

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**FETAL HAREKET SAYIMI VE FETÜS
POZİSYONU İMAJİNASYONUNUN 24.-28.
HAFTASINDAKİ GEBELERDE PRENATAL
BAĞLANMA VE DEPRESİF BELİRTİLER
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Leyla TÜRKER DEMİRKAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2018

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA


İlgi: 13.12.2018 tarih ve 42190979-204.01.02-E.1800359480 sayılı yazınız.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

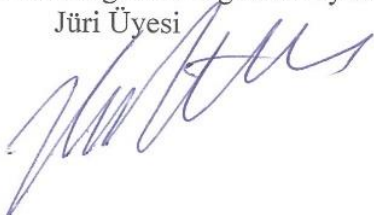
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi **Arş. Gör. Dr. Leyla TÜRKER DEMİRKAN**'ın "**Fetal Hareket Sayımı ve Fetüs Pozisyonu İmajinasyonunun 24.-28. Haftasındaki Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi**" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimizizin ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, 17.12.2018 tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.


Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Kenan TAŞTAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi




Prof. Dr. Turan SET
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelik	3
2.1.1. Gebelik Kavramı	3
2.1.2. Gebelik Dönemleri	3
2.1.3. Anneliğin Nörobiyolojisi.....	5
2.2. Prenatal Bağlanma	6
2.2.1. Prenatal Bağlanma Teorisi	6
2.2.2. Prenatal Bağlanmanın Önemi.....	9
2.2.3. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü.....	10
2.2.4. Prenatal Bağlanmaya Etki Eden Faktörler	11
2.2.5. Fetal Hareketin Sayımı	14
2.3. Depresyon	16
2.3.1. Depresyon Kavramının Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	16
2.3.2. Sınıflandırma	17
2.3.2.1. Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu	18
2.3.2.2. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi).....	19
2.3.2.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu	19
2.3.2.4. Premenstruel Disforik Bozukluk.....	20
2.3.2.5. Madde/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu.....	20
2.3.2.6. Başka Medikal Duruma Bağımlı Depresif Bozukluk	20
2.3.2.7. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu	21
2.3.2.8. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu	21
2.3.3. Gebelik ve Depresyon	21
2.3.3.1. Gebelik Depresyonu İçin Risk Faktörleri	23

2.3.3.2. Gebelik Depresyonunun Anne ve Fetüs Üzerine Etkisi.....	25
2.3.3.3. Gebelik Depresyonunun Tedavisi	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırma Tasarımı.....	29
3.2. Ortam ve Evren	29
3.3. Örneklem Hesabı ve Seçimi.....	29
3.4. Etik Kurul ve İzinler.....	31
3.5. Araştırma Protokolü	31
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	32
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	32
3.6.2. Prenatal Bağlanma Envanteri	33
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	33
3.7. İstatistik Analiz	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	54
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER.....	63
EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	63
EK-2. Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü İzni	65
EK-3. Kişisel Bilgi Formu	66
EK-4. Prenatal Bağlanma Envanteri	68
EK-5. Beck Depresyon Ölçeği.....	69
EK-6. Gebelere Uygulanan Çalışma Planı.....	71
EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu.....	72

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Gebelikte Depresyon Gelişmesi İle İlgili Risk Faktörlerinin Özeti	24
Tablo 2. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 3. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Gebelerin Obstetrik Öykü ve Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4. Gebelerin Yaşları ve Aylık Gelir Durumları ile PBE ve BDÖ Puanları Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 5. Birinci Değerlendirmede Kontrol ve Çalışma Grubundaki Gebelerin PBE ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 6. Kontrol ve Çalışma Gruplarının Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 7. Gebelerin Eğitim Gruplarına Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 8. Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 9. Gebelerin Aile Tiplerine Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 10. Gebelerin Aile Tiplerine Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 11. Gebelerin Gebelik Sırasına Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 12. Gebelerin Daha Önce Gebelik Kayıpları Olma Durumuna Göre PBE Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 13. Gebelerin Daha Önce Gebelik Kayıpları Olma Durumuna Göre BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çalışma Akış Şeması	30
Şekil 2. Gebelerin Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanları...	39
Şekil 3. Gebelerin Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme BDÖ Puanları..	39



KISALTMALAR DİZİNİ

APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
AÜTF	: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EASM	: Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi
EKT	: Elektrokonvulsif Tedavi
EPDÖ	: Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği
MAAS	: Maternal Antenel Bağlanma Ölçeği
MFAS	: Maternal-Fetal Bağlanma Ölçeği
PBE	: Prenatal Bağlanma Envanteri
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SSRI	: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörleri
TCA	: Trisiklik Antidepresan
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesinden her daim yararlandığım, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, çalışkanlığı ve insani değerleri ile hepimize örnek olan, beni akupunktur ile tanıştıran değerli hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. YASEMİN ÇAYIR'a,

Asistanlık hayatımda ilk günden itibaren beni hipnoterapi ile tanıştıran, bu konudaki tecrübelerini esirgemeyen ve her daim cesaretlendiren, hasta ve hastalık kavramlarına farklı bir açıdan bakmamı sağlayan, tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen değerli tez hocam AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Kenan TAŞTAN'a,

Bilgi ve deneyimlerini ilk günden itibaren samimiyetle bizle paylaşan, ihtiyacımız olan her anda desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR ve Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN 'a,

Asistanlık hayatım ve tez çalışmam boyunca her türlü yardımlarını esirgemeyen, birlikte güzel ve değerli zaman geçirdiğim ve bir aile olduğumuz asistan arkadaşlarıma ve personelimize,

Her zaman kendileriyle gurur duyduğum, insani ve ahlaki değerleri ile bana örnek olan, beni hayata en iyi şekilde hazırlamaya sabırla gayret göstermiş, destekleriyle ve sevgileriyle arkamda duran ve beni güçlü bir insan olarak yetiştiren sevgili annem AYŞE TÜRKER ve babam YUSUF KENAN TÜRKER 'e, sahip olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim kardeşlerime ve yeğenlerime,

Hayatıma sevgisiyle anlam katan, iyi ve kötü her anımda yanımda olan, her daim desteğini hissettiğim, varlığıyla beni şanslı ve daha mutlu bir insan yapan, hayat arkadaşım ve değerli eşim YÜCEL DEMİRKAN 'a ve bana annelik gibi eşsiz bir duygu yaşatan, hayatımdaki en büyük hediyem, canımdan çok sevdiğim sevgili oğlum KAĞAN DEMİRKAN 'a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Leyla TÜRKER DEMİRKAN

ÖZET

Fetal Hareket Sayımı ve Fetüs Pozisyonu İmajinasyonunun 24.-28. Haftasındaki Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi

Giriş ve Amaç: Gebeliğin başladığı andan doğumun gerçekleştiği ana kadar olan süreç prenatal dönemi kapsar. Prenatal bağlanma ise gebenin hamileliğe olumlu bir şekilde tepki verdiği zaman başlar. Bağlanma sürecini çözmeye yönelik yaklaşımlarda gebenin erken ebeveynlik deneyimleri, fetüsü ile internal çalışma modeli geliştirmek için sahip olduğu bilişsel kapasitesi, kendi erişkin bağlanma stili, aldığı sosyal destek düzeyi ve bununla ilgili olarak görülen perinatal depresyon düzeyi, anksiyete ve postnatal bağlanma durumunun araştırılması maternal-fetal bağlanmaya olan ilgiyi artırmıştır. Bu çalışmada, 24.-28. haftasındaki gebelere yaptırılan fetal hareket sayma ve aynı esnada fetüsün pozisyonunu hayal etme işleminin, annenin prenatal bağlanma düzeyi ve depresif belirtileri üzerine etkisini Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması daha önceden yapılmış olan Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi (EASM) birimine kayıtlı ve Nisan 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında takipli, araştırma kriterlerini karşılayıp çalışmaya katılmayı kabul eden, 24.-28. haftasındaki 70 gebe dahil edilmiştir. Gebeler basit randomizasyon yöntemi ile kontrol ve çalışma grubu olarak ikiye ayrılmıştır.. Çalışma grubundaki gebelere bir ay boyunca her sabah uyandıktan sonra fetal hareket sayma işlemine başlamaları, günde en az 10 fetal hareket hissetmeye çalışmaları, fetal hareketleri sayarken karın duvarına dokunmaları ve hareket eden fetüsün pozisyonunu hayal etmeleri istenmiştir. Kontrol grubuna bir müdahalede bulunulmamıştır. Çalışmanın başında ve bir ay sonra her iki gruba PBE ve BDÖ uygulanmıştır Bir ay sonunda veriler SPSS 22.0 paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 35 gebe kontrol grubu ve 35 gebe çalışma grubu olmak üzere toplam 70 gebe dahil edilmiştir. Gruplar arasında; yaş ortalaması, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, aile tipi, gebelik sırası, gebeliğin planlı olma durumu, gebeliğin risk durumu, gebelik kaybı öyküsü ve ailesinden veya sağlık personelinin destek görme durumları açısından istatistiksel olarak bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Birinci değerlendirmede, gebelerin PBE puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,581$). Çalışma grubunda birinci değerlendirmede PBE puan ortalaması $53,3\pm 11,9$, BDÖ puan ortalaması $7,8\pm 4,9$; ikinci değerlendirmede ise PBE puan ortalaması $64,6\pm 9,2$ ve BDÖ puan ortalaması $8,6\pm 3,9$ saptanmış ve PBE puanında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış görülürken BDÖ puanında anlamlı bir değişiklik görülmemiştir. Kontrol grubunun birinci değerlendirmede PBE puan ortalaması $51,5\pm 12,6$, BDÖ puan ortalaması $10,6\pm 6,3$; ikinci değerlendirmede PBE puanı $52,0\pm 13,7$ ve BDÖ puanı $10,5\pm 5,5$ olarak saptanmış ve PBE ve BDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda 24.-28. haftasındaki gebelere yaptırılan fetal hareket sayma ve fetüs imajinasyonu çalışmasının prenatal bağlanma üzerine olumlu etkisinin olduğu; ancak depresyon puanları üzerine bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Güçlü bir anne-fetüs bağı, annenin hem kendi sağlığı hem de bebeğinin sağlığı üzerinde farkındalığını artırıp olumlu davranışlara teşvik edecek ve gebelik hakkındaki olumsuz düşüncelerin azalmasını sağlayacaktır. Bu sürece gebeyi de dahil edip fetal hareketlerin saydırılması gibi anne-fetüs bağı kuvvetlendirecek görevler verilerek prenatal bağlanma artırılabilir ve sürecin her iki taraf için daha olumlu geçmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, prenatal bağlanma, fetal hareket, Prenatal Bağlanma Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği

ABSTRACT

Effectiveness of Fetal Movement Counting and Imagining Fetus Position to Prenatal Attachment and Depressive Symptoms in Pregnant Women in 24-28th Gestational Week

Introduction and Aim: The period from the time of pregnancy until the birth is covered by the prenatal period. Prenatal attachment begins when the pregnant woman responds positively to pregnancy. Making researches on early parenting experiences of pregnant women, her cognitive capacity to develop internal work model with fetus, her own adult attachment style, level of social support and the level of perinatal depression associated with it, investigation of anxiety and postnatal attachment status increased interest in maternal-fetal attachment. The study is intended to investigate effects of fetal movement counting and at the same time imagining fetus position to prenatal attachment and depressive symptoms in pregnant women of 24th-28th pregnancy weeks with Prenatal Attachment Inventory (PAI) and Beck Depression Inventory (BDI) whose Turkish reliability and validity study has done before.

Method: Seventy volunteer pregnant women who are in 24-28th gestational week, ensure investigation criteria and registered one of five family health centers connected to The Department of Family Medicine in Ataturk University Medical Faculty followed between April 2017-October 2017. Pregnant women randomized in two groups as control and study group. Pregnant women in study group asked to count at least 10 fetal movements with touching abdominal wall and imagining the fetus position after waking up for a month. No intervention was made to the control group. At the beginning and end of the study, both groups applied PAI and BDI. At the end of the month, data were transferred to SPSS 22.0 program and analyzed. $P < 0.05$ was accepted as statistically significant.

Results: Pregnant women split into two groups: 35 pregnant women as control group and 35 pregnant women as study group. There was no statistically significant difference between groups in terms of average age, educational status, working status, monthly income level, family type, pregnancy order, history of pregnancy, risk status

of pregnancy, history of pregnancy loss, support from family or health personnel ($p>0,05$). No significant difference was found between PAI scores of pregnant women ($p=0,581$). In the study group, mean PAI score was $53,3\pm 11,9$, mean BDI score was $7,8\pm 4,9$ in the first assessment and in the second assessment mean PAI score was $64,6\pm 9,2$, mean BDI score was $8,6\pm 3,9$. PAI scores had statistically significant increase but BDI scores had not. In control group, mean PAI score was $51,5\pm 12,6$, BDI score was $10,6\pm 6,3$ in the first assessment and mean PAI score was $52,0\pm 13,7$, mean BDI score was $10,5\pm 5,5$ in the second assessment. PAI and BDI score had no statistically significant increase ($p>0,05$).

Conclusion: The study showed that counting fetal movements and imagining fetus position had positive effects on prenatal attachment but had not any effect on depression scores on pregnant women in 24-28th gestational week. A strong mother-fetus bond will increase the awareness of the mother on both her own health and her baby's health, encourage positive behaviors and reduce negative thoughts about pregnancy. Prenatal bonding can be increased by providing tasks to strengthen the maternal-fetal bond such as the counting of fetal movements, and the process can be more positive for both sides.

Keywords: pregnancy, prenatal attachment, fetal movement, Prenatal Attachment Inventory, Beck Depression Inventory

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik süreci, kadınların hayatında doğal bir yaşam olayıdır ve kadının anne, baba ve ailesiyle ilgili geçmişte olan örselenmeler, tutumlar veya duygular ileride gebeliğe ilişkin gösterdiği tutumlarda etkili olabilir. Benedek, “anne olmaya ilişkin fiziksel ve duygusal olgunlaşmasını tamamlamayı başaran kadınların, anneliği inkar edenlerden daha şanslı olduğunu” söylerken; Veevers, “annelik emri” kavramını tanımlayıp, bazı sosyal tutumların çocuk şansı olmayan kişileri eleştirdiğini söylemiştir. Erikson ise yetişkin gelişiminin en iyi örneği olarak “üretkenlik” üzerine değinmiştir (1).

Sağlıklı gebelik süreci, sağlıklı bebek sahibi olabilmenin yollarından birisidir. Gebe kadın en fazla endokrinolojik, vasküler veya immünolojik sistem olmak üzere birçok sistemde psikolojik ve fizyolojik bir takım değişikliklerin etkisi altında kalmaktadır (2). Kadının gebelikteki ruhsal durumu bu süreci etkilediği gibi, gebelik sürecinin kendisinin de duygusal yaşantıda bazı önemli etkileri vardır. Gebelikle ilgisi olmayan stres ve sıkıntılar, gebelik sırasında uyumla ilgili bazı sorunları artırabilir. Gebelik döneminde ciddi olmayan bir takım duygusal semptomlar yaygın olarak görülmesine rağmen şiddetli psikiyatrik bozukluk görülme riski, aynı yaşta olan gebe olmayan kadınlardan daha azdır. Ancak geçmişte psikiyatrik bozukluğu olan kadınların gebeliğinde psikiyatrik semptom görülme olasılığı daha sıktır. Gebelik boyunca görülen en yaygın ruhsal bozukluk ise depresyondur ve oranı % 10 civarındadır (1).

Gebeliğin ilk anından doğumun meydana geldiği ana kadar olan süreç prenatal (doğum öncesi) dönemi kapsar. Prenatal bağlanma ise kadının gebeliğine olumlu yönde cevap verdiği zaman başlar. Gebe, kendisiyle ilişki kurduğuna inandığı bebeğini ayrı bir birey gibi görür, bebeğinin korunması ve beslenmesi için kendisine bağımlı olduğunu bilir. Bebeğinin ileride kime benzeyeceğini, hayatı boyunca nasıl bir gelişim göstereceğini ve nasıl hareket edeceğini düşler. Bu duygular anne adayının doğmamış bebeğine sevgi, şefkat ve ilgi göstermesine, onu beslemesine ve korumasına, etkileşim kurmasına ve bebeğinin ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmasına yardımcı olan bağlanma ile ilgili duygulardır (3).

Bağlanma teorisi, John Bowlby'nin nesne ve bağlanma ilişkileri ile ilgili kuramına dayanmakta, anne ve çocuğu arasındaki bağlanmaya ve bununla ilgili olarak ebeveynlerin ilişkilerinin doğasına değinmektedir (4). Bağlanma sürecini çözmeye yönelik yaklaşımlarda gebenin önceki ebeveynlik deneyimleri, erişkin bağlanma stili, fetüs ile internal çalışma modeli geliştirebilmek için sahip olduğu bilişsel kapasitesi, gördüğü sosyal destek düzeyi, anksiyete ve perinatal depresyon seviyesi ve postnatal bağlanma durumunun araştırılması maternal-fetal bağlanma üzerine olan ilgiyi artırmıştır (5). Maternal-fetal bağlanma ve doğum sonrası anne ile bebeğin bağlanması arasındaki ilişkinin varlığı; prenatal bağlanmanın ölçülmesi, sonrasında postnatal bağlanma biçiminin sınıflandırılması ve aralarındaki ilişkinin gösterilmesiyle desteklenmiştir. Doğum öncesi ve sonrası sergilenen davranışlar, doğum sonrası annelik duyguları, bebeğin tepkilerine cevap olarak annenin hassasiyeti ve annenin besleme biçimi de bu ilişkiyi destekler (6).

Doğumdan önceki bağlanma; hamilelik döneminde olumlu sağlık uygulamalarına motive eder, ebeveynliğe uyumu kolaylaştırır ve perinatal depresyona karşı koruyucu bir işlevi vardır. Ayrıca bağlanma bozuklukları hakkında yapılan çalışmalar da tanı ve müdahalenin erken dönemde önemini göstermektedir(4). Bu bilgiler sonucunda, bebeklerine bağlanmaya karşı kayıtsız tavır gösteren veya bu konuda bilgisi yetersiz olan gebelere verilen desteği arttırmak için de anne-fetüs bağlanma düzeyini tespit etmenin önemi ortaya çıkmaktadır (7).

Bu çalışmada; 24.-28. haftasındaki gebelere yaptırılan fetal hareket sayma ve aynı esnada fetüsün pozisyonunu hayal etme işleminin, annenin prenatal bağlanma düzeyi ve depresif belirtileri üzerine etkisini Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması daha önceden yapılmış olan Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak araştırmak amaçlanmıştır. Birinci basamaktaki gebe takiplerinde özellikle aile hekimlerinin, gebelerin depresif belirtileri ve fetüse olan bağlanma dereceleri hakkında farkındalıklarının artırılmasının ileriye yönelik takip ve yaklaşımlar açısından da olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

2.1.1. Gebelik Kavramı

Aile, her toplumun geleneksel, sosyal ve vazgeçilmez bir kurumudur. İnsan neslinin devamlılığının sürdürülmesinde ve yaşanan topluluğun beklentilerine uygun bireyler yetiştirilmesinde, toplum kültürünün nesilden nesile aktarılmasında aile kurumunun evrensel görev ve sorumlulukları vardır. Bu evrensel görev ise doğurganlık ile yerine getirilmektedir (8).

