



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

**GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE
ANNE-BEBEK BAĞLANMA DÜZEYİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

GÜLSEREN DAĞLAR

DOKTORA TEZİ

SİVAS-2014

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

**GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE
ANNE-BEBEK BAĞLANMA DÜZEYİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

GÜLSEREN DAĞLAR

DOKTORA TEZİ


HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. NAİM NUR**

SİVAS-2014

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.


Başkan


Prof. Dr. Haldun SÜMER


Üye


Prof. Dr. Mücahit EĞRİ


Üye


Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU

Üye


Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL

Üye


Doç. Dr. Naim NUR

ONAY

Bu tez çalışması 30.12.2013 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Ömer POYRAZ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET
GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE
ANNE-BEBEK BAĞLANMA DÜZEYİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gülseren DAĞLAR

Doktora Tezi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Naim NUR

2014, 115 Sayfa

Bu çalışma gebelik ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyini ve bunu etkileyen faktörler ile gebelikteki bağlanma düzeyi ile doğum sonrası dönemdeki bağlanma düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırma 1 Mart-1 Eylül 2013 tarihlerinde basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen farklı sosyo-ekonomik yapıya sahip 12 mahallede 227 gebe ile ev ziyareti şeklinde yapılmıştır.

Araştırma bulgularımıza göre, gebelerin Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması 57.1 ± 11.5 , doğum sonrası Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği puan ortalaması da 1.2 ± 1.5 olarak belirlenmiş, Beck Anksiyete Envanteri puan ortalaması gebelikte 19.2 ± 10.1 iken doğum sonrası 11.8 ± 8.2 olarak saptanmıştır. Kadınların %50.7'sinin gebelik dönemi, %36.6'sının da doğum sonrası Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası puanı 16 ve üzerinde bulunmuştur. Gebelik ve doğum sonrası depresyon düzeyi ile doğum sonrası anne-bebek bağlanması arasında negatif bir ilişki olduğu (sırasıyla $r=0.174$, $p=0.009$; $r=0.221$, $p=0.001$) saptanmıştır. Gebelikteki anksiyete düzeyi ile prenatal ve doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyi arasında ilişki olmadığı, doğum sonrası anksiyete düzeyi ile doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyi arasında ise negatif bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.151$, $p=0.023$). Prenatal bağlanma düzeyi arttıkça doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım tarzını kullanma ile kadınların gebelik dönemi bağlanma düzeyi arasında pozitif ilişki belirlenmiştir ($r=0.299$, $p=0.000$). Kadınların iyimser yaklaşım tarzını kullanmaları ile gebelik dönemi

ve doğum sonrası anne bebek bağlanma düzeyleri arasında da pozitif ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0.242$, $p=0.000$; $r=0.167$, $p=0.012$).

Sonuç; gebelik dönemindeki anksiyete ve depresyon düzeyi doğum sonrası döneme göre daha yüksektir. Gebelik ve doğum sonrası depresyon düzeyi ile doğum sonrası anksiyete düzeyi doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilemektedir. Prenatal bağlanma düzeyi arttıkça doğum sonrası bağlanma düzeyi de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Bağlanma, Maternal Bağlanma

ABSTRACT
LEVEL OF MOTHER-BABY BONDING
AND INFLUENCING FACTORS DURING
PREGNANCY AND POSTPARTUM PERIOD

Gülseren DAĞLAR

Doctorate dissertation/thesis

Department of Public Health

Advisor: Assoc. Prof. Naim NUR

2014, 115 pages

This study was conducted with aiming to determine level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period, to examine relationship between bonding level during pregnancy and postpartum period.

This is a descriptive cross-sectional study.

This study has been done from 1st of March to 1st of September 2013 with twelve districts who has different socioeconomic structure which was selected by simple random sampling method in the form of home visits with 227 pregnant.

According to finding of this study, the mean Prenatal Attachment Inventory scores of the pregnant women was 57.1 ± 11.5 , mean scores of Mother-to-Infant Bonding Scale was 1.2 ± 1.5 ; hile mean Beck Anxiety Inventory scores was 19.2 ± 10.1 during pregnancy it was determined as 11.8 ± 8.2 in postpartum period. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale score was found to be 16 and over in 50.7% of them during pregnancy and 36.6% of them during postpartum period. A negative association was found between depression level during pregnancy and postpartum period with mother-baby bonding in postpartum period (respectively, $r=0.174$, $p=0.009$; $r=0.221$, $p=0.001$). Although no association was found between anxiety level during pregnancy with prenatal and postpartum mother-baby bonding level, a negative relations was found between anxiety level and mother-baby bonding level in postpartum period ($r=0.151$, $p=0.023$). It was found that the prenatal bonding level increase, the level of postpartum bonding is also increased. A positive association was found between use of self-confident approach in coping with stress and bonding level during pregnancy also between use of optimistic approach and mother-baby bonding level during

pregnancy and postpartum period (respectively $r=0.299$, $p=0.000$; $r=0.242$, $p=0.000$; $r=0.167$, $p=0.012$).

In conclusion; anxiety and depression level was higher during pregnancy than postpartum period. Depression level during pregnancy and postpartum period and anxiety level were negatively effecting mother-baby bonding in postpartum period. The prenatal bonding level increase, the level of postpartum bonding is also increased.

Keywords: Pregnancy, Bonding, Maternal Bonding

İÇİNDEKİLER DİZİNİ	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	i
YÖNERGE	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
TABLOLAR DİZİNİ	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
GRAFİKLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bağlanma.....	5
2.1.1. Bağlanma Kuramı	6
2.1.2. Bağlanmanın Önemi	7
2.1.3. Bağlanma Tarzları.....	9
2.1.4. Gebelik Döneminde Bağlanma	9
2.1.5. Gebelik Döneminde Bağlanmayı Etkileyen Faktörler	10
2.1.6. Doğum Sonrası Bağlanma.....	13
2.1.7. Doğum Sonrası Bağlanmayı Etkileyen Faktörler	13
2.2. Annelik ve Sosyal Destek	14
2.3. Anne-Bebek Bağlanma Bozukluğu.....	16
2.4. Gebelikte Duygulanım Bozukluğu.....	16
2.4.1. Doğum Sonrası Depresyon	18
2.4.2. Gebelik ve Doğum Sonrası Anksiyete	20
2.5. Anne-Bebek Bağlanmasında Sağlık Çalışanının Sorumlulukları	21

3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni.....	24
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	24
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	26
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	26
3.7. Veri Toplama Araçları.....	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar.....	71
6.2. Öneriler.....	74
7. KAYNAKLAR	75
EKLER	84
EK 1. Gebe Tanılama Formu.....	84
EK 2. Prenatal Bağlanma Envanteri.....	87
EK 3. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası.....	89
EK 4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	91
EK 5. Beck Anksiyete Envanteri.....	93
EK 6. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği.....	94
EK 7. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	95
İZİNLER	
EK 8. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı.....	97
EK 9. Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi.....	100
ÖZGEÇMİŞ	101

TABLolar DİZİNİ**Sayfa No**

Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 2: Gebelerin Obstetrik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 3: Kullanılan Ölçeklerin Çalışmaya Özgü Minimum-Maksimum Puan, Ortalama, Standart Sapmalarının Dağılımı	34
Tablo 4: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon, Anksiyete, Prenatal ve Doğum Sonrası Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 5: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 6: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon, Anksiyete, Prenatal ve Doğum Sonrası Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 7: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılma	47
Tablo 8: Kadınların Doğum ve Doğum Sonrasına İlişkin Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Depresyon, Anksiyete ve Doğum Sonrası Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 9: Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon ve Anksiyete Düzeyi ile Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Gebelik ve Doğum Sonrası Bağlanma Düzeyi İle İlişkisi	53

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge 3-1: Seçilen Mahallelerin Sosyo-Ekonomik Düzeylerinin Dağılımı	24
Çizelge 3-2: Seçilen Mahallelerin Bağlı Buldukları Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı	25
Çizelge 3-3: Örnekleme Oluşturan Gebelerin Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı.....	26

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1: Kadınların Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Toplam EAMDS ve BAE Puan Ortalamaları	35
Grafik 2: Kadınların Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemdeki Depresyon Risk Durumları	35

KISALTMALAR DİZİNİ

ABBÖ	Anne Bebek Bağlanma Ölçeği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BAE	Beck Anksiyete Envanteri
DSD	Doğum Sonrası Depresyon
EAMDS	Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası
PBE	Prenatal Bağlanma Envanteri
PPD	Postpartum Depresyon
SBTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bağlanma, çocuk ile bakım veren kişi arasında gelişen ilişkide, çocuğun bakım veren kişiyle yakınlık arayışı ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (Soysal ve ark., 2005; Kesebir ve ark., 2011). Maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini teşvik eden en önemli öğelerden ve onun sosyal ve duygusal gelişiminin temel taşlarından biridir (Soysal ve ark., 2005; Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006; Özmert, 2006). Bağlanma teorisi, anneye veya rahatlatıcı bir başka figüre bağlanmanın, çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır. Olgunlaşan çocuğun ruhsal sağlığı için “bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuğun annesi veya annesi yerine geçen birincil bağlanma objesi ile hem memnuniyet duyacağı hem de haz alacağı sıcak, samimi ve süregelen bir ilişki deneyimlemesi” gerekmektedir (Fonagy, 2001). Çocukluktaki ve yetişkinlikteki yakın ilişkileri anlamayı sağlayan bağlanma kuramına göre çocuğun fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı birey olarak yetişmesinde, anne çocuk ilişkisinin kalitesi çok önemlidir (Weber, 2003; Soysal ve ark., 2005).

Bağlanma yalnızca çocukluk dönemi ile sınırlı olmayıp yaşam boyunca sürer. Bağlanma sürerken doğası ve ifade ediliş şekli değişir. Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma tecrübesi daha sonra yaşayacağı bağlanma tecrübeleri için temel oluşturur. Bağlanma örüntüsü, süt çocukluğu döneminde, güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra yaşam boyunca süreklilik gösterir (Collins ve Laurson, 2003; Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006; Kesebir ve ark., 2011). Eğer anne ile bebek arasında yaşamın ilk yılında güvenli bağlanmayı başarmada gerekli durumlar karşılanamazsa, bebek emosyonel, sosyal, fiziksel, zihinsel ve dil gelişimi problemleri yaşar. Maternal bağlanmada başarısızlıkların yaşandığı durumlarda bebek ihmal ve istismar açısından risk altındadır (Muller, 1994; Muller, 1996; Tilokskulchai ve ark., 2002; Kavlak ve Şirin, 2009).

Maternal bağlanma, zaman içinde gelişen, özel eşsiz bir ilişkidir. Annenin bebeği algılaması ile başlayan anne-bebek bağlanma süreci gebelik ile başlar, gebelik boyunca ve doğumda giderek artar, postpartum periyodu boyunca gelişir. Postpartum periyotta anne-bebek etkileşimi olduğu zaman desteklenir, bebekle kurulan ilk temaslar sayesinde en güçlü halini alır (Balcı, 1997; Tilokskulchai ve ark., 2002; Bayram, 2006; Kavlak ve Şirin, 2009; Georgsson ve Waldeström, 2010). Yapılan bir çalışmada kadınların annelik rolü kazanması incelenmiş ve doğum sonu dönemde yenidoğan ile anne arasındaki bağın hemen kurulmasında prenatal sürecin çok önemli olduğu bildirilmiş, anne bebek arasındaki bağın prenatal sürecin sonucunda gelişen bir davranış olduğu tespit edilmiştir (Sitrin, 1994). Moehler ve arkadaşları'nın (2006) yaptığı çalışmada da annelere bebeklerine ilk ne zaman sevgi hissettikleri sorulduğunda annelerin %41'i gebelik sırasında, %24'ü doğumda, %27'si doğumdan sonraki ilk haftada ve %8'i ilk haftadan sonra cevabını vermişlerdir.

Doğumdan sonraki erken dönem, bağlanmanın en yoğun yaşandığı dönem olması nedeniyle anne-babanın yeni doğan bebekle ilişkisinin bu dönemde başlatılması, bebeğin uterus dışı ortama uyumunu ve anne-babanın yeni rollerine alışmalarını kolaylaştırmaktadır (Çalışır ve ark., 2009; Taşkın, 2011). Bebekle ebeveyn arasındaki her türlü olumlu etkileşim bağlanmayı güçlendirmektedir. Doğumdan sonraki ilk dakikalar bağlanmanın kurulabilmesinde hayati bir öneme sahiptir ve bu bağ bebeğin ilk sosyal davranışlarda bulunmasıyla daha da güçlenir. Kurulan bağın annenin önceki yaşadıkları ve ilk hissettikleriyle de büyük ilgisi vardır (Moehler ve ark., 2006).

Gebelik, mutlulukla birlikte duygusal dalgalanmaların da arttığı bir dönemdir. Bağlanmanın temelini oluşturan ve ilişkide en önemli rolü üstlenen annenin ruhsal durumunun gebeliğin başından itibaren önemli rol oynadığı ve bu durumun doğumdan sonraki bir yıl içinde de devam ettiği belirtilmektedir (Soysal ve ark., 2005). Gebelikte yaşanan anksiyete ve stres gebe ve fetüs sağlığı için çok önemlidir. Literatürde prenatal anksiyete ve stresin anne ve fetüs sağlığında uzun dönemde anormal durumlara yol açabildiği belirtilmektedir (Allison ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda, gebelik döneminde görülen depresyon oranının çok da seyrek olmadığı ve doğum sonrası döneme benzer bir oranda bulunduğu, gebelik dönemindeki mevcut anksiyete ve depresyon ile doğum sonrası dönemdeki depresif belirtilerin ilişkisi gösterilmiştir (Bloch ve ark., 2006; Figueiredo ve Conde, 2011; Glasser ve ark., 2012).

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (Da Costa ve ark., 1999; Genez, 2002; Karataylı, 2007). Gebelikteki depresyon postpartum dönemde de devam ederse çocuğun ileri yaşamına ait olumsuz etkilenme riski de artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006; Beydağ, 2007; Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011; Kitamura ve ark., 2013).

Annede bebeğine ait olumlu algılar gelişmesinin, anne-bebek ilişkisinin niteliğine ve bebeğin büyüme ve gelişmesine katkısı oldukça önemli olduğundan annenin bebeğine ilişkin algıları pozitif yönde gelişmez ise anne bebek sağlığı olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle annenin gebeliğinde fetüsü, doğumdan sonra yenidoğanı algılama şekli belirlenerek, anne bebek ilişkisi için risk yaratan durumlar erken evrede tespit edilip, aralarındaki etkileşim bağları güçlendirilebilir, sağlıklı bebek ve toplum yaklaşımına katkı sağlanabilir. Erken dönemde anne-bebek ve çevre-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi, danışmanlık ve destek verilmesi, ilişkisel sorunların erken belirlenmesi ve ele alınması koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir. Annenin bebeğine bağlanmasında sağlık personelinin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde annenin duygularını, sorumluluklarını daha açık hale getirmesi ve annenin bakım verenler tarafından en iyi şekilde desteklenmesi gereklidir (Çoban, 2003; Çoban ve Saruhan, 2005; Beydağ, 2007; Çakır, 2009).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma gebelik ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyini ve bunu etkileyen faktörler ile gebelikteki bağlanma düzeyi ile doğum sonrası dönemdeki bağlanma düzeyi arasında ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

H0: Gebelikteki bağlanma düzeyi ile doğum sonrası dönemdeki bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H0: Gebelik dönemindeki depresyon ve anksiyete düzeyi ile gebelikte anne-bebek bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H0: Stresle başa çıkma tarzları gebelikte ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

H0: Doğum sonrası dönemdeki depresyon ve anksiyete düzeyi ile doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Gebelikteki bağlanma düzeyi ile doğum sonrası dönemdeki bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Gebelik dönemindeki depresyon ve anksiyete düzeyi ile gebelikte anne-bebek bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ile gebelikte ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Doğum sonrası dönemdeki depresyon ve anksiyete düzeyi ile doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağlanma

Bağlanma, yaşamın ilk günlerinde başlayan, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen bir durumdur. Bağlanma, bir başka özel kişiye karşı olan duygusal bağıdır. İlk bağ büyük olasılıkla anneye karşı oluşur, ama daha sonraları buna başka özel insanlar da eklenir. Bağlanma davranışı, başka bir bireye karşı yakınlık arama ve sürdürme olarak tanımlanmıştır. Bebeklikteki bağlanma kavramı; belirli bir kişiye olumlu tepkilerin verilmesi, zamanın büyük bir kısmının o kişiyle birlikte geçirilmek istenmesi, herhangi bir korku yaratan durum veya obje karşısında hemen o kişinin aranmasıdır (Morgan, 1991; Erkuş, 1994; Soysal ve ark., 2005). Mercer ve Ferketich'e (1994) göre, maternal bağlanma, anne-çocuk arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşim sonucunda annenin çocuğuna geliştirdiği sevgi bağının oluşum sürecidir. Muller (1994), "maternal sevgiyle bağlanma, anne ve bebeği arasında gelişen ve zaman içinde süreklilik gösteren eşsiz bir sevgi ilişkisidir, sevgiyle bağlanma maternal rol adaptasyonunun önemli bir elementidir" demiştir.

"Bağlanma" (bonding) kavramı çok geniş bir anlam taşımakta ve kafa karışıklığına yol açmaktadır ancak "anne-bebek ilişkisi" tanımından daha kullanışlı olduğu düşünülmektedir (Brockington ve ark.,2006). "Bağlanma" ile bebeğin anneye mi bağlandığı (attachment), annenin bebeğine bağlanması mı (bonding) net değildir. Annenin çocuğuna yönelik duygusal bağı "annelik duygusu" diyebileceğimiz "bonding", çocuğun annesine yönelik duygusal bağı da "bağlanma" "attachment" sözcükleriyle karşılanmaktadır (Yüksel, 1995; Şen, 2007; Akkoca, 2009).

Bağlanma teorisi anneye veya rahatlatıcı bir başka figüre bağlanmanın, çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır. Bowlby'nin konu ile ilgili yaptığı çalışması bebeğin biyolojik güven gereksinimi sonucu erken dönemde anneye bağlanması ve annenin yanıtı üzerine odaklanmıştır. Olgunlaşan çocuğun ruhsal sağlığı için "bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuğun annesi veya annesi yerine geçen birincil bağlanma objesi ile hem memnuniyet duyacağı hem de haz alacağı sıcak, samimi ve süreğen bir ilişki deneyimlemesi" gerekmektedir (Bowlby, 1982; Fonagy, 2001).

2.1.1. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı; anne ve bebek ilişkisinin, çocuğun erken psikolojik gelişimini ve sonraki yetişkinliğe doğru ilerlemesini nasıl etkilediğini açıklamıştır. Çocukluktaki ve yetişkinlikteki yakın ilişkileri anlama ve araştırmaya yönelik önemli kuramsal açıklamalardan biri “Bowlby ve Ainsworth’ın Bağlanma Kuramı”dır. Bowlby, bebeğin yaşamındaki ilişkilerle ilgili ampirik ve kuramsal çalışmalar yapan en önemli kişilerden biridir ve ortaya attığı “Bağlanma Kuramı” günümüzde gelişim psikolojisinin kuramsal ve ampirik çalışmalarına yol gösterici nitelik taşımaktadır. Son yıllarda yetişkinlerin yakın ilişkileri ile ilgili yapılan araştırmalarda da “Bağlanma Kuramı” temel alınmaktadır (Feeney, 1999).

Bağlanma kuramı; insanların kendileri için önemli olan başka kişilerle güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin nedenlerini açıklayan bir yaklaşımdır. Duygusal bağ kurma eğilimi ve gereksinimi, yeni doğanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli ve gelişimsel açıdan işlevsel olan bağlanma sistemini ifade eder (Soysal ve ark., 2005; Görünmez, 2006; Kavlak ve şirin, 2009).

Bağlanma sistemi yakınlık aramak, güvenli sığınak ve güvenli s olmak üzere üç temel işleviyle tanımlanabilir. Bebek çevreden tehdit algıladığında ya da gerçekten tehlike durumlarında anne veya bakım verenine yakın olmak ister. Bu yakınlığı sağlamak bebeğe güvenlik ve rahatlık duygusu verir. Bağlanma figürünün elverişliliği hakkında güven içinde olan bebek, bakım verenin yanından uzaklaşmak ve çevreyi araştırmak gibi davranışlar gösterebilir, çünkü ne zaman isterse ve ihtiyaç duyarsa, rahatlık ve güvenlik için dnlebilecek güvenli s olduğunun farkındadır.

