma grubunda müdahaleli gebe kalanların sayılarının az olması dolayısıyla bu sonuca ulaşılmış olabilir. Zira Altınçelep (2011) çalışmasında yardımcı üreme tekniği ile gebe kalanların depresyon puanlarını daha yüksek olarak belirlemiştir.

5.3.2- Gebelerin obstetrik özelliklerine göre beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların tartışılması

Çalışmada gebelik haftası ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Janbakhishov (2013)'ün sonuçları da çalışma sonuçlarına paralellik göstermektedir. Literatürde ilk aylarda depresyon puanları daha yüksek olarak bulan çalışmalar, bu dönemin abortus riskinin yüksek olduğu dönemler oluşuyla ilişkilendirmişlerdir (Altınçelep, 2011). Ayrıca bazı çalışmalarda ilk trimesterde, ikinci ve üçüncü trimester göre depresyon düzeyleri daha yüksek çıkmıştır (Kuğu, 2001; Sungur, 1986). Bu çalışmada 25 hafta üstü gebelerle çalışıldığı için abortus döneminin geçmiş olması dolayısıyla gebelik haftası ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmediği düşünülmektedir. Gebelik sayısı ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Çalışma sonucunu destekleyen (Pişirgen, 2011) sonuçların yanında Kaplan (2007) çalışmasında anlamlı olmasa da ilk gebeliklerde diğer gebeliklere göre kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Akbaş (2008)'in çalışmasında da benzer şekilde ilk gebeliklerde prenatal distres düzeyi daha yüksek olarak belirlemiştir.

Evlilik süresi 10-15 yıl arasında olan gebelerin depresyon puanları diğer gruplara göre düşük çıkmıştır. Bu çalışma sonucu bu gruptaki gebelerin genellikle multipar olduğu düşünüldüğünde tecrübe ile birlikte gebeliğe, doğuma ve bebek bakımına ilişkin kaygılarının minimal olmasına bağlanmıştır. Ayrıca evliliğe ve eşe uyumun artması ile birlikte depresif durumdan da uzaklaşıldığı düşünülebilir. Altınçelep (2011)'de çalışmasında evlilik uyumu arttıkça depresyon puanlarının düştüğünü bildirmiştir.

KHAS ve beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Çalışmalarda bizim sonucumuzu destekleyen çalışmaların yanında (Aslan, 2010), KHAS sahibi gebelerin depresyon puanlarını daha yüksek bulan sonuçlar da mevcuttur (Sağduyu, 2000; Aydın, 2002; Altan, 2004).

Gebenin öyküsünde tanısı konmuş psikiyatrik hastalık varlığı ile beck depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak literatürde çalışma sonuçlarının aksine sonuçlar mevcuttur (Aslan, 2010; Kırcan, 2014; Beck, 2001; Johnstone, 2001; Ayvaz, 2006; Danacı, 2002). Bu farkın çalışmaya alınan örneklemde tanı alan psikiyatrik hastalığı olan az kişi olmasından (%1.5) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebenin öyküsünde daha önceki gebeliklerinde tanı almış problemleri ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), şu anki gebeliğe bağlı hastalık ile beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında ki ilişki anlamlı

bulunmuştur ($p<0,05$). Honjo'nun (2003) çalışmasında ise daha önceki gebeliklerinde düşük yapan gebelerde depresyon puanlarını daha yüksek bulmuştur. Aslan (2010)'ın çalışmasında ölü doğum öyküsü ile depresyon puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Riskli gebelerle yürütülen deneysel bir çalışmada da çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmış ve riskli gebelerden oluşan vaka grubunun depresyon puanları kontrol grubundaki gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Pişirgen, 2011). Bu durum gebenin, gebelik psikolojisinin yanında hastalığın getirdiği yük ve psikolojiyle baş etmek zorunda kaldığını ve bu durumu kaldırmakta zorlandığını göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin, gebeliğe bağlı hastalığı olan gebelerin daha fazla depresif özellik gösterebileceğinin farkında olmaları ve gebelere bu yönde destek olmaları gerekmektedir.

Ayrıca bebek sağlık durumu ile beck depresyon puanı arasında da anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ($P<0,05$). Gebeliğin kadın üzerinde ki fizyolojik ve psikolojik etkileri düşünüldüğünde ve gebelik sürecinde en büyük hayalinin sağlıklı bir şekilde bebeğini kucağına almak olduğu için aksi durum varlığında depresyon puanının artması beklendiktir. Pişirgen (2011)'de çalışmasında benzer sonuçlar elde etmiştir. Ayrıca sağlıklı bir bebeğin bakımı ve tedavisi konusunda yaşadığı bilinmezlik, gelecek kaygısı ve sağlıklı bir bebeğin bakım zorluğu gebenin depresyon puanını yükselten etkenler arasında olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca beklendiği üzere bebeğin istenme durumu ile beck depresyon puan durumu anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yani istenen gebeliklerde depresyon puanı düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışmamızın bulgularını destekleyen çalışmalar mevcuttur (Pişirgen, 2011; Aslan, 2010; Kırcan, 2014). Çalışma sonuçlarından hareketle, kadınlarda 15-49 yaş izleminin, aile planlaması eğitiminin ve takibinin önemini vurgulamak yerinde olacaktır. Çünkü istenen gebelikler arttıkça, bebek sağlığı, kadın sağlığı ve dolayısıyla toplum sağlığı yükselecektir.