Gebelik doğal bir olaydır; ancak annenin vücudunda önemli fizyolojik, anatomik ve psikolojik değişimlere sebep olur. Fertilizasyon ile başlayan ve gebelikte süren bu değişiklikler fetüsün ve annenin sağlığını devam ettirmek, ihtiyaçlarını gidermek ve annenin vücudunu normal doğum için hazırlamak için meydana gelir (9).

İnsan gebeliği süresi yaklaşık 280 gün ya da 40 haftadır. Son adet tarihinin ilk gününden fetüsün doğumuna kadar geçen süredir ve $9 \text{ ay} \pm 10 \text{ güne}$ tekabül etmektedir. Klinisyenler, genelde “ay” yerine “hafta” terimini kullanarak toplam gebelik süresini 1-14 hafta, 14-28 hafta ve 28 haftadan doğuma kadar olmak üzere, toplam üç kısım olarak tanımlamaktadır (10).

2.1.2. Gebelik Dönemleri

Gebelik boyunca meydana gelen değişiklikler ve bunlara bağlı yakınmalar trimesterler içinde değişiklikler göstermektedir. Birinci trimester, uyum dönemi olarak bilinir ve bu süreç birinci üç ay boyunca devam eder. Gebe olan kadın ve de vücudu bu değişime ayak uydurmaya çalışır; ancak üçüncü aya doğru bütünüyle ortadan kalkacak olan bir takım problemler ortaya çıkabilir. Bu sıkıntılar bazen gebeliğin başlarını zor duruma sokabilir. Bu trimesterde özellikle bulantı ve kusma, fazla miktarda veya acımsı tükürük salgılanması (pityalizm), idrara sık çıkma ihtiyacı, burun tıkanması veya burun kanaması, normal olan vajinal akıntı miktarında artış

(lökore), yorgunluk, dişeti kanaması ve göğüslerde hassasiyet gibi sorunlar yaşanabilmektedir (9).

Ambivalan (zıt duygular) dönemi olarak bilinen birinci trimester, gebenin gebelik gerçeğine uyum sağladığı; ancak gebeliğe dair mutluluğun fazla hissedilmediği bir dönemdir. Yoğun olarak yaşanan duygular, gebeliğin kabul evresi ile ilişkilidir. On ikinci haftaya gelindiğinde gebeliği reddetme veya kabul etme gibi zıt duygular daha fazla görülür. Zıt duyguların nedenleri arasında; etnik köken, yaş, sosyoekonomik durum, cinsiyet rolleri, kişinin yeterlilik duygusu, cinselliğe ilişkili tutumlar ile kontrol odağı gibi kişilik özellikleri, iletişime açık olmak, eş desteği, gebelikte oluşabilecek değişimler, doğum ve bebek büyütme ile ilişkili ekonomik zorluklar, meslek hedefleri üzerinde gebeliğin etkisi, olası ev sorunları, anneliğe hazır olmama duygusu ve geçirilen fiziksel rahatsızlıkların şiddeti olabilmektedir (11).

Birinci trimesterin sonunda oluşmaya başlayan gebelik durumunu sevmeye ve bundan mutluluk hissetmeye, fiziksel sıkıntılara karşı tolerans göstermeye, kendisinin ve ailesinin doğumun üstesinden gelebileceği hakkında özgüven duymaya annenin gebeliği kabullendiğini gösterir. Gebelik kabullenilse de aşırı duyarlı olma, alınganlık, kızgınlık, huzursuzluk veya coşku gibi ani değişimler görülebilir (11).

İkinci trimester denge zamanıdır. Annenin vücudu ile fetüsün vücudu artık birbirine en iyi şekilde uyum sağlamıştır. Sıkıntılar genelde sonlanmış görünmektedir. Uterus, anneye rahatsızlık verecek kadar büyük değildir. Düşük tehlikesi en düşük seviyededir ve gebeliğin en güzel dönemi olarak da görülebilir. Bu dönemde baş ağrısı, konstipasyon, mide yanması, çarpıntı, karpal tünel sendromu, hipotansiyon, iştah artma, normal vajinal akıntıda artma, sırtta ağrı, deride stria gibi değişiklikler ve kaşıntı gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (9). Zıt duygular hızlı bir şekilde kaybolurken, kadının gücü yavaş yavaş artmaktadır. Denge dönemi olan bu evrede bulantıları kaybolan gebe, kendini daha iyi hisseder ve olumlu duygular geliştirir (12).

Bitkinlik dönemi olan üçüncü trimesterde fetüsün büyümesine bağlı artan uterus hacminden dolayı yorgunluk ve varisler ortaya çıkabilir. Ayrıca önceki trimesterdeki problemlere ek olarak sık bacak krampları, sık idrara çıkma, uykusuzluk,

hemoroid, nefes darlığı gibi problemler de yaşanmaktadır (9). Bu dönemde annenin doğum hakkında endişeleri vardır. Doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ve bebeğe yetip yetemeyeceğine dair korkular anksiyete ve strese neden olmaktadır. Son ayda ise anne ilk trimesterde yaşadığı bebeği istemekle doğum eylemine ilişkin korku ve endişeler arasında gidip gelerek zıt duyguları tekrar yaşamaktadır (13, 14).

2.1.3. Anneliğin Nörobiyolojisi

Annelik, beyinde bulunan özel nöral sistemlerce yürütülen ve yönetilen, tipik davranış kalıplarına sahip doğal bir dönemdir. Annelik davranışını sağlayan bu sistem evrimsel gelişimin bir sonucudur. Anne olan kadın beyninin, doğum yapmamış yaşlılarınkinden farklı olduğu ve kendi yavrusu üzerinde çok fazla hassaslığı mutlaklıdır. Annelik davranışı öncelikle hormonal ve genetik durumlarca başlatılıp sürdürülse de, annenin kendi çocukluğundan beri aldığı eğitim ve yaşadığı olumlu veya olumsuz olaylar sonucu değişebilir. Diğer memeliler gibi insanda da annelik davranışı nörobiyolojik sistemlerce başlatılır ve sürdürülür. Böylece yeni doğmuş bebeğin korunması ve neslin devamlılığı sağlanmış olur (15).

Dişinin gebeliğinde anneliğe hazırlanma işlemi çoğunlukla düzeyleri gebelikte artmaya başlayan hormonlar tarafından yapılmaktadır. Burada önemli rolü olan hormonlar östrojen ve progesterondur. Doğum yapmamış koyunlarda, östradiol ve progesteron hormonları ile “ön duyarlılık sağlama” yapıp vajinoservikal uyarı verilerek oksitosin salınımı başlatıldığında annelik davranışlarının otomatik olarak başladığı görülmüştür. İnsanlarda yapılan çalışmalarda ise annenin gebelik dönemindeki östradiol seviyesi ile doğumdan sonra bebeğine olan bağlılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Gebelik süresince seviyesi yüksek olan progesteron ve östrojenin, beyinin bazı bölgelerinde oksitosin ve prolaktin reseptörlerinde artışa neden olarak annelik duygusunu başlattığı ileri sürülmektedir. Doğumla birlikte östrojen ve progesteron düzeyleri düşmesine rağmen bu davranış bir kez tetiklendikten sonra devam etmektedir (15).

Gebelikte annede görülen diğer bir değişiklik ise bebeğin kötü kokularına olan duyarlılığının azaltılmasıdır. Hormonal değişikliklerin, muhtemelen normalde kötü kokulara karşı insanı uyaran organ olan amigdalaya etki ederek annenin bebeğinin kötü kokularına karşı daha tarafsız ve hatta bazen ödüllendirici olarak algılanmasına neden olduğu düşünülmektedir (7).

Annenin gebeliği esnasında çevresel koşulları iyi değilse çocuğuna karşı olan sevgi ve bakımı azalmakta; bu da çocuğun ilerideki davranışları üzerinde kalıcı olarak değişimlere yol açabilmektedir. Farelerde yapılan bir çalışmada; gebelik döneminde stresli olan annelerin, yavrularını yalması ve tımarının azaldığı, bunun sonucunda yavrunun medial preoptik alandaki oksitosin reseptörlerinin azaldığı ve kendisinin de iyi bir anne ve iyi bir eş olmasının engellendiği görülmüştür. Burada annenin stresinin, çocuğun davranışlarına yansımalarının nedeni annelik davranışına etki eden oksitosin sistemidir. Bu aktarımın evrimsel bir öneminin olabileceği, anne bakımını yetersiz alan çocukların yetişkinliklerinde daha tedirgin, korkak ve anksiyeteli oldukları ve annenin çevresel koşullarının iyi olmamasının çocuğunun daha çok risklerden kaçan ve daha az girişken bir kişi olmasını sağlayarak tehlikeli ortamlarda hayatta kalmasına neden olabileceği düşünülebilir (15).

2.2. Prenatal Bağlanma

2.2.1. Prenatal Bağlanma Teorisi

İnsan, başka insanlarla birlikte yaşama isteği olan bir varlıktır. İnsan yavrusu biyolojik açıdan hayatını idame ettirebilmek için diğer türlere göre daha uzun dönem ebeveyninin yardımına ihtiyaç duymaktadır. Bu durum, insan türünün bir arada yaşama gereksinim ve eğilimlerini, özellikle bağlanma ihtiyacını açıklamaktadır (16).

Bağlanma teorisini öne atan Bowlby, bağlanmayı iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak belirtmiştir. Bu teori, bebeğin biyolojik güven gereksinimi sonucu ortaya çıkan, erken dönemde annesine bağlanması ve annenin gösterdiği tepki ve davranışlarının bebek tarafından nasıl yorumlandığı ve bebeğin gereksinim duyduğu anlarda ulaşılabilir olup olmadığı üzerine odaklanır. Bowlby, bağlanma sistemi ile

ilgili ögeleri; keşfetme, şefkat, bakım verme ve korku ile ilişkili bir takım davranışlar olarak belirlemiş, psikopatolojiler ile güvensiz bağlanma arasında bir bağ bulunduğunu söylemiştir (17).

Annenin, bebeğine bağlanmasına katkı sağlayan dokuz durum; gebeliği planlamak ve istemek, gebeliğini kabullenmek, fetüsün hareketlerini hissetmek, fetüsü bir birey olarak kabullenmek, onu doğurmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak ve bebeğe bakım vermektir. Bunlardan ilk beşi doğum öncesinde olmaktadır. Gebelikteki anne-bebek arasındaki bağın oluşumunda; annenin kendinden farklılaştırıp fetüsü ayrı bir birey olarak görmesi, etkileşime girmesi, fetüsün özelliklerini yorumlaması ve kendini adamasının önemli olduğu gösterilmiştir (18).

Lohusa bakımı konusunda uzmanlaşmış bir hemşire olan Rubin, doğum sonrasında yeni doğan bebek ile annesi arasındaki bağın, prenatal süreç sonunda geliştiğini tespit etmiştir. Doğumundan önce kadınların kendisi ve bebeği için güvenli bir geçiş arama, bebeğinin diğer bireylerce özel biri olarak kabullenilmesini sağlama, kendini bebeğine verme ve bebeğine bağlanma gibi özel görevlerinin olduğunu öne sürmüştür. Rubin, ikinci üç aylık dönemin sonuna gelindiğinde hamile kadının, içindeki çocuğu artık fark ettiğini ve ona büyük bir değer verdiğini, çocuğunun onun için çok önemli bir zevk ve gurur veren bir varlık olduğunu söyler (19).

Cranley, doğum öncesi anne-fetüs bağlanması için ise altı ögeden oluşan çok boyutlu bir model geliştirmiştir. Bunlar; annenin fetüs ile etkileşime girmesi ve özelliklerini yorumlaması, fetüsü kendinden farklı birey olarak algılaması, kendini adaması, iç içe geçme ve rol almadır. Cranley, maternal-fetal bağlanmayı davranışları yoluyla doğmamış çocuğuyla etkileşim gösteren ve yakın bir ilişki kuran anneyi kapsayacak şekilde tanımlamıştır (6).

Bir başka araştırmacı Lumley, hamileliğin her üçer aylık dönemlerini yaşayan ve ilk kez hamile kalan kadınlarla görüşmüştür. Genç gebelerin bebeklerinin hayalini hamilelik süresi ilerledikçe daha fazla kurduklarını gözlemlemiştir. Bu gözleme dayanarak ultrason kullanımı ve fetüs görüntülerinin bağlanma etkisi üzerinde inceleme yapmış ve fetüs görüntülerinin, annenin fetüsü “küçük bir insan” olarak

farklılaştırma yeteneğini geliştirdiğini ortaya koymuştur. Lumley'in sonraki çalışması, ilk deneysel longitudinal prenatal bağlanma çalışmalardan biri olmuştur. Çocuğun doğumundan önce ve sonra beş ayrı zamanda kasete kaydedilmiş görüşmeler üzerinden annelerin fetüslerine karşı ilk ebeveyn tutumlarını belirlemeye çalışmıştır. Lumley, bağlanmayı annenin bebeğini gerçek bir insan olarak gördüğünü belirten "fetüs ile kurulan hayali ilişki" olarak tanımlamıştır. Bu durumun ise birinci trimesterinde olan kadınların %30' unda, ikinci trimesterde % 63'ünde ve 36 hafta ve sonrasında olan kadınların % 92'sinde görüldüğünü bildirmiştir (20).

Amerika Birleşik Devletleri'nde benzer bir çalışma yapan ve bir psikolog olan Leifer, gebelik döneminde gözlenen psikolojik değişimlere ilişkin 19 primigravida üzerindeki çalışmasından elde edilen bulguları yazdı. Gebelik, duygusal bir karışıklık ve hızlı rol değişim durumu hali ve aynı zamanda gelişimsel olgunlaşmanın da yaşandığı bir zaman olduğu ve hamileliğin ilk aylarında oluşan kişilik entegrasyonu derecesinin hamileliğin ilerleyen sürecinde ve erken annelik dönemlerinde psikolojik büyümeyi öngörebildiği sonucuna varmıştır (19).

Muller, prenatal bağlanmayı kadın ve fetüs arasında eşsiz bir ilişki olarak tanımlarken bu durumun, kadının hamilelikte sahip olduğu duygulara veya kendini bir anne olarak algılamasına bağlı olmadığını belirtmiştir. Muller, yeni bir bağlanma modeli öne sürerek anne adayının kendi annesi ile olan ilk annelik deneyimlerinin içsel temsillerin gelişmesine yol açtığını ve sonrasında ailesine, eşine ve arkadaşlarına bağlanmasını etkilediğini ileri sürdü. Bu süreç, hamileliğe uyum sağlanmasına ve fetüse bağlanılmasına olanak sağlamıştır (10).

Klaus ve Kennell, hormonal değişimler ve fiziksel koşulların, annelerin yeni doğan bebeklerine duyarlı olduğu doğumdan hemen sonraki hassas dönemi yarattığını ileri sürmüştür. Ayrıca önceki hamilelik deneyimlerinin, yeni doğum yapmış annenin bebeğine olan davranışlarını etkilediğini buldular. Anne ve bebeği arasında doğumdan önce de bağlanma olduğuna dikkat çeken ilk deneysel çalışmalardan biri de doğumda bebeğini kaybetmiş annelerin yaşadıkları yoğun yasın gözlemlenmesi ve doğumdan sonra annenin bebeği ile fiziksel temas durumunun annenin yasını etkilemediğinin görülmesidir (21).

Avusturyalı bir araştırmacı olan Condon, teorik bir açıdan bakarak maternal-fetal bağlanmanın gelişiminin, çocuğun mizacı ve doğum sonrasındaki çevresel etkiler olmaksızın öğrenilme şansı olduğunu ortaya koymaktadır. Condon, çocuğun kişilik imajı üzerinde durmak, fetüsle iletişimi istemek ve aktivitelerden tatmin ve memnunluk duymak, kayıp ya da düşüğe neden olabilecek davranışlardan uzak durmak, fetüse zarar vereceğinden korktuğu şeylerden fetüsü korumak, fetüsün ihtiyaçlarının farkında olmak ve bunları karşılamak gibi davranışların prenatal bağlanma olarak belirtilebileceğini kabul etmiştir. Daha sonra prenatal bağlanmayı daha basit bir şekilde “hamile kadın ve onun doğmamış bebeği arasındaki gelişen duygusal bağ” olarak tanımlamıştır (22).

2.2.2. Prenatal Bağlanmanın Önemi

Doğum öncesinde fetüsün; annesinin duygulanımlarına cevap verebildiği, yirmi altıncı haftasında algılayarak tepki gösterebildiği, işittiği ve yakalama gibi bazı yeteneklerinin geliştiği bilinmektedir. Doğum öncesindeki dönemde annenin olumlu duygularını doğmamış bebeğine aktarabilmesi ve kendisinde oluşan değişiklikleri benimsemesi bağlanmanın temellerini oluşturmaktadır. Annenin kendi karnına dokunarak bebeğini tensel olarak hissetmesi ve bebeğini kabullenmesi, bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir (16).

Annenin fetüse ve yenidoğana bağlılığı; duygusal olgunluk, gebeliği isteme, istenilen zamanda gebe kalınması, gebelik sürecinde var olan korkular, yakınları ile ilişkileri, fizyolojik ve psikolojik streslerle baş etme yeterliliği, ebeveynliğe ilişkin benlik kavramı, emzirme için istekli olma ve bebeğini bakıp büyütme deneyimi gibi birçok faktörden etkilendiği belirtilmektedir. Gebeliğin istenmemesi, gebeliğe ve doğuma ilişkin korku duyulması, gebeliğe bağlı fizyolojik ve psikolojik streslere karşı zorluk çekilmesi ve erken dönemde yenidoğanla birliktelikte geç kalınması gebenin bebeğiyle güçlü bir bağ kurmasını zorlaştıran durumlardır (23).

Zayıf anne bebek bağlanmasının; fetüsten rahatsızlık duyma, fetüsün istismarı, annede anksiyete ve depresyon gibi bazı duygudurum bozuklukları ve ileriki dönemlerde ise çocuk istismarı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Annenin sergilediği

olumsuz bağlanma davranışları bebekte beslenme ve uyku bozukluğu, büyüme ve gelişme geriliği, huzursuzluk, ağlama gibi bazı sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Güçlü bağlanmanın gebelikte alkol-tütün kullanmama, sağlıklı uyku ve beslenme alışkanlıkları, doğum öncesi bakım alma, egzersiz gibi sağlık davranışlarını arttırdığı; ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırdığı, gebelikte ve doğum sonrasında görülebilen depresyona karşı koruyucu olduğu bilinmektedir (23).

2.2.3. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü

Maternal Fetal Bağlanma Ölçeği (MFAS), ilk antenatal bağlanma ölçeği olup Cranley'nin tezinde öne sürdüğü “kendinin fetüsten ayrımı, fetüsle olan etkileşim, fetüse özellikler atfetme, kendinden verme, rol alma ve yuva yapma” altı durum temel alınarak hamilelik boyunca maternal-fetal bağlanmanın yapısını ölçmek için 5 alt ölçekli 24 maddeden oluşturulmuştur (20). Ölçek, gebe kadınlarla yapılan görüşmelerdeki ortak özelliklere dayanılarak klinisyenler ve doğum eğitmenleri tarafından tanımlanan bağlanma tanımı ile yüklü ifadeler temel alınarak oluşturulmuştur (24). Bu araştırma, maternal-fetal bağlanma alt ölçekleri üzerindeki skorlar sonucu bazı davranışların üçüncü trimesterde diğerlerinden daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Gebelerin %78'i ölçekteki tutum ve davranışları zaman zaman gerçekleştirdiğini, %32'si ise çoğu zaman yaptıklarını belirlemişlerdir (24).