Bowlby’e göre bağlanmanın ocuk açısından yaşamsal bir değeri vardır. İnsan hayatı için bağlanmanın üç temel işlevi vardır (Bowlby, 1953; nal, 2004). Bunlar;

1. Dünyayı keşfederken geri dnlebilecek güvenli bir liman olma,
2. Fiziksel gereksinimleri karşılama,
3. Hayata dair bir güvenlik duygusu geliştirebilme şansıdır (nal, 2004).

Bowlby bebeğin anneye ve annenin bebeğe bağlanmasının tre özgü davranım sistemleri sonucunda olduğunu, bu davranışların (emme, yapışma, izleme, ağlama ve gülme) bebeğin bağlanma tavrını tanımladığını belirtmiştir (Kaplan ve ark., 1994; Kavlak, 2004; Görünmez, 2006).

Bağlanma kuramına göre, bebeğin ilk yıllarında bir ya da daha fazla kişiyle güvenli bir bağlanma ilişkisi geliştirmeyi başaramaması, sonraki yaşamda ve yetişkinlikte yakın ilişkiler geliştirme yeteneğini azaltmaktadır (Kesebir ve ark., 2011).

Bogaert ve Savada (2002) da Ainsworth'un tanımladığı bebek ile anne arasında oluşan güvenli bağlanmanın çocuğun psikolojik gelişiminde ciddi bir öneme sahip olduğunu ve annenin sıcak, duyarlı, gereksinimi gidermeye hazır ve bağlanabilir olma özelliklerini taşımasıyla ilgili olduğunu belirtmektedir. Güvenli bağlanma, duygusal sağlığın bir kaynağı olarak görülür, çocuğa “başkalarının” onun için orada olacağı ile ilgili güven verir ki, bu da onun ilerleyen yaşamında tatmin edici ilişkiler kurmasına katkı sağlar.

Bağlanma kuramcılarına göre bağlanma biçimi süt çocukluğu döneminde güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra yaşam boyunca süreklilik gösterir, bir kişinin erişkinlikte başka insanlarla kuracağı ilişkinin niteliği ve insanlardan beklentileri, bu kişinin çocukluğunda annesi ve babası ile kuracağı bağlanma ilişkisi ile belirlenir (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006). Anne, baba ve bebek arasındaki sıcak duygular, özellikle korku ve stres anlarında birbirlerine sağladıkları rahatlık ve destek, bağlanmayı oluşturur. Bağlanma iki taraflı bir ilişkidir ve her iki tarafın da birbirinin ihtiyaçlarını karşılaması ile gelişir (Soysal ve ark., 2005; Kavlak ve Şirin, 2009). Süt çocuklarında saptanan bağlanma özelliklerinin ergenlik döneminde de devam ettiğine ilişkin çalışmalar da bulunmaktadır (Hazan ve Shaver, 1994; Coates, 2004). Son yıllarda psikoloji alanında yaygın olarak çalışılan bağlanma kuramına göre yaşamın ilk yıllarında çocukla onu büyüten(ler) arasındaki duygusal bağın kalitesi yaşam boyu psikolojik gelişimi etkiler (Görünmez, 2006).

2.1.2. Bağlanmanın Önemi

Fiziksel, duygusal ve zihinsel gelişim dinamikleri erken yaşlarda ebeveynlerle kurulan bağların kalitesiyle doğrudan ilişkili olduğundan psikolojik gelişim bakımından yaşamın ilk yılları en kritik dönem olarak kabul edilir. Bebeğin anne/baba ile güvenli bir bağlanma yapması onun sosyal ve duygusal gelişiminin temel taşlarından biridir. Anne/baba ile oluşacak güvenli ve sevgi dolu bir bağ onun benlik saygısı, arkadaş ilişkileri, problem çözme yeteneği ve benlik kontrolüne önemli katkıda bulunur (Özmert, 2006).

Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir. Doğanın özgün modeli güvenli bağlanmadır (Kesebir ve ark., 2011). Geçmişten beri yapılan çalışmalarda bu ilişkinin çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini önemli oranda etkilediği

gösterilmiştir (Tilokskulchai ve ark., 2002; Bayram, 2006; Alhusen, 2008). Anne/baba ile oluşacak güvenli ve sevgi dolu bir bağ yani erken yıllarda kendisine bakan kişilerden değerli olduğu ve sevildiği duygusunu hissederek çocukların ileriki yıllarda kendilerini daha yetkin, özgüvenli ve mutlu hissetmelerine, benlik saygısı, arkadaş ilişkileri, problem çözme yeteneği ve benlik kontrolüne önemli katkıda bulunur (Özmert, 2006), çocuğun sağlıklı bir psikolojik ve kişilik geliştirmesini sağlar, başkaları ile olumlu ilişkiler kurması için temel oluşturur (Wilson ve ark., 2000; Çoban, 2003; Öztop, 2003; Dizman ve Gürsoy, 2005). Çocuk ile anne arasındaki duygusal yaşantıların tüm derecelerini kapsayan, karşılıklı etki-tepki ilişkileri, hiç bir biçimde başka bir şeyle karşılanamaz ve yaşamın daha sonraki bir dönemine bırakılamaz.

Bağlanma davranışı yakınlık arayışı ile kendini gösterir ve küçük çocuklarda bağlanılan kişilerden ayrılma ile belirginleşir. Annenin yokluğunda gerginlik huzursuzluk, varlığında ise rahatlık duygusu olur. Bowlby'e göre, dünya ile daha iyi başa çıktığı düşünülen bir kişi ile yakınlığı koruma (yakınlarda kalma ve ayrılıklara direnme) bağlanmanın tanımlayıcı özelliğidir. Bağlanmanın temel işlevi ise tehlikelerden korunmadır. Bağlanma davranışı ile keşfetme, araştırma davranışı arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Çocuklar güvenli bağlanma ilişkisinin olduğu durumda, stres yaratan koşullarda da güvenlik duygusunu koruyabilir ve araştırıcı davranışlarda bulunabilir (Pehlivantürk, 2004). Tehlike, yabancılaşma, açlık, hastalık, sıkıntı, korku gibi duygular bağlanma sistemini harekete geçirir ve insanların bağlanma davranışını sergilemesiyle sonuçlanır.

Anne yerini tutacak bir kişi bulunmaksızın çocuğun anneden yoksun kalması, çocuğun gelişiminde büyük sorunlar yaratır (Dizman ve Gürsoy, 2005). Bağlanma; şiddete eğilim, kendine zarar verme, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, ihmal ve istismar etme ya da edilme gibi psikopatolojilerle ilişkili olabilmektedir (Soysal ve ark., 2005). Eğer anne ile bebek arasında yaşamın ilk yılında güvenli bağlanmayı başarmada gerekli durumlar karşılanamazsa, maternal bağlanmada başarısızlık yaşanırsa bebek emosyonel, sosyal, fiziksel, zihinsel ve dil gelişimi problemleri yaşayabilir, ihmal ve istismar açısından risk altında olur (Muller, 1994; Muller, 1996; Tilokskulchai ve ark., 2002; Kavlak ve Şirin, 2009). Dizman ve Gürsoy (2005) anne yoksunu olan ve olmayan çocuklar arasında saldırganlık eğilimi puanları açısından önemli farklılıklar olduğunu belirtmiştir. Çocuk yuvalarında, yetimhane ve kreşlerde yapılan araştırma sonuçlarında, buralardaki bebeklerin gelişimlerinin geri kalmasının, uyum bozukluklarının, sağlıklı doğan bebeklerin aniden ölmelerinin, sevgi ve duygudan yoksun olan ortama

bağlanmış (Özmert, 2006). Zeanah ve arkadaşları (1997) yapmış olduğu çalışmada da hayatının ilk üç yılında anne-babasına güvensiz bir şekilde bağlanan çocukların, okul öncesi dönemde problem çözme konusunda güvenli bağlanma geliştiren çocuklara göre daha sorunlu bir dönem yaşadıkları görülmüştür.

2.1.3. Bağlanma Tarzları

Güvenli bağlanma gösteren çocuklar, annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır. Anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması önemlidir.

Kaygılı/ikircikli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olmayan çocuklardır. Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Araştırmacı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Bu anneler tepkilerinde tutarlı olmayan ve kontrol amaçlı terk etme tehdidinde bulunan annelerdir.

Kaçıngan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır. Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden anneleri olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz kalıp anne döndüğünde yakın durmazlar. Güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçıngan bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon tarafından dağınık bağlanma örüntüsü (dezorganize/desoryante bağlanma örüntüsü) eklenmiştir. Stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama dağınık bağlanma ölçütü sayılmaktadır. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya da ihmalde bulunan, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesnelere ile olan sorunlarını çözememiş anneler olduğu bildirilmektedir. Dağınık bağlanma örüntüsünün altında yatan nedenin bakım verenden korkma olduğu belirtilmektedir (Soysal ve ark., 2005; Kesebir ve ark., 2011).

2.1.4. Gebelik Döneminde Bağlanma

Maternal bağlanma, zaman içinde gelişen, özel eşsiz bir ilişkidir. Annenin bebeği algılaması ile başlayan anne-bebek bağlanma süreci gebelik ile başlar, gebelik boyunca ve doğumda giderek artar, postpartum periyodu süresince gelişir. Postpartum

periyodu süresince anne-bebek etkileşimi olduğu zaman desteklenir, bebekle kurulan ilk temaslar sayesinde en güçlü halini alır (Müller, 1996; Balcı, 1997; Tilokskulchai ve ark., 2002; Bayram, 2006; Alhusen, 2008; Kavlak ve Şirin, 2009; Öhmen ve Waldeström, 2010). Yapılan bir çalışmada da gebelerin üçüncü trimesterdeki prenatal bağlama düzeyi ile doğum sonrası annenin davranışları arasında önemli bir ilişki saptanmıştır (Siddiqui ve Hagglöf, 2000).

2.1.5. Gebelik Döneminde Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Peppers ve Knapp (1980) gebeliğin planlanması, gebeliğin onaylanması, gebeliğin kabul edilmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi, doğum yapmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak, bebeğe bakım vermek olmak üzere annenin bebeğine bağlanmasına katkıda bulunan dokuz olaydan bahsetmişlerdir. Tüm bu olayların bağlanmaya ne kadar etkisi olduğu tek tek tartışılabilir, fakat gebeliğin planlanması ile başlayıp doğum yapıncaya kadar ki olayların prenatal dönemde gerçekleşmesi önemlidir.

Yapılan bir çalışmada kadınların annelik rolü kazanması incelemiş ve doğum sonrası dönemde yenidoğan ile anne arasındaki bağın hemen kurulmasında prenatal sürecin çok önemli olduğu bildirilmiş, anne bebek arasındaki bağın prenatal sürecin sonucunda gelişen bir davranış olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacı gözlemlerine dayanarak doğum yapmadan önce kadınların dört özel görevini tanımlamış ve bu görevlerin gebelikte yaşanan psikolojik deneyimin erken dönemde değerlendirilebilmenin çatısını oluşturduğunu belirtmiştir.

Bu görevler (Sitrin 1994);

- 1) Hem bebeği hem de kendisi için güvenli bir geçiş arama,
- 2) Bebeğin diğer bireyler tarafından özel olarak kabul edilmesini sağlama,
- 3) Bebeğe bağlanma,
- 4) Kendini bebeğe vermedir.

Moehler ve arkadaşları (2006) da yaptıkları çalışmada annelere bebeklerine ilk ne zaman sevgi hissettikleri sorulduğunda annelerin %41'i gebelik sırasında, %24'ü doğumda, % 27'si doğumdan sonraki ilk haftada ve %8'i ilk haftadan sonra cevabını vermişlerdir. Bu nedenle erken annelik tutumu ve duygularının değerlendirilmesi, bebeğine bağlanma açısından önemlidir.

Gebelik döneminde maternal bağlanmanın gelişmesinde gebelik haftası ve bu haftada yapılan prenatal testler, bu testlerin sonucu, gebeliğin devamına ilişkin bulgular önemlidir. Yapılan çalışmalarda maternal fetal bağlanmanın belirleyicilerinin en önemlisinin annenin gestasyonel yaşı olduğu gösterilmiştir (Salisbury ve ark., 2003; Alhusen, 2008; Yarcheski ve ark., 2009; DiPietro, 2010). Prenatal tarama testleri yapılan gebelerde maternal fetal bağlanma düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Öhmen ve Waldenström, 2010). Gebeliğin erken aşamalarında; birinci trimesterde yapılan ultrasonografinin fetal hareketlerin anne tarafından hissedilmesinden önce maternal-fetal bağlanmayı başlatabildiği, birinci trimesterde yapılan ultrasonografinin maternal-fetal bağlanmada daha pozitif etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Pollock ve Percy, 1999; DiPietro, 2010; Öhmen ve Waldenström, 2010).

Doğum öncesi dönemde fetüsün annenin duygulanımlarına yanıt verebildiği, 26. haftada algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir (Kaplan ve ark., 1994; Altuğ ve Özkan, 1996). Bu durumda, doğum öncesi dönemde, annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. Gebelik döneminde annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğin kabulü bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir (Kemp ve Page, 1986; Kesebir ve ark., 2011).

Annenin doğmamış bebeği ile konuşması, onunla ilgili rüyalar görmesi, onun için özel bir şeyler yemesi, karnından onu okşaması gibi davranışlar annenin bebeğine olan duygusal bağlılığının artmış olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda; fetüsün sağlıklı olmasının (Saastad ve ark., 2011), gebenin olumlu sağlık uygulamalarının (Lindgren, 2001; Saastad ve ark., 2011), fetüsün sağlığı konusunda annenin farkındalığının (Saastad ve ark., 2011) maternal fetal bağlanmayı olumlu etkilediği saptanmıştır.

Literatürde fetal hareketlerin hissedilmesinin bağlanmayı arttırdığı vurgulanmaktadır (Peppers ve Knapp, 1980; Pollock ve Percy, 1999; Salisbury ve ark., 2003; DiPietro, 2010; Öhmen ve Waldenström, 2010). Çalışmalarda; fetal hareketleri saymanın bağlanma düzeyine etkisinin olduğu (Mikhail ve ark., 1991), yüksek düzeyde prenatal bağlanması olan kadınların düşük düzeyde prenatal bağlanması olan kadınlara göre fetal hareketleri daha fazla algıladıkları (Zeanah ve ark., 1990), fetal hareketleri erken hissedilen gebelerin fetüse bağlanmalarının pozitif yönde etkilendiği (Heidrich ve Cranley, 1989) belirlenmiştir.

Annenin ve babanın doğmamış bebeğine olan bağlılığı durumsal ve psikolojik faktörlerden de etkilenmektedir. Gebeliğin planlı olması, kendi ebeveynleri ile olan ilişkileri, onlardan aldığı bakım, geçmiş deneyimleri, bekledikleri cinsiyet, sosyal desteklerin varlığı, sorunlarla başa çıkma yeteneği, yeni doğanın sağlık durumu ve görünümü, gelişen etkileşimin zamanlaması ve derecesi bağlanmada önemli değişkenlerdir (Lindgren, 2001; Çoban, 2003; Salisbury ve ark., 2003; Öhman ve Waldenström, 2010). Ayrıca eşler arası ilişkinin olumlu olması anne ve babanın doğmamış bebeğine olan duygusal bağlılığının kalitesini de artırmaktadır (Çoban, 2003; Öhman ve Waldenström, 2010).

Bebeğin anne karnında hareketlenmesi, ultrasonografi görüntüleri, doğum, bebeğin ilk gülüşü, bebeğin isteklerinin karşılanmasına ve bağlanmanın gelişimine katkı sağlarken gebeliğin başlangıcında yaşanan bebeğin kabulü ve reddi arasındaki dalgalanmaların (ambivalan duygular) doğumdan sonra da yaşanması, bağlanmada problemler oluşturur. Planlanmayan bir gebelik ya da istenmeyen bir bebek anne/baba-bebek bağlanmasını tehlikeye sokabilir. Bebekte fiziksel bir anomali olması, ideal bir bebek ve gerçek bebek arasındaki farklılıklar olması, bebeğin reddilmesine sebep olabilir. Reddeden aileler bebeğe tutarsız mesajlar gönderdiği için bu bebeklerde güvensiz bağlanma gelişme riski yüksektir (Mercer ve Ferketich, 1994; Kavlak, 2004).

Gebelik ilerledikçe fetüsün kadına daha fazla insan gibi geldiği ve sonuçta fetüsün hem kadının uzantısı hem de bağımsız bir obje olarak sevilir hale geldiği hipotezi öne sürülmüştür. Anne ile fetüs arasında bağlanma olduğunu belirten ilk deneysel önermelerden biri de bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı yoğun yasın gözlenmesi sonucu ortaya konmuştur (Sitrin, 1994). Fuller (1990) gebeliğin 35-40. haftası arasında bağlanma düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında doğum sonrası ikinci ve üçüncü günlerde bağlanma düzeyi yüksek olanların anne-bebek etkileşimlerinin daha iyi olduğunu bulmuştur. Muller (1996) de benzer şekilde gebelikteki bağlanma ile doğum sonrası dönemdeki bağlanma arasında orta düzeyde bir ilişki belirlemiş, gebelikteki bağlanma düzeyinin doğumdan sonra bebeğin 3. ayındaki ilişki düzeyinin en iyi göstergesi olduğunu belirtmiş, Siddiqui ve Hagglof (2000) de prenatal bağlanma düzeyinin doğum sonrası dönemde anne-bebek etkileşiminin göstergesi olabileceğini ifade etmiştir.

2.1.6. Doğum Sonrası Bağlanma

Doğum sonrası dönem annenin bebeği ile yakınlık kurmaya en çok istekli olduğu dönemdir. Doğumla birlikte kurulan bağlanma ilişkisinin niteliği, bebek ile anne arasında kurulacak olan iletişimin kalitesini de belirlemektedir. Öyle ki doğum, anne ile bebeğin dokuz aylık birlikteliklerindeki ilk ayrılıştır. Böylece intrauterin yaşam için biyolojik gereksinimlerin karşılandığı kan alış veriş de sona ermektedir (Soysal ve ark., 2005). Doğumdan önce, bebeğini tanımaya ve algılamaya başlayan anne, bebek doğduktan sonra onu keşfetmeye çalışır. Bebeğin yüzünü, ellerini ve vücudunun diğer bölümlerini inceler, bebekle göz teması kurmaya çalışır ve onunla konuşur. Bebeğin tepkilerini, davranışlarını yorumlar ve bundan anlamlar çıkarmaya çalışır. Ebeveynin davranışlarına karşı bebeğin gösterdiği duyuşsal ve motor beceriler, ebeveynleri uyarır, bağlanma sürecine ve karşılıklı etkileşimin başlatılmasına katkıda bulunur (Korkmaz, 2003; Özmert, 2006; Çalışır ve ark., 2009; Güleşen ve Yıldız, 2013). Bununla birlikte, bebeğin gülümsemesi, emmesi, yakalama refleksiyle el veya parmağı tutması, göz teması kurması gibi olumlu davranışlarının olması, annede bebeğin çaresiz ve bağımlı olduğu duyusuna yol açmakta, annenin bebeğine karşı olumlu annelik davranışı göstermesine ve böylece bağlanma sürecinin hızlanmasına katkı sağlar (Özmert, 2006). Annenin bebeğini erken dönemde emzirmesi, bebeğine dokunması, kucaklaması, göz göze iletişimde bulunması, konuşması, sevmesi, okşaması, öpmesi, bakımına katılması annenin bebeği ile olan etkileşiminde en etkili davranış modelleridir (Korkmaz, 2003; Bilgiç ve ark., 2004; Özmert, 2006).