5.4- Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği İle Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Bu bölümde gebelerin beck depresyon ölçeği ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden aldıkları puanların tartışılması yer almaktadır. Bu çalışma sonucunda beck depresyon ölçeği ve doğum öncesi bağlanma ölçeği arasında ters yönlü düşük düzeyde bir ilişki var olduğu tespit edilmiştir ($r=-0,208$; $p<0,001$). Diğer depresyon arttıkça prenatal anne ve bebek bağlanmanın düştüğü tespit edilmiştir. Pişirgen (2011)'in çalışmasının sonuçları da bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Ayrıca Bekmezci (2015) çalışmasında doğum öncesi bağlanma ile kaygı ve stres durumu arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelerin psikososyal sağlık puan ortalaması ile prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında ki ilişkiyi inceleyen ve duruma farklı bir açıdan bakan bir çalışmada psikososyal iyilik durumu arttıkça prenatal bağlanma düzeyinin arttığı belirlenmiştir ($p=0.000$, $r=0.307$). Bizim ve diğer çalışma

prenatal depresyon ile prenatal bağlanma arasında zıt yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlıklı bir gebelikte gebelik ilerledikçe bebeğin kalp sesleri, ilk hareketleri hissedildikçe, karnı büyümeye başladıkça, doğum ve bebek için hazırlıklar yapıldıkça bebeğin varlığı daha somut şekilde hissedilmeye başlar. Gebenin bebeği için kaygılanması, sağlığını ve gelişimini önemsemesi ve kucağına alacağı günü hayal etmesi prenatal bağlanmayı güçlendiren etmenler olarak değerlendirilmiştir. Ancak gebenin psikiyatrik sorunlarının olması durumunda sağlıklı bir prenatal bağlanma gerçekleşmemektedir. Ayrıca istenmeyen gebeliklerde ve sağlıksız ruh hali tespit edildiğinde gebeliğin başında bağlanmanın olumsuz etkilemesi kaçınılmaz olabilecektir. Tüm bu nedenlerle hemşireler prenatal depresyon ve prenatal bağlanmanın bir birinden zıt yönle etkilendiğinin farkında olarak bakım vermelidirler. Hatta gebelerin prenatal bağlanma ve prenatal depresyon durumlarını ölçerek, bakımlarını daha somut veriler üzerinden vermeleri önerilmektedir.

5.4.1- Sosyo demografik özelliklere göre beck depresyon ölçeği ve doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması

Bu bölümde sosyo demografik özelliklere göre beck depresyon ölçeği ve doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Bu çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri ile depresyon ve bağlanma puanları arasında ilişki tespit edilmemiş olmasına rağmen SAS yöntemiyle yapılan ileri analizde ilköğretim düzeyine sahip gebelerde beck depresyon ve doğum öncesi bağlanma puanları arasında orta düzeyde zıt yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu sonuç ilköğretim eğitim düzeyine sahip olan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile ilişkilendirilmiştir. Çünkü bu gebelerin birçoğunun ev hanımı, eşinin işçi ve işçi maaşıyla geçinmek durumunda oldukları varsayıldığında gebelerin depresyon etkenleri ile etkin baş etmesinin yetersiz olması beklendiktir. Aras (2010)'ın çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanının düştüğü bildirilmiştir. Ayrıca depresyon düzeyi yüksek gebelerin ise istedik düzeyde bağlanma geliştirememesi beklediğimiz bir durumdur. Bu nedenle bütün sağlık profesyonelleri ve hemşireler ilköğretim eğitim düzeyine sahip gebelerin depresyona açık olduğunun farkında olmalıdırlar. Ayrıca bu gebelerin depresif etkenlerle baş edebilmeleri ve baş etme yeteneklerini geliştirmek için gerekirse interdisipliner bir yaklaşımla gebelere destek olmaları önerilmektedir.