Muller, sonrasında bu katılımcılarla yapılan görüşmelerin ikincil bir analizini yaparak, elde edilen verilere göre oluşturulan kategorilere Cranley'nin alt ölçeklerinden sadece üçünün karşılık verdiği, ikisinin ise (kendinden verme ve fetüs ile etkileşim) hiç karşılık vermediği sonucuna varmıştır. Muller, Mercer ve arkadaşlarının 1988 yılındaki çalışmasında, açık uçlu görüşmelerden elde edilen verilere göre Cranley'nin itemlerinin bazı emosyonel bileşenleri yakalamadığı tespit edilmiştir. Mercer'in çalışmasında katılımcılar çoğunlukla doğmamış bebekleri ile ilgili ifadelerde bulunurken “umarım”, “dilerim” ve “hayal ederim” gibi kelimeler kullanmışlar ve davranışlarla açığa vurmak yerine daha çok duygular (veya zihinsel durumlarını) ifade etmişlerdir. Bu sonuç yeni bir ölçeğin, PBE geliştirilmesine yol açmıştır. Bu ölçek, herhangi bir alt ölçek içermemekte ve sadece global bir skor elde edilmektedir. Ölçek 21 madde içermekte ve her madde 1 ile 4 arasında puanlanan

dörtlü likert tiptedir. Ölçekten alınabilen puan 21 ile 84 puan arasında değişmektedir. Alınan puanın fazla olması, bağlanma düzeyinin de yüksekliğini göstermektedir. Bu ölçekle; duygusal yakınlığı vurgulamak, davranışsal ölçümleri dışlamak ve Cranley'nin MFAS'ına yandaş bir ölçek olarak durmasını sağlamak için çalışmalar arasındaki tutarlılığı artırmak hedeflenmiştir (25).

Prenatal bağlanma alanındaki en yeni gereç Avustralya'da John Condon tarafından geliştirilmiştir. Condon, kullanılan ölçeklerin fetüse olan yaklaşımı, gebelik ile anneliğe olan yaklaşımdan yetersiz düzeyde ayırdığını belirtmiştir. Kendi oluşturduğu Maternal Antenatal Bağlanma Ölçeği'ne (MAAS) 19 item ekleyip sadece bebekle ilgili olan düşünceler ile duygulara odaklanarak gebeliğin fiziksel durumunu ya da maternal role olan yaklaşımları dışarıda bırakmıştır. Ölçekle ilişkili "kalite" ve "yoğunluk" faktörlerini tanımlamıştır. Kalite, annenin aktardığı yakınlık/mesafe, yumuşaklık/irritasyon, pozitif/negatif, keyifli/hoş olmayan beklentiler ile fetüsün gerçek bir birey olarak canlı/belirsiz içselleştirilmiş temsili gibi affektif deneyimlerini tanımlamakta iken; yoğunluk ise annenin fetüsü ile etkileşiminde fetüsü düşünmek, onunla konuşmak, onunla ilgili hayal kurmak veya taktil olarak hissetmesi ile ilişkili geçirdiği zamanı belirtmekteydi. Condon, bu iki faktörü dikey süreçler olarak haritalandırmıştır ve prenatal bağlanma stili açısından dört kadran oluşturmuştur: güçlü ve sağlıklı bağlanma, bağlanmanın kalitesi olumlu olsa da dikkatin dağılması ya da kaçınmaya bağlı olarak düşük düzeyde meşguliyet, ilgisizlik veya ambivalan şekilde ilgili olma ve anksiyöz, ambivalan veya affeksiz meşguliyet (22).

2.2.4. Prenatal Bağlanmaya Etki Eden Faktörler

Annelik rolünün edinilmesinde; prenatal dönemde bakım almak istememe veya almaya vaktinde gitmeme, emniyet kemeri kullanmama, zararlı madde kullanma gibi riskli bazı davranışlar sergileme, bebeğin cinsiyetine önem verilmesi, prematüre doğum yapmak, gebelik kayıpları, gebeliğin istenmemesi, travmatik doğum öyküsü gibi durumlar risk faktörleri olarak görülmektedir. Bu görevlerin yerine getirilmemesi veya aksatılması, gebelikteki psikolojik deneyimlerin erken aşamalarda değerlendirilmesi açısından önemlidir (26).

Muller (25), yaş ortalaması 30, eğitim yılı ortalaması 15 ve çoğu evin dışında çalışan bir grup üzerinde yaptığı çalışmada annenin yaşı arttıkça prenatal bağlanmanın azaldığını; Cranley (27), yaş ortalamasının 27 olduğu ve küçük bir örneklem grubunda yaptığı çalışmada ise yaş ve prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır.

Geçmişte kayıp öyküsü olan gebelerde prenatal bağlanmanın azaldığını gösteren bir çalışmada; aynı gebelik haftasında, önceki gebeliklerinde kayıp öyküsü olan ve ilk hamileliğini yaşayan iki grubun anksiyete ve bağlanma düzeyleri karşılaştırıldığında, kayıp yaşayan grupta belirgin düzeyde daha yüksek anksiyete ve düşük bağlanma seviyeleri olduğu gösterilmiştir (28).

Gebelikte anne-fetüs arasındaki bağı etkileyebilecek unsurları inceleyen bir araştırmada; ailenin gelir durumu, gebeliğin planlı olması durumu, fetal hareketler ve ultrasonla bebeğin görüntülenmesinin bağlanma üzerine etkili olduğu, annenin yaşının ve fiziksel semptomlarının etkisinin ise ölçülemediği görülmüştür (29). Yılmaz ve Beji'nin (30) 342 gebe üzerinde yaptığı çalışmada 35 yaş ve üzerinde olan, düşük öğrenim düzeyine sahip, çalışmayan ve gebeliği plansız olan multipar gebelerin bağlanma düzeyleri düşük bulunmuştur. Ekonomik düzeyi kötü, düşük öğrenim düzeyine sahip ve gebeliği sonlandırmak isteyen kadınların depresif belirtileri daha çok gösterdiği; fakat bağlanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği belirlenmiş ve prenatal dönemde depresyon düzeyi ile bağlanmanın ters orantılı olduğu ve olumlu sağlık davranışları arttıkça bağlanmanın aynı oranda arttığı görülmüştür. Gebelikte anne-fetüs bağlanmasının güçlü olması ile olumlu sağlık davranışı gösterme, sağlıklı uyku ve beslenme alışkanlığı, gebelik, doğum ve bebek bakımı hakkında daha çok bilgi edinme arasında ilişki olduğu bulunmuştur (31).

Yılmaz ve Beji'nin (30) araştırmasında; primipar kadınların bağlanma seviyesinin daha yüksek olduğu, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanların uzun dönem bebek sahibi olmayı bekleyip istemeleri nedeniyle bağlanma düzeylerinin yüksek olabileceği bulunmuştur. Hjelmstedt ve arkadaşları (31) ise çalışmalarında, doğal yoldan gebe kalanlar ile yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlar arasında bir

fark olmadığını saptamışlar; ancak kendi bebeğini dünyaya getireceklerine oranla taşıyıcı olan kadınların bağlanma seviyelerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Gebelik döneminde gebenin yakınları tarafından gösterilen sosyal desteğin gebelerin bilişsel ve duygusal olarak rahatlatmalarını sağladığı, stres ve kaygıları ile baş etmesini desteklemekle birlikte annelik rolüne geçişini kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada gebelikte yeterli sosyal desteğin olmasının kaygı ve depresyon sıklığını azalttığı, prenatal ve postnatal dönemde hem bebeği hem de anneyi olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Bu nedenle gebelikte sosyal desteğin anne-bebek bağlanmasını arttırabileceği düşünülebilir. (23).

Gebelik döneminde bağlanmanın depresyon ve anksiyete düzeyi, düşük sosyal destek ve eş ilişkilerinden etkilendiği ve bu unsurların doğum sonrasında da anne-bebek bağlanması ile ilişkili olduğu; ayrıca doğumdan sonraki bağlanmanın yoğun bakım servisinde kalma ve yenidoğanın kilosu gibi bazı durumlardan da etkilendiği görülmüştür. Gebelikte yüksek bağlanma düzeyine sahip kadınların, doğum sonrasında da bebeği ile etkileşimlerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır (31).

Fetüse bağlanmanın dönüm noktası gebeliğin ikinci trimesterinde başlayan ilk fetüs hareketleri sonrasında olmaktadır. Bu dönemde anne, fetüsün rahim içindeki seğirme denilen hareketliliğin farkındadır. Fetüs rahim duvarına vurmaya başlar ve bu hareketlilik dönemlerinde fetüsün kolunun, ayağının, bacağına hatta başının çıkıntı oluşturduğu görülebilir. Fetüsün ultrason ile görülmesi, kalp seslerinin duyulması, cinsiyetinin öğrenilmesi de bu dönemde olan değişikliklerdir (32). Gebeliği süresince bir problemi olmayan 213 gebe ile yapılmış bir çalışmada, fetal hareketleri saymanın prenatal bağlanmayı arttırdığı görülmüştür. Başka bir çalışmada ise gebelikte prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan gebelerin fetal hareketleri daha çok algıladıkları görülmüştür. Yirmi altı çift üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise üçüncü trimesterindeki gebelerin prenatal farkındalık düzeyine bakılmış ve bazı gebelerin bebeklerinin bazı sesleri işittiğinde ayağını ve kolunu gererek, karınlarını tekmeleyerek ya da hareketini azaltarak veya arttırarak kendileriyle iletişime girdiğini söylemiştir (31). Bir başka çalışmada ise katılımcılar, bebeklerinin karın duvarına

vurarak, bir uzuvlarını uzatarak ya da belirli seslere karşı hareketlerini arttırarak ya da azaltarak kendileri ile iletişim kurduğunu belirtmişlerdir (33).

Genel gebe topluluğunda belirlenebilir risk faktörleri veya indikatörlerin varlığında, anne ve bebeğin her ikisi için olumsuz sonuç olasılığının arttığı gebelik “riskli” olarak bilinmektedir (34). Lee ve Mercer (35) araştırmasında yüksek riskli gebelik gibi olumsuz yaşam koşullarına sahip gebe kadınların anksiyete yaşadığını ve ikili ilişkilerinin etkilendiğini belirtmişlerdir. Sağlıklı ve yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeyini karşılaştırmak ve bağlanmayı etkiyebileceği düşünülen çeşitli faktörleri belirlemek için yapılan bir başka çalışmada ise sağlıklı ve riskli hamileler arasında bağlanma skorlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (36).

2.2.5. Fetal Hareketin Sayımı

Fetal hareketlerin anne tarafından algılanması, fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan en sık ve eski yöntemdir. Fetal sağlık durumu için normal fetal hareketler oldukça iyi bir göstergedir (37). Primiparlar, ilk fetüs hareketini genellikle 18.-20. gebelik haftalarında hissetmeye başlarken; multiparlar ise daha erken ve genelde 16. gebelik haftasından itibaren hissetmeye başlar (38). Fetal hareket yoğunluğunun 24.-32. gebelik haftalarından sonra azaldığı, sonrasında ise sabit kaldığı ya da term döneme kadar yavaşça azalmaya devam ettiği bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda azalmış fetal hareket; uteroplasental yetmezlik, gebelik yaşına göre küçük fetüs ve intaruterin büyüme geriliği ile ilişkili bulunmuştur (37).

Bütün gün için azalmış fetal hareketten fetal hareketin yokluğuna kadar olan aralığı kapsayan, iki saat içinde 10 fetal hareketten az sayılması, 12 saat boyunca fetal hareket sayılması, 15 dakikalık ortanca yöntemi gibi yayınlanmış yöntemler mevcuttur (37). Önceki çalışmalarda fetal hareket sayımı “Günlük Hareket Sayımı (Daily Movement Counts)” yöntemi ile yapılmaktaydı. Bu yöntemle gebe hem dinlenirken hem de aktivite yaparken 12 saat boyunca (08:00-20:00 saatleri arası) fetal hareketleri not eder. Bu çalışmalarda belirlenen alarm limitleri muhtemelen düşük fetal aktiviteye sahip ve hastanede yatan yüksek riskli gebelerde yapılmış olsa da bu yöntem fetal hareket hakkında farkındalık sağlar (39).

Sonraki çalışmalarda sayma işlemi annenin sırt üstü dinlendiği ya da fetüs hareketine yoğunlaştığı, belli bir zaman veya gerekli olan tanımlanmış hareket sayısı için geçen zaman üzerine yoğunlaşmıştır (37). Daha sonra Pearson ve Weaver'ın 1976 yılında yayınladığı “count-to-ten” yöntemi, normal gebeliklerde daha az zaman aldığı için kullanımı daha kolay olarak kabul edildi (40). Bu yöntemde, günün herhangi bir zamanında fetüsün aktif olduğu ve annenin hareketlerine yoğunlaştığı iki saatlik bir periyod seçilerek ilk hareket hissedildikten sonra 10 harekete kadar sayılması ve geçen sürenin kaydedilmesi ve her gün aynı zamanda sayım yapması istenir. Fetüsün hıçkırık hareketi sayılmaz. İlgili çalışmalarda 10 hareket sayımı normal sağlıklı gebeliklerde genelde 20 dakikanın altında tanımlanmıştır (41). “Modifiye Cardiff Count-to-ten” kartı daha çok Birleşik Krallık’ ta kullanılmakta; her gün ilk 10 fetal hareketi kaydetmeleri, 12 saatte sayıyı tamamlayamazlarsa ileri değerlendirme gerektiğini belirtilmektedir. Kuzey Amerika’ da ise benzer olarak kullanılan fetal hareket sayımı kartlarında ise 10 fetal hareket sayımını 2 saatte tamamlamaları istenmektedir (42).

“Mindfetalness” yöntemi ile gebeliğin geç dönemlerinde günde 15 dakika ayırarak fetüsün hareketi üzerinde yoğunlaşmaları için anneler cesaretlendirilir. Son trimesterde, annenin stres altında olmadığı ve fetüsün hareketlerini hissettiği zamanda özellikle yatarak dinlenirken, her gün 15 dakika hareketlere dikkat ederek fetüsün hareket paterni çıkartılabilir (43).

Sonuç olarak fetal hareket sayımı ve azalmış fetal hareket ile başvuran annelerin değerlendirilmesinde geniş bir varyasyon vardır. Kuzey Amerika’da anne kan basıncının ölçümü, idrar tahlili ve fetal kalp atımının dinlenmesine ek olarak ultrason ile biyofizik profili ve non stress test birlikte kullanılmaktadır. Birleşik Krallık’ da ise yapılan çalışmalarda sadece klinisyenler gerek gördüğünde ek olarak ultrason kullanılmıştır. Sonuçta fetal hareketin maternal değerlendirilmesi fetal riski değerlendirmek için değerli bir yoldur denilebilir (42).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyon Kavramının Tanımı ve Epidemiyolojisi

Toplumsal hayatı etkileyen rahatsızlıklardan biri olan depresyon ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2001 yılında yayınladığı raporda, 340 milyon kişinin klinik tanımlara uygun şekilde depresyon yaşadığı öne sürülmüştür. Raporda aynı zamanda depresyonun 2020 yılına gelindiğinde çalışma hayatını etkileyen hastalıklar içinde ilk sırada olacağı öngörülmüştür (44).

Depresyon; çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamları olan duygusal bir olay olup, elem ve keder duygularını da içerir. Kelime kökenini ise Latince “depressus” kelimesinden yani “alçakta olmak, bastırmaktan” alır. On altıncı yüzyıldan beri kullanılmakta olan depresyon terimi, ancak 19. yüzyılda modern anlamda sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Günümüzde depresyonun klinik görünümünün, belirtilerin seyrinin, sayısının, tedaviye yanıtının göz önünde bulundurulduğu çeşitli sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Sağlıklı kişilerde istenmeyen ya da hayal kırıklığı yaratan olaylar sonucu ortaya çıkan üzüntü, keder, sıkıntı gibi tepkilerden daha şiddetli ve kişinin yaşantısını negatif etkileyen, hatta tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti unsurlarından oluşan bir sendrom olarak tanımlanır (45).

Depresyon yaygın görülen bir mental hastalıktır. 2013 yılında dünyada 615 milyon insanın depresyon ve anksiyete hastası olduğu bildirilmektedir. Düşük ve orta gelir düzeyine sahip insanların %80'i hayatlarının bir döneminde mental bir hastalıkla karşılaşmışlardır. Her yıl Avrupa bölgesinde 15 kişiden biri majör depresyon geçirmekte ve 15 kişiden dördünde anksiyete ve depresyon görülmektedir (45).

Depresyonun gelişmesinde rol alan etkenler olarak; genetik olarak yatkın olmak, kadın cinsiyet, bağımlı veya obsesif özellikler gibi kişilik özelliklerine sahip olmak, stresli yaşam olayları, güvenli olmayan bağlanma biçimi, süregelen bedensel ve psikiyatrik hastalık olması, toplum desteğinin az olması sayılabilir. Yüksek zeka düzeyi, güvenli bağlanma biçimi, benlik saygısı, engellenme eşliğinin yüksek olması,

sorun yönelimli başa çıkma yöntemleri uygulamak, toplumsal bir ağa sahip olmak depresyondan koruyucu etkenler arasında sayılabilir (45).

Her beş kadından biri hayatlarının bir döneminde depresyonla baş başa kalabilmektedir. Depresyon; gebelik, doğum, lohusalık gibi dönemleri de içine alan 18-44 yaş arasındaki kadınlarda maluliyetin önde gelen sebeplerinden biridir. Gebeliğin plansız olması ya da istenmemesi, düşük gelir ve düşük eğitim düzeyi, geçirilmiş depresyon öyküsü, düşük benlik saygısı, doğum öncesi anksiyete yaşamak, sosyal desteğin az olması, negatif düşünmeye eğilimli olma, önemli yaşam olayları ve istismar öyküsü gibi faktörlere sahip kadınlarda gebelik depresyonu görülme riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (46).

Ülkemizde ise postpartum depresyon için risk faktörleri arasında; gebelik döneminde geçirilmiş depresyon ve psikiyatrik hastalık öyküsü, prenatal anksiyete, doğum sonrası ilk haftalarda eşin zayıf desteği, evlilikte uyumsuzluk, sağlık güvencesinin olmaması, kontraseptif yöntem kullanmamak, sigara kullanmak, düşük gelir düzeyi, sosyal ilişkilerden memnuniyetsizlik, gebelik kaybı yaşamak ve kız bebek doğurmuş olmak olarak sayılabilir (46).

2.3.2. Sınıflandırma

Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabında (DSM-5) depresyon bozuklukları altında bir hastalıktan değil, birçok alt grubu olan bir hastalık kümesinden bahsedilmektedir. DSM-5’de depresyon bozuklukları; majör depresif bozukluk, süregiden depresif bozukluk, yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresif bozukluk, premenstrüel disfori bozukluğu, başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, tanımlanmış diğer bir depresif bozukluk, tanımlanmamış depresif bozukluk olarak 8 alt başlıkta sınıflanmaktadır (47).

2.3.2.1. Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu

A. Aynı iki haftalık süreç içerisinde aşağıdaki belirtilerden en az beşi bulunur ve işlevsellikte bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az bir tanesi çökkün duygudurum, ilgiyi kaybetme ya da zevk almamadır.

1. Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunan çökkün duygudurum (Kişinin kendisi bildirir ya da başkalarınca gözlenir.)
2. Neredeyse bütün etkinliklere karşı zevk almama ya da ilgide belirgin azalma durumu günün büyük bir bölümünde ve neredeyse her gün bulunur (kişinin anlatımına ya da gözlemlere göre).
3. Kilo alma ya da kilo kaybetmeye çalışmazken çok kilo verme (Örneğin; bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha fazla olan değişiklik) veya neredeyse her gün olan yeme isteğinde artma ya da azalma
4. Neredeyse her gün, psikodevinsel ajitasyon ya da yavaşlama (Başkalarınca gözlemlenebilen; öznel, yavaşladığı veya dinginlik sağlayamama duygusu olarak değil)
5. Neredeyse her gün, aşırı uyuma isteği ya da uykusuzluk hali
6. Neredeyse her gün, içsel gücün tükenmesi ya da bitkinlik
7. Neredeyse her gün, aşırı ya da uygunsuz suçluluk ve değersizlik duyguları
8. Neredeyse her gün, odaklanmakta ya da düşünmekte kararsızlık ya da güçlük çekme (Kişinin anlatımına göre ya da başkalarınca gözlenir.)
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, özel eylem planlamaksızın tekrarlayan kendini öldürme düşünceleri ya da bunun için özel bir eylem tasarlama

A. Bu belirtiler klinik olarak toplumsal, işle ilgili alanlarında işlevsellikte azalmaya veya belirgin bir sıkıntıya neden olur.

B. Bu durum, bir madde ya da başka bir tıbbi duruma bağlanamaz.

C. Bu dönemin ortaya çıkışı şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni veya sanrılı bozukluk

kapsamında ve psikozla giden tanımlanmamış veya tanımlanmış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

D. Hipomani veya mani dönemi hiçbir zaman geçirilmemiştir (48).

2.3.2.2. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

A. En az iki yıl boyunca ve hemen her gün neredeyse gün boyu devam eden depresif bir duygudurumu.

B. Aşağıdakilerden en az ikisi depresyonda iken vardır.

1. Uykusuzluk veya aşırı uyku
2. İştahsızlık veya aşırı yeme isteği
3. Düşük benlik saygısı
4. Yorgunluk veya enerji düzeyi düşüklüğü
5. Umutsuzluk duyguları
6. Karar vermede veya düşüncelerini yoğunlaştırmada güçlük

C. İki yıllık dönem boyunca bir seferde iki aydan daha uzun semptomsuz dönem yoktur.

D. Majör depresyon tanı kriterleri iki yıl boyunca sürekli vardır.

E. Manik veya hipomanik dönem yoktur ve kriterler siklotimik bozukluğu karşılamaz.

F. Psikotik bir bozukluk esnasında oluşmamıştır.

G. Madde kullanımı veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.

H. Sosyal işlevsellikte bozulmaya sebep olur (47).

2.3.2.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

On yaşından önce başlayan, en az bir yıldır devam eden, süregelen, sinirli ve irritabl duygudurum ve haftada en az üç kere tekrarlayan öfke nöbetleri bulunur (47).

2.3.2.4. Premenstruel Disforik Bozukluk

Düzenli olarak luteal fazın son haftasında başlar ve menstruasyon başlangıcından bir kaç gün sonra sona erer. Belirgin çökkün duygudurum, anksiyete, emosyonel labilite, öfke, ilgi kaybı, yoğunlaşmada güçlük, yorgunluk, yeme ve uyku bozuklukları, şişkinlik hissi vardır (47).

2.3.2.5. Madde/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu

Majör depresyondaki bulgular görülür. Ancak bu bulgular bir madde alımı, enjeksiyonu veya inhalasyonu sonucunda ortaya çıkar ve fizyolojik etkileri, intoksikasyon veya yoksunluk dönemi boyunca devam eder. Belirgin ve inatçı olan çökkün duygudurum vardır (47).

2.3.2.6. Başka Medikal Duruma Bağımlı Depresif Bozukluk

Tıbbi bir durum sonucu hastada ortaya çıkan inatçı depresif duygudurum, birçok alanda keyif almama ve ilginin dikkate değer şekilde azalması söz konusudur. Birçok tıbbi durum (örn: kanser, koroner arter hastalığı, diyabet, serebral vasküler hastalıklar, hipotiroidi, hipertiroidi, kronik ağrı) depresyon için risk faktörüdür. Bu hastalıklar sırasında depresif bozukluk saptanırsa tek başına bir durum olarak düşünülüp özellikle tedavi edilmelidir. Tıbbi bir durumla birlikte depresyonun eşlik etmesinin bazı nedenleri vardır. Bunlar;

1. Tıbbi durum biyolojik olarak depresyona yol açar,
2. Depresyona meyilli olan kişilerde tıbbi durum depresyonun başlamasını tetikler,
3. Hastalığın ciddiyeti konusundaki yargılar depresyona neden olur,
4. Tıbbi bozukluklar ile depresyonun oluşumunda nedensellik bağlantısı bulunmamaktadır (47).

2.3.2.7. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

Toplumsal veya işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya ve belirgin bir sıkıntıya klinik açıdan sebep olan, depresyon bozukluğunun belirtilerinin baskın olduğu; fakat depresyon bozuklukları tanı kümesindeki herhangi bir tanı için ölçütleri tam karşılamadığı hallerde bu tanım kullanılır. Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu durumu için; kısa süreli depresyon dönemi, yineleyen kısa depresyon, yeterli belirtisi olmayan depresyon dönemi olarak özel adlar kullanılabilir (47).

2.3.2.8. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

Toplumsal veya işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya ve belirgin bir sıkıntıya klinik açıdan sebep olan, depresyon bozukluğunun belirtilerinin baskın olduğu; fakat depresyon bozuklukları tanı kümesindeki herhangi bir tanı için ölçütleri tam karşılamadığı hallerde bu tanım kullanılır. Tanımlanmamış depresyon bozukluğu kategorisi, depresyon bozukluklarından herhangi birinin tanı ölçütlerini karşılamamasının nedeninin klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı için yeterli bilginin bulunmadığı hallerde kullanılır (47).

2.3.3. Gebelik ve Depresyon

Gebelik veya doğum, normal bir yaşam olayı olarak algılansa da gebe için önemli bir stres sebebi olabilmekte ve bu dönemde her kadın az ya da daha yoğun kaygılar yaşayabilmektedir. Bu duygudurum değişikliği, bir seviyeden sonra kişinin hayat aktivitesini, diğer insanlarla ilişkilerini ve sosyal hayatını olumsuz olarak etkiler. Annelerin çoğu gebelik ve doğumla birlikte gelen psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişikliklere uyum gösterebilirken; bir kısmında yatış gerektirecek kadar ciddi psikiyatrik durumlar görülebilmektedir (49).

Uluslararası yapılan araştırmalar depresyonun çoğunlukla gebelik, doğum, lohusalık gibi süreçlerin yaşandığı 18-44 yaş aralığında görüldüğünü göstermektedir.

Kadınlar için doğal bir olay olması ile birlikte psikososyal ve biyolojik farklılaşmanın görüldüğü, kaygı ve stres yaratabilecek birçok unsurla karşılaşma riskinin yüksek olduğu dönem ise gebeliktir. Gebelik depresyonu ise annenin ve fetüsün iyilik halini olumsuz etkilemesi ve doğum sonrası dönemde depresyona zemin hazırlaması sebebiyle önemsenmesi ve erken tanı koyularak tedavi edilmesi gereken önemli bir durumdur (50).

Gebelik sırasında tanı kriterleri değişiklik göstermediği halde depresyon sıklıkla dikkate alınmayan bir durumdur. Bu farkındalık eksikliğinin en önemli sebebi ise gebelikle ilişkili somatik yakınmaların depresyon semptomlarına olan benzerliğidir. Özellikle bir gebede uyku ve iştah bozuklukları, enerji kaybı ve gebelik sürecinde libido kaybı gibi problemlerin yaşanması siktir. Bu nedenle somatik olmayan semptomların (örn; gebelik döneminde ilgi kaybı, suçluluk saplantıları, zevk alamama veya intihar düşünceleri) değerlendirilmesi gebelikte depresyon tanısını koymada daha fazla yardımcı olacaktır (51).

Gebelik döneminde görülen depresyonun sıklığını gözlemleyen çalışmalarda depresif belirtilerin görülme sıklığı; Kanada'da %25, Finlandiya'da %30, Amerika'da %20, Macaristan'da %17,9 olarak görülmüştür. Ülkemizde sınırlı sayıda çalışma mevcut olup, BDÖ' ne göre (kesme puanı 17 ve üzeri) yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Sevindik %36,3, Karaçam ve Ançel %27,3, Altınay %27,9 olarak bulmuşlardır. Gölbaşı ve arkadaşları, Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğini (EPDÖ) kullandıkları çalışmada, depresif belirti görülme sıklığının %28,6 olduğunu görmüşlerdir (50).

Gebelerdeki depresyon belirtilerinin düzeyi üzerine yapılmış Sevindik çalışmasında gebelerin %12,5'inde ağır, %23,8'inde orta, %33,8'inde hafif düzeyde depresif belirtiler olduğu ve %30'unda depresif belirtiler olmadığı bulunmuşken; Aktaş ve arkadaşları, gebelerin %4,8'inde ağır, %13,9'unda orta, %34,5'inde hafif belirtilerin olduğunu ve %46,6'sında depresif belirtilerin olmadığını saptamışlardır. Yapılan birçok araştırmada gebelerin ortalama %18'inin majör depresyon tanısı aldıkları da görülmektedir(50).

2.3.3.1. Gebelik Depresyonu İçin Risk Faktörleri

Hamilelikte ortaya çıkan ve gebeliği riskli duruma getiren her tıbbi problem psikiyatrik semptomlara sebep olabilir. Jinekolojik öyküdeki kürtaj sıklığı, düşük öyküsü ve gebeliğe ilişkin ikilemler duygular gebelik döneminde depresyon için risk faktörü olmaktadır. Düşük yapanların bir sonraki gebeliklerinde, öncesinde depresyon geçirenlerde, ailede depresyon öyküsü bulunanlarda, genç ve çok çocuklu annelerde, istem dışı gebeliklerde, yeterli sosyal destek göremeyenlerde ve evliliğinde problem yaşayanlarda gebelikleri sırasında depresyon görülme oranı artmaktadır. (52).

Gebelik depresyonunu sosyodemografik bazı etkenler etkileyebilmektedir. Bu faktörler ile yapılan bir araştırmada; eğitim düzeyi ile gebelik depresyonunun negatif, evlilik süresi ile gebelik depresyonunun pozitif bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada gebelerden geniş ailede yaşayanların, çekirdek ailede yaşayanlara göre depresyon puanlarının önemli derecede düşük olduğu görülmüştür (53). Bödecs ve arkadaşları, 18 yaş altında ve herhangi bir işte çalışmayan gebelerde depresyonun daha sık görüldüğünü; Leigh ve arkadaşları, gebeler arasında gelir düzeyi düşük olanlarda depresyonun, gelir düzeyi yüksek olanlara göre anlamlı seviyede arttığını görmüşlerdir (50).

Leigh ve arkadaşlarının (54) Avustralya'da yaptıkları araştırmada; anksiyete yaşayan, özsaygısı düşük, sürekli olumsuz düşünme eğilimi olan, sosyal desteği az olan, geçmişinde şiddet görmüş ve ciddi bir travma geçirmiş gebelerin yüksek depresyon riskine sahip oldukları bulunmuştur. Bulgular arasında gebelik depresyonu ile ilk kez ebeveyn olma stresi arasındaki ilişki de anlamlı bulunmuştur.

Gebelik döneminde görülen anksiyete ile depresyon arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır. Bödecs ve arkadaşları, depresyonu olan gebelerin neredeyse tamamında anksiyete semptomları da görmüşken; Karaçam ve Ançel de anksiyete ile gebelik depresyonu arasındaki ilişkiyi pozitif şekilde anlamlı bulmuşlardır. (50).

Sosyal destek; gebeyi bilişsel ve duygusal yönden rahatlatır, stres faktörleri ve kaygının üstesinden gelmelerine yardımcı olur ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırır.

Altınay, gebelik döneminde yakın çevre ile iletişimde zayıflığın ya da eşin desteğinin olmamasının depresyonun gelişiminde etkisinin olduğunu bulmuştur. Aktaş ve arkadaşları, gebenin depresyonu ile sosyal destek görmesi arasında negatif yönde ciddi bir ilişki bulunduğunu saptamışlardır. Sosyal desteğin azlığı veya olmaması postpartum depresyon gelişimi için de önemlidir. Kanada'daki bir araştırmada, gebelik döneminde düşük düzeyde sosyal desteği olanlarda gebelik ve postpartum depresyon riskinin önemli ölçüde arttığı görülmüştür (50).

B12 ve B6 vitamini, magnezyum, çinko gibi vitamin ve elementlerin gebelikte yeteri miktarda alınmasının serotonin hormonu üzerinde pozitif etkisinin olduğu ve depresyonu önlemeye yardımcı olduğu bulunmuştur. Yine bazı çalışmalar, vücutta omega-3 yağ asidi seviyesinin azlığının da gebelik ve doğumdan sonraki dönemde depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir (50).

Tablo 1. Gebelikte Depresyon Gelişmesi İle İlgili Risk Faktörlerinin Özeti

Biyolojik Faktörler
Duygudurum ve anksiyete bozuklukları öyküsü
Postpartum depresyon öyküsü
Premenstrual disforik bozukluk öyküsü
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü
Psikososyal Faktörler
Çocukluk çağı suistimal öyküsü
Küçük yaş
Planlanmamış gebelik
Gebelik hakkında kararsızlık ya da olumsuz düşünceler olması
Dul anne olma
Düşük eğitim düzeyi ve işsizlik
Ev içi şiddet ya da evlilik çatışmaları
Çocuk sayısının fazla olması
Madde bağımlılığı ve sigara içme (52).

2.3.3.2. Gebelik Depresyonunun Anne ve Fetüs Üzerine Etkisi

Gebelik depresyonu; azalmış prenatal bakım, sigara ve madde kullanımı, kötü beslenme, egzersiz alışkanlığında azalma ve gebelik döneminde vitamin veya ilaçların alınımında yetersizlik gibi kötü sağlık davranışlarına ve intihar düşüncelerine neden olur (51). Depresif annelerin hamilelik boyunca kendi öz bakımına dikkat etmedikleri, sağlık personelinin daha az bakım aldıkları; bulantı, mide ağrısı, kusma, respiratuar ve gastrointestinal sistem şikayetleri, çarpıntı ve baş dönmesi sorunlarını sık yaşadıkları görülmüştür (50).

Depresyondaki gebe kadındaki nörendokrin sistem ve uterusun kan akımındaki değişiklikler sonucunda gebe ve fetüsün sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Gebelerde kortizol ve norepinefrin düzeyleri depresyona bağlı olarak yükselmekte ve yükselmiş bu hormonlar uterusu olan kan akımının azalmasına sebep olmaktadır. Bu durum, fetüs ve gebe üzerinde çok ciddi neonatal ve obstetrik sonuçlar doğurmaktadır. Gebelikte görülen hipertansif hastalıklar (preeklampsi-eklampsi), antenatal kanama, uterin arter direncinin artması, spontan abortus, spontan erken doğum, neonatal büyüme geriliği, fetal ölüm, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları görülmektedir (50). Bu bebekler, hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı bozukluğu ve yenidoğan yoğun bakım bölümlerine daha fazla oranda başvuru yaşayabilmektedir. İlerleyen yıllarda bu çocukların sosyal etkinliklere katılımında zorluk yaşayabilecekleri, daha çok negatif duygular içinde olabilecekleri, daha kötü gelişimsel ve duygusal yapılara sahip olabilecekleri bildirilmektedir (51).

Amerika'da BDÖ kullanılan bir izlem çalışmasında; gebelik döneminde depresyon geçirenlerde prematür doğum insidansının %13, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma insidansının % 15 oranında arttığı bulunmuş; gebelik depresyonu tanısı alanlarda prenatal kortizol seviyelerinin daha yüksek, fetüslerin gestasyon yaşına göre küçük ve fetüsün daha yavaş büyüme hızına sahip olduğu görülmüştür. Zuckerman ve arkadaşları (50), depresif gebelerin bebeklerinde katekolamin ve kortizol düzeylerinin artmış olmasına bağlı olarak doğum sonrası daha sık ağlama, daha geç avunma ve daha

geç uykuya dalma yaşadıklarını gözlemlemişlerdir. Böyle annelerin bebeklerinin intrauterin dönemde daha hareketli ve fetal kalp atımlarının normalden yüksek, yenidoğan döneminde de düşük APGAR (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration) skoruna sahip oldukları ve yoğun bakım ünitelerine başvuru oranlarının yüksek olduğunu saptanmıştır.

Gebelik dönemindeki depresyon, doğum sonrasında sürdüğünde çocuğun ileride yaşamını negatif etkileme olasılığı da artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne ve bebek bağının kurulmasında bir takım problemlerin oluşması, büyüme geriliği, dil ve motor gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozulma ve davranış problemleridir (50). On beş yıllık bir izlem çalışmasında antenatal maternal depresyonun; çocuklukta anksiyetenin artması, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dil gelişiminde gerilik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (55). 2003'te yapılan bir çalışmada tedavi almamış antenatal depresyonu olan annelerin çocuklarında suç işleme potansiyelinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (56, 57). Ayrıca yapılan başka çalışmalarda, depresyonu olmayan annelerden doğan çocuklara oranla depresyonlu annelerden doğan çocuklarda depresyon gelişme riskinin altı kat arttığı bulunmuştur (57).

2.3.3.3. Gebelik Depresyonunun Tedavisi

2.3.3.3.1. Nonfarmakolojik Tedavi

Gebe olmayan bireylerde olduğu gibi, gebelerde de depresyon tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımları içerir. Psikoterapi yöntemleri arasında; bilişsel davranışçı terapi, destekleyici psikoterapi ve birleşik terapi (eşi ile birlikte) en iyi seçeneklerdir. Diğer nonfarmakolojik tedavi girişimleri arasında; diyet ve beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi, nikotin ve alkol kullanımının sonlandırılması, uyku hijyeninin sağlanması sayılabilir. Stresör faktörlerin azaltılması ve gevşeme tekniklerinin öğrenilmesi de bu yaklaşımlara katkı sağlar (58).

2.3.3.3.2. Farmakolojik Tedavi

Gebelikte tercih edilen ilaçlar; güvenilirliği en yüksek seviyede ve metaboliti daha az olan, plasental geçişin az olması için yüksek protein bağlanma oranlarına sahip, ilaç etkileşimi daha az olan ajanlar olmalıdır. Gebeliğe bağlı absorpsiyon, dağılım, metabolizma ve eliminasyondaki değişimler sebebiyle tedavi edici dozun devamlılığını sağlamak için ilaç dozlarında artış gerekebilmektedir (51).