2.1.7. Doğum Sonrası Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Bağlanma gerek bebek gerekse ailedeki çeşitli faktörlerden etkilenebilecek dinamik bir süreçtir. Doğum sonrası dönemde algılamayı hem anneye hem de bebeğe ait pek çok faktör etkileyebilir (Görak, 2002; Özmert, 2006; Amankwaa ve ark., 2007). Doğum sonrası dönemde anne-bebek etkileşimini annenin; kendi genetik yapısı, geçmişte kendi anne-babasından aldığı bakım, sevginin niteliği, ebeveynlik deneyimleri ve gebeliği isteme durumu, annenin sorunları (hastalık, ilaç, alkol bağımlılığı, zekâ düzeyi, adölesanlık gibi), fiziksel kondisyonu, sorunlarla başa çıkma yeteneği, yüksek riskli bebeklerinden erken ayrılmaları, bebeğin hastanede kalma süresinin uzaması, aile içi ilişkiler, hayal ettiği bebekle doğan bebek arasında imaj değişiklikleri, bebeğin tepkileri, eşler arası destek sistemi gibi faktörler etkilemektedir (Görak, 2002).

Kavlak (2004) çalışmasında; annelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin, çalışma durumlarının, aile tiplerinin, bir önceki çocuğun yaşının, doğum sonrası bebeklerini kucaklarına alma sürelerinin, doğum sonrası bebeklerine hissettikleri duygularının, bebeklerine hitap şekillerinin, bebeğin dış görünüş olarak benzediği kişi gibi bazı etmenlerin annenin bağlanmasını etkilediğini bildirmiştir.

Özellikle prematüre bebekler, çoğul gebelikler, duyu kusuru veya ciddi hastalığı olan bebekler, istismar edilenler ile evlatlık alınan bebeklerde bağlanma sorunları yaşanabilir. Anne/babanın da ruhsal veya zihinsel sorunları olması, kötü muameleye maruz kalma öyküsü ile mevcut aile içi stres de bağlanma sorunları ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunun dışında bebeğin mizacı, geçirdiği hastalıklar, anne/babanın duygulanım bozuklukları, deneyimsizlik (ergen anneliği) bağlanma üzerinde olumsuz rol oynayabilir (Özmert, 2006).

Doğumdan sonraki erken dönem, bağlanmanın en yoğun yaşandığı dönem olması nedeniyle doğumdan sonraki erken dönemde, anne-babanın yeni doğan bebekle ilişkisinin başlatılması, bebeğin uterus dışı ortama uyumunu ve anne-babanın yeni rollerine alışmalarını kolaylaştırmaktadır (Çalışır ve ark., 2009; Taşkın, 2011). Bebekle ebeveyn arasındaki her türlü olumlu etkileşim bağlanmayı güçlendirmektedir. Doğumdan sonraki ilk dakikalar bağlanmanın kurulabilmesinde hayati bir öneme sahiptir ve bu bağ bebeğin ilk sosyal davranışlarda bulunmasıyla daha da güçlenir. Anne ya da bebeğin bakımını üstlenen kimsenin, sadece besleme görevini yerine getirmesi değil aynı zamanda sevgi ve mutluluk verici, bebeği ve anneyi rahatlatıcı nitelik taşıması nedeniyle beslenme anı anne ve bebek için önem taşır (Özmert, 2006). Kurulan bağın annenin önceki yaşadıkları ve ilk hissettikleriyle de büyük ilgisi vardır. Örneğin doğumla birlikte depresyona giren annelerde bu bağ tam olarak kurulamazken, doğumda olumlu duygular hisseden annelerde kurulan bağ oldukça güçlü olabilmektedir (Brockington ve ark., 2001; Öztop, 2003; Karakulak, 2009; Kitamura ve ark., 2013). Moehler ve arkadaşları (2006) yaptığı çalışmada ilk doğumunda annelerin %40'ı bebeklerini ilk kucağına aldıklarında bir şey hissetmediklerini ifade ettiklerinden erken annelik tutumu ve duygularının değerlendirilmesi, bebeğine bağlanma açısından önemlidir.

2.2. Annelik ve Sosyal Destek

Gebelik ve doğum sonrası dönem anne için fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra yeni rol ve sorumlulukların öğrenildiği zor bir dönemdir.

Anneler bu dönemlerde değişimlere uyum sağlama, kendi bakımlarını ve doğum sonrası yenidoğanın gereksinimlerini karşılama çabası içindedir (Beydağ, 2007). Gebelik ve doğum sonrası dönemde belli düzeyde stres yaşandığından stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek önemlidir.

Huizink ve arkadaşlarının (2002) gebelerin başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ilk trimesterde emosyonel odaklı, ikinci trimesterde hem emosyonel hem de problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıkları son trimesterde de bunun devam ettiği bildirilmiştir. Hamilton ve Lobel (2008) gebelerle gebeliğin erken dönemlerinde, ortasında ve sonlarına yakın olmak üzere üç kez görüşme yapmış ve buna göre stresle başa çıkma, stres ve sosyal desteklerinde meydana gelen değişimleri incelemiştir. Gebelerin erken gebelik haftalarında ve ikinci trimesterde sıklıkla spiritüel başa çıkma tarzını kullandığı, gebelik süresince kaçınmacı tarzın kullanımının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Stresli durumların arttığı bu dönemde annelere yeterli desteğin sağlanmaması, onların bedensel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkiler (Mermer ve ark., 2010). Birçok kadın, gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolay uyum sağlarken, uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Üst ve ark., 2013).

Kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek almaları anne ve bebek sağlığı ve olumlu aile içi ilişkileri açısından önemlidir. Cranley (1981) gebelikte bağlanma düzeyi ile sosyal destek arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir. Sosyal destek gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmakta iken destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilmektedir (Mermer ve ark., 2010; Güleşen ve Yıldız, 2013). Vessey ve Knauth (2001) ebeveynin ve bebeğin bireysel özelliklerinin, doğumdan önceki evlilik ilişkisinin, ebeveynlerin kendi aileleriyle olan ilişki biçiminin ve ev içinde ve dışındaki görev dağılımının, evlilik ilişkilerini ve evlilikteki değişimi etkilediğini bildirmişlerdir. Mermer ve arkadaşları (2010) anne, bebek ve dolaylı olarak aile sağlığının sürdürülebilmesi için gebelik ve özellikle doğum sonrası dönemde sosyal desteğin verilmesinin gerekli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca doğum sonrası dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek azlığı, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli yaşam şartları gösterilmektedir.

Araştırmalar gebelik döneminde kadının ev ve iş ortamında, sosyal ilişkilerinde desteklenme gereksiniminin arttığını; desteklendiğini hisseden gebe kadının yaşamı olumlu yönde etkilenirken, gebelik sırasındaki kişiler arası çatışmaların, gebelikte ortaya çıkan emosyonel değişiklikler tarafından ağırlaşabildiğini göstermiştir (Okanlı ve ark., 2003; Mermer ve ark., 2010).

2.3. Anne-Bebek Bağlanma Bozukluğu

Gebelik, mutlulukla birlikte duygusal dalgalanmaların da arttığı bir dönemdir. Bağlanmanın temelini oluşturan ve ilişkide en önemli rolü üstlenen annenin ruhsal durumunun gebeliğin başından itibaren önemli rol oynadığı ve bu durumun doğumdan sonraki bir yıl içinde de devam ettiği belirtilmektedir (Soysal ve ark., 2005). Annenin bağlanma bozukluğu, anne bebek arasındaki ilişki bozukluğu olup birkaç klinik durumun üst üste eklenmesiyle oluşur. Bunlar annelik hissini kaybı, sinirlilik (irritabilite), kin duyma (hostilite) ve saldırgan dürtüler, hastalıklı düşünceler ve reddetmeden oluşur. Bazı araştırmacılar pek çok annenin, bebeğini ilk kez kollarına aldığında ona karşı ilgisiz davrandığını fakat ilk bir hafta içerisinde ona karşı yavaş yavaş şefkat hissettiğini ortaya koymuştur. Fakat depresyon geçiren bazı anneler, çocuklarına karşı sevgi besleme konusunda uzun süren problemler yaşamaktadırlar (Robson ve Kumar, 1980; Taylor ve ark., 2005).

Uygun olmayan veya güvensiz bağlanmanın belirtileri söyle sıralanabilir;

- Anne/babayı ihmal eden veya onlarda rahatlama aramayan içe kapanık bebek,
- Anne/babayı özellikle tercih etmeyen ve tüm erişkinlere benzer yakınlık gösteren bebek,
- İştah problemi (az veya çok yeme) olan bebek,
- Deprese ve ie kapanık anne/baba,
- Aile içi stres, çatışma, düzensizliktir (zmert, 2006).

2.4. Gebelikte Duygulanım Bozukluğu

Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık psikolojik bir süreçtir. Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Kara ve ark., 2001; Ekuklu ve ark., 2004; üst ve ark., 2013).

Gebelikte yaşanan anksiyete ve stres gebe ve fetüs sağlığı için çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda gebelikte hafif düzeyde depresyon, anksiyete gibi semptomların insidansının arttığı gebelik haftası ilerledikçe depresyon ve anksiyete düzeylerinde değişim yaşandığı saptanmıştır (Pehlivan, 2004). Tekgöz ve arkadaşları (2009) gebeliğin son 3 ayındaki kadınların, %50.5'i bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldığı %10.3'ünde depresyon, %12.1'inde anksiyete, %28'inde hem depresyon hem anksiyete olmak üzere en yaygın tanının % 40.2 ile anksiyete olduğunu saptamıştır. Karataylı'nın (2007) alışmasında da depresyon ve anksiyete düzeyleri 2. ve 3. trimester gebelerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Lee ve arkadaşları (2007) gebelerin %54'ünde kaygı, %37,1'inde depresyon ve her iki durumun da birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın ve şiddetli olduğunu bildirmişlerdir.

Literatürde prenatal anksiyete ve stresin anne ve fetüs sağlığında uzun dönemde anormal durumlara yol açabildiği verilerinin arttığı belirtilmektedir (Allison ve ark., 2011). Çeşitli araştırmalar da gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların postpartum depresyonu öngörmede en güçlü belirleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (Beck, 2001; Seimry ve ark., 2009). Son dönemde yapılan birçok çalışmada gebelik döneminde görülen depresyon oranının çok da seyrek olmadığını ve doğum sonrası döneme benzer bir oranda bulunduğunu, gebelik dönemindeki mevcut anksiyete ve depresyon ile doğum sonrası dönemdeki depresif belirtilerin ilişkisini göstermektedir (Robertson ve ark., 2004; Alhusen, 2008).

Postpartum ilk 6 haftada deprese olan kadınların yarısında prepartum depresif semptomların olduğu (Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000), önceki gebelikte depresyon öyküsü varsa sonraki gebelik ve doğumlarda %50-60 oranında tekrarlama riskinin olduğu (Kısa ve Yıldırım, 2004), doğum sonrası dönemde depresif olan kadınların % 50 sinden daha fazlasının belirtilerinin gebelik döneminden itibaren devam ettiği bildirmiştir (Bloch ve ark., 2006).

Dünyada gebelikte depresyon prevalansı %7-26 olarak bildirilirken postpartum dönemde depresyon sıklığı, araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine göre farklılık göstererek %3.5-40 arasında değişmektedir (Durukan ve ark., 2011). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da gebelikte depresyon görülme sıklığı %12-58 arasında değişmektedir (Cebeci ve ark., 2002; Akbaş ve ark., 2008; Erbil ve ark., 2009; Karaçam ve Ançel, 2009; Arslan, 2010; Yılmaz ve Beji, 2010).

Gebelikteki depresyon postpartum dönemde de devam ederse çocuğun ileri yaşamına ait olumsuz etkilenme riski de artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek

bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011).

2.4.1. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası dönemde kadınların, hayatın diğer dönemlerine göre psikiyatrik hastalık gelişimi açısından çok daha yüksek risk altında oldukları ileri sürülmektedir (Bloch ve ark., 2006; Güleşen ve Yıldız, 2013). Postpartum dönemdeki ruhsal hastalıklar sağlıklı yaşam, yaşam kalitesi ve güvenliğini tehlikeye düşürmesi nedeni ile hem anne ve bebek hem de ailenin diğer üyeleri için önemlidir (Evins ve Theofrastous, 1997; Beck, 1999; Kennedy ve ark., 2002; Güleşen ve Yıldız, 2013). Doğumdan sonra ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar genelde bebek hüznü, doğum sonrası depresyon (DSD) ve doğum sonrası psikoz olmak üzere üç kısma ayrılmaktadır (Ekuklu ve ark., 2004; Beydağ, 2007). DSD doğumdan sonraki ilk dört haftada ortaya çıkan major depresyon olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde DSD geliştiğini bildirmişlerdir (Robertson ve ark., 2004; Bloch ve ark., 2006). Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda ilk 5 hafta boyunca major ve minor depresyon oranında üç kat artış olduğu bildirilmiştir (Bloch ve ark., 2006). Postpartum depresyon sık görülmesinin yanı sıra anne, çocuk ve aile üzerine olan negatif etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Postpartum depresyon annenin benlik saygısını, yeteneklerini, çocuklarının bakımını, aile ile ilgili sorumluluklarını ve rollerini olumsuz yönde etkileyebilir ve yaşam kalitesini düşürür (Evins ve Theofrastous, 1997; Beck, 1999; Kennedy ve ark., 2002; Arslantaş ve ark., 2009).

Depresyonun gelişiminde ve ileri aşamalarında tedavi edilmediğinde anne-bebek bağlanması üzerine olumsuz etkilerinin olduğu, çocuklarda bilişsel gelişimde gecikmeler, duygusal ve davranışsal sorunlar, güvensiz bağlanma biçimi (Kitamura ve ark., 2013), anksiyetede, dürtüsellik ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu oranlarında artış görülebileceği belirtilmektedir. İlk temel ilişkide ortaya çıkan yetersizlikler ya da meydana gelen aksamalar bağlanmayı olumsuz yönde etkileyecektir (Beydağ, 2007; Durukan ve ark., 2011; Altın, 2012). Sabuncuoğlu ve Berkem (2006) araştırma sonucunda; doğum sonrası depresyon belirtileri ile güvensiz bağlanma biçimi arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin mevcut olduğunu belirlemiştir. Ayrıca postnatal depresyonu olan annelerin bebeklerinin ilk 3 yıllık fiziksel, duygusal, mental ve motor

gelişiminin olumsuz etkilendiği ve bu bebekler için koruyucu sağlık hizmetlerine daha az sıklıkta başvurulduğu bildirilmektedir (Efe ve ark., 2009).

Postpartum depresyon gebelik öncesi depresyon olanlarda, sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük olanlarda, sosyal destek azlığında, primiparlarda, genç annelerde, küçük çocuğu olanlarda, fazla sayıda çocuğu olanlarda, çocukluğunda cinsel istismara uğrayanlarda sık görülmektedir (Lidgren, 2001; Altın, 2012). Efe ve arkadaşları (2009) doğum yapmaktan vazgeçmek isteyen, doğum sonrası dönemde meme problemleri yaşayan, kendilerini annelik açısından yeterli hissetmeyen, gebelik sırasında yeterli destek almayan kadınların postnatal depresyon açısından riskli gruplar olduğunu saptamıştır.

Yapılan bir başka çalışmada da DSD gelişimindeki yüksek risk etkenleri işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, ruhsal hastalıklar, planlanmamış gebelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta gebe kalma, düşük yapma olarak tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile depresyon gelişimi arasında bir risk olduğu tespit edilmiş ve kız çocuğa sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu gözlenmiş ve bu durum, kültürel olarak erkek çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkilendirilmiştir (İnandı ve ark., 2002). East ve arkadaşları (1994) da adölesan annelerde uygunsuz ebeveynlik davranışları, yüksek ebeveynlik stresi ve çocuğun kabulünün düşüklüğünü belirlemiştir.

Doğum sonrası hormon düzeylerinde gözlenen değişiklikler, stres oluşturan durumların varlığı, evlilik ilişkisinin zayıf olması, destek sistemlerindeki yetersizlikler, benlik saygısında düşme, beden imgesindeki değişiklikler, sosyokültürel düzey ile bireyin işindeki konumu gibi pek çok faktör DSD gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Bunların dışında doğum öncesi depresyon veya anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsünün bulunması, daha önceki doğumlar sonrasında DSD geçirilmiş olması, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, annenin düşük benlik saygısı, eğitim düzeyi, mesleği, doğum sayısı, adölesan annelik veya sezaryen doğumlar, sosyoekonomik durum ve bebeğin istenme durumunun da DSD gelişimini etkilediği belirtilmektedir (Arslantaş ve ark., 2009).

2.4.2. Gebelik ve Doğum Sonrası Anksiyete

Anksiyete çoğu zaman bilinç dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunalıttır. Anksiyeteli bir kişi belirsizlik ve yardımsızlık duygusuna eşlik eden belli olmayan bir gelecek korkusu ya da endişe duygusu yaşar. Belirsiz olayların bilişsel değerlendirmesiyle anksiyeteye verilen tepki arasında ilişki olduğunu vurgulayan bazı çalışmalar da mevcuttur. Anksiyete yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir. Böylece, belirsizlik durumu anksiyeteyi, anksiyete düzeyinin yüksek olması da belirsizliği arttırabilir (Beşer ve Öz, 2003).

Doğurganlık dönemindeki kadın, gebelik ve doğumla, önemli organik ve psikolojik değişiklikler yaşar. Birçok çalışma, gebelik ve doğumun anksiyeteye yol açtığını göstermiştir (Rossi ve ark., 1993; Turan ve Çetin, 2001). Özellikle ilk gebelikte, doğum süreci ve doğum şekli ile ilgili kaygılar sık görülür. Kadınların büyük çoğunluğu doğumdan korkar, bebeğin sağlık durumu ve doğumda ortaya çıkabilecek bir takım risklerin bebeğe zarar verme ihtimali anneyi strese sokar ve kaygılandırır (Körükçü ve ark., 2010; Şahin ve Kılıçarslan, 2010).

Genez (2002) gebeliğinin üçüncü trimesterinde olan kadınların durumluk kaygı düzeylerini bir ve ikinci trimesterinde olanlardan daha yüksek bulmuştur. Da Costa ve arkadaşları (1999) da gebelerin birinci trimesterde durumluk kaygı puan ortalamaları 37.0 iken ikinci trimesterde 38.4, üçüncü trimesterde ise 40.6 puana yükseldiğini belirtmiştir.

Karataylı'nın (2007) çalışmasında da depresyon ve anksiyete düzeyleri 2. ve 3. trimester gebelerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Anksiyete oranları; 1.trimester gebelerde %22 ikinci trimester gebelerde %32 üçüncü trimester gebelerde %36'dır. Figuerido ve Conde (2011) da gebeliğin birinci, ikinci ve üçüncü trimesterinde sırasıyla anksiyete düzeyini %13.1, %12.2 ve %18.3 olarak saptamıştır. Anksiyete bozukluklarının sıklığı ise ilk doğum sonrası bir ayda %37.1 gösterilmiş, depresyonla beraber anksiyetenin sıklığının da arttığı bildirilmiştir (Britton, 2008).

Duygusal gerilimin, özellikle kaygı ve depresyonun, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişim geriliğine neden olduğu bildirilmiştir (Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Altın, 2012). Bazı çalışmalar da, anksiyete ile gebelik komplikasyonlarının ilişkili olabileceğini göstermiştir. Finlandiya'da gebeliğin erken döneminde yoğun anksiyete yaşayanlarda gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve

preeklampsinin görülme sıklığının yaklaşık 3 kat arttığı saptanmıştır (Kurki ve ark., 2000). Preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi depresyon ve/veya anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (Orr ve ark., 2002).

Gebelerde kaygının artması depresif semptomlara yol açabileceği gibi depresyonun olması gebenin endişesinin, anksiyetesinin artmasına neden olarak iki durum birbirini etkileyebilir. Şahin ve Kılıçaslan (2010) depresyon ile kaygı düzeyi arasında pozitif ilişki olduğunu depresif duygu durumu olanların kaygı düzeyinin de arttığını belirtmiştir. Ayvaz ve arkadaşları (2006) da gebelikte anksiyete düzeyinin yüksekliği ile DSD arasında anlamlı bir ilişki bildirmiştir.