Gebelerin mesleklerine göre depresyon ve bağlanma puanları arasında bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$) yapılan ileri analizde ev hanımı olma ile beck depresyon ve doğum öncesi bağlanma puanları arasında düşük düzeyde zıt yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Durukan (2011) çalışmasında meslek gruplarının kadınların depresyona yatkınlığını etkilediğini bildirmiştir. Ev hanımlarının sosyal hayattan uzak,

durağan bir hayatlarının olduđu, kendini gerçekleřtirememe, kendisi için bir Őeyler yapamama, beceriksizlik veya yetersizlik duyguları gibi nedenlerle depresyona eđilimli oldukları dűřünűlmektedir. Ayrıca ev hanımlarının bu depresif etkenlerle bař edebilmede maddi ve manevi sosyal destek sistemlerinin yetersizliđi de gebeleri olumsuz etkileyen bir bařka etken olabilmektedir. Bu nedenle toplumda kadının gűclendirilerek depresif etkenlerle bař etmesinin sađlanması önemlidir. Özellikle gebelik sűrecinde kadınlara en yakın meslek grubu olan hemřirelerin de kadınları bu yönde destekleyici yaklařımlar sergilemeleri önerilmektedir.

Bu çalıřmada sosyal gűvence ile ayrı ayrı prenatal depresyon ve prenatal bađlanma arasında anlamlı iliřki tespit edilmemiř olmasına rađmen SSK sosyal gűvence sahip olma durumu ile beck depresyon ve dođum öncesi bađlanma  leđi arasında dűřuk dűzey zıt y nlű anlamlı bir iliřki olduđu g rűlműřtűr. Bu sonucu katılımcıların daha çok ev hanımı eřlerinin mesleklerinin iřçi olmaları ve sosyal gűvencelerinin ađırlıklı olarak SSK olması etkili olmuř olabileceđi dűř nűlmektedir. Dolayısıyla SSK sosyal gűvenceye sahip olan gebelerin önemli bir kısmının eřlerinin iřçi ve gebelerin birođununun ev hanımı olması dolayısıyla gelir dűzeyleri de dűřuk olduđu sonucu çıkmaktadır. Tűm bu etkenler dođrultusunda çalıřma sonuçları ile uyumlu olarak depresyon puanlarının yűksek olması ve prenatal bađlanma puanlarının dűřuk olması normal olarak deđerlendirilmiřtir. Bu sonuç dođrultusunda sosyo-ekonomik olarak daha dűřuk olan bir topluma hizmet veren hemřirelerin gebeleri prenatal depresyon ve prenatal bađlanma açısından daha yakından gözlemlemeleri önerilmektedir.

Bu çalıřmada gebe kalma řekli hem prenatal bađlanma hem de depresyon arasında iliřki belirlenmemiřtir. Ancak SAS yöntemi kullanılarak yapılan ileri analizde dođal yolla gebe kalma ile beck depresyon ve dođum öncesi bađlanma  leđi arasında dűřuk dűzey zıt y nlű anlamlı bir iliřki olduđu g rűlműřtűr. Benzer řekilde yapılan ileri analizde tűp bebek yöntemiyle gebe kalma ve beck depresyon ve dođum öncesi bađlanma  leđi arasında ise ileri dűzey zıt y nlű anlamlı bir iliřki olduđu tespit edilmiřtir ($p < 0,05$). Bu sonuç toplumumuzda kadının en bűyűk rolűnűn hala dođurganlıđı olduđunu dűř nűldűđűnde beklendik bir durum olarak deđerlendirilmiřtir. űnkű kadın toplumda dođurduđu oranda deđerli kılınmıř olacak ve asli görevini yerine getirmiř olacađı için sosyal statű kazanmıř olacaktır. Bunun gerçekleřmeme ihtimali bile kadın için önemli bir stres kaynađıdır. Ayrıca infertilite ve ařılama gibi tedavi sűrelerinin ađır maddi ve manevi yűklerinin olduđu bilinmektedir. Kadın bu stres faktörlerini kaldırabilecek destek sistemlerine sahip deđilse bu ruh halini gebeliđe tařıyabilmektedir. Bu nedenle hemřirelerin bu gebelere tedavi ve gebelikleri sűrecinde destek olmaları önemlidir.

Gebelik  ncesi depresyon tanısı alanlar ile beck depresyon ve dođum öncesi bađlanma  leđi arasında dűřuk dűzey ve zıt yönde iliřki olduđu belirlenmiřtir. Gebeliđin bir takım fizyolojik ve psikolojik deđiřiklikleri

beraberinde getirdiği düşünöldüğünde daha öncesinde psikiyatrik tanısı olan kadının gebeliği sağlıklı olarak karşılayamaması ve taşıyamaması beklendik olarak yorumlanmaktadır. Ayrıca bu çalışma sonucu ile de uyumlu olarak daha öncesinde depresyon tanısı alan gebelerin bağlanma puanlarının düşük olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (Janbakhishov, 2010; Seimeyr ve diğ., 2009; Yılmaz ve Beji, 2010; Barone ve diğ., 2014). Bu nedenle gebelik öncesinde kadınlara gerekli bakım verilerek gebeliğe sağlıklı ve sorunlarını halletmiş olarak girmelerini desteklemek önemlidir. Bu noktada düzenli 15-49 yaşı kadın takiplerinin ve kadının baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesinin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Başta hemşireler olmak üzere sağlık profesyonellerinin 15-49 yaşı kadın ve gebe takiplerini bu boyutuyla da değerlendirilmeleri önerilmektedir.