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), gebelik döneminde sıklıkla kullanılan antidepresanlardır. Ancak bu ilaçlar düşük doğum kilosu, gestasyon süresinin azalması ve düşük gibi bazı olumsuz sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. Annenin gebelikte SSRI kullanması sonucu yenidoğanda gelişebilecek diğer semptomlar; huysuzluk, inatçı ağlama, beslenme ve uykunun bölünmesidir ve tipik olarak doğumdan saatler sonra başlayıp, doğum sonrası dördüncü güne kadar devam eder. Çok düşük bir oranda otonomik dengesizlik, taşipne, hiperrefleksi, hipertoni ve nöbetler gibi yenidoğan yoksunluk sendromu gözlenebilir. İlk trimesterde SSRI kullanımına bağlı olarak fetüste kardiyak defekt olabileceği de değerlendirilmiştir. Doğum sonrası nörolojik gelişimsel fonksiyonlar açısından değerlendirildiğinde, SSRI maruziyeti olan çocukların motor gelişimlerinde çok hafif düzeyde etkilenme olduğu saptanmıştır (51).

Gebelikte venlafaksin kullanımını inceleyen bir çalışmada, preterm doğum riski tanımlandığı halde konjenital anomali riskinde artış saptanmamıştır. Venlafaksin kullanımına bağlı doz ilişkili hipertansiyon gelişme riski nedeni ile gebenin kan basıncı yakından takip edilmelidir. Gebelik sürecinde preeklampsi gelişirse venlafaksin azaltılarak kesilmeli veya bırakılmalıdır (59). Son dönemde yapılan bir çalışmada, gebelikte bupropion kullanımının fetüste kardiyak defekt oluşumu açısından yaklaşık 1,6 kat risk artışı oluşturduğu saptanmıştır. Spontan abortus riskinde de artış saptanırken, yüksek dozlarda düşük doğum ağırlığı da belirtilmiştir (60).

Genel görüş olarak, trisiklik antidepresanların (TCA), majör konjenital anomaliler ve yenidoğanda persistan pulmoner hipertansiyon ile ilişkili olmadığı

bilinmektedir. Ancak TCA'ların artmış preterm doğum riski, düşük doğum ağırlığı ve neonatal bazı semptomlar ile ilişkili olduğu da saptanmıştır. Çekilme ve toksisite semptomları ile ilgili en az yan etkiye sahip olan TCA'lar (nortriptilin ve desipramin) gebelikte en çok tercih edilen ilaçlardır. Klomipramin kullanımının ise kardiyak defekt riskini arttırabildiği, uzamış ve ciddi yenidoğan semptomları ile ilişkili olabildiği bilinmektedir (51).

2.3.3.3. Elektrokonvulsif Tedavi

Elektrokonvulsif tedavi (EKT); gebelik ve postpartum dönemdeki ağır depresyon, affektif psikoz ve katotoni gibi ruhsal bozukluklarda kullanılan tedavilerden birisidir. Acil durumlarda, annenin ve fetüsün güvenliği göz önünde bulundurulduğunda ve ilk trimesterde annenin psikotrop ilaç maruziyetini önlemek amacıyla ön planda düşünülmelidir. EKT'nin hasta ve fetüs tarafından iyi tolere edildiği düşünülse de, potansiyel riskler bakımından çok dikkatli bir değerlendirme yapılması gerekir (61).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu araştırmaya, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi (EASM) birimine kayıtlı olan ve Nisan 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında takipli gebeler dahil edildi. Araştırma, randomize kontrollü prospektif bir müdahale çalışması olarak tasarlandı.

3.2. Ortam ve Evren

Çalışma ortamını, AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet EASM birimi oluşturmaktadır. Bu merkezlerden üçü üniversite yerleşkesinde, üniversite personelinin lojmanlarının içinde bulunmakta olup ikisi şehir merkezine 12 km uzaklıkta bulunan Aziziye ilçesindedir.

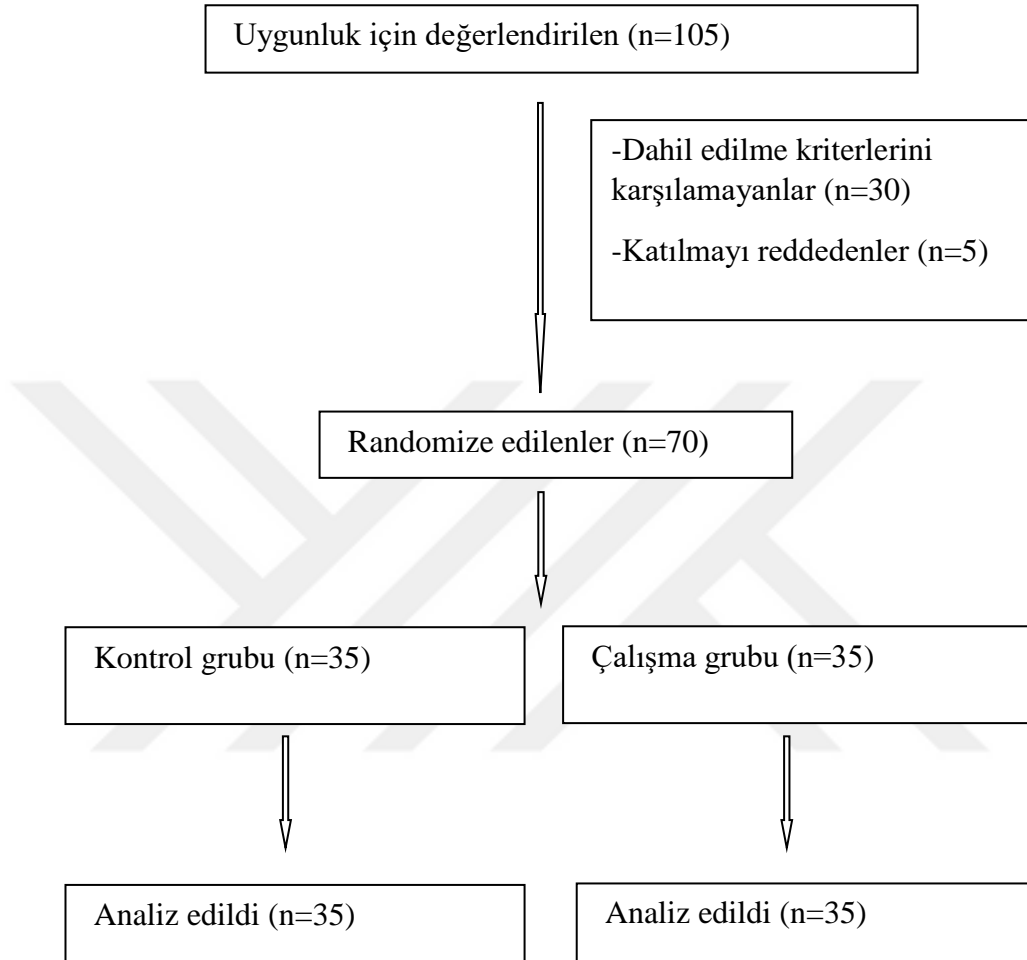
Araştırmanın yapıldığı dönemde merkezlerde toplam 105 gebenin takibi yapılmaktaydı.

3.3. Örneklem Hesabı ve Seçimi

İlgili birimlere başvuran, 24.-28. haftasındaki gebeler çalışmaya alındı. Katılımcı sayısı; yapılan benzer çalışmalar üzerinde çalışılarak, %80 güç ve %95 güven aralığında ilk test ve son test arasında 5 birimlik farkın anlamlı olabilmesi için her bir grup için en az 30 katılımcı olarak hesaplandı. %10 kayıp olabileceği hesaplanarak her bir grup için katılımcı sayısı 35 kişi olarak belirlendi.

Çalışma dönemi boyunca başvuran gebelerden gönüllü olan 70 katılımcı ile çalışıldı. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin çalışmaya alınmasında tarafsızlığı sağlamak amacıyla gebelerin seçimi basit rastgele yöntemle yapıldı ve gün içinde EASM' ye başvuran gebeler sırasıyla çalışma ve kontrol grubu olarak ikiye ayrıldı. Her iki gruba kendi arasında anket numarası verildi. Kontrol grubuna 35 gebe, çalışma

grubuna 35 gebe alındı. Bir ay sonra her iki gruptaki aynı gebelere ulaşılarak son test uygulandı. Çalışma akış şeması Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. Çalışma Akış Şeması

Çalışmaya Alınma Kriterleri:

- 18 yaşından büyük olmak,
- 24.-28. gebelik haftasında olmak,
- İletişim kurmayı engelleyecek zihinsel problemi olmamak,
- Devam eden tanıli psikiyatrik hastalığı olmamak,
- Okur-yazar olmak,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek,

- AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet EASM biriminde takipli gebe olmak ön şartları çalışmaya alınma kriterleri olarak kabul edildi.

Hariç Bırakma Kriterleri:

- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalmak,
- Çoğul gebeliği olmak,
- Malformasyonlu bebeği olmak,
- Daha önceden tanı almış herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmak ise çalışmada hariç bırakma kriterleri olarak belirlendi.

3.4. Etik Kurul ve İzinler

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan bu çalışma için izin alındı (Sayı: B.30.2.ATA.0.0 1.00/65-Tarih: 15.02.2018) (Ek-1).

Çalışmanın Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılmış olması sebebiyle Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındı (Ek 2).

3.5. Araştırma Protokolü

Çalışmaya dahil edilme ve hariç bırakma kriterlerine uygun olan ve gönüllü katılan 24.-28. haftasındaki gebelerden çalışma süresinin son bir ayında tespit edilen gebeler, bir aylık çalışma sürecini tamamlayamayacakları için çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan gönüllü 70 gebe, basit randomize şekilde çalışma ve kontrol olmak üzere iki gruba ayrıldı. Çalışma grubundaki 35 gebe ve kontrol grubundaki 35 gebeye çalışmanın başında yüz yüze görüşme yöntemi ile ön test olarak Kişisel Bilgi Formu (Ek-3), Prenatal Bağlanma Envanteri (Ek-4) ve Beck Depresyon Ölçeği (Ek-5) uygulandı.

Çalışma grubundaki gebelerden rutin sağlık hizmetleri ve eğitimlere ek olarak; çalışma gereği bir ay boyunca her sabah uyandıktan sonra fetal hareket sayma işlemine başlamaları, günde en az 10 fetal hareket hissetmeye çalışmaları ve gün sonunda

sayabildikleri hareketleri not etmeleri istendi. Çalışmanın amacı fetal iyilik halinin belirlenmesinden daha çok annenin farkındalığını arttırmak olduğundan; “count-to-ten” yönteminden yola çıkarak annelerin en az 10 hareket saymaları istenirken, her seferinde hareketleri tamamlama sürelerini hesaplamaları istenmedi. Fetal hareketleri sayarken karın duvarına dokunmaları ve hareket eden fetüsün pozisyonunu hayal etmeleri istendi. Yapılması istenen tüm bu ödevler detaylı şekilde anlatıldıktan sonra çalışma planı yazılı halde gebelere verildi (Ek-6) ve bir ay sonrası için görüşme planlandı.

Kontrol grubundaki gebelere ise çalışmanın başında aynı ön testler yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı ve rutin aldığı sağlık hizmetleri ve eğitimler dışında öneride bulunulmadı. Bir ay sonrası için görüşme planlandı.

Bir ay sonra çalışma ve kontrol grubundaki tüm gebelere tekrar PBE ve BDÖ içeren son test uygulandı. Tüm gebelerden toplanan ön test ve son testler istatistiksel olarak değerlendirildi.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veri toplama araçlarından ön test olarak Kişisel Bilgi Formu, PBE ve BDÖ, son test olarak ise tekrar PBE ve BDÖ yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anket öncesinde tüm gebelerden aydınlatılmış onam alındı. (Ek-7)

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada veri toplamak amacıyla geliştirilen bilgi formu, gebenin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 15 sorudan (gebenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, aile tipi, kaçınıcı gebeliği olduğu, fetüsün cinsiyeti, gebeliğin planlı olma durumu, gebelikle ilgili gebeden veya fetüsten kaynaklanan risk durumu, gebelik kaybı öyküsü, gebelik süresince en az bir kez sigara ya da alkol kullanma durumu, gebenin eşi, ailesi veya çevresi, sağlık personellerinden destek alma durumu) oluşmaktadır. (Ek-3)

3.6.2. Prenatal Bağlanma Envanteri

1993' te Mary Muller (62) tarafından kadınların gebelik boyunca yaşadıkları düşünce ve duyguları açıklamak, gebenin prenatal dönemdeki bağlanma düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Yılmaz ve Beji (6) tarafından Türkçe' ye uyarlanan PBE, 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı yeterlidir. Maddeler 1 ile 4 arasında puan alabilen dördümlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21, en fazla 84 puan alınabilmektedir. Alınan puanın yüksekliği bağlanma düzeyinin de yüksekliğini göstermektedir. Puanlama sistemi 1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Her zaman şeklindedir (Ek-4)

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları (63) 1961 yılında ölçeği geliştirmiştir. Depresyonda izlenen belirtileri içeren 21 kendini değerlendirme maddesinden oluşur ve maddeler 0 ile 3 arasında puanlanır. Ölçekte amaç, depresyon tanısı koymaktan daha çok depresif belirtilerin şiddetini ölçmektir. Ölçek, 15 yaşından büyük ergen ve yetişkinler için uygundur. 0-9 arasında alınan puan depresyon olmadığını, 10-16 puan hafif, 17-24 puan orta ve 25 ve üzeri puan şiddetli düzeyde depresif belirtiyi göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Hisli tarafından ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve bu çalışmada kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir (64). (Ek-5)

3.7. İstatistik Analiz

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versiyon 22.0 paket programı ile istatistiksel analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma (ss) ve ortanca şeklinde özetlenmiştir. Değişkenlerin normal dağılımına uygunluğu Shapiro Wilk testi kullanılarak incelenmiştir. Hipotez testleri olarak; T- testi, Mann Whitney U, Ki Kare, Wilcoxon ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan önemlilik sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 35 gebe kontrol grubu ve 35 gebe çalışma grubu olmak üzere toplam 70 gebe dahil edildi. Çalışmaya alınan gebelerin yaş ortalaması $27,7\pm 5,2$ yıldır. Kontrol grubunun yaş ortalaması $28,0\pm 5,8$ (min:18, max: 39), çalışma grubunun yaş ortalaması $27,5\pm 4,6$ (min:20, max:38)'dir. Kontrol ve çalışma grubundaki gebelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,685$) (Tablo 2).

Eğitim durumları bakımından incelendiğinde; araştırmaya alınan kontrol grubundaki gebelerin %28,6'sı okur-yazar veya ilkokul, %17,1'i ortaokul, %28,6'sı lise, %25,7'si üniversite veya üzeri; çalışma grubundaki gebelerin %20,0'si okur-yazar veya ilkokul, %17,1'i ortaokul, %40,0'ı lise, %22,9'u üniversite veya üzeri eğitim aldığını belirtti. Kontrol ve çalışma grubundaki gebelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,740$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan gebelerden kontrol grubundaki gebelerin %77,1'i, çalışma grubundaki gebelerin %85,7'si çalışmaktaydı. Çalışma durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,356$).

Kontrol grubundaki gebelerin %14,3'ünün, çalışma grubundaki gebelerin %8,6'sının aylık geliri 1600 TL den azdı. Aylık geliri 6000 TL den fazla olan grup ise kontrol grubunun %5,7'sini, çalışma grubunun %2,9'unu oluşturmaktaydı. Gelir durumuna göre gebe grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,874$).

Gebeler aile tipine göre değerlendirildiğinde kontrol grubundaki gebelerin %73,5'i, çalışma grubundaki gebelerin %80,0'ı çekirdek aileye sahipti. Aile tipine göre gebe grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,524$).

Tablo 2. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Gruplar		Kontrol		Çalışma		p değeri
		n	%	n	%	
Yaş grupları	15-24 yaş	11	31,4%	11	31,4%	0,68
	25-34 yaş	19	54,3%	20	57,1%	
	>35 yaş	4	11,4%	4	11,4%	
	Ortalama:		28,0±5,8		27,5±4,6	
Eğitim durumu	Okur-yazar veya ilkokul	10	28,6%	7	20,0%	0,74
	Ortaokul	6	17,1%	6	17,1%	
	Lise	10	28,6%	14	40,0%	
	Üniversite veya üzeri	9	25,7%	8	22,9%	
Çalışma durumu	Çalışıyor	8	22,9%	5	14,3%	0,356
	Çalışmıyor	27	77,1%	30	85,7%	
Aylık gelir durumu	<1600 TL	5	14,3%	3	8,6%	0,870
	1600-2000	9	25,7%	14	40,0%	
	2001-4000	14	40,0%	12	34,3%	
	4001-6000	3	8,6%	2	5,7%	
	>6000 TL	2	5,7%	1	2,9%	
Aile tipi	Çekirdek aile	25	73,5%	28	80,0%	0,524
	Geniş aile	9	26,5%	7	20,0%	

Çalışmaya katılan gebelerden kontrol grubundaki gebelerin %37,1'inin, çalışma grubundaki gebelerin %40,0'ının ilk gebeliği idi. Kontrol ve çalışma grubundaki gebelerin %37,1'inin 3. veya daha ileri gebeliği idi. Gruplar arası gebelik sırası bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu ($p=0,953$).

Araştırmamıza katılan gebelerin %71,4'ünün gebeliği planlıydı. Kontrol ve çalışma grubundaki gebelerin gebeliğinin planlı olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p= 0,597$).

Kontrol grubundaki gebelerin %17,1'inin, çalışma grubundaki gebelerin %11,4'ünün gebeliklerinde anneden kaynaklanan bir risk mevcuttu. Kontrol

grubundaki gebelerin %14,3'ünün gebeliğinde bebekten kaynaklanan risk mevcuttu. Kontrol ve çalışma grubundaki gebelerin gebelikleriyle ilgili olarak kendilerinden ya da bebekten kaynaklanan risk durumları ile ilgili gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0,495$; $p=0,054$).

Kontrol grubundaki gebelerin %40,0'ının daha önce gebelik kaybı mevcut iken çalışma grubunda bu oran %17,1'idi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,034$).

Araştırmamıza katılan kontrol ve çalışma grubundaki gebelerin %14,3'ü gebeliklerinde alkol veya sigara kullanmışlardı. Başlangıç PBE puanı ile sigara-alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Kontrol grubundaki gebelerin %77,1'i, çalışma grubundaki gebelerin %91,4'ü gebelikleri süresince sağlık personelinden destek gördüklerini belirttiler ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuyordu ($p= 0,101$). Başlangıç PBE puanı ile destek görme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Kontrol ve çalışma grubundaki gebelerin obstetrik öykü ve özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Kontrol ve Çalışma Grubundaki Gebelerin Obstetrik Öykü ve Özelliklerine Göre Dağılımı

		Kontrol		Çalışma		p değeri
		n	%	n	%	
Gebelik sırası	İlk gebelik	13	37,1%	14	40,0%	0,953
	İkinci gebelik	9	25,7%	8	22,9%	
	3. veya üzeri	13	37,1%	13	37,1%	
Bebeğin cinsiyeti	Kız	17	48,6%	12	34,3%	0,422
	Erkek	12	34,3%	17	48,6%	
	Bilmiyorum	6	17,1%	6	17,1%	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	24	68,6%	26	74,3%	0,597
	Hayır	11	31,4%	9	25,7%	
Gebelikte ilgili anneden kaynaklanan risk varlığı	Evet	6	17,1%	4	11,4%	0,495
	Hayır	29	82,9%	31	88,6%	
Gebelikte ilgili bebekten kaynaklanan risk varlığı	Evet	5	14,3%	0	0,0%	0,054
	Hayır	30	85,7%	35	100%	
Daha önce gebelik kaybı	Evet	14	40,0%	6	17,1%	0,034
	Hayır	21	60,0%	29	80,0%	
Gebelikte alkol veya sigara kullanma durumu	Evet	5	14,3%	5	14,3%	1,000
	Hayır	30	85,7%	30	85,7%	
Gebelikte eşinden destek görme	Evet	31	88,6%	32	91,4%	1,000
	Hayır	4	11,4%	3	8,6%	
Gebelikte aile ya da çevresinden destek görme	Evet	28	80,0%	34	97,1%	0,055
	Hayır	7	20,0%	1	2,9%	
Gebelikte sağlık personelinde destek görme	Evet	27	77,1%	32	91,4%	0,101
	Hayır	8	22,9%	3	8,6%	

Katılımcıların PBE ve BDÖ puanları ile yaş ve aylık gelirleri arasındaki ilişki Tablo 4'te verildi. Araştırmamıza katılan gebelerin aylık geliri ile birinci değerlendirmedeki PBE puanları arasında negatif yönlü zayıf korelasyon olduğu saptandı ($r=-0,352$; $p=0,004$). Gebelerin yaşı ile birinci değerlendirme PBE puanları arasında korelasyon saptanmadı ($r=-0,161$; $p=0,186$).