2.5. Anne-Bebek Bağlanmasında Sağlık Çalışanının Sorumlulukları

Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki ruhsal gelişime ilgi giderek artmaktadır. Bağlanma ile ilgili araştırmalar ise en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Bu anlamda erken dönem anne-bebek ve çevre-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi, danışmanlık ve destek verilmesi, ilişkisel sorunların erken belirlenmesi ve ele alınması koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir.

Sağlıklı nesiller ve sağlıklı toplum için sağlığın korunması ve geliştirilmesi gereklidir. Anne-bebek etkileşiminin çocuğun gelişimini ve tüm yaşamını etkilemesi hayati önem taşıdığından doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde bu konuda sağlık çalışanına önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu dönemde anne ve aileyi desteklemeleri, iyi bir gözlem ve değerlendirme yaparak uygulamaları aile ile birlikte yapmaları gerekmektedir. Bu amaçla, sağlıklı anneler ve bebeklerde bağlanma süreci davranışlarının belirlenmesinde gebe ve ailesi ile sağlık çalışanı anne ve bebekle bilinçli bir yaklaşımla bağlanma sürecinde sevgi oluşumunu başlatma ve sürdürmede yardımcı olabilecektir. Bu dönemde sağlık çalışanı anne ve babayı mutlaka destekleyerek, iyi bir şekilde gözlem ve değerlendirme yaparak, anne ve babanın ruhsal durumunu belirleyip var olan sorunları erken dönemde belirleyebilecek ve uygun yaklaşımda bulunabilecektir. Annede bebeğine ait olumlu algıların gelişebilmesi için sağlık çalışanının annenin gebeliğinde fetüsü, doğumdan sonra yeni doğanı algılaması belirlenerek, anne bebek ilişkisi için risk yaratan durumlar erken evrede saptanarak, aralarındaki etkileşim bağları güçlendirilebilir, sağlıklı bebek ve toplum yaklaşımına katkı sağlanabilir.

Anne-bebek bağlanmasında sağlık çalışanı;

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların sağlık çalışanı tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir.

Gebelik ve doğum sonrası dönemde yapılan ev ziyaretlerinde annelere yönelik tam bir değerlendirme yapılmalıdır. Bu değerlendirmede, ayrıntılı öykü (kişisel, ailesel, tıbbi ve obstetrik bilgi) alınmalı ve riskler araştırılmalı, annelik rolü, anne-bebek ilişkileri ve stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler ile ilgili bilgiler değerlendirilmelidir.

Değerlendirmeler sonucunda, annelerin annelik rolüne uyum yapabilmek, kendi ve yenidoğan bakımını sağlıklı sürdürebilmek için bakım ve eğitim almaya gereksinim duydukları alanlarda bakım gereksinimleri planlanarak anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır.

Bağlanma bozukluğu açısından risk taşıyan anneleri, gebelik döneminden itibaren izlemeli ve eğitim planlamalıdır. Yapılacak eğitimlerle anne-bebek ilişkisi ve sosyal destek sistemleri güçlendirilerek ileride oluşabilecek çocuk ihmallerinin azalmasına katkıda bulunabilir.

Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde aile ve bebekle bilinçli yaklaşım ile bağlanma sürecinde sevgi oluşumunu başlatma ve sürdürmede yardımcı olunmalıdır.

Gebeliğin istenerek gerçekleşmesi anne-bebek ilişkisinde ilk adım olduğundan annelerin bu ailelere, çocuk sahibi olmayı istedikleri zaman gebeliğin gerçekleşmesinin önemi anlatılmalıdır.

Gebelik süresince yaşanacak sıkıntılar anne ve babanın bebeğe karşı tutumunu olumsuz etkileyeceğinden, gebe izlem kontrollerine düzenli gelmesi, gerekli incelemelerini yaptırması ve uygun tedavisi ve bakımını sürdürmesinin önemi açıklanmalıdır.

Doğum anından başlayarak anne sütünün artırılması, emzirmenin devamlılığı ile ilgili çabalar sürdürülmelidir. Doğum sonrası olabildiğince erken emzirme ile anne ve bebek birlikteliği de başlamış olacağından doğumdan hemen sonra masada emzirme sağlanmalıdır.

Anne ile bebek arasındaki yakın teması en kısa zamanda ve yeterli ölçüde sağlamalı, bebeği gereksiz yere annesinden ayırmamalıdır. Aile ve bebek arasındaki ilişkinin erken dönemde kurulması için aile ve bebeğin aynı odada (rooming in)

kalmaları sağlanmalı, annenin bebeği ile yakın temasa girmesi konusunda anneyi desteklemelidir.

Özellikle primipar annelerin bebekleri ile ilişkiye girmekten ve bebek bakımını üstlenmekten çekineceğini unutmamalı ve onlara daha fazla zaman ayırmalı, uyum döneminde anneyi desteklemelidir. Anne-yenidoğan ilişkisini değerlendirmek için sağlık çalışanı periyodik olarak gözlem yapmalı ve annenin bebeğine bağlanma süreci ile ilgili notlar almalıdır.

Anne doğum sonrası taburcu olurken anneye etkileşimin sürdürülmesinin çocuğun gelişimi için çok önemli olduğu ve çocuğun tüm yaşamını etkileyeceği açıklanmalıdır.

Annenin bebeğine düşmanca ve sevgiden uzak, ilgisiz ve kızgın davranması, bebeğinden mutlu olmaması, bebeği ile göz göze temastan çekinmesi ve babanın hastaneye gelmemesi gibi durumların olup olmadığını gözlemeli, bu tür durumların varlığında anne-bebek ve baba-bebek arasındaki iletişimi artırmaya yönelik uygulamalarda bulunmalıdır.

Bağlanma sürecinde sağlık çalışanı anneye danışmanlık yapmalı, onunla yenidoğan bebeği ile ilgili duygularını konuşmalı, yenidoğan bakımı ile ilgili aktivitelerini destekleme ve anne-yenidoğan arasındaki olumlu davranışlarda anneyi motive etmelidir.

Gebelik ve doğum sonrası dönemde görülen depresyonun erken dönemde tespit edilip tedavisinin sağlanması, annenin, bebeğin ve ailenin diğer üyelerinin sağlıklı bir yaşam sürmeleri bakımından son derece önemlidir. Gebelik depresyonunun erken dönemde tanınmasında başta ebe, hemşire ve hekim olmak üzere sağlık çalışanlarına büyük sorumluluk düşmektedir. Ülkemizde de diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gebelik depresyonuna yönelik sağlık çalışanlarınca tarama programları başlatılmalı, yaygınlaştırılmalı, depresyon riski olan gebeler erken dönemde belirlenmelidir.

Gebelerin anksiyete düzeylerini azaltmak, anne-bebek sağlığı, gebelik ve doğum sonrası sürecin sağlıklı geçirilmesi açısından önemlidir. Bunun için anksiyete düzeyi değerlendirilmeli, anksiyeteyi etkileyen faktörler belirlenmeli, anksiyete ile olumlu baş etmesini sağlamak için eğitim ve danışmanlık yapılmalı, gebenin destek sistemleri belirlenmeli ve bu destekleri kullanması sağlanmalıdır (Siddiqui and Hagglöf, 2000; Üstünöz ve İnanç, 2001; Çoban, 2003; Çoban ve Saruhan, 2005; Soysal ve ark., 2005; Beydağ, 2007; Şen, 2007; Çakır, 2009; Taşkın, 2011; Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011; Güleşen ve Yıldız, 2013; Üst ve ark., 2013).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Sivas Merkezdeki Yunus Emre, Fatih Şükrü Beyazıt, Gökmedrese, Kadıburhanettin, Kılavuz ve Şeyh Şamil Aile Sağlığı Merkezlerinde 1 Mart-1 Eylül 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas il merkezinde yaşayan 35. gebelik haftası ve üzerinde olan gebeler oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Sivas il merkezinde bulunan toplam 62 mahallenin %20'sinin örnekleme alınması hedeflenmiştir. Bu amaçla Selvi'nin (2008) çalışmasında sosyo-ekonomik düzeyi yüksek-orta-düşük olarak belirlediği mahallelerden 4 er adet olmak üzere toplam 12 mahalle basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Yine Selvi'nin (2008) çalışmasında seçilen bazı mahallelerin (Kılavuz, Fatih ve Huzur) sokaklarının da sosyo-ekonomik açıdan farklı olduğu değerlendirildiğinden, çalışma için belirlenen söz konusu mahallelerin kendileriyle aynı sosyo-ekonomik yapıyı gösteren sokakları seçilmiştir. Seçilen mahallelerin sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımı Çizelge 3-1'de verilmiştir.

Çizelge 3-1: Seçilen Mahallelerin Sosyo-Ekonomik Düzeylerinin Dağılımı

Sosyo-Ekonomik Düzey			
	Düşük	Orta	Yüksek
Mahalleler	Şeyh Şamil	Kadıburhanettin	Örtülüpınar
	Kılavuz	Paşabey	Halil Rıfat Paşa
	Fatih	Yunus Emre	Uluanak
	Huzur	Esentepe	Ece

Seçilen mahallelerdeki gebelerin tespiti için ilgili mahallelerin ASM'lerinde bulunan gebe kayıtları kullanılmıştır. Seçilen mahallelerin bağlı buldukları ASM'ler Çizelge 3-2' de görülmektedir.

Çizelge 3-2: Seçilen Mahallelerin Bağlı Buldukları Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı

Aile Sağlığı Merkezi	Mahalleler
Yunus Emre	Yunus Emre, Esentepe
Fatih Şükrü Beyazıt	Fatih
Gökmedrese	Paşabey, Örtülüpınar, Uluanak
Kadıburhanettin	Kadıburhanettin, Halil Rıfat Paşa, Örtülüpınar, Ece
Kılavuz	Kılavuz
Şeyh Şamil	Şeyh Şamil, Kılavuz, Huzur

1 Mart-1 Eylül 2013 tarihleri arasında seçilen mahallelerde 244 gebe belirlenmiş, bu gebelerden araştırma kriterlerini karşılayan 227 gebe araştırmaya alınmıştır.

İlk ziyaret öncesi ziyaret randevusu amacıyla yapılan telefon görüşmesinde sekiz gebe ziyaret için uygun zamanları olmadığını ifade ederek ziyareti kabul etmemiştir. Üç gebe ise ziyaret randevusu amacıyla yapılan telefon görüşmesinde ziyareti kabul etmiş ancak araştırmaya katılmaları için davet edilirken Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okunduğunda onam vermemiştir. Gebeler onam vermeme gerekçesi olarak ev ziyaretinin yapılmasına eşinin izin vermeyeceğini veya bu görüşmenin kendisi için bir yarar sağlamayacağını düşündüğünü ifade etmiştir. Bir gebenin 35. gebelik haftasından sonraki ilk ziyareti yapılmış ancak ölü doğum yaptığı için doğum sonrası ziyareti yapılmamıştır. İlk ev ziyaretinden önce ASM'de gebeyi takip eden aile sağlığı elemanı tarafından gebenin araştırmaya alınabilme kriterlerine uyup uymadığı değerlendirildiğinde 5 gebenin örneklem kriterlerine uymadığı (3 kişinin işitme engelli olması, 2 kişinin de şizofren tanısıyla tedavi alması) belirlendiğinden çalışma dışında tutulmuştur.

Çizelge 3-3'de örnekleme oluşturan gebelerin ASM'lere göre dağılımı yer almaktadır.

Çizelge 3-3: Örnekleme Oluşturan Gebelerin Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı

Aile Sağlığı Merkezi	Sayı	%
Yunus Emre	40	17.6
Fatih Şükrü Beyazıt	39	17.2
Gökmedrese	30	13.2
Kadıburhanettin	41	18.1
Kılavuz	17	7.5
Şeyh Şamil	60	26.4
Toplam	227	100.0

Gebelerin seçiminde aranan kriterler

İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler:

1. Gebelikte depresyon düzeyi
2. Doğum sonrası dönemde depresyon düzeyi
3. Gebelikte anksiyete düzeyi
4. Doğum sonrası dönemde anksiyete düzeyi
5. Stresle başa çıkma tarzı

Bağımlı Değişkenler:

1. Prenatal bağlanma düzeyi
2. Doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyi

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma, 2 kez yapılan ev ziyareti ile gerçekleştirilmiştir. İlk ev ziyaretinden önce ASM de gebeyi takip eden aile sağlığı elemanı tarafından gebenin araştırmaya

alınabilme kriterlerine uyup uymadığı değerlendirilerek araştırmaya alınacak gebeler belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin ad, soyad, ev adres ve telefon bilgileri bağlı oldukları ASM'den öğrenilerek gebelere ulaşılmış, tezin sahibi tarafından ziyaret öncesinde telefon görüşmesi ile ziyaret randevusu alınmış ve ziyaretler yapılmıştır. Yapılan ilk ev ziyaretinde araştırmaya alınabilme kriterlerine uyan gebeler araştırmaya katılmaları için davet edilirken Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okunmuş ve onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere Gebe Tanılama Formu, Prenatal Bağlanma Envanteri, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Beck Anksiyete Envanteri doldurulmuştur. İkinci ziyaret kadınların doğum sonrası rahatsızlıklarının azaldığı, kendilerini iyi hissettikleri doğum sonrası 7. veya 8. günde yapılmıştır. Bu ziyarette Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ile Gebe Tanılama Formu'nun doğum ve doğum sonrası sürece ilişkin verilerin yer aldığı sorular yöneltilmiştir. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve Beck Anksiyete Envanteri tekrarlanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Gebe Tanılama Formu” (Ek 1), “Prenatal Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory)” (Ek 2), “Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)” (Ek 3), “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)” (Ek 4), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) (Ek 5) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) (Mother-to-Infant Bonding Scale) (Ek 6) kullanılmıştır.

Gebe Tanılama Formu

Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı bu form; demografik özellikler (yaş, evlilik süresi, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri, kronik hastalık durumu), obstetrik özellikler (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebe kaldığını öğrendiğinde neler hissettiği, gebeliği isteme durumu, gebeliği sonlandırma isteği, daha önce gebelik kaybı), şu anki gebelik özellikleri (gebelik haftası, gebeliğin planlanması, gebelik hakkındaki hisleri, gebelik izlem durumu, izlemlerin yapıldığı yer, izlemlerde yapılan testler, bebeğin cinsiyeti, cinsiyetin istenme durumu v.b.), doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin özellikler (doğum şekli, doğumda ve doğum sonrası dönemde annede ve bebekte problem yaşama durumu, bebekten ayrı kalmayı gerektiren problem varlığı) olmak üzere 35 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

“Prenatal Bağlanma Envanteri” 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dördümlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. 1=Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Sık sık, 4=Her zaman şeklinde puanlanmaktadır (Ek 2). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz ve Beji (2013) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS)

Depresif semptomları ölçmek üzere tasarlanmış, kısa, genel popülasyona ve özel gruplara uygulanabilen bir ölçektir. Genel depresyon tarama aracı olarak sıklıkla kullanılmıştır. Ölçeğin maddeleri depresyonla ilgili semptomlardan oluşmaktadır. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın amacı mevcut depresif semptomların düzeyini etkileyen bileşenler ve deprese olmuş ruh halini göz önünde bulundurarak ölçüm yapmaktır. Ölçek depresyon ve diğer değişkenlerin ilişkisini alt gruplarda değerlendirme özelliğine sahiptir (Radloff, 1977). EAMDS 20 maddeden oluşmakta, her bir madde 0-3 puan alabilmekte 4., 8., 12. ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan 0-60 arasında değişebilmekte 16 ve üzeri puan depresyon olasılığını düşündürmektedir. Ölçek geçen bir haftayı sorgulamakta ve 0=Nadiren ya da hiç (haftada 1 gün ya da daha az), 1=Ara-sıra (haftada 1-2 gün), 2=Sıklıkla (haftada 3-4 gün), 3=Çoğu zaman ya da her zaman (haftada 5-7 gün) şeklinde puanlanmaktadır (Ek 3). Ölçek yurt dışında çok farklı çalışmalarda kullanılmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Verdier-Taillefer ve ark., 2001; Boisvert ve ark., 2003). Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz ve Beji (2010) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş olan “Ways of Coping Inventory” (Başa Çıkma Yolları Envanteri), stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılan, duruma yönelik ve 66 maddelik, 4'lü likert tipi bir

ölçektir. Türkiye’de Şahin ve Durak (1995) tarafından üniversite öğrencilerine uyarlaması yapılan yeni adıyla “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye verilebilecek tepkiler, bana hiç uygun değil (%0); bana uygun değil (%30); bana uygun (%70); bana çok uygun (%100) biçiminde dağılım göstermektedir. Ölçekte yer alan 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek; Kendine Güvenli Yaklaşım (7 madde), İyimser Yaklaşım (5 madde), Çaresiz Yaklaşım (8 madde), Boyun Eğici Yaklaşım (6 madde), Sosyal Desteğe Başvurma (4 madde) olmak üzere toplam beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar birbirinden bağımsız ve ayrı ayrı puanlanabilmektedir. Her bir alt boyuttan alınan puan madde sayısına bölünerek alt grup puanları elde edilmektedir. Alt boyutlardan alınan yüksek puan bireyin söz konusu yaklaşımı daha çok kullandığını göstermektedir (Ek 4). Yılmaz ve Beji’nin (2010) çalışmasında SBTÖ’nün alt boyutlarının Cronbach alfa katsayılarının 0,40 ile 0,68 arasında olduğu belirlenmiştir.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesinde kullanılan, Beck tarafından geliştirilen 21 maddelik 4’lü likert tipte bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. BAE’deki maddelerde anksiyetenin subjektif, somatik ve panikle ilgili belirtileri tarif edilmektedir. Her madde 0’dan 3’e kadar puanlanmakta ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Toplam puanların yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirir, 5 madde kavrama yönünü açıklar ve 3 madde hem somatik, hem de kavrama semptomlarını simgeler (Ek 5).

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

ABBÖ, doğumdan sonraki ilk günden itibaren uygulanabilecek şekilde düzenlenmiş olup annenin bebeğine karşı hissettiklerini tek bir kelime ile ifade etmesine olanak sağlamaktadır. Anne ve baba tarafından tek başına kolaylıkla ve hızlı bir şekilde uygulanabilecek olan bu ölçek, kurulan bağ ile annenin ilk dönem ruh hali arasındaki ilişkiyi göstermektedir. ABBÖ 8 maddeden oluşan, 4’lü likert biçiminde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 24 olmaktadır. Değerlendirmede 1. 4. ve 6. maddeler

olumlu duygu ifadesi olup 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 2. 3. 5. 7. ve 8. maddeler olumsuz duygu ifadeleri olup 3, 2, 1, 0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır (Ek 6). Ölçeğin puanlayıcılar arası güvenilirliğinin 0.71 ve iç tutarlık güvenilirliğinin 0.66 Cronbach Alfa olduğu bildirilmiştir. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Karakulak tarafından 2009 yılında yapılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmeleri bilgisayar ortamında SPSS 14.0 bilgisayar paket programları ile değerlendirilmiştir. İstatistiki değerlendirmelerde;

- Frekans, Ortalama, Standart Sapma gibi Tanımlayıcı İstatistik Ölçütleri,
- İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi),
- Varyans Analizi,
- Mann-Whitney U Testi,
- Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Korelasyon Katsayısı kullanılmış,
- İstatistiksel analizlerde anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (22.01.2013 tarihli, 2013-01/41 sayılı) (EK 8), araştırmanın uygulanabilmesi için Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (25.02 2013 tarihli, 2806 sayılı) yazılı izin alınmıştır (Ek 9).

Araştırmaya alınabilme kriterlerine uyan gebeler araştırmaya katılmaları için davet edilirken Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okunmuş ve onamları alınmıştır (Ek 7). Araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gebelerin gönüllük isteği göz önüne alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=227)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları		
< 20 yaş	12	5.3
20-34 yaş	183	80.6
> 34 yaş	32	14.1
Eğitim Durumu		
Lise öncesi	131	57.7
Lise ve üzeri	96	42.3
Aile Tipi		
Çekirdek aile	147	64.8
Geniş aile	80	35.2
Çalışma Durumu		
Çalışan	35	15.4
Çalışmayan	192	84.6
Yıllık Ortalama Gelir		
10 000 altı	63	27.8
10 000-20 000	112	49.3
20 000 ve üzeri	52	22.9
Ekonomik Durum Algısı		
Gelirim giderimden az	73	32.2
Gelirim giderime denk	131	57.7
Gelirim giderimden fazla	23	10.1
Kronik Hastalık Durumu		
Var	23	10.1
Yok	204	89.9

Tablo 1’de gebelerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Gebelerin yarısından fazlasının (%57.7) ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu, %64.8’inin çekirdek ailede yaşadığı, %57.7’sinin ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak algıladığı, çoğunluğunun (%84.6) çalışmadığı ve %89.9’unun kronik bir hastalığı olmadığı görülmektedir.