Bu çalışmada gebeliğin istenme durumu ile hem prenatal bağlanma hem de prenatal depresyon arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde de istemeden gebe kalanlar ve beck depresyon ve doğum öncesi bağlanma ölçeği arasında ileri düzey ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu sonuç çalışma sonuçları uyumlu ve beklendik olarak yorumlanmaktadır. Çünkü kadının birçok toplumsal işlev ve rolünün olduğu, maddi ve manevi destek sistemlerinin yetersiz olduğu düşünöldüğünde istenmeyen bir gebelik kadın için bu işlevlerinin sekteye uğraması anlamına gelmektedir. Gebe bir taraftan toplumsal işlevlerini nasıl yerine getireceğini düşünürken diğer taraftan da yeni bebeğine nasıl bakacağı ve nasıl bir gelecek sunacağı kaygısına düşmektedir. Dolayısıyla kaygı ve stres düzeyi yükselirken bebeği ile istenilen bağlanmayı kuramayacağı beklenen bir durumdur. Bu nedenle istenmeyen gebeliklerde annelerin daha çok bağlanma problemi yaşığığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (Janbakhishov, 2013; Fisher, 2008; Bekmezci, 2015). Bu sonuç doğrultusunda yine gebelik öncesi bakımın ve gebeliklerin planlı olarak meydana gelmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Tüm bu nedenlerle hemşirelerin kadınlara 15-49 yaşı bakımları esnasında aile planlaması hizmetini daha titiz sunması ve sağlıklı bir şekilde gebeliğe hazırlanmalarının sağlanması önerilmektedir.

6- SONUÇ ve ÖNERİLER

Gebelikteki prenatal anne-bebek bağlanmasının prenatal depresyon ile ilişkisini ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre doğum öncesi bağlanma ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; gebelerin gelir durumu algılamaları, evlilik süresi, KHAS, gebeliğe bağlı hastalık, bebekte sağlık problemi, tanısı konmuş psikiyatrik hastalık ve bebeğin istenme durumu ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yaş, öğrenim durumu, meslek, eşinin mesleği, sosyal güvence, gebeliğin oluşum şekli, gebelik haftası ve gebeliğe bağlı hastalık ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

Gebelerin sosyo- demografik ve obstetrik özelliklerine ile beck depresyon ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; gelir durumu algısı ($P < 0,001$), evlilik süresi, gebeliğe bağlı hastalık, bebekte sağlık problemi, ve bebeğin istenme durumu ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Yaş, öğrenim durumu, meslek, eşinin mesleği, sosyal güvence gebeliğin oluşum şekli, gebelik haftası, gebelik sayısı, KHAS, gebeliğe bağlı hastalık ve tanısı konmuş psikiyatrik hastalık ile doğum öncesi bağlanma ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p < 0,05$).

Ayrıca, beck depresyon ölçeği ve doğum öncesi bağlanma ölçeği arasında ters yönlü düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -0,208$; $p < 0,001$). Yani beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arttıkça prenatal bağlanma ölçeğinden alınan puanların düştüğü tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda araştırmanın yapıldığı bölge ve hastane için öneriler;

- 15-49 yaş kadın izlemlerinin düzenli yapılarak kadınların gebeliğe hem fiziksel hem de ruhsal olarak hazırlanmalarının sağlanması,
- Gebeliklerin planlı olmasını sağlamak ve böylece istenmeyen bebeklerin önlenmesi,
- Gebelik takiplerinde gebelerin prenatal depresyon yönünden takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması,
- Gebelik süresince takiplerde prenatal bağlanma konusunda gebelere farkındalık kazandırmak, destek olmak ve prenatal bağlanmanın önündeki engelleri tespit edip ortadan kaldırılması
- Gebelerin, rutin kontrollerinde Beck Depresyon Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri kullanılarak değerlendirilmeleri, önerilebilir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Akbaş, A., Vırit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, H. & Sertbaş, G. (2008), Gebeliktesosyo demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 85-91.
- Akdeniz, F. & Gönül, AS. (2004), *Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klin PsikDerg*, 2: 70-4.
- Akhan, E.S., Tecer A., Nadirgil G.,Yüksel A.(2001). *İstanbul'da farklı merkezlerde uygulanan antenatal bakım sistemi üzerine inceleme. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 15:209-215.
- Altan, L., Bingöl, U., Sağırkaya, Z., Sarandöl, A. & Yurtkuran, M. (2004), *Romatoidartritli hastalarda anksiyete ve depresyon. Romatizma*, 19(1): 7-13.
- Altınçelep, F. (2011) Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Altınay, S. (1999). Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler,Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Aile Hekimliği Sağlık Bakanlığı, Ankara Hastanesi, Ankara.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(2): 183-189.
- Aslan, P.A. (2010), Erzurum İl Merkezinde Gebeliğinin İlk Üç Ayında Olan Kadınlarda Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve İlişkili etmenler. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum.
- Aydın, N., Gürel, D., Vural, A. & Vargel, S. (2002), Bronşial astım hastalarında depresyon ve anksiyete varlığı. *Türkiye Klinikleri Alerji-Astım*, 4: 19-24.
- Aydemir, O., & Envanteri, K. E. B. D. (2000). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 1. *Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Ajans Matbaacılık*, 121-5.
- Ayvaz, S., Hoccoğlu, Ç., Tiryaki, A. & Ak, İ., (2006), Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkisi, Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17: 243-51