Tablo 4. Gebelerin Yaşları ve Aylık Gelir Durumları ile PBE ve BDÖ Puanları Arasındaki İlişki

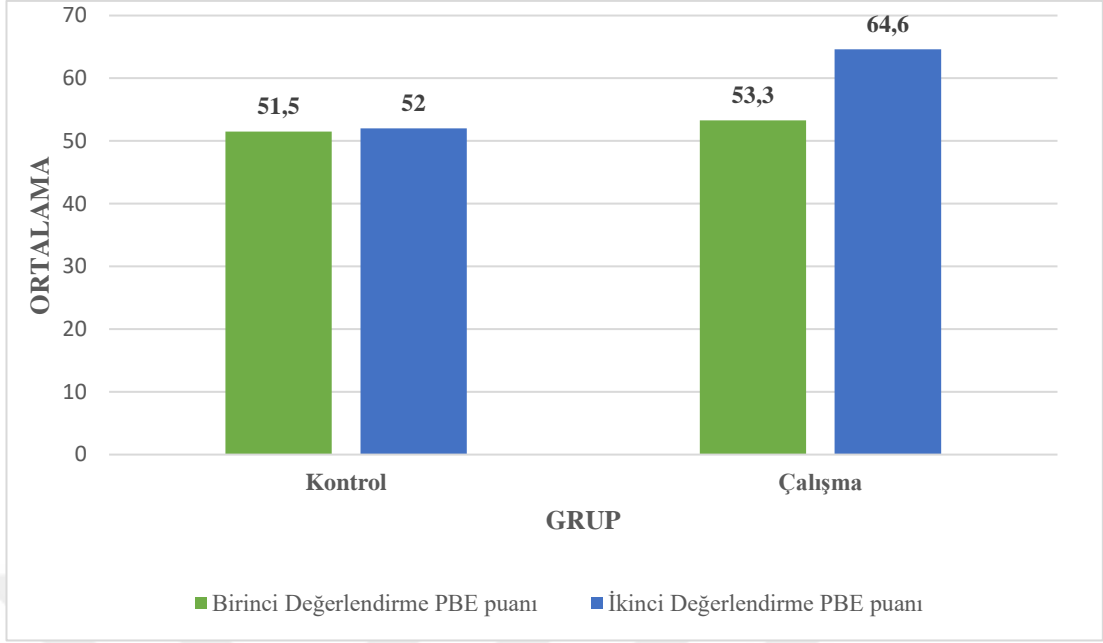
		PBE puanı	BDÖ puanı
Yaş	r	-0,161	0,053
(n=70)	p	0,186	0,662
Aylık gelir	r	-0,352	-0,157
(n=70)	p	0,004	0,212

Araştırmaya katılan gebelerin birinci değerlendirmedeki PBE ve BDÖ puanları Tablo 5’te verildi. Gebelerin birinci değerlendirmedeki PBE puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,581$); ancak BDÖ puanları kontrol grubundaki birinci değerlendirmede anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,030$).

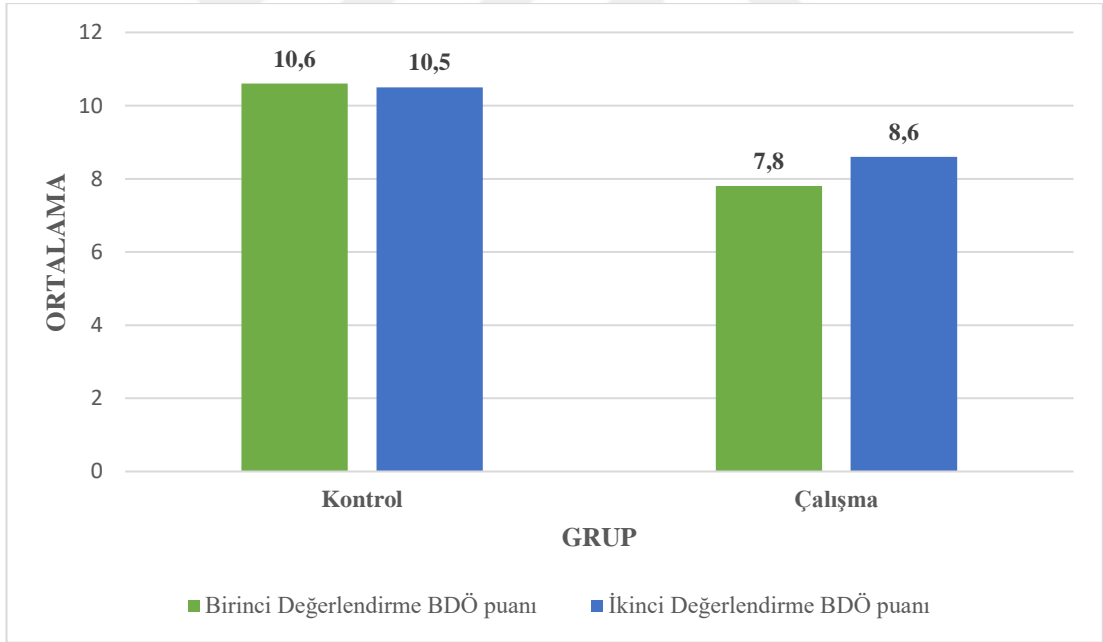
Tablo 5. Birinci Değerlendirmede Kontrol ve Çalışma Grubundaki Gebelerin PBE ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Gebe grupları				
	Kontrol(n=35)		Çalışma(n=35)		p değeri
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
PBE Puanı	51,5	12,6	53,3	11,9	0,581
BDÖ Puanı	10,6	6,3	7,8	4,9	0,030

Araştırmaya katılan gebe gruplarının birinci değerlendirmedeki ve ikinci değerlendirmedeki PBE ve BDÖ puanları ayrı ayrı karşılaştırıldı (Grafik 1-2, Tablo 6). Kontrol grubu gebelerin birinci değerlendirmedeki ve ikinci değerlendirmedeki PBE ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p= 0,695$). Çalışma grubunda; birinci değerlendirmede PBE puan ortalaması $53,3\pm 11,9$, ikinci değerlendirmede $64,9\pm 9,2$ ’ydi ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde PBE puan artışı saptandı ($p > 0,001$). Çalışma grubu gebelerin birinci değerlendirmede ve ikinci değerlendirmede BDÖ puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p= 0,215$).



Şekil 2. Gebelerin Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanları



Şekil 3. Gebelerin Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme BDÖ Puanları

Tablo 6. Kontrol ve Çalışma Gruplarının Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	PBE puanı			BDÖ puanı		
	Birinci değerlendirme	İkinci değerlendirme	p değeri	Birinci değerlendirme	İkinci değerlendirme	P değeri
	Ortalama	Ortalama		Ortalama	Ortalama	
Kontrol	51,5±12,6	52,0±13,7	0,695	10,6±6,3	10,5±5,5	0,511
Çalışma	53,3±11,9	64,6±9,2	>0,001	7,8±4,9	8,6±3,9	0,215

Kontrol grubundaki gebelerin eğitim durumlarına göre birinci ve ikinci değerlendirmede PBE puanlarında anlamlı bir fark yoktu. Çalışma grubunda yer alan gebeler eğitim gruplarına göre ayrıldığında her grubun birinci ve ikinci değerlendirmede PBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 7). Birinci ve ikinci değerlendirmede çalışma grubu gebelerde üniversite ve üzeri eğitim almışların PBE puanları diğer eğitim gruplarına göre daha yüksekti. Çalışma ve kontrol grubunda birinci ve ikinci değerlendirmede en düşük PBE puanı ilkokul ve altı eğitim alanlarındı.

Tablo 7. Gebelerin Eğitim Gruplarına Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup						
	Kontrol			Çalışma			
	PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri	PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri	
	Ortalama	Ortalama		Ortalama	Ortalama		
Eğitim	Okur-yazar veya ilkokul	39,8±7,3	40,0±7,9	0,893	46,7±7,9	60,0±10,3	0,028
	Ortaokul	54,0±11,5	49,6±11,8	0,234	48,1±11,0	66,1±7,3	0,027
	Lise	56,3±10,9	60,0±10,4	0,077	54,2±11,7	64,5±9,4	0,001
	Üniversite veya üzeri	57,7±12,3	58,0±14,6	0,922	61,5±12,2	67,8±9,1	0,035
	p değeri	0,006	0,004		0,058	0,535	

Gebeler çalışma durumlarına göre değerlendirildiğinde; kontrol grubu gebelerin birinci değerlendirme ve ikinci değerlendirme PBE puanları arasında fark yokken, çalışma grubundaki gebelerden hem çalışmakta olanların hem de çalışmayanların ikinci değerlendirme PBE puanları birinci değerlendirmeye göre anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 8).

Tablo 8. Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup					
		Kontrol			Çalışma		
		PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri	PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri
		Ortalama	Ortalama		Ortalama	Ortalama	
Çalışma durumu	Çalışıyor	51,6±11,5	54,0±11,8	0,105	62,6±13,2	69,2±8,7	0,042
	Çalışmıyor	51,5±13,1	51,4±14,3	0,968	51,8±11,2	63,9±9,2	<0,001
p değeri							>0,05

Aile tiplerine göre gebe gruplarının birinci değerlendirme ve ikinci değerlendirme PBE puanları karşılaştırıldığında kontrol grubu gebelerin puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. Çalışma grubu gebelerin birinci değerlendirme ve ikinci değerlendirme PBE puanlarında her iki aile tipinde de istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$, $p = 0,017$). Gebelerin birinci ve ikinci değerlendirme PBE puanları her iki grupta da çekirdek aileye sahip gebelerde daha yüksekti (Tablo 9).

Hem kontrol hem çalışma grubunun birinci değerlendirme ve ikinci değerlendirme BDÖ puanlarında fark yoktu ($p > 0,05$). Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde; çalışma grubundaki çekirdek aileye sahip gebelerin, geniş aileye sahip gebelere göre birinci değerlendirme BDÖ puanları anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 10).

Tablo 9. Gebelerin Aile Tiplerine Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup					
		Kontrol			Çalışma		
		PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri	PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri
		Ortalama	Ortalama		Ortalama	Ortalama	
Aile tipi	Çekirdek aile	53,5±13,4	54,0±13,5	0,945	54,8±12,0	65,1±8,8	<0001
	Geniş aile	46,8±9,7	47,1±14,3	0,888	47,4±10,3	63,0±11,2	0,017
p değeri							>0,05

Tablo 10. Gebelerin Aile Tiplerine Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup					
		Kontrol			Çalışma		
		BDÖ puanı (Birinci değerlendirme)	BDÖ puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri	BDÖ puanı (Birinci değerlendirme)	BDÖ puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri
		Ortalama	Ortalama		Ortalama	Ortalama	
Aile tipi	Çekirdek aile	10,5±6,7	11,3±6,2	>0,05	8,7±5,0	9,1±3,6	>0,05
	Geniş aile	11,3±5,2	8,11±2,4		6,7±4,8	4,8±1,8	
	p değeri	0,408	0,147	0,008	0,166		

Kontrol grubundaki gebelerden birinci ile üçüncü ve üzeri gebelikleri olanların birinci değerlendirme ve ikinci değerlendirme PBE puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. Kontrol grubundaki ikinci gebeliği olan gebelerin birinci değerlendirme ve ikinci değerlendirme PBE puanları arasında anlamlı fark vardı ve ikinci değerlendirmede anlamlı artış saptandı. Çalışma grubundaki gebelerin gebelik gruplarına göre tüm grupların ikinci değerlendirme PBE puanları anlamlı olarak artmış olduğu bulundu. Çalışma ve kontrol grubunda birinci ve ikinci değerlendirmede en düşük PBE puanına sahip grup üç ve üzeri gebeliği olan gruptu (Tablo 11).

Tablo 11. Gebelerin Gebelik Sırasına Göre Birinci Değerlendirme ve İkinci Değerlendirme PBE Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup					
		Kontrol			Çalışma		
		PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri	PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri
		Ortalama	Ortalama		Ortalama	Ortalama	
Gebelik sırası	İlk gebelik	57,1±11,1	56,0±10,6	0,559	52,1±10,0	63,2±7,7	0,001
	İkinci gebelik	54,4±14,1	58,7±14,9	0,014	61,0±15,9	71,1±9,8	0,011
	3. veya üzeri	44,0±9,7	43,2±11,6	0,696	50,0±9,6	62,3±9,1	0,004
	p değeri	0,020	0,007		0,259	0,163	

Kontrol grubundaki gebelerden daha önce gebelik kaybı olanların BDÖ puanları, hem birinci değerlendirmede hem de ikinci değerlendirmede gebelik kaybı olmayan gebelere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p= 0,007$, $p= 0,032$)(Tablo 13).

Tablo 12. Gebelerin Daha Önce Gebelik Kayıpları Olma Durumuna Göre PBE Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup					
		Kontrol			Çalışma		
		PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri	PBE puanı (Birinci değerlendirme)	PBE puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri
		Ortalama	Ortalama		Ortalama	Ortalama	
Daha önce gebelik kaybı	Evet	50,7±12,5	49,8±12,4	0,340	56,5±9,1	66,8±7,9	0,046
	Hayır	52,1±12,9	53,4±14,6	0,195	52,7±12,4	64,2±9,5	<0,001
p değeri				>0,05			

Tablo 13. Gebelerin Daha Önce Gebelik Kayıpları Olma Durumuna Göre BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup					
		Kontrol			Çalışma		
		BDÖ puanı (Birinci değerlendirme)	BDÖ puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri	BDÖ puanı (Birinci değerlendirme)	BDÖ puanı (İkinci değerlendirme)	p değeri
		Ortalama	Ortalama		Ortalama	Ortalama	
Daha önce gebelik kaybı	Evet	13,7±8,5	13,2±7,3	>0,05	9,6±8,5	8,8±4,7	>0,05
	Hayır	8,4±2,9	8,7±2,8		7,4±3,9	8,5±3,8	
p değeri		0,007	0,032		0,860	0,947	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda 24-28. haftasındaki gebelere fetal hareket sayma ve fetüsün imajinasyonu eğitimi verilerek gebelerdeki prenatal bağlanma düzeyi ve bunun depresif belirtiler üzerindeki etkinliği araştırılmıştır. Sonuç olarak fetal hareket sayma ve fetüsün imajinasyonu eğitimi alan gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin, bu eğitimi almayan gebelere oranla anlamlı derecede arttığı; ancak depresif belirtilerin üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Gebelerin psikososyal sağlık durumlarının ve bağlanma düzeylerinin yüksek olması, anne ve bebeğin gelecek yaşamını fiziksel ve ruhsal yönden olumlu etkilediğinden gebelikteki fizyolojik değişiklikler kadar psikososyal değişimlerin de tanınabilmesi ve önlenmesi önem taşımaktadır. Birinci basamakta yapılan gebe izlemlerinde genellikle biyolojik ve fizyolojik değişimler ön planda tutularak gebeliğin ruhsal yönü belirgin problem gözlenmediği sürece izlem alanının dışında tutulmaktadır (65).

Gebelik döneminde anne ve fetüse ait faktörlerin, bağlanma düzeyi ve depresif duygudurum üzerine olan etkileri ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiş birçok çalışma yapılmış ve etkileyen değişkenler anlaşılmasına çalışılmıştır. Prenatal bağlanma düzeyini etkileyen faktörleri araştıran çalışmalarda; yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, aile tipi ve geçirilmiş gebelik öyküsü ile şu anki gebelik ile ilgili özellikler, sosyal destek algısı araştırılmış (29, 30, 62, 66-70) ve bazı çalışmalarda prenatal bağlanma düzeyine olan etkisini incelemek için fetal hareket sayımı gibi müdahalelerde bulunulmuştur (29, 69, 71-74).

Prenatal bağlanma düzeyini etkileyen sosyodemografik değişkenler üzerine yapılan çalışmalardaki farklı sonuçlara bakıldığında gebenin yaşının ve eğitim durumunun prenatal bağlanmaya olan etkisini kesinleştirmek mümkün görünmemektedir. Çalışmamızda, çalışma ve kontrol gruplarında gebenin yaşının prenatal bağlanma düzeyi ile anlamlı korelasyon göstermediği belirlendi. Hem birinci değerlendirmede ve hem de ikinci değerlendirmede çalışma ve kontrol gruplarındaki gebelerden üniversite ve üzeri eğitim almışların PBE puanlarının diğer eğitim

gruplarına göre daha yüksek olduğu, en düşük PBE puanını ilkokul ve altı eğitim alanların aldığı görülmüştür.

Sonuçlarımızı destekleyen bazı çalışmalara bakıldığında; Yılmaz ve Beji (30), 342 gebe üzerinde çalışmış, 35 yaş ve üzerindeki gebelerin bağlanma düzeyini daha düşük bulmuşken; A. P. F. Camarneiro ve J. M. R. De Miranda Justo (68) da yaş ile bağlanma arasında negatif korelasyon saptamışlardır. Muller (25), yaş ortalaması 30 ve eğitim yılı ortalaması 15 olan, çoğu evin dışında çalışan bir grup gebe üzerinde yaptığı çalışmada, annenin yaşı arttıkça prenatal bağlanmanın azaldığını; Cranley (27) ise yaş ortalamasının 27 olduğu küçük bir örneklem grubunda yaş ve prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır. X.Ossa ve arkadaşları (66), 25.-40. haftasında 243 gebede yaptıkları çalışmada, Lerum ve arkadaşlarının (29) çalışması ile benzer şekilde yaş ile prenatal bağlanma arasında bir ilişki bulamamışlardır. Farklı sonuçlar doğrultusunda yapılmış bir meta analiz çalışması sonucunda da prenatal bağlanma düzeyi ile maternal yaş arasında düşük düzeyde ilişki olduğu gösterilmiştir (75).

E.Abasi ve arkadaşları (67), A. P. F. Camarneiro ve J. M. R. De Miranda Justo (68) ve Lerum ve arkadaşları (29) çalışmalarında da eğitim düzeyi ile bağlanma arasında ilişki gösterememişlerdir. M.S.Mikhail ve arkadaşları (69) ile Yılmaz ve Beji (30) ise eğitim düzeyi ile prenatal bağlanma arasında pozitif ilişki saptamışlardır. Çalışmamızda ise eğitim düzeyi ile PBE puanı arasında ilişki görülmemiştir. Literatür verileri incelendiğinde, annenin eğitim durumu ile prenatal bağlanma arasında düşük düzeyde bir ilişki olduğu da söylenebilir (75).