Gebelerin yaş ortalaması 27.4 ± 5.7 yıl olarak belirlenmiş, çoğunun (%80.6) 20-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Gebelerin obstetrik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2: Gebelerin Obstetrik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=227)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Gebelik Sayısı		
1. gebelik	61	26.9
2. gebelik	71	31.3
3. ve üzeri gebelik	95	41.8
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Yok	77	33.9
1	86	37.9
2 ve üzeri	64	28.2
Gebe Kalmayı Planlama		
Planlı	125	55.1
Plansız	102	44.9
Gebeliği Sonlandırmayı Düşünme		
Evet	12	5.3
Hayır	215	94.7
Gebelik Kaybı Yaşama		
Evet	69	30.4
Hayır	158	69.6
Riskli Gebelik Durumu		
Riskli	58	25.6
Riskli değil	169	74.4
Gebelik İzlem Durumu		
Düzenli	212	93.4
Düzensiz	15	6.6
Gebelik İzlem Yeri		
Devlet Hastanesi	146	64.3
Üniversite Hastanesi	16	7.1
Özel Hastane	37	16.3
Devlet, Üniversite ve Özel Hastane	28	12.3
İzlemlerde Bilgi Alma Durumu		
Bilgi alan	134	59.0
Bilgi almayan	93	41.0
Bebegin Cinsiyetini İsteme Durumu		
İsteyen	150	66.1
İstemeyen	77	33.9
Gebe Kaldığını Öğrendiklerindeki Hisleri		
Olumlu duygulanım*	153	67.4
Olumsuz duygulanım**	74	32.6
Gebeliğin 3. Trimesterindeki Hisleri		
Olumlu duygulanım*	172	75.8
Olumsuz duygulanım**	55	24.2
Doğum Şekli		
Normal (vajinal)	153	67.4
Sezaryen	74	32.6
Doğum Sürecinde Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayan ***	8	3.5
Yaşamayan	219	96.5
Doğum Sonrası Süreçte Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayan ****	8	3.5
Yaşamayan	219	96.5

Tablo 2: Gebelerin Obstetrik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (devam)

Doğumda ve Doğum Sonrası Süreçte		
Bebekte Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayan *****	40	17.6
Yaşamayan	187	82.4
Doğumdan Sonra Bebekten Ayrı Kalma Durumu		
Kalan	37	16.3
Kalmayan	190	83.7

* Mutluluk, sevinç, heyecan

** Üzülme, ağlama, endişe, tedirginlik, hiçbir şey hissetmeme, şaşırma, karmaşık duygular, doğum ve ölüm korkusu,

***Hipertansiyon, eylemin ilerlememesi, omuz takılması, anestezi yan etkisi, kanama

****Hipertansiyon, anestezi yan etkisi, kanama, insizyon yeri enfeksiyonu

*****Respiratuar distres sendromu, mekonyum aspirasyonu, klavikula kırığı, yenidoğan sarılığı, enfeksiyon

Çalışmaya katılan gebelerin yarıya yakınının (%41.8) üçüncü ve üzeri gebeliğini yaşadığı, %37.9'unun bir yaşayan çocuğu olduğu, %44.9'unun gebeliğini planlamadığı, çok azının (%5.3) gebeliğini sonlandırmayı düşündüğü, %30.4'ünün daha önce gebelik kaybı yaşadığı, yaklaşık dörtte üçünün (%74.4) sağlıklı gebelik süreci yaşadığı, büyük çoğunluğunun (%93.4) düzenli olarak izlem yaptırdığı, %59.0'unun izlemlerinde anne ve fetüs sağlığına yönelik bilgi aldığı, üçte ikisinin (%67.4) gebeliğini öğrendiğinde, dörtte üçünün (%75.8) de gebeliğinin üçüncü trimesterinde olumlu duygular yaşadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Kadınların doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin özelliklerine bakıldığında, yaklaşık üçte birinin (%32.6) sezaryenle doğum yaptığı, tamamına yakınının (%96.5) doğum ve doğum sonrası süreçte sorun yaşamadığı, %17.6'sının doğum ve doğum sonrası süreçte bebekte sorun yaşadığı, %16.3'ünün bebeğinden bir süre ayrı kaldığı (respiratuar distres sendromu, mekonyum aspirasyonu, klavikula kırığı, yenidoğan sarılığı, enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı küvözde kalma) görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3'te çalışmada kullanılan ölçeklerin çalışmaya özgü minimum-maksimum puan, ortalama ve standart sapmalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 3: Kullanılan Ölçeklerin Çalışmaya Özgü Minimum-Maksimum Puan, Ortalama, Standart Sapmalarının Dağılımı

	Puan Aralığı	Minimum Puan	Maximum Puan	Ortalama	Standart Sapma
PBE*	21-84	24	84	57.1	11.5
ABBÖ**	0-24	0	8	1.2	1.5
EAMDS***	Gebelik dönemi	2	55	17.6	10.1
	Doğum sonrası	0-60	0	56	13.5
BAE****	Gebelik dönemi	0	47	19.2	10.1
	Doğum sonrası	0-63	0	41	11.8
SBÇTÖ*****	Kendine güvenli yaklaşım	0.1	3	2.0	0.5
	İyimser yaklaşım	0.4	3	1.8	0.6
	Çaresiz yaklaşım	0	2.9	1.3	0.6
	Boyun eğici yaklaşım	0	2.5	1.0	0.5
	Sosyal destek arama	0.3	3	1.9	0.6

*Prenatal Bağlanma Envanteri

**Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği

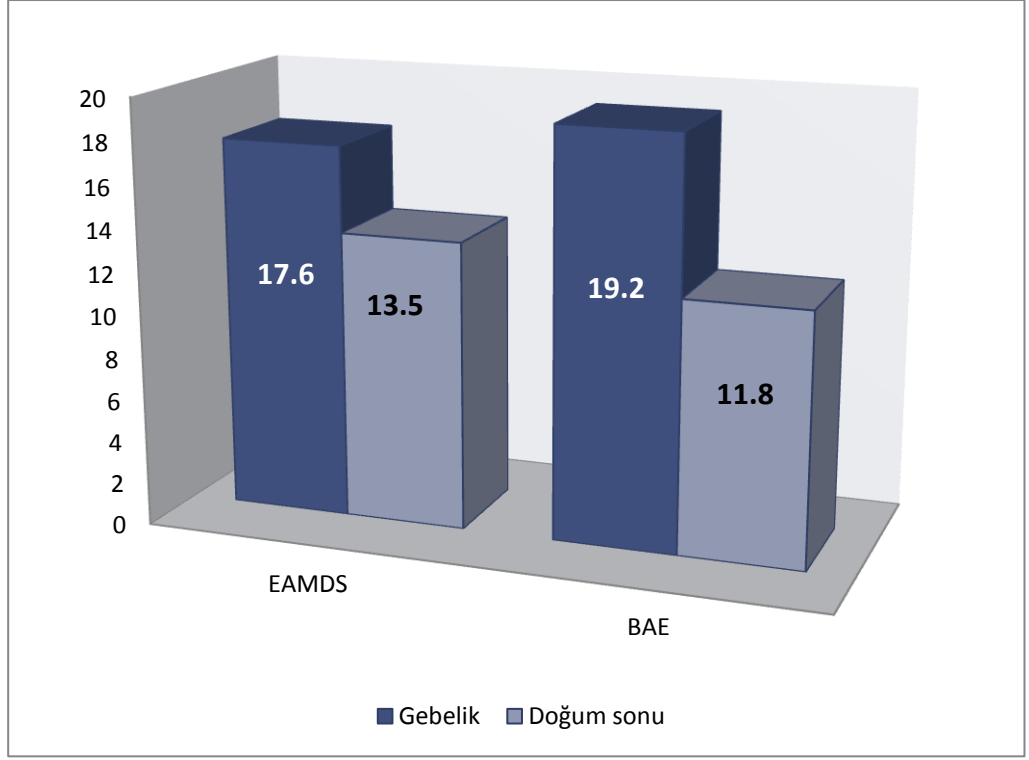
***Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası

****Beck Anksiyete Envanteri

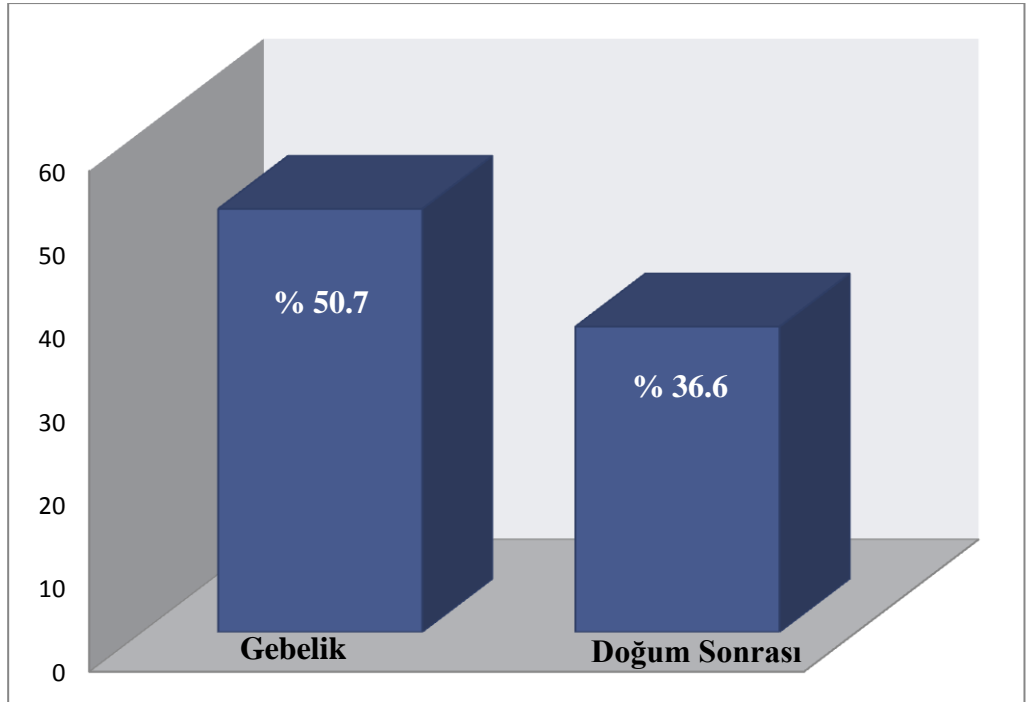
*****Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Çalışmada kullanılan ölçeklerden PBE puan aralığı 21-84 arasında iken en düşük 24 en yüksek 84 puan alındığı ortalama puanın 57.1 olduğu, ABBÖ puan ortalamasının da 1.2 (min-max:0-8) olduğu belirlenmiştir. Gebelik ve doğum sonrası EAMDS puan ortalaması sırasıyla 17.6 (min-max:2-55) ve 13.5 (min-max:0-56) olarak saptanmıştır. **Doğum sonrası depresyon puan ortalamasının gebelik dönemine göre düştüğü** görülmektedir. BAE puan ortalaması gebelikte 19.2 (min-max:0-47) iken doğum sonrası 11.8 (min-max:0-41) olarak saptanmış, **doğum sonrası anksiyete puan ortalamasının da depresyon puan ortalamasında olduğu gibi gebelik dönemine göre düştüğü** belirlenmiştir (Tablo 3-Grafik 1).

SBÇTÖ alt boyutlarının kendine güvenli, iyimser, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım ile sosyal destek arama puan ortalamalarının sırasıyla 2.0 (min-max:0.1-3); 1.8 (min-max:0.4-3); 1.3 (min-max:0-2.9); 1.0 (min-max:0-2.5); 1.9 (min-max:0.3-3) olduğu saptanmıştır (Tablo 3).



Grafik 1: Kadınların Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Toplam EAMDS ve BAE Puan Ortalamaları



Grafik 2: Kadınların Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemdeki Depresyon Risk Durumları

Kadınların %50.7'sinin gebelik dönemi, %36.6'sının da doğum sonrası EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. **Gebelik dönemi depresyon riskinin doğum sonrası döneme göre daha yüksek olduğu görülmektedir** (Grafik 2).

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre gebelik ve doğum sonrası depresyon, anksiyete, prenatal ve doğum sonrası bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 4: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon, Anksiyete, Prenatal ve Doğum Sonrası Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası		Beck Anksiyete Envanteri		Prenatal Bağlanma Envanteri	Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği
	Gebelik dönemi	Doğum sonrası	Gebelik dönemi	Doğum sonrası	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$
	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$		
Yaş						
< 20 yaş ^a (n:12)	20.3±8.4	13.3±8.4	21.8±8.8	14.3±8.7	64.7± 6.6	1.1± 1.4
20-34 yaş ^b (n:183)	17.0± 9.9	13.7±9.8	18.8±10.2	11.7±8.2	57.5±11.3	1.1±1.4
> 34 yaş ^c (n:32)	20.0±11.7	12.5±8.9	20.0±10.1	11.7±8.6	51.8±12.0	1.6±1.8
P Değeri^t	<i>0.126</i>	<i>0.808</i>	<i>0.456</i>	<i>0.532</i>	0.002	<i>0.337</i>
Anlamlı fark					c<a,b	
Eğitim Durumu						
Lise öncesi (n:131)	19.1±10.3	13.5±9.5	20.7±10.7	12.5±9.0	53.9±11.8	1.3±1.6
Lise ve üzeri (n:96)	15.5±9.5	13.8±9.8	17.1±8.9	10.9±7.1	61.4±9.4	1.0±1.3
P Değeri^{tt}	0.008	<i>0.711</i>	0.009	<i>0.157</i>	0.0001	<i>0.139</i>
Aile Tipi						
Çekirdek aile (n:147)	17.2±10.4	13.2±9.4	18.7±9.7	11.3±7.3	57.7±11.1	1.1±1.5
Geniş aile (n:80)	18.3±9.6	14.2±10.0	20.1±10.7	12.9±9.7	56.1±12.2	1.2±1.3
P Değeri^{tt}	<i>0.436</i>	<i>0.442</i>	<i>0.325</i>	<i>0.160</i>	<i>0.317</i>	<i>0.662</i>
Çalışma Durumu						
Çalışan (n:35)	12.3±7.6	13.7±9.3	14.7±8.5	10.5±6.4	62.8±9.4	1.2±1.5
Çalışmayan (n:192)	18.5±10.2	13.5±9.7	20.0±10.2	12.1±8.5	56.1±11.5	1.2±1.5
P Değeri^{tt}	0.001	<i>0.410</i>	0.004	<i>0.315</i>	0.001	<i>0.886</i>
Ekonomik Durum Algısı						
Gelirim giderimden az ^a (n:73)	19.9±11.4	14.1±9.8	21.7±11.0	13.0±9.4	54.7±12.2	1.4±1.7
Gelirim giderime denk ^b (n:131)	16.8±8.7	13.0±9.5	18.8±9.5	11.5±7.7	57.7±10.8	1.1±1.3
Gelirim giderimden fazla ^c (n:23)	14.7±12.0	14.7±9.6	13.2±7.3	10.2±6.9	61.3±11.6	0.9±1.5
P Değeri^t	0.037	<i>0.558</i>	0.001	<i>0.535</i>	<i>0.050</i>	<i>0.203</i>
Anlamlı fark	c<a		c<a,b			
Kronik Hastalık Durumu						
Var (n:23)	17.2±9.8	13.3±9.7	18.5±9.7	11.4±8.1	57.4±11.3	1.13±1.44
Yok (n:204)	21.2±12.1	15.4±8.8	25.3±11.7	16.0±8.6	54.3±13.2	1.48±1.65
P Değeri^{ttt}	<i>0.121</i>	<i>0.204</i>	0.007	0.005	<i>0.309</i>	<i>0.285</i>

^t Kruskal Wallis Varyans Analizi

^{tt} t Testi

^{ttt} Mann Whitney U Testi

Kadınların **sosyo-demografik özelliklerine göre gebelik ve doğum sonrası depresyon ve anksiyete, prenatal ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması toplam puan ortalamaları** karşılaştırılmıştır.

Yaş gruplarına göre prenatal bağlanma puan ortalaması dışında grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.002$, Tablo 4). 35 yaş üzeri gruptaki gebe kadınların PBE puan ortalamalarının 20 yaş altı ve 20-34 yaş arasındaki kadınlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu, 20 yaş altı ve 20-34 yaş arasındaki kadınların prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Eğitim durumlarına göre doğum sonrası depresyon, anksiyete ve anne bebek bağlanması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), gebelikte depresyon ($p=0.008$), anksiyete ($p=0.009$) ve PBE puan ortalamaları ($p=0.0001$) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Çalışma durumuna göre grupların gebelik döneminde depresyon ($p=0.001$), anksiyete ($p=0.004$) ve prenatal bağlanma toplam puan ortalamaları ($p=0.001$) arasında anlamlı fark olduğu, çalışmayan kadınların depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının çalışanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek, prenatal bağlanma puan ortalamalarının ise anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Ekonomik durum algılarına göre grupların gebelik döneminde depresyon ve anksiyete toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), doğum sonrası dönemde depresyon, anksiyete, prenatal bağlanma ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4). Geliri giderinden fazla algılayan grubun gebelik depresyon puan ortalaması geliri giderinden az olan gruptan anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Geliri giderinden fazla algılayan grubun gebelik dönemi anksiyete puan ortalaması diğer grupların anksiyete puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre gebelik ve doğum sonrası anksiyete toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon ve anne bebek bağlanma puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4).

Aile tipine göre gebelik ve doğum sonrası depresyon ve anksiyete, prenatal ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4).

Tablo 5'te gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 5: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$
Yaş					
< 20 yaş ^a (n:12)	1.1±0.5	2.1±0.7	1.4±0.4	1.0±0.5	1.9±0.4
20-34 yaş ^b (n:183)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.2±0.5	1.0±0.5	1.9±0.6
> 34 yaş ^c (n:32)	2.1±0.6	1.7±0.7	1.3±0.7	1.1±0.5	2.0±0.6
P Değeri ^t	<i>0.751</i>	<i>0.198</i>	<i>0.387</i>	<i>0.610</i>	<i>0.599</i>
Eğitim Durumu					
Lise öncesi (n:131)	2.0±0.5	1.9±0.6	1.4±0.6	1.1±0.5	1.9±0.6
Lise ve üzeri (n:96)	2.1±0.5	1.8±0.6	1.1±0.5	0.9±0.4	2.0±0.6
P Değeri ^{tt}	<i>0.967</i>	<i>0.455</i>	0.002	0.001	0.046
Aile Tipi					
Çekirdek aile (n:147)	2.1±0.5	1.8±0.6	1.2±0.5	1.0±0.4	1.9±0.6
Geniş aile (n:80)	1.9±0.6	1.8±0.6	1.4±0.6	1.1±0.5	1.9±0.6
P Değeri ^{tt}	0.008	<i>0.734</i>	0.047	<i>0.069</i>	<i>0.645</i>
Çalışma Durumu					
Çalışan (n:35)	2.1±0.4	1.9±0.5	0.9±0.5	0.8±0.4	2.2±0.6
Çalışmayan (n:192)	2.0±0.6	1.8±0.6	1.3±0.6	1.1±0.5	1.9±0.6
P Değeri ^{tt}	<i>0.556</i>	<i>0.291</i>	0.000	0.004	0.001
Ekonomik Durum Algısı					
Gelirim giderimden az ^a (n:73)	2.1±0.5	1.8±0.6	1.4±0.6	1.1±0.4	1.8±0.6
Gelirim giderime denk ^b (n:131)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.3±0.5	1.0±0.5	1.9±0.6
Gelirim giderimden fazla ^c (n:23)	2.1±0.6	1.9±0.5	1.0±0.6	0.8±0.4	2.1±0.6
P Değeri ^t	<i>0.578</i>	<i>0.550</i>	0.021	0.013	<i>0.054</i>
Anlamlı fark			<i>a>c</i>	<i>a>c</i>	
Kronik Hastalık Durumu					
Var (n:23)	2.1±0.6	1.9±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	2.0±0.7
Yok (n:204)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	1.9±0.6
P Değeri ^{ttt}	<i>0.264</i>	<i>0.466</i>	<i>0.897</i>	<i>0.989</i>	<i>0.479</i>

^t Kruskal Wallis Varyans Analizi^{tt} t Testi^{ttt} Mann Whitney U Testi

Kadınların **sosyo-demografik özelliklerine göre SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları** karşılaştırılmıştır.