“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

- Balaban, S. (2016), Gebelikteki Sağlık Uygulamalarının Prenatal Bağlanmayla 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, 32(3)*: 230-239.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research, 50(5)*: 275-285. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2014.883596.7>
- Bekmezci H., (2015), Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Antenatal depression. *Canadian Nurse, 102(9)*.
- Bowlby, J., (Ed.). (2012). *Bağlanma*, İstanbul; Pinhan Yayıncılık.
- Bödecs, T., Horváth, B., Kovács, L., Diffellné Németh, M., & Sándor, J. (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orvosi hetilap, 150(41)*: 1888-1893.
- Balcı, S. (1997). İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Bingöl, G. (2013), *Stres Ve Stres Yönetimi Yaklaşımları (Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği)*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., ... & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth, 36(2)*: 97-109.
- Carter, D., Kostarax, X. (2005). Psychiatric disorders in pregnancy. *BC Medical Journal, 47(2)*: 96-99.
- Casanueva, E., Labastida, J., Sanz, C., & Morales-Carmona, F. (2000). Depression and body fat deposition in Mexican pregnant adolescents. *Archives of medical research, 31(1)*: 48-52.

"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"

- Chen, C. J., Chen, Y. C., Sung, H. C., Kuo, P. C., & Wang, C. H. (2011). Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10): 2200-2208.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4): 394-402.
- Çalık, K. Y., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi depression in pregnancy: prevalence, risk factors and treatment. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar [Current Approaches in Psychiatry]*, 3(1): 142-162.
- Çalışkan, D., Oncu, B., Kose, K., Ocaktan, M. E., & Ozdemir, O. (2007). Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community-based study in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(4): 195-200.
- Dal, G., & Sevil, Ü. (2002). Gebe kadınların ve eşlerinin algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmaların (Couvade Sendromu) incelenmesi. *TC Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, izmir.*
- Damato, E. G. (2004). Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(4): 436-445.
- Danacı, A. E., Dinç, G., Deveci, A., Şen, F. S., & İçelli, İ. (2002). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3): 125-129.
- Derince, D. (2016). Anne Sesi Ve Ninninin Preterm Yenidoğanların Stres ve Uyku- Uyanıklık Durumları Üzerine Etkisi, Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Doan, H. M., & Zimmerman, A. (2008). Prenatal attachment: A developmental model. *International Journal Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20: 20-28.
- Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J., & Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American journal of epidemiology*, 157(1): 14-24.
- Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28(4): 385-393.

“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

- Duyan, V., Kapısız, S. G., & Yakut, H. İ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 10(39): 1609-1614.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323(7307): 257-260.
- Fenkçi, İV. (2004). *Maternal Fizyoloji: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. MN. Çiçek C, Akyürek Ç, Çelik A. (Ed.). Ankara: Güneş Kitapevi: 187-195.
- Field, T., & Diego, M. (2008). Maternal depression effects on infant frontal EEG asymmetry. *International Journal of Neuroscience*, 118(8), 1081-1108.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of women's mental health*, 10(3): 103.
- Fisher, J. R., Hammarberg, K., & Baker, G. H. (2008). Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility and sterility*, 89(5): 1103-1112.
- Fuller, S. G., Moore, L. R., & Lester, J. W. (1992). Influence of family functioning on maternal-fetal attachment. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 13(6): 453-460.
- Gölbaşı, Z., Kelleci, M., & Kısacık, G. (2007) Gebelikte depresif belirtiler: Prevelans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. *Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*, 19-22.
- Gutteling, B. M., de Weerth, C., Willemsen-Swinkels, S. H., Huizink, A. C., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2005). The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. *European child & adolescent psychiatry*, 14(1): 41-51.
- Günay, P. (2015). Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanma Düzeyi İle İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Hisli, N. (1989). Validity and reliability of Beck Depression Scale in university students. *Turkish Journal of Psychology*, 7(3), 13-19.