Prenatal bağlanma düzeyini etkileyen diğer bir faktör ise aylık gelir düzeyi ve gebenin çalışma durumudur. Çalışmamızda kontrol ve çalışma gruplarındaki çalışan ve çalışmayan annelerin birinci ve ikinci değerlendirmelerde ortalama PBE değerleri benzer idi. Yılmaz ve Beji (30) benzer şekilde ekonomik durum ile bağlanma arasında anlamlı bir ilişki bulamamışken, X.Ossa ve arkadaşları (66) bulgularımızın aksine çalışmamayı ve ekonomik olarak bağımlı olmayı düşük prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili bulmuşlardır.

Camarneiro ve De Miranda Justo (68) çalışmamızla zıt şekilde yüksek ekonomik düzeye sahip gebelerde bağlanma düzeyini yüksek bulmuşken; çalışmamızla paralel olarak meslekle ilişki saptayamamıştır. Düşük gelir düzeyi ve ekonomik sıkıntıların doğacak bebekle birlikte artmasının ya da bakımla ilgili bazı endişelerin olmasının prenatal bağlanma düzeyini azaltabileceği, kötü çalışma şartlarına sahip gebelerin fetüse olan ilgisinin azalabileceği düşünülebilir. Ancak çalışan gebelerin gelirinin olması ve doğru orantılı olarak eğitim seviyesi ve sosyal ilişkilerinin yüksek olması nedeniyle de prenatal bağlanmanın olumlu etkilenebileceği düşünülebilir. Çalışmamızda gelir düzeyi ile bağlanma arasında anlamlı ters korelasyon saptanması, ekonomik şartların prenatal bağlanma açısından önemine işaret etmektedir.

Aile tipi ve aynı evde birlikte yaşanan kişi sayısı, gebenin bu kişilerden gördüğü destek ve yaşanan ortamı elverişli hale getirip getirmediği yönüyle gebenin ruhsal durumunu ve prenatal bağlanmayı etkileyebilir. Çalışmamızdaki birinci ve ikinci değerlendirmede, PBE puanlarının her iki grupta da çekirdek aileye sahip olanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç; kalabalık aile ve çok çocuklularda gebenin doğmamış çocuğuna gösterebileceği ilginin zaman ve uygun ortam olmaması nedeniyle azalabileceğini, aile içi ilişkileri destekleyici olmayanlarda bağlanma düzeyinin düşük olabileceğini gösterebilir. Bununla birlikte farklı aile yapılarına sahip gebelerde aile tipi ile bağlanma arasında ilişki bulunamayan çalışmalar mevcuttur (68).

Prenatal bağlanma düzeyini etkileyebilecek diğer etken ise gebelik sayısıdır. Mevcut gebeliğin kaçınıcı gebelik olduğu, önceki deneyimlerin olumlu ya da olumsuz etkileri, doğacak bebekle birlikte artan sorumluluk ya da ekonomik zorluklar, annenin doğmamış bebeğine ayırabileceği zamanın kısıtlılığı gibi durumlar bağlanma üzerine etkili olabilir (76). Çalışmamızda multiparite ile prenatal bağlanma puanı arasında zıt ilişki olduğu, her iki grupta birinci değerlendirme ve ikinci değerlendirmede en düşük PBE puanına sahip grubun üç ve üzeri gebeliği olanlar olduğu bulunmuştur. Literatürde bazı çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir (30, 67, 68). Y.E.Aksoy ve arkadaşları (70) literatürdeki bazı çalışmalarla benzer şekilde parite ile bağlanma

arasında ilişki bulunamamışken (29), bulgularımızla zıt olarak nullipariteyi düşük prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili bulan çalışma da mevcuttur (69).

Literatürdeki birçok çalışma ile benzer olarak bulgularımızda çalışma grubunda gebelik kaybı yaşamayanlarda PBE puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Düşük ve komplikasyonlu gebelik geçirmiş annelerin mevcut gebeliğinde fetüse bağlanmasının düşük olduğunu gösteren çalışmaların yanında (68, 77), gebelik kaybı öyküsü ile bağlanma arasında ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (67, 76). Bulgularımızda gebeliği ile ilgili herhangi bir risk olduğu bilinenlerde bağlanma ile bu durum arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Meta analiz çalışmalarında da bulgularımızı destekler şekilde gebelikteki risk ile bağlanma arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur (5, 75). Bizim bulgularımız; gebelik kaybı öyküsü olan annelerin mevcut gebeliklerinde tekrarlayabilecek kayıp ya da komplikasyonlar olabileceğinden, fetüsün sağlığı ile ilgili aşırı endişe hali ve duyarlılığın aksine, kaybedeceğini düşündüğü bebeğine bağlanmayı reddetme ve oluşabilecek sonuçlara karşı kendini koruma içgüdüleriyle hareket ediyor olabileceklerine işaret etmektedir.

Doğmamış bebeğine karşı bağlanma düzeyi yüksek olan gebelerin olumlu sağlık davranışları sergilemesi, kendisi ve bebeği için en iyi şartları sağlaması beklenir. Anne, kendini olası hastalık ve tehlikelerden koruyarak bebeğinin fiziksel ve psikolojik gelişimi için en uygun şartları hazırlar, gerekli takiplerini ve tedavilerini aksatmamaya çalışır. Çalışmamızda olumsuz sağlık davranışlarını tespit etmek için gebelerin gebeliği boyunca en az bir kez alkol veya sigara kullanıp kullanmadığı sorulmuştur. Sigara kullanan gebeler tespit edilse de beklenenin aksine PBE puanı ile sigara-alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında Massey ve arkadaşlarının (78) sigara kullanımı ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki üzerine yaptığı çalışmada; 30.gebelik haftasına kadar olan tekil ve yüksek riskli gebeliği olmayan, aralarında sigara kullananların da bulunduğu 156 gebeye Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve MFAS son trimesterde ve doğumdan sonra uygulanmıştır. Son trimesterde ve doğumdan sonra tükürük örneklerinde nikotin oranı çalışılarak bu gebeler takip edilmiştir. Gebeliği boyunca sigara içenlerde bağlanma düzeyi, sigarayı bırakanlara ya da içmeyenlere oranla belirgin düşük

bulunmuştur Benzer yöntem kullanılarak yapılan başka bir çalışmada; günlük içilen sigara sayısı ile ters orantılı olarak prenatal bağlanmada azalma ve tükürük testinde yüksek nikotin oranı ile bağlanma puanı arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür (79).

Fiziksel, biyolojik ve psikolojik açıdan zorlu bir süreç olan gebelik boyunca annenin hızlı ve alışılmadık birçok değişimi yaşarken, başta eşi olmak üzere aile ve çevresinden, danıştığı sağlık personellerinden destek görmesi önemlidir. Destek gördüğünü düşünen gebelerin olumlu sağlık davranışlarını geliştirmesi, anksiyete ve depresyon belirtilerini daha az göstermesi ve bebeğine daha fazla bağlanması beklenir. Y.E.Aksoy ve arkadaşları (70) riskli gebelik servisinde yatan 82 gebede yaptığı çalışmasıyla PBE puanı ile algılanan sosyal destek puanı arasında anlamlı derecede yüksek olmayan pozitif korelasyon saptamışlar; E.Abasi ve arkadaşları (67) ile Hergüner ve arkadaşları (80), yüksek sosyal destek ile prenatal bağlanma arasında anlamlı pozitif ilişki bulmuşlardır. Çalışmamızda ise aksine algılanan destek ile PBE puanı arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Bu sonucun örneklem sayısının az olması ve çoğu gebenin destek gördüğünü belirtmesi ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Prenatal bağlanma üzerine bazı çalışmalarda gebelere fetal hareketler saydırılarak annenin farkındalık düzeyini ve prenatal bağlanmasını arttırmak amaçlanmıştır. Biz de çalışmamızda, literatürle benzer olarak ikinci trimesterinin sonunda olan gebelere hissettikleri günlük fetal hareketleri saydırarak ve bu esnada fetüsün anne karnındaki duruşunu hayal ettirerek prenatal bağlanma düzeyini arttırmayı amaçladık. Kontrol ve çalışma grubundaki gebelerin ilk değerlendirmede PBE puanları arasında anlamlı fark yoktu. Çalışma grubunda ikinci değerlendirme ortalama PBE puanı, birinci değerlendirmeden anlamlı derecede yüksek bulundu. Buna karşın kontrol grubundaki gebelerin birinci ve ikinci değerlendirmede elde edilen ortalama PBE değerleri benzer bulundu. Sonuçlar beklenen şekilde ve literatürle uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızla benzer şekilde tasarlanan Salehi ve arkadaşlarının (73) araştırmasında; 52 gebenin bir kısmından 24.haftasından itibaren her sabah kahvaltıdan sonra yarım saat sırt üstü uzanarak fetal hareketleri saymaları istenmiş ve

29. haftada tüm gebelere tekrar MFAS uygulanmıştır. Bulgularımızla benzer şekilde çalışma öncesinde her iki grupta bağlanma ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmazken; çalışmanın sonunda her iki grubun ölçek puanı artmış ve fetal hareketleri sayan grupta artış anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise 24.-34. gebelik haftasında olan 32 adölesan gebeye fetal hareket sayımı ve fetüsle ilgili günlük tutmayı da içeren düzenli eğitimler verilmiş ve çalışma sonunda eğitim alan gebeler kontrol grubuna kıyasla daha fazla prenatal bağlanma puanı almışlardır (74).

Literatüre bakıldığında prenatal bağlanma düzeyi genellikle üçüncü trimesterde ölçülmüştür. İkinci trimesterde daha fazla olmak üzere gebelik ilerledikçe bağlanmanın doğal olarak arttığı ve anne-fetüs arasındaki bağın güçlü seviyeye ulaştığı üçüncü trimesterde fetal hareketleri saymanın etkisinin daha iyi görülebileceği düşünülmüştür. Rincy K. ve Nalini S.J.'nin (71) Hindistan'da 32.-36. haftasında ilk gebeliğini yaşayan 100 kadın üzerinde fetal hareket sayımının prenatal bağlanma ve annenin endişeleri üzerine etkisini araştıran çalışmasında, çalışma grubundaki gebelerden 14 gün boyunca günde iki kez fetüsün hareketlerini saymaları istenmiştir. Sonuçlar bulgularımızla benzer şekilde çıkmış, prenatal bağlanma düzeyinde çalışma grubunda anlamlı düzeyde artış saptanırken kontrol grubunda ilk test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

M.C.Malm ve arkadaşlarının (72) 34.-42. haftasındaki 456 gebe ile yaptıkları çalışmada benzer şekilde fetal hareketleri daha sık ve çok algılayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Farklı olarak aynı çalışmada 35 yaş ve üzeri gebelerin bağlanma düzeyi düşük, 25 yaş ve altı gebelerde bağlanma düzeyi daha yüksek bulunmuştur. C.W.Lerum ve arkadaşlarının (29) çalışmasında da hissedilen fetüs hareketi ve bağlanma arasında benzer sonuç bulunmuştur. Çalışmamızda da her iki grupta bağlanma düzeyi en düşük olan üç ve üzerinde gebeliği olan annelerdi. Genç annelerin genelde ilk gebeliği olduğu ve multiparlara göre fetal hareketler üzerine daha çok yoğunlaşıp zaman ayırarak doğmamış bebekleri ile daha yakın ilişkiye girdikleri söylenebilir.

Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında fetal hareket sayımının kullanılan yöntemlerden bağımsız olarak prenatal bağlanmayı arttırdığı söylenebilir. Yöntemler arasında belirgin sonuç farklılığı olmaması ve bulgularımızı değiştirmeyeceği düşünülerek çalışmamızda sadece bir yöntem seçilmiş, “count-to-ten” yöntemi temel alınmıştır. M.S.Mikhail ve arkadaşlarının (69) 28.-32. gebelik haftasında tekil gebeliği olan 213 gebe ile yaptıkları çalışmada; çalışma grubu Sadovsky veya Cardiff yöntemini kullananlar olmak üzere iki grubu ayrılarak bir ay boyunca fetal hareketler saydırılmış ve MFAS’a göre değerlendirilmişlerdir. Çalışma sonucunda; sayım yapan her iki grubun bağlanma ölçeği puanı sayım yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş, Cardiff ve Sadovsky yöntemleri kendi aralarında karşılaştırıldığında ise yöntemler arasında bağlanma açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Literatürdeki son trimesterde yapılan bazı çalışmalarda ise fetal hareket sayımının bağlanma üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür. Masoumeh Delaram ve arkadaşlarının (81) son trimesterinin başında olan nulliparlar üzerindeki çalışmasında; öncesinde kontrol ve çalışma grubunda bağlanma puanları arasında anlamlı fark görülmemiş, 8 hafta boyunca fetal hareket sayımı yapan çalışma grubunun bağlanma puanında ise anlamlı artış izlenmemiştir. Saastad, Winje, Gunnes and Froen ‘in (41) 1123 gebede yaptığı geniş çaplı çalışmada; son trimester boyunca çalışma grubundan fetüsün hareketlerini “count-to-ten” yöntemi ile saymaları ve not etmeleri istenmiş ve çalışma sonucunda 3.trimesterde fetal hareket sayımının prenatal bağlanma üzerinde belirgin etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Gebeliğin normal seyrinde gebelik yaşı arttıkça maternal bağlanmanın doğal olarak doğru oranda arttığı bilinmektedir. Bu çalışmaların zaten son trimesterde bağlanma düzeyi belli derecede artmış gebelerde yapılması ve gebenin anksiyete düzeyinin doğuma yakın yüksek olması nedeniyle bu sonuçları verdiği düşünülebilir. Ayrıca çalışmaya katılan gebelerin farklı kültürlerden ve kökenlerden gelmesi, bekar anne olmaları, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey ya da antenatal eğitim almaması gibi durumlar bağlanma düzeyini olumsuz etkileyebilir. Çalışmamızda ise gebeler aynı yerleşkede yaşayan ve genelde aynı kültürden gelen kadınlardı. Çalışmaya başladığımızda ikinci trimesterin sonunda idiler ve düzenli

olarak takip edilmekteydiler. Bu nedenle bulgularımız sonucunda, bağlanma düzeylerinin bazı çalışmalara oranla yüksek çıkması beklenebilir.

Çalışmamızda kullandığımız yöntemler arasında annenin karnına dokunması ve doğmamış bebeği ile bu yolla ilişki kurması da istenmiştir. Annenin tensel olarak temas kurmasının ve fetüsün hareketlerini aynı zamanda bu yolla hissetmesinin, hareketleri saymanın yanında bağlanmaya daha fazla olumlu etkisinin olacağı düşünülmüş ve gebelerden fetüsün hareketlerini karın duvarlarına dokunarak hissetmeleri ve fetüsün pozisyonunu hayal etmeleri istendi. Nishikawa ve Sakakibara (82) çalışmalarında bir grup gebeye ikişer hafta arayla 3 kez Leopold manevralarını uygulamış ve sonuçta kontrol grubuna kıyasla bu gebelerin doğmamış bebekleriyle daha fazla konuştuğunu ve fetal pozisyon farkındalıklarının arttığını görerek abdominal palpasyonun prenatal bağlanma üzerine olumlu etkisi olduğu sonucuna varmışlardır. Gebelik boyunca fetüsün gelişimi ile birlikte annenin doğmamış bebeği ile konuşmasının ve onu hayal etmesinin bağlanmayı arttırdığı da bilinmektedir (83). Çalışmamızda hem fetal hareket saydırılıp hem de tensel temas sağlanıp ve fetüs pozisyonu hayal ettirilerek prenatal bağlanma düzeyinin arttığı görülmüştür. Ancak çalışma verilerimize dayanarak bu davranışların bağlanma üzerine ayrı ayrı etkilerini analiz etmek mümkün değildir.

Anne ve fetüsün iyilik hali üzerine etkisi ve postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle gebelik depresyonunun önlenmesi veya erken dönemde tanınması önemlidir. Annenin fetüse olan bağlanma düzeyi ile gebenin depresif belirtileri arasında negatif ilişki olduğu, depresif gebelerin doğmamış bebeklerini daha az arzulayacağı ve aralarındaki bağın daha zayıf olacağı düşünülmektedir. Depresif semptomlar gösteren gebelerin annelikle ilgili olumsuz duygulara sahip olduğu da bilinmektedir (84). Gebelikte majör depresif bozukluk ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, depresyon düzeyi ile prenatal bağlanma düzeyi arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur (85). Benzer şekilde primiparlarda gebelik boyunca ve doğum sonrasında da devam eden depresyonu araştıran bir çalışmada ise gebelikteki depresyon düzeyinin artışı ile prenatal bağlanma düzeyinin azaldığı görülmüştür (86). Hart ve McMahon ile Lindgren (87) de benzer sonuçlara varmışlardır.

Çalışmamız sonucunda; çalışma grubundaki gebelerden çekirdek aileye sahip olanların depresyon puanı, Akbaş ve arkadaşlarının (53) bulguları ile benzer olarak geniş ailede yaşayan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre geniş ailede gebeye çok yönlü desteğin daha fazla olmasının depresyona karşı koruyucu etki gösterdiği düşünülebilir. Ancak Yılmaz ve Beji (30) ile Şahin ve Kılıçarslan (88) çalışmalarında geniş aileye sahip gebelerde depresyon puanını daha yüksek bulmuşlardır. Bu sonuç da birlikte yaşanan diğer aile fertleri ile geçimsizlik, kalabalık aileden dolayı ekonomik zorluklar ve yaşanan ortamın elverişsizliği gibi etkenlerin depresif belirtiler üzerine olumsuz etkisini gösterebilir. Çalışmalar karşılaştırıldığında ise aile tipinin depresyon üzerine kesin etkisi tartışmalı hale gelmektedir.

Gebelik kaybı öyküsü olan annelerde, bu kaybına bağlı devam eden veya mevcut gebeliğinde ortaya çıkan tekrar kayıp endişesine bağlı depresif belirtiler görülebilir. Çalışmamızda, katılımcılardan kontrol grubunda gebelik kaybı öyküsü olanların BDÖ puanı beklenildiği üzere ve literatür ile benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve Beji (76) ile Franche ve Mikhail (89) çalışmalarında perinatal kayıp yaşayanlarda depresyon düzeyini daha yüksek bulmuşlardır. İkinci trimesterindeki gebelerin içinde olduğu 103 çift üzerindeki çalışmada; daha önce gebelik kaybı yaşayanların, ilk gebeliğini yaşayan gebelerden daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu ve annelerin depresyon puanlarının babalarınkinden belirgin düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (90). Ortaarık ve arkadaşları (91) ise literatürden farklı olarak geçirilmiş abortus ve küretaj öyküsü ile depresif bozukluk arasında ilişki saptamamıştır.