Eğitim durumlarına göre grupların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), çaresiz yaklaşım ($p=0.002$), boyun eğici yaklaşım ($p=0.001$) ve sosyal destek arama ($p=0.046$) boyutlarındaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Aile tipine göre çekirdek aile ve geniş aile gruplarının iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), kendine güvenli yaklaşım boyutunda ise çekirdek aile yapısına sahip olanların puan ortalamalarının geniş aile yapısına sahip olanlarından, çaresiz yaklaşım boyutunda da geniş aile yapısına sahip olanların puan ortalamalarının çekirdek aile yapısına sahip olanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 5).

Çalışma durumuna göre grupların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), boyun eğici yaklaşım ($p=0.004$), çaresiz yaklaşım ($p=0.000$) ve sosyal destek arama boyutlarındaki puan ortalamaları ($p=0.001$) arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Çalışmayan kadınların boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım boyutu puan ortalamaları çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksek iken, sosyal destek arama puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur.

Ekonomik durum algılarına göre grupların çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ($p<0.05$), kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama boyutlarındaki puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 5). Çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzında geliri giderinden az olanların puan ortalamalarının geliri giderinden fazla olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaş grupları ve kronik hastalık durumuna göre SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 5).

Tablo 6’da gebelerin obstetrik özelliklerine göre gebelik ve doğum sonrası depresyon, anksiyete, prenatal ve doğum sonrası bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 6: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon, Anksiyete, Prenatal ve Doğum Sonrası Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası		Beck Anksiyete Envanteri		Prenatal Bağlanma Envanteri	Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği
	Gebelik Dönemi $\bar{x} \pm S$	Doğum sonrası $\bar{x} \pm S$	Gebelik Dönemi $\bar{x} \pm S$	Doğum sonrası $\bar{x} \pm S$		
Gebelik Sayısı						
1 gebelik ^a (n:61)	17.3±10.4	16.8±12.0	19.0±9.1	14.0±8.4	64.0±9.0	0.8±1.0
2 gebelik ^b (n:71)	16.5±9.6	13.1±7.8	17.8±9.7	9.9±6.7	56.7±10.8	1.2±1.4
3 ve üzeri gebelik ^c (n:95)	18.6±10.3	11.8±8.7	20.3±10.9	11.9±8.9	52.9±11.4	1.3±1.7
P Değeri ^t	<i>0.407</i>	0.006	<i>0.294</i>	0.016	0.000	<i>0.066</i>
Anamlı fark		a>b,c		a>b,c	a>b,c	
Yaşayan Çocuk Sayısı						
Yok ^a (n:77)	16.0±9.9	15.8±11.3	18.1±9.5	13.3±8.7	63.9±9.1	0.9±1.1
1 ^b (n:86)	17.5±9.8	13.6±8.8	18.9±9.7	10.9±7.6	56.0±10.7	1.3±1.6
2 ve üzeri ^c (n:64)	19.6±10.6	10.7±7.6	20.8±11.2	11.3±8.5	50.4±10.7	1.4±1.5
P Değeri ^t	<i>0.114</i>	0.006	<i>0.298</i>	<i>0.138</i>	0.000	<i>0.060</i>
Anamlı fark		a>b,c			a>b,c	
Gebe Kalmayı Planlama						
Planlı (n:125)	16.9±9.5	13.8±9.9	19.1±9.4	11.7±7.7	57.5±11.4	1.1±1.4
Plansız (n:102)	18.4±10.8	13.2±9.3	19.2±10.9	11.9±8.9	56.6±11.6	1.2±1.5
P Değeri ^{tt}	<i>0.267</i>	<i>0.651</i>	<i>0.927</i>	<i>0.858</i>	<i>0.547</i>	<i>0.589</i>
Gebeliği Sonlandırmayı Düşünme						
Evet (n:12)	20.7±11.9	11.6±7.1	15.8±10.0	9.5±7.4	50.3±11.1	1.6±1.6
Hayır (n:215)	17.4±10.0	13.7±9.7	19.4±10.1	12.0±8.3	57.5±11.4	1.1±1.5
P Değeri ^{ttt}	<i>0.295</i>	<i>0.656</i>	<i>0.309</i>	<i>0.245</i>	0.045	<i>0.304</i>
Gebelik Kaybı Yaşama						
Evet (n:69)	17.5±10.6	12.1±8.5	19.5±10.7	12.1±8.7	55.6±12.0	1.2±1.7
Hayır (n:158)	17.6±9.9	14.2±10.0	19.0±9.9	11.7±8.1	57.7±11.2	1.2±1.3
P Değeri ^{tt}	<i>0.911</i>	<i>0.147</i>	<i>0.760</i>	<i>0.786</i>	<i>0.197</i>	<i>0.809</i>
Riskli Gebelik Durumu						
Riskli (n:58)	19.2±9.2	14.0±9.8	22.2±10.0	14.2±9.1	59.3±11.8	1.5±1.5
Riskli değil (n:169)	17.0±10.4	13.4±9.5	18.1±9.9	11.0±7.8	56.3±11.3	1.1±1.4
P Değeri ^{tt}	<i>0.164</i>	<i>0.655</i>	0.009	0.011		<i>0.071</i>

Tablo 6: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon, Anksiyete, Prenatal ve Doğum Sonrası Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Gebelik İzlem Durumu						
Düzenli (n:212)	17.2±9.8	13.3±9.7	19.3±10.2	11.9±8.3	57.3±11.3	1.1±1.4
Düzensiz (n:15)	23.5±13.1	17.2±7.4	17.8±8.6	11.4±6.9	54.0±13.7	2.0±2.0
P Değeri^{ttt}	<i>0.057</i>	0.034	<i>0.679</i>	<i>0.887</i>	<i>0.485</i>	<i>0.057</i>
Gebelik İzlem Yeri						
Devlet Hastanesi ^a (n:146)	17.8±10.4	14.1±9.8	19.6±10.4	12.2±8.5	56.7±11.3	1.2±1.4
Üniversite Hastanesi ^b (n:16)	19.6±7.4	12.2±9.3	19.9±8.7	12.6±9.0	52.3±9.8	1.3±2.0
Özel Hastane ^c (n:37)	15.1±9.6	13.1±10.0	17.2±9.9	10.4±7.4	61.9±11.8	1.0±1.4
Devlet, Üniversite ve Özel Hastane ^d (n:28)	18.6±10.3	12.0±8.4	19.3±9.4	11.5±7.6	55.6±11.1	1.2±1.6
P Değeri^{tttt}	<i>0.369</i>	<i>0.654</i>	<i>0.621</i>	<i>0.681</i>	0.018	<i>0.934</i>
Anlamlı fark					c>a,b,d	
İzlemlerde Bilgi Alma Durumu						
Bilgi alan (n:134)	17.3±10.0	12.6±9.2	19.8±10.2	11.6±8.1	57.5±10.9	1.0±1.3
Bilgi almayan (n:93)	18.0±10.3	15.0±10.1	18.2±9.9	12.1±8.5	56.5±12.3	1.4±1.6
P Değeri^{tt}	<i>0.600</i>	<i>0.065</i>	<i>0.248</i>	<i>0.653</i>	<i>0.511</i>	<i>0.088</i>
Bebeğin Cinsiyetini İsteme Durumu						
İsteyen (n:150)	17.5±10.1	13.6±9.3	19.2±9.8	12.1±8.0	57.6±11.5	1.0±1.3
İstemeyen (n:77)	17.7±10.2	13.5±10.2	19.1±10.7	11.4±8.8	56.1±11.5	1.5±1.6
P Değeri^{tt}	<i>0.906</i>	<i>0.953</i>	<i>0.935</i>	<i>0.540</i>	<i>0.371</i>	0.009
Gebeliğini Öğrendiklerindeki Hisleri						
Olumlu duygulanım* (n:153)	16.6±9.6	13.6±10.2	18.6±9.4	11.5±7.9	58.4±11.0	1.0±1.3
Olumsuz duygulanım** (n:74)	19.7±10.8	13.5±8.4	20.4±11.4	12.4±9.0	54.4±12.0	1.5±1.7
P Değeri^{tt}	0.028	<i>0.960</i>	<i>0.219</i>	<i>0.447</i>	0.013	0.010
3.Trimesterindeki Hisleri						
Olumlu duygulanım* (n:172)	16.4±9.1	13.6±9.7	18.5±10.1	11.6±8.5	58.5±10.8	1.0±1.4
Olumsuz duygulanım** (n:55)	21.4±12.2	13.5±9.3	21.3±9.9	12.4±7.5	52.8±12.5	1.5±1.5
P Değeri^{tt}	0.001	<i>0.935</i>	<i>0.068</i>	<i>0.559</i>	0.001	0.027

* Mutluluk, sevinç, heyecan

** Üzülme, ağlama, endişe, tedirginlik, hiçbir şey hissetmeme, şaşırma, karmaşık duygular, doğum ve ölüm korkusu

^t Varyans Analizi

^{tt} t Testi

^{ttt} Mann Whitney U Testi

^{tttt} Kruskal Wallis Varyans Analizi

Kadınların **obstetrik özelliklerine göre gebelik ve doğum sonrası depresyon ve anksiyete, prenatal ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması toplam puan ortalamaları** karşılaştırılmıştır.

Gebelik sayısına göre doğum sonrası depresyon ($p=0.006$), anksiyete ($p=0.016$) ve prenatal bağlanma puan ortalamaları ($p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 6). İlk gebeliği olanların prenatal bağlanma, doğum sonrası depresyon ve anksiyete puan ortalamaları hem ikinci gebeliği olanlardan hem de üç ve daha fazla gebeliği olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İki ve daha fazla gebeliği olanların prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Yaşayan çocuk sayısına göre doğum sonrası depresyon ($p=0.006$) ve prenatal bağlanma puan ortalamaları ($p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Yaşayan çocuğu olmayanların doğum sonrası depresyon ve prenatal bağlanma puan ortalamaları diğer grupların puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre gebelik ve doğum sonrası depresyon, anksiyete ve doğum sonrası anne bebek bağlanması puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 6). Gebeliğini sonlandırmayı düşünmeyenlerin PBE puan ortalaması (57.5 ± 11.4) gebeliğini sonlandırmayı düşünenlere (50.3 ± 11.1) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Riskli gebelik yaşama durumuna göre gebelik ve doğum sonrası anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) gebelik ve doğum sonrası depresyon, prenatal ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 6). Riskli gebelik süreci yaşayanların hem gebelik hem de doğum sonrası dönem anksiyete puan ortalamaları sağlıklı gebelik süreci yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Gebelik izlem durumuna göre doğum sonrası depresyon toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), düzenli izlem yaptırmayanların puan ortalamalarının düzenli izlem yaptıranlarınkinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu

belirlenmiştir. Gebelik dönemi depresyon, gebelik ve doğum sonrası anksiyete, prenatal ve doğum sonrası anne-bebek bağlanma puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6).

Gebelik izlemini yaptırdığı yere göre prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.018$), gebelik ve doğum sonrası depresyon, anksiyete ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Gebelik izlemini özel hastanede yaptıranların PBE puan ortalaması diğer grupların PBE puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bebeğin cinsiyetini isteme durumuna göre doğum sonrası anne-bebek bağlanması puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.009$), gebelik ve doğum sonrası depresyon, anksiyete ve prenatal bağlanma toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 6). İstemediği cinsiyetteki bebeğe sahip olan kadınların doğum sonrası ABBÖ puan ortalaması (1.5 ± 1.6) istediği cinsiyetteki bebeğe sahip olan kadınlarınkinden (1.0 ± 1.3) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Gebeliğini öğrendiğindeki ve 3. trimesterde yaşadıkları hislerine göre gebelik dönemi depresyon, prenatal ve doğum sonrası bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), doğum sonrası depresyon, gebelik ve doğum sonrası anksiyete puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Gebe kaldığını öğrendiğinde ve 3. trimesterde olumsuz duygu yaşayanların gebelik dönemi depresyon ve doğum sonrası ABBÖ puan ortalaması olumlu duygu yaşayanların puan ortalamasına göre yüksek, PBE puan ortalaması ise düşük bulunmuştur.

Gebe kalmayı planlama, gebelik kaybı yaşama ve gebelik izlemlerinde bilgi alma durumlarına göre gebelik ve doğum sonrası depresyon ve anksiyete, prenatal ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 6).

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7' de verilmiştir.

Tablo 7: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tazları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$
Gebelik Sayısı					
1 gebelik ^a (n:61)	2.1±0.5	1.9±0.6	1.3±0.6	0.9±0.5	2.0±0.5
2 gebelik ^b (n:71)	2.0±0.6	1.8±0.6	1.2±0.6	1.0±0.5	1.8±0.6
3 ve üzeri gebelik ^c (n:95)	2.1±0.5	1.8±0.6	1.3±0.6	1.1±0.5	1.9±0.6
P Değeri^t	<i>0.721</i>	<i>0.468</i>	<i>0.601</i>	0.019	<i>0.114</i>
Anamlı fark				c>a	
Yaşayan Çocuk Sayısı					
Yok ^a (n:77)	2.1±0.5	2.0±0.5	1.2±0.5	0.9±0.5	2.0±0.5
1 ^b (n:86)	2.0±0.6	1.7±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	1.8±0.6
2 ve üzeri ^c (n:64)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.3±0.6	1.2±0.5	1.9±0.7
P Değeri^t	<i>0.304</i>	0.042	<i>0.713</i>	0.011	<i>0.374</i>
Anamlı fark		a>b		c>a	
Gebe Kalmayı Planlama					
Planlı (n:125)	2.1±0.5	1.8±0.6	1.2±0.6	1.0±0.5	1.9±0.6
Planlı değil (n:102)	2.0±0.6	1.8±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	1.9±0.6
P Değeri^{tt}	<i>0.173</i>	<i>0.871</i>	<i>0.053</i>	<i>0.781</i>	<i>0.791</i>
Gebeliği Sonlandırmayı Düşünme					
Evet (n:12)	1.7±0.7	1.6±0.6	1.1±0.5	1.0±0.4	1.6±0.8
Hayır (n:215)	2.1±0.5	1.8±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	1.9±0.6
P Değeri^{ttt}	<i>0.061</i>	<i>0.157</i>	<i>0.439</i>	<i>0.590</i>	<i>0.134</i>
Gebelik Kaybı Yaşama					
Evet (n:69)	2.1±0.5	1.9±0.6	1.3±0.6	1.1±0.5	1.9±0.6
Hayır (n:158)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	1.9±0.6
P Değeri^{tt}	<i>0.152</i>	<i>0.429</i>	<i>0.523</i>	0.030	<i>0.877</i>
Riskli Gebelik Durumu					
Riskli (n:58)	2.2±0.6	1.8±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	2.0±0.6
Riskli değil (n:169)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.3±0.5	1.0±0.5	1.9±0.6
P Değeri^{tt}	<i>0.779</i>	<i>0.752</i>	<i>0.712</i>	<i>0.551</i>	<i>0.126</i>

Tablo 7: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Gebelik İzlem Durumu					
Düzenli (n:212)	2.1±0.5	1.9±0.6	1.2±0.6	1.0±0.5	1.9±0.6
Düzenli değil (n:15)	1.7±0.7	1.5±0.6	1.6±0.6	1.3±0.5	1.6±0.7
P Değeri^{ttt}	0.017	0.080	0.036	0.014	0.029
Gebelik İzlem Yeri					
Devlet Hastanesi ^a (n:146)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.3±0.6	1.1±0.5	1.9±0.6
Üniversite Hastanesi ^b (n:16)	2.2±0.5	1.8±0.6	1.2±0.4	1.0±0.4	1.6±0.7
Özel Hastane ^c (n:37)	2.2±0.5	1.9±0.5	1.2±0.4	0.9±0.5	2.0±0.7
Devlet, Üniversite ve Özel Hastane ^d (n:28)	1.9±0.6	1.7±0.6	1.2±0.4	0.9±0.6	2.1±0.6
P Değeri^{tttt}	0.098	0.668	0.234	0.340	0.046
Anlamlı fark					d>b
İzlemlerde Bilgi Alma Durumu					
Bilgi alan (n:134)	2.1±0.5	1.8±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	1.9±0.6
Bilgi almayan (n:93)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.3±0.6	1.1±0.5	1.9±0.6
P Değeri^{tt}	0.269	0.824	0.957	0.206	0.439
Bebeğin Cinsiyetini İsteme Durumu					
İsteyen (n:150)	2.0±0.5	1.8±0.6	1.3±0.5	1.0±0.5	1.9±0.5
İstemeyen (n:77)	2.1±0.6	1.9±0.6	1.2±0.6	1.1±0.5	2.0±0.7
P Değeri^{tt}	0.880	0.567	0.327	0.205	0.134
Gebe Kaldığı Öğrendiklerindeki Hisleri					
Olumlu duygulanım*(n:153)	2.1±0.5	1.9±0.6	1.2±0.5	1.0±0.5	2.0±0.5
Olumsuz duygulanım**(n:74)	1.9±0.6	1.8±0.7	1.4±0.6	1.0±0.5	1.8±0.7
P Değeri^{tt}	0.011	0.205	0.067	0.574	0.190
Gebeliğin 3. Trimesterindeki Hisleri					
Olumlu duygulanım*** (n:172)	2.1±0.5	1.9±0.6	1.3±0.6	1.0±0.5	1.9±0.6
Olumsuz duygulanım**** (n:55)	2.0±0.5	1.7±0.6	1.3±0.6	1.1±0.4	1.8±0.6
P Değeri^{tt}	0.373	0.062	0.905	0.521	0.241

* Mutluluk, sevinç, heyecan

** Üzülme, ağlama, endişe, tedirginlik, hiçbir şey hissetmeme, şaşırma, karmaşık duygular, doğum ve ölüm korkusu

^t Varyans Analizi

^{tt} t Testi

^{ttt} Mann Whitney U Testi

^{tttt} Kruskal Wallis Varyans Analizi

Gebelerin **obstetrik özelliklerine göre SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları** karşılaştırılmıştır.

Gebe kadınların **gebe kalmayı planlama, gebeliğini sonlandırmayı düşünme, gebelikte riskli durum yaşama, gebelik izlemlerinde bilgi alma, bebeğin cinsiyetini isteme durumlarına ve gebeliğin üçüncü trimesterindeki hislerine göre SBTÖ alt boyutlarının** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 7).