“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., & Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth, 33*(4): 303-310.
- Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., ... & Miwa, K. (2003). Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology, 36*(6): 304-311.
- Huizink, A. C., De Medina, P. G. R., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(9): 1078-1085.
- İnadı, T., Elci, O. C., Ozturk, A., Egri, M., Polat, A., & Sahin, T. K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology, 31*(6): 1201-1207.
- Jakobsson, I., & Lindberg, T. (2008). A prospective study of cow's milk protein intolerance in Swedish infants. *Acta Paediatrica, 68*(6): 853-859. Erişim: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119606392/abstract>
- Janbakhshov C.E. (2013). *Gebelerde Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir
- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(1): 69-74.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 80*(3): 251-255.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology, 110*(5), 1102-1112.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology, 27*(5), 604.

"KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)"

- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8(1): 24.
- Leva-Giroux, R.A. (2002). *Prenatal maternal attachment: the lived experience* (Doctoral dissertation, Dissertation for the degree doctor of nursing science. Faculty of the Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego).
- Kafkaslı, A. (2007). *Annenin Gebeliğe Uyumu*. M.N. Çiçek ve M.T. Mungan (Editörler). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*, 1.Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10(1): 13-121.
- Kavlak, O., & Şirin, A. (2006). Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 19(1): 24-39. Erişim: <http://onlinemakale.dusunenadamdergisi.org/pdf/dusunenadam/2242010174219-1-4.pdf>
- Kayacı, M. (2008). *Maternal Bağlanmayı Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., & Üstündağ, M. F. (2001). Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 321-342.
- Kılıçarslan, S. (2008). Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. *Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, Trakya*.
- Kırkan, T.S. (2014). Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler: bir izlem çalışması, *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum*.
- Kocabaşoğlu, N. & Başer, S.Z. (2008). *Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar*. İ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum, s.349-354.
- Knacks, M. K., Hamelmann, E., & Arck, P.C. (2005). Mothers in stress: consequences for the offspring. *American Journal of Reproductive Immunology*, 54(2): 63-69.

“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

- Kuğu, N., & Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 61-64.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 487-490.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal–fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health*, 24(3): 203-217.
- Machin, D. (1997). Comparing independent groups for binary, ordered categorical and continuous data. *Sample size tables for clinical studies*, 18-78.
- Marakoğlu, K., & Şahsivar, M. Ş. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(4): 525-532.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.
- Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M. Y., & Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics and gynecology*, 116(5): 1064–1070..
- Metin A, (2014). *Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Mi-Kyung, K., & Kyung-Sook, B. (2011). Relationship of Prenatal Stress and Depression to Maternal-Fetal Attachment and Fetal Growth. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(2), 276-283
- Ossa, X., Bustos, L., & Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28(5), 689-696.
- Özkars, BN.,(2017), *Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi*, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

- Pehlivan, K. (2004). *Kadın Psikiyatrik Hastalarının Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olması, AIDS, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Popülasyonla Karşılaştırılmalı Çalışması*, Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Peppers, LG., Knapp, RJ., Miles, m. (1983). *Motherhood and mourning-perinatal death*,165.
- Pişirgen, N. (2011). Riskli Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Rossemarry, K. H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited?. *General Hospital Psychiatry*, 23(3), 107-113.
- Ross, D , 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*.
- Sabuncuoğlu, O., & Berkem, M. (2006). Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. *Türk Psikiyatri Derg*, 17(4): 252-8.
- Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E., & Boratav, C. (2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1): 3-16.
- Sakala, E. (1999). *Obstetrics and Gynaecology*. M. Alper, (Çev. eds.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Sarıyıldız, L., Akdağ T., Yamaç, K., Gürsoy, R. and Çakır, N. (2013). *Gebelik ve Sistemik Hastalıklar*. İstanbul: MN Medikal Nobel.
- Scholl, TO. & Hediger, M.I. (1993). A Rewiev of the Epidemiolgy of Nutrition and Adolescent Pregnancy: Maternal Growth During Pregnancy and its Effect of the Fetus. *Journal of Amarican Coll Nutrition* 12: 101.

“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

- Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nyström, B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. *Archives of women's mental health, 12(5)*: 269.
- Sevil, D. Ü., Saruhan, A., Ertem, G., & Kavlak, O. (2004). Kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 18(1)*: 67-76.
- Shieh, C., Kravitz, M., & Wang, H. H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment?. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 17(9)*: 448-454.
- Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction?. *Early human development, 59(1)*, 13-25.
- Soysal, Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., & Şenol, Ş. (2005). *Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış*. Klinik Psikiyatri (Electronic Journal), 8: 88-99. Erişim: <http://www.klinikpsikiyatri.org7files/journals/1/216.pdf>
- Strong T.H. (2000). *What expectant parents should know about prenatal care in America*. New York: New York Üni. Pres.
- Sungur, M.Z. (1986). *Kadında Psikiyatrik Problemler, Noroloji Noroflirurji Psikiyatri Dergisi, 2*: 11-4.
- Şahin, N., Dinç, H. & Dişsiz, M. (2009). *Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler*. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40*: 57-62
- Şen, S., (2007). *Anneanne-Anne -Bebek Bağlanmasının İncelenmesi*. Yüksek lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Taşkın, L. (2015). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara: Ankara SistemOfset.
- Torgerson, R. R., Marnach, M. L., Bruce, A. J., & Rogers, R. S. (2006). Oral and vulvar changes in pregnancy. *Clinics in Dermatology, 24(2)*: 122-132.
- Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27(3)*: 173-182