Çalışmamızda; ikinci trimesterinin sonunda olan sağlıklı ve tekil gebeliğe sahip çalışma grubundaki gebelerden, bir ay boyunca günlük fetal hareket sayımı yapmaları, aynı esnada fetüsün pozisyonunu hayal etmeleri istenmiş ve kontrol grubuna kıyasla prenatal bağlanma düzeylerinde belirgin artış saptanmıştır. Çalışma esnasında prenatal bağlanma düzeyi ile gebelerin depresif belirtileri arasındaki ilişki de incelenmiş ve PBE ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamız, ülkemizde son zamanlarda üzerinde çalışılmaya başlanan prenatal bağlanma ile ilgili deneysel bir çalışmadır ve hem prenatal bağlanmaya etki eden faktörlerin incelenmesi

hem de fetal hareket sayımı ile fetüs pozisyonunun hayal edilmesinin prenatal bağlanma üzerine etkisi ve bunun depresif belirtilerle ilişkisini incelemesi açısından önemlidir. Ancak sonuçların genel toplumu daha iyi yansıtmaması açısından çok merkezli daha geniş bir topluluk üzerinde yapılması ve prenatal bağlanma hakkında detaylı bilgi vermesi açısından ölçeğin unsurlarının ayrı ayrı incelenmesi faydalı olacaktır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Annelerin, gebeliklerinde doğmamış bebeklerini bir birey olarak algılayıp farkındalıklarının artması ve gebelik sürecini kendisi ile birlikte tamamlayan bir canlının varlığını hissederek “anne” olmanın doğum sonrası bir süreç olmadığını algılaması önemlidir. Bu süreçte oluşabilecek olumlu ya da olumsuz her durumun anne ile beraber doğmamış bebeğini de etkilediği, sevgiye dayalı kuvvetli bir bağa her iki tarafın da ihtiyacının olduğu kesindir.

Prenatal bağlanma, doğal süreç içerisinde geliştiği gibi bazı etkenlerin değiştirilmesi veya etkenlerin farkındalığının artırılması ile de geliştirilebilir. Üzerinde en fazla çalışma yapılan ve prenatal bağlanmayı arttırdığı gözlenen fetal hareketlerin gebeye saydırılması ile annenin doğmamış bebeğinin varlığını sürekli hissetmesi, aradaki bağı güçlendirerek annenin sevgisini arttıracaktır. Güçlü bir anne-fetüs bağı, annenin hem kendi sağlığı hem de bebeğinin sağlığı üzerinde farkındalığını artırıp olumlu davranışlara teşvik edecektir ve gebelik hakkındaki olumsuz düşüncelerin azalmasını sağlayacaktır. Aynı zamanda bu kuvvetli sevgi bağı fetüsün gelişimini olumlu etkileyecek, ilerleyen hayatında annesiyle ilişkisini ve kendi bağlanma şeklini de etkileyecektir.

Birinci basamakta takip edilen gebelerin rutin sağlık kontrollerinde fiziksel değişimler ve laboratuvar tetkikleri izlenmekte; ancak çoğu zaman gebelik döneminde ya da doğum sonrasında annenin psikolojik durumu gözden kaçmaktadır. Bu dönemde gebeyi de sürece dahil edip anne-fetüs bağına kuvvetlendirecek görevler verilerek prenatal bağlanma artırılabilir ve sürecin her iki taraf için daha olumlu geçmesi sağlanabilir. Birinci basamak koşullarında gebelerin kolayca öğrenip uygulayabileceği bir yöntem olarak fetal hareketlerin saydırılması ve fetüsün pozisyonunun hayal ettirilmesi ile doğmamış bebeklerine olan bağlılık düzeyleri artırılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2001;23(1):61-4.
2. Babadağlı B. Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2008;11(3).
3. Ryan KO. Attachment Relationships: Nurturing Healthy Bonds: Learning Seed; 2010.
4. Duyan V, Kapisiz Sg, Yakut Hi. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. Jinekoloji-Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2013;10(39).
5. Cannella BL. Maternal-fetal attachment: an integrative review. Journal of Advanced Nursing. 2005;50(1):60-8.
6. Yılmaz Sd, Beji Nk. Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2013;16(2).
7. Shieh C, Kravitz M, Wang H-H. What do we know about maternal-fetal attachment? The Kaohsiung journal of medical sciences. 2001;17(9):448-54.
8. Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2007;38(4):155-61.
9. Çetin Fc, Demirci N, Çalık Ky, Akıncı Aç. Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2017;48(4).
10. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book: Elsevier Health Sciences; 2016.
11. Gibbs RS, Karlyn BY, Haney AF, Nygaard I. Danforth's obstetrics and gynecology: Wolters Kluwer Health Adis (ESP); 2012.
12. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Çeviri Hekimler yayın birliği İstanbul. 2013.
13. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 1997;18(4):266-72.

14. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(3):201-8.
15. Eşel E. Anneliğin Nörobiyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(1).
16. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2005;8:88-99.
17. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*. 1982;52(4):664.
18. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*. 1980;43(2):155-9.
19. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans H. A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health: APPPAH*. 2009;23(4):201.
20. Lumley Jm. Attitudes To the fetus among primigravidae. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 1982;18(2):106-9.
21. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*. 1970;283(7):344-9.
22. Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1993;66(2):167-83.
23. Akarsu Rh, Tunca B, Alsaç Sy. Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(4):275-9.
24. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*. 1981.
25. Muller ME. The development and testing of the Mueller Prenatal Attachment Inventory. 1990.
26. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*. 1976;1(5):367-76.
27. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*. 1981;30(5):281-4.

28. Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1998;27(2):183-9.
29. Lerum CW, LoBiondo Wood G. The Relationship of Maternal Age, Quickening, and Physical Symptoms of Pregnancy to the Development of Maternal Fetal Attachment. *Birth*. 1989;16(1):13-7.
30. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*. 2010;20(3).
31. Yılmaz SD. Prenatal maternal-fetal attachment/Prenatal anne--bebek bağlanması. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2013;10(3):28-34.
32. Gander MJ, & Gardiner W.H. Çocuk ve Ergen Gelişimi (Onur, B., Çelen, N. ve Dönmez, A. , Çev.). Ankara: İmge Kitabevi; 2004. 83 p.
33. Siddiqui A, Eisemann M. The Stability of Maternal Interpretation of Infant's Facial Expressions During Pre and Postnatal Period and Its Relation to Prenatal Attachment. *Early Child Development and Care*. 2000;162(1):41-50.
34. Aksoy Ye, Yılmaz Sd, Aslantekin F. Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Türkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences*. 2016;1(3):163-9.
35. Sung-Hee Lee¹ E-YL. The Influence of Anxiety and Dyadic Adjustment on Maternal-Fetal Attachment in High-Risk Pregnant Women. *International Journal of Software Engineering and Its Applications*. 2015;Vol. 9, No. 12:361-72.
36. Üstünöz A, İnanç N. Sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebelerde doğum öncesi anne-bebek bağlılığının karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2001;43(1):62-5.
37. Heazell AP, Frøen J. Methods of fetal movement counting and the detection of fetal compromise. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;28(2):147-54.
38. Malm M-C. Fetal Movements in late Pregnancy: Categorization, Self-assessment, and Prenatal Attachment in relation to women's experiences: *Acta Universitatis Upsaliensis*; 2016.
39. Sadovsky E, Yaffe H. Daily fetal movement recording and fetal prognosis. *Obstetrics & Gynecology*. 1973;41(6):845-50.

40. Pearson JF, Weaver JB. Fetal activity and fetal wellbeing: an evaluation. *Br Med J.* 1976;1(6021):1305-7.
41. Winje B, Saastad E, Gunnes N, Tveit J, Stray Pedersen B, Flenady V, et al. Analysis of 'count to ten' fetal movement charts: a prospective cohort study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2011; 118(10):1229-38.
42. Heazell A, Sumathi G, Bhatti N. What investigation is appropriate following maternal perception of reduced fetal movements? *Journal of obstetrics and gynaecology.* 2005;25(7):648-50.
43. Rådestad I. Strengthening mindfetalness. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2012;3(2):59-60.
44. Organization WH. *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope:* World Health Organization; 2001.
45. Bozdemir N, Karakuş G, Kurdak H. Türkiye ve Dünyada Erişkin Depresyonu Epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics.* 2017;8(1):1-6.
46. Yıldırım E, Tan Mn. Depresyonda Risk Faktörleri, Belirti ve Bulgular. *Turkiye Klinikleri Journal Of Family Medicine Special Topics.* 2017;8(1):15-20.
47. Edition F. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders:* Am Psychiatric Assoc; 2013.
48. Birliği AP. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V-TR). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev Köroğlu, E Ankara: Hekimler Yayın Birliği.* 2014.
49. Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E. İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. 2012.
50. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011;3(1).
51. Doğaner Yç, Aydoğan Ü, Sari O. Gebelik Depresyonu. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics.* 2017;8(1):77-82.
52. Marakoğlu K, Şahsivar Mş. Gebelikte depresyon. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.* 2008;28(4):525-32.

53. Akbaş E, Virit O, Savaş Ah, Sertbaş G. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2008;45(3).
54. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):24.
55. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(3-4):245-61.
56. Mäki P, Veijola J, Räsänen P, Joukamaa M, Valonen P, Jokelainen J, et al. Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: a 33-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Journal of Affective Disorders*. 2003;74(3):273-8.
57. Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(3):253-8.
58. Wichman CL, Stern TA. Diagnosing and Treating Depression During Pregnancy. *The primary care companion for CNS disorders*. 2015;17(2).
59. Ferreira E, Carceller AM, Agogué C, Martin BZ, St-André M, Francoeur D, et al. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine during pregnancy in term and preterm neonates. *Pediatrics*. 2007;119(1):52-9.
60. Louik C, Kerr S, Mitchell AA. First trimester exposure to bupropion and risk of cardiac malformations. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2014; 23(10):1066-75.
61. Kasar M, Saatcioglu O, Kutlar T. Electroconvulsive therapy use in pregnancy. *The journal of ECT*. 2007;23(3):183-4.
62. Müller ME, Ferketich S. Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursing Research*. 1993.
63. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring. *Archives of general psychiatry*. 1961;4:561-71.
64. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.

65. Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte Psikososyal Sağlık Bakım, Prenatal Bağlanma ve Ebe-Hemşirenin Sorumlulukları. *International Refereed Journal Of Gynaecology And Maternal Child Health* 2016;08:51-6.
66. Ossa X, Bustos L, Fernandez L. Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*. 2012;28(5):e689-e96.
67. Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Takami G. Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*. 2012;9(1):68-75.
68. Camarneiro APF, de Miranda Justo JMR. Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2017;35(3):212-22.
69. Mikhail MS, Freda MC, Merkatz RB, Polizzotto R, Mazloom E, Merkatz IR. The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1991;165(4):988-91.
70. Aksoy Ye, Yilmaz Sd, Aslantekin F. Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;1(3):163-9.
71. Rincy K, Nalini S. Effect of fetal movement counting on prenatal attachment and maternal worries among primigravidae. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 2014;4(2):224.
72. Malm M-C, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I, Lindgren H. Prenatal attachment and its association with foetal movement during pregnancy—A population based survey. *Women and Birth*. 2016;29(6):482-6.
73. Salehi K, Salehi Z, Shaali M. The effect of education of fetal movement counting on maternal-fetal attachment in the pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Pediatrics*. 2017;5(4):4699-706.
74. Koniak-Griffin D, Verzemnieks I. Effects of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1991;14(2):121-38.
75. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International journal of nursing studies*. 2009;46(5):708-15.

76. Yilmaz SD, Beji NK. Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. *Midwifery*. 2013;29(11):1272-7.
77. Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1998;27(2):183-9.
78. Massey SH, Bublitz MH, Magee SR, Salisbury A, Niaura RS, Wakschlag LS, et al. Maternal–fetal attachment differentiates patterns of prenatal smoking and exposure. *Addictive behaviors*. 2015;45:51-6.
79. Magee SR, Bublitz MH, Orazine C, Brush B, Salisbury A, Niaura R, et al. The relationship between maternal–fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy. *Maternal and child health journal*. 2014;18(4):1017-22.
80. Herguner S, Çiçek E, Annagur A, Herguner A, Ors R. Association of Delivery Type with Postpartum Depression, Perceived Social Support and Maternal Attachment/Dogum seklinin dogum sonrasi depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal baglanma ile iliskisi. *Dusunen Adam*. 2014;27(1):15.
81. Delaram M, Jafarzadeh L, Shams S. The effects of fetal movements counting on maternal-fetal attachment: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2018;12(5).
82. Nishikawa MS, H. Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold’s maneuvers on maternal–fetal attachment. *Reproductive Health*. 2013;10:1-7.
83. Mercer RT. *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*: Springer Publishing Company; 1995.
84. Flykt M, Kanninen K, Sinkkonen J, Punamäki RL. Maternal depression and dyadic interaction: the role of maternal attachment style. *Infant and Child Development*. 2010;19(5):530-50.
85. McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of women's mental health*. 2011;14(5):425.
86. Goecke T, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann M, Beetz A. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum

- depression in first-time mothers. Archives of gynecology and obstetrics. 2012;286(2):309-16.
87. Alhusen JL. A literature update on maternal fetal attachment. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2008;37(3):315-28.
 88. Şahin EM, Kiliçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Balkan Medical Journal. 2010;2010(2):51-8.
 89. Franche R-L, Mikail SF. The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. Social Science & Medicine. 1999;48(11):1613-23.
 90. Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. Journal of nursing scholarship. 2002;34(4):339-45.
 91. Ortaarık E, Tekgoz I, Ak M, Kaya E. İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktorlerin Değerlendirilmesi Evaluation of the Factors Associated with Depression and Anxiety Disorder in the Pregnants at Second Trimester. Inonu Universitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1:16-20.

8. EKLER

EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/65
Konu : Etik Kurul Kararı

15.02.2018

Sayın: Arş.Gör.Dr.Leyla TÜRKER DEMİRKAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "**Fetal Hareket Sayımı ve Fetüs Pozisyonu İmajinasyonunun 24.-28. Haftasındaki Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi**" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için **Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan** izin alınması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Leyla TÜRKER DEMİRKAN	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Fetal Hareket Sayımı ve Fetüs Pozisyonu İmajinasyonunun 24.-28. Haftasındaki Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 2 Karar No: 32	Tarih: 15.02.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Mustafa GÜL
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.İlker İNCE
Üye

Yrd.Doç.Dr.Zahide KOŞAN
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-2. Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 44827528-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi

Sn. Leyla TÜRKER DEMİRKAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Yakutiye/ ERZURUM

İlgi: 30.04.2018 sayılı dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçenizde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi Kenan TAŞTAN sorumluluğunda yapılmak istenen "Fetal Hareket Sayımı ve Fetüs Pozisyonu İmajinasyonunun 24.-28. Gebelik Haftasındaki Gebelere Prenetal Bağlanma ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi" başlıklı araştırma için Müdürlüğümüzün görüşü istenmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi I inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir. Konuya ilişkin olarak yapılan değerlendirme neticesinde, araştırmacının katılımcılara kendi imkanları ile ulaşması gerektiği kararı alınmıştır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan, toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim etmeniz ve uyarılarımıza hassasiyetle uymanız hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Mahmut UÇAR
İl Sağlık Müdürü

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:

e-Posta:Emine.Sat@saglik.gov.tr İnt.Adresi: erzurum.saglik.gov.tr

Bilgi için:Emine ŞAT CANCAN
Unvan:EBE

Telefon No:0442-234 39 25- Dahili : 1131

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden af24f949-473b-45a5-a883-f8f0c1e206be kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı beş adet Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmektedir. Çalışmanın amacı gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon düzeyine etki eden bazı değişkenleri belirlemektir. Çalışmada kimliğinize ait bilgiler yer almamaktadır. Formda bulunan bilgiler, uzmanlık tezi ve bilimsel bazı yayınlarda veri olarak kullanılacaktır. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve istediğiniz takdirde ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışma herhangi bir risk içermemektedir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Katılımcı imzası: Araş. Gör. Dr. Leyla TÜRKER DEMİRKAN

1- Yaşınız:

2- Eğitim durumunuz:

1- Okur- yazar veya ilköğretim 2- Ortaokul 3- Lise 4- Üniversite veya üzeri

3-Çalışma durumunuz:

1- Çalışıyorum 2- Çalışmıyorum

4-Aylık geliriniz:

5-Aile tipiniz:

1- Çekirdek aile 2- Geniş aile

6-Kaçıncı gebeliğiniz? :

1- İlk gebelik 2- İkinci gebelik 3- 3. veya üzeri

7- Bebeğinizin cinsiyeti:

1- Kız 2- Erkek 3- Bilmiyorum

8- Gebeliğiniz planlanmış bir gebelik mi?

1- Evet 2- Hayır

9- Gebelikle ilgili sizden kaynaklanan herhangi bir risk olduğu söylendi mi?

1- Evet 2- Hayır

10- Gebelikle ilgili bebeğinizden kaynaklanan herhangi bir risk olduğu söylendi mi?

1- Evet 2- Hayır

11- Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı?

1- Evet 2-Hayır

12- Gebeliğiniz boyunca en az bir kez sigara ya da alkol kullandınız mı?

1- Evet 2- Hayır

13- Gebeliğiniz boyunca eşinizden yeterince destek gördüğünüzü düşünüyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

14- Gebeliğiniz boyunca kendi aileniz ya da çevreniz tarafından yeterince destek gördüğünüzü düşünüyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

15- Gebeliğiniz boyunca sizi takip eden sağlık personellerinden yeterince destek gördüğünüzü düşünüyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır



EK-4. Prenatal Bağlanma Envanteri

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. Geçen ay süresince bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun olan ifadenin olduğu boşluğa (X) işareti koyunuz.

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

EK-5. Beck Depresyon Ölçeği

Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 11- 0.** Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0.** Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0.** Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0.** Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0.** Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0.** Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0.** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0.** İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-6. Gebelere Uygulanan Çalışma Planı

DEĞERLİ ANNELER;

- Uyandıığımız andan itibaren gün boyunca bebeğinizin hareketlerini sayın.
- Bebeğinizin hareketini algıladığımız zamanlarda karnınıza dokunun ve o anlarda bebeğinizin karnınızın içinde nasıl durduğunu, hangi uzuvlarını nasıl hareket ettirdiğini ve vücudunu hayal edin.
- Gün sonuna kadar en az 10 hareketi bu şekilde saymaya çalışın.
- Günlük saydığımız toplam hareket sayısını her gün bir kağıda not edin.
- Bu alışkanlığı bir ay boyunca sürdürün.

EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu

	<p>ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</p> <p>BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU</p>	
<p>Sizi Dr. Öğr. Üyesi Kenan TAŞTAN ve Araş. Gör. Dr. Leyla TÜRKER DEMİRKAN tarafından yürütülen “Fetal Hareket Sayımı ve Fetüs Pozisyonu İmajinasyonunun 24.-28. Haftasındaki Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi” konulu 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.</p> <p>Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. <u>Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz</u> biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.</p>		

- 1. Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)**
 - a. Araştırmanın Amacı: 24-28. haftasındaki gebelerin, doğmamış bebeklerine karşı bağlanma derecesinin ve depresif belirtilerinin düzeylerinin saptanması ve bağlanma düzeyini arttıracak bazı faktörlerin belirlenmesi

- b. Araştırmanın İçeriği: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı beş adet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üstü 24.-28. gebelik haftasında bulunan ve alınma kriterlerini karşılayan gönüllü katılımcılara uygulanacak anket ve deneysel çalışma
- c. Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma **Tez çalışması**
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
- e. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı Üniversite Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Dadaşkent Saltuklu Aile Sağlığı Merkezi birimleri.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen 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:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Gerekirse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Leyla TÜRKER DEMİRKAN

İmzası:

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