Gebelik sayısına göre grupların boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p=0.019$), diğer başa çıkma tarzları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 7). Üç ve üzeri gebelik yaşayan kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması ilk gebeliğini yaşayan kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yaşayan çocuk sayısına göre grupların kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) fakat iyimser yaklaşım ($p=0.042$) ile boyun eğici yaklaşım ($p=0.011$) boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Çocuğu olmayan grupta bulunan kadınların iyimser yaklaşım puan ortalaması bir çocuğu olan kadınların iyimser yaklaşım puan ortalamasından, iki ve üzeri çocuğu olan kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması çocuğu olmayan grupta bulunan kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Gebelik kaybı yaşama durumuna göre grupların kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.030$, Tablo 7). Gebelik kaybı yaşayanların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması gebelik kaybı yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Gebelik izlem durumuna göre grupların kendine güvenli yaklaşım ($p=0.017$), çaresiz yaklaşım ($p=0.036$), boyun eğici yaklaşım ($p=0.014$), ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları ($p=0.029$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 7). Kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları düzenli izlem yaptıranlarda, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları ise düzenli izlem yaptırmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Gebelik izlem yerine göre grupların kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 7). Gebelik izlemini devlet, üniversite ve özel hastane karışık olarak yaptıranların sosyal destek arama puan ortalaması gebelik izlemini üniversite hastanesinde yaptıranlarından anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Gebe kaldığını öğrendiklerindeki hislerine göre iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.011$, Tablo 7). Gebe kaldığını öğrendiklerinde olumlu duygular yaşayanların kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması olumsuz duygular yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 8’de kadınların doğum ve doğum sonrasına ilişkin özelliklerine göre doğum sonrası depresyon, anksiyete ve doğum sonrası bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 8: Kadınların Doğum ve Doğum Sonrasına İlişkin Özelliklerine Göre Doğum Sonrası Depresyon, Anksiyete ve Anne-Bebek Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası $\bar{x} \pm S$	Beck Anksiyete Envanteri $\bar{x} \pm S$	Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği $\bar{x} \pm S$
Doğum Şekli			
Normal (n:153)	12.9±9.5	11.6±8.3	1.2±1.5
Sezaryen (n:74)	14.8±9.9	12.3±8.2	1.1±1.3
P Değeri^t	0.173	0.579	0.475
Doğum Sürecinde Sorun Yaşama Durumu			
Yaşayan* (n:8)	18.0±10.0	16.0±9.9	1.5±1.8
Yaşamayan (n:219)	13.4±9.6	11.7±8.2	1.2±1.5
P Değeri^{tt}	0.140	0.168	0.588
Doğum Sonrası Süreçte Sorun Yaşama Durumu			
Yaşayan** (n:8)	19.6±8.6	21.6±11.2	1.5±1.7
Yaşamayan (n:219)	13.3±9.6	11.5±7.9	1.2±1.5
P Değeri^{tt}	0.039	0.008	0.460
Doğumda ve Doğum Sonrası Süreçte Bebekte Sorun Yaşama Durumu			
Yaşayan*** (n:40)	16.8±9.1	13.3±9.0	1.2±1.5
Yaşamayan (n:187)	12.8±9.6	11.5±8.1	1.2±1.5
P Değeri^t	0.017	0.208	0.971
Doğumdan Sonra Bebekten Ayrı Kalma Durumu			
Kalan**** (n:37)	16.9±9.5	13.6±9,1	1.2±1.5
Kalmayan (n:190)	12.9±9.5	11.5±8,0	1.2±1.5
P Değeri^t	0.018	0.162	0.825

*Hipertansiyon, eylemin ilerlememesi, omuz takılması, anestezi yan etkisi, kanama

** Hipertansiyon, anestezi yan etkisi, kanama, insizyon yeri enfeksiyonu

*** Respiratuar distres sendromu, mekonyum aspirasyonu, klavikula kırığı, yenidoğan sarılığı, enfeksiyon

^t t Testi

^{tt} Mann Whitney U Testi

Kadınların **doğum ve doğum sonrasına ilişkin özelliklerine göre doğum sonrası depresyon, anksiyete ve bağlanma puan ortalamaları** karşılaştırılmıştır.

Doğum şekli ve doğum sürecinde sorun yaşama durumuna göre doğum sonrası depresyon, anksiyete ve bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 8).

Doğum sonrası süreçte sorun yaşama durumuna göre doğum sonrası depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (sırasıyla $p=0.039$; $p=0.008$), doğum sonrası bağlanma puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 8). Doğum sonrası süreçte sorun yaşayanların depresyon ve anksiyete puan ortalaması (sırasıyla 19.6 ± 8.6 ; 21.6 ± 11.2) sorun yaşamayanların puan ortalamalarına (sırasıyla 13.3 ± 9.6 ; 11.5 ± 7.9) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Doğumda ve doğum sonrası süreçte bebekte sorun yaşama ve bebekten ayrı kalma durumuna göre doğum sonrası depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (sırasıyla $p=0.017$; $p=0.018$), doğum sonrası anksiyete ve bağlanma puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 8). Doğumda ve doğum sonrası süreçte bebekte sorun yaşayan ve bebeğinden bir süre ayrı kalanların depresyon puan ortalaması sorun yaşamayanların ve bebeğinden ayrı kalmayanların puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Gebelik ve doğum sonrası depresyon ve anksiyete düzeyi ile stresle başa çıkma tarzlarının gebelik ve doğum sonrası bağlanma düzeyi ile ilişkisi Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 9: Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon ve Anksiyete Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Gebelik ve Doğum Sonrası Bağlanma Düzeyi İle İlişkisi

	Prenatal Bağlanma	Doğum Sonrası Bağlanma*
	R	R
Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası		
Gebelik Döneminde	-0.104	0.174
Doğum Sonrası	0.010	0.221
Beck Anksiyete Envanteri		
Gebelik Döneminde	0.033	0.115
Doğum Sonrası	0.084	0.151
Stresle Başa Çıkma Tarzları		
Kendine Güvenli Yaklaşım	0.299	-0.097
İyimser Yaklaşım	0.242	-0.167
Çaresiz Yaklaşım	0.015	0.041
Boyun Eğici Yaklaşım	-0.103	0.116
Sosyal Destek Arama	0.143	-0.048
Prenatal Bağlanma Envanteri		-0.297

* Anne-bebek bağlanma ölçeğinden alınan puanın artması bağlanmanın olumsuz olduğunu göstermektedir.

Kadınların **gebelik ve doğum sonrası depresyon puan ortalamaları ile gebelik ve doğum sonrası anne-bebek bağlanma puanları** arasındaki ilişki incelendiğinde, hem gebelik hem de doğum sonrası depresyon puan ortalamaları ile doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0.174$, $p=0.009$; $r=0.221$, $p=0.001$). Fakat doğum sonrası anne-bebek bağlanma ölçeğinden alınan puanın artması, bağlanmanın olumsuz olduğunu gösterdiğinden, gebelik ve doğum sonrası depresyon düzeyi ile doğum sonrası anne-bebek bağlanması arasında gerçekte negatif bir ilişki vardır. Gebelik dönemi depresyon puan ortalaması ile prenatal bağlanma arasında bir ilişki belirlenmemiştir (Tablo 9).

Kadınların **gebelik ve doğum sonrası anksiyete puan ortalamaları ile gebelik ve doğum sonrası anne-bebek bağlanma puanları** arasındaki ilişki incelendiğinde, doğum sonrası anksiyete puan ortalaması ile doğum sonrası anne-bebek bağlanma

düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.151$, $p=0.023$). Kadının doğum sonrası anksiyete düzeyinin artması bağlanmayı olumsuz etkilemektedir. Ancak gebelikteki anksiyete puan ortalaması ile prenatal bağlanma ve doğum sonrası bağlanma arasında bir ilişki belirlenmemiştir (Tablo 9).

Kadınların **stresle başa çıkma tarzları alt boyut puan ortalamaları ile gebelik ve doğum sonrası anne-bebek bağlanma puanları** arasındaki ilişki incelendiğinde, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları ile prenatal bağlanma düzeyi arasında pozitif bir ilişki, iyimser yaklaşım puan ortalaması ile doğum sonrası bağlanma arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0.299$, $p=0.000$; $r=0.242$, $p=0.000$; $r= -0.167$, $p=0.012$). Kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzını kullanan kadınların gebelik dönemi, iyimser yaklaşımı kullananların da doğum sonrası anne bebek bağlanma bağlanma düzeyi artmaktadır. Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları ile hem prenatal bağlanma düzeyi hem de doğum sonrası anne-bebek bağlanması arasında bir ilişki belirlenmemiştir (Tablo 9).

Prenatal bağlanma puan ortalaması ile doğum sonrası anne-bebek bağlanma puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, prenatal bağlanma puan ortalaması ile doğum sonrası anne-bebek bağlanma puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= -0.297$, $p=0.000$) (Tablo 9). Anne-bebek bağlanma ölçeğinden alınan puanın artması bağlanmanın negatif/olumsuz olduğunu gösterdiğinden prenatal bağlanma arttıkça doğum sonrası bağlanma da artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bağlanma, yaşamın erken dönemlerinden itibaren çevreyle olan etkileşim sonucu ortaya çıkan, çocuk ve bakımını üstlenen kişi arasında gelişen ilişki kurma, çocuğun kendisine bakan kişiyi araması ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirgin hale gelen ve süreklilik gösteren bir bağdır (Sümer, 2006).

Bu çalışmada gebelik ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyini ve bunu etkileyen faktörler ile gebelikteki bağlanma düzeyi ile doğum sonrası dönemdeki bağlanma düzeyi arasında ilişki ortaya konulmuştur.

Çalışmadaki gebelerin PBE düzeyi (ortalama puanı:57.1±11.5) Armstrong'un (2002) (57.1±9.1), Siddiqui ve Högglöf'ün (2000) (57.4±8.9), Yılmaz ve Beji'nin (2010) (60.7±10.1) çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir.

Anne-bebek bağlanma ölçeğinden alınan puanın artması bağlanmanın negatif/olumsuz olduğunu gösterir. Çalışmada ölçekten alınan puan dağılımının 0-8 arası değerde olması ve puan ortalamasının düşük (1.2±1.5) olarak saptanması doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu düşündürdüğünden sevindirici bir bulgudur. Bienfait ve arkadaşlarının (2011) bu çalışmada kullanılan aynı ölçeği kullanarak elde etmiş oldukları puanlar (puan dağılımlarının 0-6 arası ve ortalama puanın 1 olarak bulunması) çalışmada bulmuş olduğumuz puanlarla benzerlik göstermektedir (Tablo 3).

Depresyon sık görülen, pek çok kadının ve ailelerin hayatını, yaşam kalitesini, bebeklerinin gelişimini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Gebelik ve doğum sonrası depresyon düzeyini belirlemeye yönelik yapılan longitudinal çalışmalarda; Setse ve arkadaşları (2009) son trimesterde gebelerin % 30'unun, doğum sonrası ise %9'unun EAMDS puanını 16 ve üzerinde, Glasser ve arkadaşları (2012) gebelikte %20.8 postpartum dönemde %16.3 olarak saptamışlardır. Bu çalışmalar gebelik döneminde depresif semptomların doğum sonrası döneme göre daha fazla görüldüğünü vurgulamaktadır. Bu bulgularla uyumlu olacak şekilde çalışmaya katılan gebelerin %50.7'sinin gebelik dönemi, %36.6'sının da doğum sonu EAMDS puanı 16 ve üzerinde bulunmuştur (Grafik 2).

Gebelikte depresyonun görülme sıklığı toplumdan topluma kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. Sadece gebelikte depresyon görülme sıklığını belirlemeye yönelik yapılan yurt dışı çalışmalarda depresyon görülme sıklığının %18-58 arasında değiştiği görülmektedir (Kurki ve ark., 2000; Honjo ve ark., 2003; Marcus ve ark., 2003; Armstrong, 2004; Lara ve ark., 2009; Seimry ve ark., 2009). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da gebelikte depresyon görülme sıklığı %12-58 arasında değişmektedir (Cebeci ve ark., 2002; Akbaş ve ark., 2008; Karaçam ve Ançel, 2009; Erbil ve ark., 2009; Arslan, 2010; Yılmaz ve Beji, 2010). Ülkemizde doğum sonrası depresyon ve depresif semptom görülme sıklığını inceleyen çalışmalarda doğum sonrası depresyon %12-40 arasında değişen sıklıklarda bildirilmiştir (İnandı ve ark., 2002; Ekuklu ve ark., 2004; Nur ve ark., 2004; Ayvaz ve ark., 2006; Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006; Arslantaş ve ark., 2009; Efe ve ark., 2009; Durukan ve ark., 2011). Çalışmanın doğum sonrası dönemdeki depresyon sıklığı (%36.6) bu çalışma sonuçları ile uyumludur.

Literatürde bildirilen gebelik ve doğum sonrası depresyon sıklığının değişkenlik göstermesinin sebebi, çalışma yöntemlerine, çalışmaların gebelik ve doğum sonrası farklı dönemlerde yapılması ve farklı sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerdeki populasyonlarda, farklı ölçek kullanımı ve aynı ölçeklerde kesim noktasının farklı alınmasına bağlı olabilir.

İnanç’ın (1990) çalışmasında “sizce gebelik nasıl bir dönemdir” sorusunu gebelerin %49.1’i, lohusaların %48’i “gebelik fiziksel güçlükleri olan, zor, sıkıntılı, sağlık kaygısına düşüren ağır bir dönem” olarak yanıtlamışlardır. Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi, kadın yaşamında değişiklik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek de mümkündür. Yaşanan bu kriz dönemi gelişimi sağlayacağı gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de gelebilir. Eğer sorun çözülmezse, emosyonel baskılar artmaya devam eder, kişi kaygı ve depresyon yaşar (Sertbaş, 1998; Taşkın, 2011).

Gebelikte doğuma yakın dönemde anksiyete düzeyi doğum sonrası döneme göre daha yüksek olabilir. Artan anksiyetenin nedeni gebelik seyri, gebenin kendi ve bebeğin sağlığıyla ilgili endişeleri ve yaklaşan doğuma bağlı duyulan korku olabilir (Sertbaş, 1998; Körükçü ve ark., 2010; Üst ve ark., 2013). Önceki çalışmalarla uyumlu olacak şekilde bu çalışmada da gebelik dönemi anksiyete düzeyinin (ortalama:19.2±10.1) doğum sonrası döneme (ortalama: 11.8±8.2) göre yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 3-Grafik 1). Yapılan çalışmalarda da gebelerin doğum öncesi anksiyete düzeylerinin

doğum sonrası anksiyete düzeylerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Sertbaş, 1998; Sevil ve ark., 2004; Üst ve ark., 2013).

Çalışmada gebelik döneminde depresyon düzeyinin eğitim ve çalışma durumundan, kadınların ekonomik durum algısından etkilendiği saptanmıştır (Tablo 4). Elde ettiğimiz sonuçla uyumlu olarak eğitimin (Honjo ve ark., 2003; Nur ve ark., 2004; Akbaş ve ark., 2008; Gözüyeşil ve ark., 2008; Erbil ve ark., 2009; Arslan, 2010; Yılmaz ve Beji 2010; Goecke ve ark., 2012), çalışma durumunun (Arslan, 2010; Şahin ve Kılıçaslan, 2010; Yılmaz ve Beji, 2010) ve ekonomik durumun depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğunu (Gözüyeşil ve ark., 2008; Leigh ve Milgrom, 2008; Erbil ve ark., 2009; Arslan, 2010; Şahin ve Kılıçaslan 2010; Yılmaz ve Beji 2010) gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Gebenin yaşının, aile tipinin ve kronik bir hastalığa sahip olma durumunun ise gebelik döneminde depresyon düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4). Daha önce yapılan araştırmalarda da; yaşın (Honjo ve ark., 2003; Hart ve McMahon, 2006; Akbaş ve ark., 2008; Babadağlı, 2008; Gözüyeşil ve ark., 2008; Tekgöz ve ark., 2009), aile tipinin (Akbaş ve ark., 2008; Arslantaş ve ark., 2009; Efe ve ark., 2009; Şahin ve Kılıçaslan, 2010; Yılmaz ve Beji, 2010) gebelik döneminde depresyon düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Kadınların doğum sonrası depresyon düzeyini yaşı, eğitim düzeyi, aile tipi, çalışma durumu, ekonomik durumunu algılayışı ve kronik bir hastalığa sahip olma durumu etkilememiştir (Tablo 4). Elde ettiğimiz sonuçla paralel olarak yaşın (Cebeci ve ark., 2002; Taşdemir ve ark., 2006; Efe ve ark., 2009; Durukan ve ark., 2011), eğitim durumunun (Ayvaz ve ark., 2006; Taşdemir ve ark., 2006; Efe ve ark., 2009), çalışma durumunun (Durukan ve ark., 2011), sosyo-ekonomik düzeyin (Cebeci ve ark., 2002; Taşdemir ve ark., 2006), kronik bir hastalığa sahip olma durumunun (Taşdemir ve ark., 2006) doğum sonrası depresyon düzeyini etkilemediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu sonuçların aksine; İnandı ve arkadaşları (2002) ile Kitamura ve arkadaşları (2013) küçük anne yaşının, Nur ve arkadaşları (2004) ile Durukan ve arkadaşları (2011) düşük eğitim düzeyinin postpartum depresyon için risk faktörü olduğunu, Cebeci ve arkadaşları (2002) kronik hastalığı olanlarda daha yüksek depresyon semptomları görüldüğünü saptamıştır. Bu farklılık çalışmanın yapıldığı grupların sosyo-ekonomik düzey farklılığından ve farklı ölçek kullanımlarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada gebelik dönemindeki anksiyete düzeyini eğitim ve çalışma durumu, ekonomik durum algısı ve kronik bir hastalığa sahip olma durumu; doğum sonrası dönemde ise sadece kronik hastalığa sahip olma durumunun etkilediği, buna karşın hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde anksiyete düzeyini yaşın ve aile tipinin etkilemediği görülmektedir (Tablo 4). Çalışmada eğitim düzeyi lise ve üzeri olan gebelerin anksiyete düzeyinin düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4). Bazı çalışmalarda eğitim durumu düşük olan gebelerin, anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunun (Sertbaş, 1998; Üst ve ark., 2013) saptanması bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Gebelik ve doğum birçok bilinmeyenlerle dolu olsa da, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların daha bilinçli olduklarını ve ihtiyaç duydukları bilgiye ulaşabildiklerini ve böylece anksiyetelerini kısmen de olsa azaltabildiklerini söyleyebiliriz.

Anne adaylarını endişelendiren bir başka konu da ekonomik faktörlerdir. Bebeğin doğumunun ve sonrasında gerektirdiği harcamalar anne adayında anksiyeteye neden olabilir. Çalışmada ekonomik statüsü düşük olanlarda anksiyetenin daha yüksek olmasının sebebi bu olabilir. Dülgerler ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında buldukları sonuç (gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade eden gebelerin anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu) bu çalışma sonucuyla uyumludur.

Yapılan önceki araştırmalardan (Sevil ve ark., 2004; Akbaş ve ark., 2008; Tekgöz ve ark., 2009; Şahin ve Kılıçaslan, 2010; Üst ve ark., 2013) farklı olarak çalışmamızda, gebenin çalışma durumu ve anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aradaki fark çalışma yöntem ve düzeninden kaynaklanabileceği gibi yarı kırsal özelliklere sahip olan Sivas merkezinde gebelerin çalışmak için de olsa evden ayrılmalarının ve farklı bir ortamda bulunmanın rahatlama hissi oluşturabileceği ve kendi işleriyle meşgul olduklarından sorunlardan uzaklaşmakla kendilerini daha iyi hissetmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada şaşırtıcı bir bulgu olarak doğum sonrası dönemde herhangi bir kronik hastalığı olmayanların anksiyete düzeyinin yüksek bulunmasıdır (Tablo 4). Bu durum kronik hastalığı olmayanların mevcut sağlık durumlarından kaygı duyduklarını akla getirmektedir.

Literatürde genç annelerde maternal-fetal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu (Lindgren, 2001; Yılmaz ve Beji, 2010), maternal yaş arttıkça bağlanma düzeyinin düştüğü (Damato, 2004; Üstünsöz ve ark., 2010), genç anne yaşının, çocuğun

kabulünün düşük olmasında risk faktörü olduğu (East ve ark., 1994), gebenin yaşı ile bağlanmanın kalitesi arasında önemli ilişki olduğu (Hart ve McMahon, 2006) saptanmıştır. Benzer şekilde çalışma bulgularında 20 yaş altı gebelerin PBE düzeyinin 35 yaş ve üzerinde olan gebelerinkinden yüksek olması (Tablo 4) genç yaştaki gebelerin kendilerini anneliğe daha hazır hissettiklerini göstermektedir.