“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

TNSA 2013,

<https://www.google.com.tr/search?q=tnsa+2013&oq=tnsa&aqs=chrome.1.69i57j35i39l2j0l3.2923j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Erişim Tarihi: 20.08.2017

Tüzün, O., Sayar, K., (2006), *Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. Düşünen Adam (Electronic Journal)*, 19(1): 24-39.
<http://onlinemakale.dusunenadamdergisi.org/pdf/dusunenadam/2242010174219-1-4.pdf>

Üstünsöz, A. & İnanç, N. (2001). *Sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebelerde doğum öncesi anne- bebek bağlılığının karşılaştırılması. Gülhane Askeri Tıp Dergisi. 43(1): 62-65.*

Vırt, O., Akbafi, E., Savafi, A.H., Sertbafi, G. & Kandemir, H. (2008). *Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45: 9-13*

Vural, G., & Akkuzu, G. (1999). *Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1): 33-37.*

Wilson, M. E., White, M. A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing, 31(1), 204-210.*

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(5): 708-715.*

Yeşiltepe, O.Ü. (2004). Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi, 12(1): 11-15.*

Yılmaz, S. (2010). *Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz, SD. (2013). Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16: 103-109.*

Yılmaz, S. D., & Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi, 20(3): 99-108.*

EKLER

EK-1: Etik Kurul İzni



T.C.
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU

Sayı : 54674167-0011 - 03971
Konu : Başvurunuz Hakkında.

02/09/2014


Sayın; Öğretim Görevlisi Esra ÖZER
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğretim Görevlisi

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Etik Kurulunun 02/09/2014 tarihli ve 19 sayılı toplantısında yürütücülüğünü üstlendiğiniz "Prenatal Anne-Bebek Bağlanması Prenatal Depresyonla İlişkisi" başlıklı araştırma projesi önerinizin etiğe uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.


Prof. Dr. Turan EFE
Etik Kurul Başkanı

EK-2: Kurum İzni


T.C. Sağlık Bakanlığı

BİLECİK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BİLECİK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
23/10/2017 12:39 - 54724827 - 044 - E.730
00055004850

T.C.
BİLECİK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 54724827/044
Konu : Anket İzni Hk.

Sayın Esra ÖZER
(Karapınar Mahallesi 1165.Sokak 27/25 Çankaya / ANKARA)

İlgi : 20.10.2017 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçeniz gereğince; **"Prenatal Anne-Bebek Bağlanmasının Prenatal Depresyonla İlişkisi"** adlı tez çalışmanız için Müdürlüğümüze bağlı Bilecik Devlet Hastanesinde anket uygulanmasına izin verilmesine ilişkin, 31/10/2014 tarih ve 558 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Atıf DENİZ
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1 Adet Yazı

Ertuğrulgazi Mah. Mevlana Sok. No:32 Merkez/BİLECİK
Faks No:0 (228) 210 02 53
e-Posta:osman.kayabey@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tel:0(228) 210 0254-55
e-mail:khh11.idarihizmet@saglik.gov.tr
Evrakın elektronik imza suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 43ebd80a-4ea0-4ca5-a316-6020940707a1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Osman KAYABEY
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:0 (228) 210 02 54-55



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

BİLECİK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BİLECİK İLİ KHBGS
TIBBİ HİZMETLER BİRİMİ
31/10/2014 14:32 - 73219060 - E.558
00005971934

Sayı : 73219060
Konu : Anket İzni Hk.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü' ne

İlgi: 15.10.2014 tarihli ve 663 sayılı yazımız.

İlgi yazınıza istinaden; Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programına kayıtlı Esra ÖZER' in "**Prenatal Anne-Bebek Bağlanması Prenatal Depresyonla İlişkisi**" adlı tez çalışması için anket uygulanmasına izin istenmiştir.

Genel Sekreterliğimize bağlı Bilecik Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde uygulanacak anket çalışmasının sağlık tesisimizde hizmeti aksatmayacak şekilde gönüllülük esasına göre yürütülmesi, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve çalışmanın sonucunun bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Sekreterliğimiz tarafından izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Turhan SULHAN
Genel Sekreter

Ertuğrulgazi Mh. Abbaslık Köyü Yolu Cd. Eser Sk. 11100 BİLECİK
A* tılı bilgi için: N.CANPOLAT Tel: 0228 2100254 / 210 Fax:02282100251

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 43ebd80a-4ea0-4ca5-a316-6020940707a1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3: Bilgilendirilmiş Olur Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Öğretim Görevlisi Esra ÖZER tarafından yürütülen "Prenatal Anne-Bebek Bağlanmasının Prenatal Depresyonla İlişkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmadan önce araştırmanın amacı ve kullanım yerlerine ilişkin olarak bilgilendirildim. Çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK-4: Prenatal Dönem Bireysel Bilgi Toplama Formu

EK-2 ANTENATAL DÖNEM BİREYSEL BİLGİ TOPLAMA FORMU

FORM NO:

Tarih:

1. Gebelik Haftası:

2. Tahmini Doğum Tarihiniz:

3. Yaşınız:

4. Öğrenim Durumunuz:

İlk-Yüksek
Derece İlkokul Ortaokul ve
Derece Okul Lise ve Derece Okul Üniversite
 Diğer

5. Mesleğiniz:

Ev Hanımı Memur Serbest Meslek İyi Diğer

6. Eşinizin Doğum Tarihi:

7. Eşinizin Öğrenim Durumunuz:

İlk-Yüksek
Derece İlkokul Ortaokul ve
Derece Okul Lise ve Derece Okul Üniversite
 Diğer

8. Eşinizin Mesleği:

Memur Serbest Meslek İyi Diğer

9. Evlilik Süretniz:

10. Sosyal Güvenceniz:

Yok SSK Bağ-Kur Emekli Sandığı Özel Sigorta
 Sağlık Kur. Diğer

11. Herhangi bir kronik hastalığınıza var mı?

Evet (Belirtiniz) Hayır

12. Gebelik döneminizde tanı aldığınız riskli gebelik durumu var mı?

Evet (Belirtiniz) Hayır

13. Gebelik döneminizde bebeğinizin tanı aldığınız riskli bir durumu var mı?

Evet (Belirtiniz) Hayır

14. Daha önceki gebeliklerinizde ortaya çıkan bir sağlık probleminiz oldu mu?

Evet (Belirtiniz) Hayır

15. Tanı aldığınız ruhsal bir rahatsızlığınız var mı?

Evet (Belirtiniz) Hayır

16. Aylık gelirinize ortalama ne kadar? (Aylık gelirinizi yazınız)

17. Ortalama aylık gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Kötü Orta İyi

18. Kaç kez gebe kaldınız?

19. Kne emili doğum yaptınız?

20. Büyükle yaptınız mı?

Evet (Sayısını Yazınız) Hayır

21. İsteyerek düşük sayı Konfidanstan düşük sayı

22. Aktivite yaptınız mı?

Evet (Sıyama Yazan) Hayır

23. Ölü doğum yaptınız mı? Varsa sayıyı yazınız

24. Bu belgeye isteyerek imza koydunuz mu?

Evet Hayır

25. Çocuklarınızın doğum şekli nasıldı?

Normal doğum Adet Sezaryan doğum Adet

Müdahaleli (vakum, forseps vs.) doğum adet

26. Gebeliğiniz doğal yolla mı (tıbbi yardımla mı) oldu?

Doğal yolla Tıbbi yardım

27. Tıbbi yardımla oldu ise hangi yöntemle oldu?

Ağrıncı Tıp Bolek Diğer

EK-6: Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory)

| EK-4 Anne-Bebek Bağlanma Envanteri | | | | |
|------------------------------------|---|-----------|-------|-------------|
| No | İfade | Her zaman | Bazen | Çok nadiren |
| 1 | Bebegimle bir amaç benzer şekilde çalışıyorum. | | | |
| 2 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda üzülüyorum. | | | |
| 3 | Bebegimle birlikte çalışırken kendime güven duyüyorum. | | | |
| 4 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 5 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 6 | Yapılan işlemlerin bebeğime faydasız olduğunu biliyorum. | | | |
| 7 | Bebegimle yapabileceğim işleri biliyorum. | | | |
| 8 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 9 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 10 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 11 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 12 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 13 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 14 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 15 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 16 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 17 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 18 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 19 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 20 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |
| 21 | Bebegimle ilgili sorunlar olduğunda bebeğime yardım etmekte zorlanıyorum. | | | |

Özgeçmiş

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Esra ÖZER
Doğum tarihi ve yeri : 02.09.1987 - Mersin
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresleri : esraozell@gmail.com

Eğitim Durumu

Lisans : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu, Ebelik, 2006-2010,
ESKİŞEHİR
Yüksek Lisans : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD,
Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği,
2013-2017, ESKİŞEHİR

Yabancı dili : İngilizce

Mesleki Deneyim

- İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji- Onkoloji Servisi, 06.2007-03.2008.
- Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi, 08.2010-12.2011.
- Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu İlk ve Yardım Programı, Öğretim Görevlisi 01.2012- DEVAM.