Göreceli olarak daha eğitilmiş (Lidgren, 2001; Üstünsöz ve ark., 2010; Yılmaz ve Beji, 2010) ve çalışmakta olan gebelerin (Arslan, 2010; Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Yılmaz ve Beji, 2010), prenatal bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu farklı çalışmalarda ifade edilmiştir. Bu çalışmaları destekleyecek şekilde araştırmada da daha eğitilmiş ve çalışan gebelerin prenatal bağlanma düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Araştırmada doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyinin kadının yaşı, eğitimi, aile tipi, çalışma durumu, ekonomik durum algısı ve kronik hastalığa sahip olma durumundan etkilenmediği bulunmuştur (Tablo 4). Buna karşın literatürde farklı bulguların olduğu görülmüştür. Örneğin Akkoca'nın (2009) çalışmasında, doğum sonrası birinci haftada anne yaşının bağlanma üzerine etkisi olduğu belirtilmiştir. Annelerin eğitim durumunun doğum sonrası bağlanma düzeyini etkilemediği sonucumuzla ilgili literatürde çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Annenin eğitim durumunun bağlanmayı etkilemediğini (Kavlak, 2004; Akkoca, 2009), eğitim düzeyi arttıkça anne-bebek bağlanmasının arttığını (Çoban, 2003) ileri süren çalışmalar vardır. Bazı çalışmalarda da doğum sonrası bağlanmanın sosyo-ekonomik durumla ilişkisi olmadığını belirlemesi (Çoban, 2003; Moehler ve ark., 2006) elde ettiğimiz sonucu desteklerken Kavlak (2004) ve Akkoca (2009) ise gelir düzeyi ile doğum sonrası anne-bebek bağlanması arasında anlamlı fark olduğunu bulmuştur. Bu farklılık çalışmaların yönteminden ve çalışılan bölgeden, toplumsal farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Gebelik kadının yaşamında önemli bir yere sahip olmakla beraber gebelik döneminde oluşan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerden dolayı gelişimsel kriz ya da kritik bir dönem olarak değerlendirilmektedir (Da Costa ve ark., 1999; Taşkın, 2011). Bu dönemde gelişen psikolojik değişikliklere çoğu kadın kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda farklı düzeylerde ruhsal sorunlar görülebilmektedir (Karaçam ve Ançel, 2009; Taşkın, 2011). Gebelerde de belli düzeyde stres yaşandığından gebelerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek önemlidir.

Sağlıklı gebelerin baş etme yaklaşımlarını belirlemeye yönelik özel ölçüm araçları geliştirilmediğinden ya da gebelere özgü geçerlik ve güvenilirliği düşük ölçüm

araçları ile çalışmalar yapıldığından sağlıklı gebelik süreci yaşayan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile baş etme yaklaşımları arasında veriler yetersiz olup tutarlı değildir (Yali ve Lobel, 1999; Borcharding, 2009).

Çalışmada SBCTÖ alt boyutları puan ortalamaları kendine güvenli yaklaşım 2.0 ± 0.5 , iyimser yaklaşım 1.8 ± 0.6 , çaresiz yaklaşım 1.3 ± 0.6 , boyun eğici yaklaşım 1.0 ± 0.5 ve sosyal destek arama 1.9 ± 0.6 idi (Tablo 3). Yılmaz ve Beji'nin (2010) araştırma sonuçları da çalışma sonuçlarına çok benzer olarak; SBCTÖ alt boyutları puan ortalamalarını kendine güvenli yaklaşım 2.0 ± 0.5 , iyimser yaklaşım 1.7 ± 0.5 , çaresiz yaklaşım 1.1 ± 0.5 , boyun eğici yaklaşım 1.0 ± 0.5 ve sosyal destek arama 1.9 ± 0.6 olarak bulmuşlardır.

Çalışmada gebelerin yaş gruplarına göre SBTÖ alt boyutları arasında Yılmaz ve Beji'nin (2010) çalışmasında olduğu gibi anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5). Bazı araştırmalarda ise gebelerin yaşının, eğitim düzeyinin ve sosyo-ekonomik durumlarının stresle baş etme tarzlarını önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir (Yali ve Lobel, 1999; Huizink ve ark., 2002; Hamilton ve Lobel, 2008). Borcharding (2009) de yaş ile baş etme şekilleri arasında negatif ilişki olduğunu göstermiştir.

Daha eğitilmiş gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzı puan ortalamaları daha düşükken, sosyal destek arama boyutunda ise daha yüksek olması (Tablo 5) Yılmaz ve Beji'nin (2010) çalışmasında elde edilen sonuçları destekler niteliktedir. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar bilgi yetersizliği, kendine güven eksikliği gibi farklı nedenlerden dolayı daha fazla kaçınmacı tutum sergileyebilir daha çok boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzını kullanabilir ve daha az sosyal destek arayabilir (Borcharding, 2009). Eğitim düzeyi arttıkça kadının problem odaklı başa çıkma tarzını daha fazla kullandığı (Okanlı ve ark., 2003), kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığı ve benlik saygısının yükseldiği, gebe kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzından uzaklaştıkları ve stresle başa çıkmada eğitimin olumlu katkısı olduğu söylenebilir.

Çekirdek ailede yaşayan gebelerin stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, geniş ailede yaşayanların ise çaresiz yaklaşım tarzını kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Geniş aile yapısına sahip gebelerin kendisi ile ilgili ve aile içi verilecek kararlarda etkin söz sahibi olamayabileceğini bu durumda gebelerin kendine olan güvenlerinin azalabileceği ve çaresizlik hissedebileceği düşünülebilir. Geniş ailede gebenin yalnız olmadığı sorunlarını paylaşabileceği kişilerin olduğu düşünülebilir ancak gebenin yaşadığı sorun karşısında ailedeki birey sayısından çok bu bireylerin gebeye

destek olabilecek yetenek ve yeterlilikte olması önemlidir. Okanlı ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da ailedeki birey sayısı arttıkça algılanan sosyal destek puanının azaldığı görülmüştür. Gebenin yaşadığı sorunlar karşısında destek kişilerin olmayışı anksiyete oluşturabilir, artan anksiyete düzeyi gebenin sorunlarla sağlıklı baş etmesini olumsuz etkileyebilir (Settbaş, 1998).

Stresle başa çıkmada çalışmayan gebeler boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzını tercih etmektedir (Tablo 5). Bir işte çalışma ve bunun sonucu elde edilen ekonomik bağımsızlığın kadınları daha güçlü kıldığı ve stresle başa çıkmada boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha az kullanmalarını sağladığı, çalışmayanların ise kendilerini çaresiz hissettikleri, boyun eğmek zorunda olduklarını düşündükleri ve bu nedenle iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramadan uzaklaştıklarını söyleyebiliriz. Yılmaz ve Beji'nin (2010) çalışma sonucu elde ettiğimiz bulgularla örtüşürken, Borcharding (2009) çalışma durumunun başa çıkma tarzlarını etkilemediğini bildirmiştir. Bu farklılık çalışmanın farklı bir kültürde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Borcharding (2009) çalışmasında düşük gelir düzeyine sahip gebelerin sorunlarla başa çıkmada daha çok kaçınmacı tarzı tercih ettikleri, problemde ve insanlarla bir arada olmaktan kaçınmak için uyumayı seçtikleri belirtilmiş, Yali ve Lobel (1999) de düşük gelir düzeyine sahip gebelerin alkol, sigara gibi maddeleri kullanarak olumsuz bir başa çıkma yöntemini tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışmada geliri giderinden az olan gebelerin stresle baş ederken Yılmaz ve Beji (2010) nin çalışmasında olduğu gibi boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzını kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 5).

Karataylı (2007) ile Şahin ve Kılıçaslan (2010)'ın çalışmalarındaki bulgularla paralel olacak şekilde gebe olduklarını öğrenince sevinen kadınlarda depresyon skorunun daha düşük, buna karşılık gebeliklerini öğrendiklerinde ve üçüncü trimesterde korku, endişe, tedirginlik, üzüntü gibi karmaşık duyguları yaşayanların depresyon düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Çalışma bulgularından farklı olarak bazı çalışmalarda depresyon puanlarının, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı (Arslan, 2010), gebeliğin istenme durumu (Sevil ve ark., 2004; Yılmaz ve Beji, 2010), gebeliğin planlı olup olmaması (Honjo ve ark., 2003), cinsiyet beklentileri (Gözüyeşil ve ark., 2008) ve önceden yaşanan gebelik kaybı (Armstrong, 2002) durumundan etkilendiği belirtilmiştir. Buna karşılık, çalışma bulgularıyla benzer şekilde; yaşayan çocuk sayısının (Sevil ve ark., 2004); gebeliğin

istenme durumunun (Hart ve McMahon, 2006; Akbaş ve ark., 2008; Gözüyeşil ve ark., 2008), önceki gebeliklerinde kayıp yaşamış olmanın (Akbaş ve ark., 2008), gebelik döneminde sorun yaşamamanın (Erbil ve ark., 2009) ve cinsiyet beklentisinin (Hart ve McMahon, 2006; Akbaş ve ark., 2008) gebelik döneminde depresyon düzeyini etkilemediği de gösterilmiştir.

Yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da, annelerin bir kısmı için bazı duygusal sorunlar ortaya çıkabilir. Bunlardan en sık görüleni ve zorlayıcı olanı da depresyondur (Ayvaz ve ark., 2006). Doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısının artmasının, annelerin yaşadıkları biyolojik, ruhsal değişimler ve artan sorumluluğun, kadının kendine zaman ayıramamasının, yaşayan çocuğu olmayanların ise annelik bakım aktivitelerini ve annelik rolünü yerine getirmede endişelerinin olmasının depresyon sıklığı üzerine etkisinin olduğu söylenebilir. Nitekim çalışmada gebelik ve yaşayan çocuk sayısının, gebelik izlem durumunun kadınların doğum sonrası depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Durukan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında olduğu gibi araştırmada primiparların doğum sonrası depresyon düzeyi daha yüksek iken (Tablo 4), Sevil ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise iki ve daha fazla yaşayan çocuğa sahip kadınların doğum sonrası depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Gebelik izlem durumu, gebelik dönemi depresyon düzeyi üzerinde etkili değilken doğum sonrası dönemde etkili bulunmuştur ($p=0.034$, Tablo 6). Buna göre, izlemlerini düzenli yaptırmayan gebelerin doğum sonrası dönemde depresyon düzeyinin yüksek olması, plansız ya da istenmeyen gebeliğe sahip olma, kadının kendini anneliğe hazır hissetmemesi gibi farklı nedenlerle endişe ve korku gibi olumsuz duyguları doğum sonrasında yoğun olarak yaşanmasından kaynaklanmış olabilir (Şahin ve Kılıçarslan, 2010).

Araştırmada elde edilen bulgulara benzer şekilde önceki çalışmalarda; gebeliğin planlı olma durumu (Kara ve ark., 2001; Taşdemir ve ark., 2006; Efe ve ark., 2009), daha önce düşük yapma (Bergner ve ark., 2008), fiziksel sorun yaşama (Efe ve ark., 2009), doğacak bebeğin cinsiyeti ve annenin cinsiyetten memnun olma durumu (Ayvaz ve ark., 2006) ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bulguların aksine başka çalışmalarda, gebelik sırasında tıbbi sorun yaşayan (Durukan ve ark., 2011), gebeliğini istemeyen (Arslantaş ve ark., 2009; Efe ve ark., 2009; Arslan, 2010; Durukan ve ark., 2011) ve bebeğinin cinsiyetini benimsemeyen kadınlarda (Arslantaş ve ark., 2009) doğum sonrası depresyon görülme olasılığının arttığı gösterilmiştir. Bu

farklılık çalışmanın yönteminden, çalışmanın yapıldığı bölge ve sosyokültürel özelliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Gebelik fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı hastalık ile sağlık arasındaki çizginin incelendiği normal bir süreç olmasına rağmen sağlıklı kadınlar için bile risk oluşturabilir. Bu dönemde oluşabilecek riskli durum gebelikte anksiyete durumunu etkileyen faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır (Taşkın, 2011). Kişisel deneyimler gebeliği olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Daha önceki gebeliğinde ve doğum sırasında olumsuzluklar yaşayanlar, aynı olumsuzlukların bu gebelikte de tekrarlanabileceği endişesini duyabilirler. Andersson ve arkadaşları (2004) doğum öncesi depresyon ve/veya anksiyete ile erken kasımlara bağlı başvuru, planlı sezaryen ile doğum, doğumda epidural analjezi kullanımı ve travayın hasta tarafından daha uzun hissedilmesi arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır.

Çalışmada gebelik döneminde anksiyete düzeyini sadece riskli gebelik durumu etkilemiş, riskli gebelik yaşayanların anksiyete düzeyi yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Symon (2003) çalışmasının sonucunda riskli gebeliklerin anksiyeteye yol açabileceğini belirtmiştir. Akkoca (2009) da çalışmasında gebelikte anne ya da bebeği ilgilendiren fiziksel sorun varlığında, psikiyatrik rahatsızlık görülme oranının anlamlı derecede arttığını bildirmiştir. Bu çalışma sonuçlarının araştırma sonucuyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışma sonuçlarını destekler nitelikteki bazı araştırmalarda; kadınların primigravida ve multigravida olma durumlarına göre doğum öncesi anksiyete düzeyleri arasında fark olmadığı (Sertbaş, 1998; Sevil ve ark., 2004; Babadağlı, 2008), gebeliğini planlamamış olanların anksiyete ortalamalarının genel ortalamadan farklı çıkmadığı (Sevil ve ark., 2004; Babadağlı, 2008; Tekgöz ve ark., 2009), gebeliği isteme ve doğacak bebeğin cinsiyetini bilme (Hart ve McMahan, 2006; Üst ve ark., 2013) ve düşük yapma (Akbaş ve ark., 2008), gebe olduğunu öğrenince sevinme durumu (Şahin ve Kılıçaslan, 2010) ile anksiyete puanları arasında ilişki olmadığı sonuçları elde edilmiştir. Araştırmada ulaşılan bu sonuçlar ve destekleyen çalışmalar genelde her gebe kadının gebelik ve doğuma ilişkin kaygı yaşadığını göstermektedir.

Bu araştırma bulgularından farklı olarak önceki araştırmalarda; gebelik dönemi anksiyete düzeyi üzerinde; istenmeyen gebeliğin olması (Sertbaş, 1998), ilk gebeliğin olması (Lee ve ark., 2007, Akbaş ve ark., 2008), artan gebelik sayısı (Turan ve Çetin, 2001; Tekgöz ve ark., 2009; Arslan, 2010; Üst ve ark., 2013), yaşayan çocuk sayısı ve düşük sayısının (Arslan, 2010); doğum sonrası anksiyete üzerinde ise istenmeyen

gebelikler (Sertbaş, 1998) ile daha önce gebelik kaybı yaşanması durumunun (Armstrong, 2002; Bergner ve ark., 2008; Tekgöz ve ark., 2009) etkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Setbaş'ın (1998) çalışmasında gebelik izlem sayısının, izlemlerde bilgi alma durumunun, bilgiyi kimden aldığı, bebeğin cinsiyetinin gebelerde doğum öncesi ve sonrası anksiyete düzeyinin anlamlı olarak etkilendiği saptanmıştır. Çalışma sonucuyla oluşan bu farklılıklar toplumların farklı sosyokültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Doğum sonrası anksiyete düzeyi ise sadece gebelik sayısı ve riskli gebelik durumundan etkilenmiştir (Tablo 6). Sevil ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında doğum yapan kadınların gebelik sayıları ile doğum sonrası anksiyete puanları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuş, en yüksek anksiyete düzeyi üç ve üzeri gebeliği olanlarda görülmüştür. Çalışmada ise ilk gebeliği olanların anksiyete düzeyi yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 6). Çocuk sayısının artması annenin çocuklarına bakım verirken fiziksel ve emosyonel olarak daha fazla zorlanmasına ve sıkıntıya girmesine bağlı olarak kadında anksiyete düzeyini artırabildiği gibi ilk gebelik olması da bebeğin bakımı konusunda annenin kendini yetersiz hissetmesine, annelik davranışları göstermede deneyimsizliğe bağlı olarak anksiyete düzeyini artırabilir. Gebeliğinde riskli durum yaşama gebelik döneminde olduğu gibi doğum sonrası dönemde de anksiyetenin yüksek seyretmesine neden olmuştur (Tablo 6). Bu duruma kadının gebeliğinde var olan riskli durumun doğum sonrası süreçte de devam etmesinin ya da yaşadığı bu riskli durumun oluşturduğu anksiyete ile baş edememesinin yol açtığı düşünülebilir.

Çalışmada gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliği sonlandırmayı düşünme durumu, gebelik izlemlerinin yapıldığı yer, gebeliğini öğrendiğinde ve üçüncü trimesterde yaşadığı duyguları prenatal bağlanma düzeyini etkilemiştir. Primiparların gebelik dönemi bağlanma düzeyleri hem iki gebeliği olanlardan hem de üç ve daha fazla gebeliği olanlardan daha yüksekti (Tablo 4). İlk kez gebe kalan kadının daha çok heyecanlı ve bebek sahibi olma konusunda daha hevesli olduğu ve böylece bebeğine daha çok bağlandığı düşünülebilir. Yılmaz ve Beji (2010), Üstünsöz ve arkadaşları (2010) ile Şolt'un (2011) yaptığı çalışmalar elde ettiğimiz bu sonuç ile uyumluluk gösterirken, Siddiqui ve Höggelöf'ün (2000) çalışmasında prenatal bağlanma ile gebelik sayısı arasında ilişki olmadığı, Yarcheski ve arkadaşlarının (2009) meta-analiz çalışmasında gebelik sayısının maternal-fetal bağlanma üzerine etkisinin düşük olduğu gösterilmiştir.

Planlanmadan gerçekleşen gebeliklerde bazı kadınlar gebeliği isterken bazıları ise gebeliği hiçbir şekilde istemeyebilir, bebeği kabul etmeyebilir, fetüsle ilişki kurmayabilir. Böyle bir gebelik yaşanması anne-bebek bağlanma düzeyini olumsuz etkileyebilir (Şolt, 2011). Gebeliğin istenmediği durumlarda kadınlarda doğum sonrası dönemde bebeğine karşı ilgi duymama hatta nefret etme gibi zıt duygular yaşanabilmektedir (Eberhard-Gran ve ark., 2002). Çalışmada planlı gebelik yaşama durumu ile anne-bebek bağlanma düzeyi arasında anlamlı fark saptanmamasına karşılık gebeliğini sonlandırmayı düşünenlerin anne-bebek bağlanma düzeyi düşüktü (Tablo 6). Buna karşılık istenmeyen gebelik yaşanması durumu kadında gebeliği sonlandırma düşüncesini beraberinde getirebileceği gibi, yasal ve tıbbi koşullarda gebeliğini sonlandıramadığında gebeliğin kendiliğinden sonlanmasını isteyebilir ve bunun için ya hiç izlem yaptırmayabilir ya da düzenli olarak izlemlere gitmeyebilir (Taşkın, 2011).

Sağlıklı bir bebek sahibi olabilmek ve gebelik sürecini sorunsuz geçirebilmek için doğum öncesi izlemlerin düzenli olarak yapılması önemlidir. Doğum öncesi izlemlerde anne ve fetüs gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmektedir (Taşkın, 2011). Bu izlemlerde fetal gelişim ve anomali değerlendirilmesinde ultrasonografi ve gerekli durumlarda girişimsel yöntemler uygulanmaktadır. Gebelik döneminde düzenli olarak izlem yaptıran gebelerin bağlanma düzeyini olumlu etkilemektedir. Hatta izlem sürecinde yapılan ultrasonografinin ve ultrasonografide fetüsün görüntülenmesinin de anne-bebek bağlanma düzeyi üzerine olumlu etkisinin olduğu da gösterilmiştir (Kleinveld ve ark., 2007; Yarcheski ve ark., 2009; Öhman ve Waldenström, 2010; Allison ve ark., 2011). Çalışmada gebelik döneminde düzenli izlem yaptıranlar ile yaptırmayanların gebelik dönemi bağlanma düzeyleri arasında anlamlı fark olmamasına rağmen gebelik izlemlerini düzenli olarak yaptıranların bağlanma düzeyi daha yüksek bulunmuş, izlemlerini özel hastanede yaptıranların da bağlanma düzeylerinin diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Araştırmada, gebeliğini öğrendiğinde ve üçüncü trimesterde mutluluk ve sevinç gibi olumlu duygular yaşayan gebelerde, hem gebelik dönemi hem de doğum sonrası bağlanma düzeyi yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Bulgulara benzer şekilde Honjo ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da, gebeliği ile ilgili olumlu duygu yaşayan ve kendilerini mutlu hisseden gebelerin gebelik dönemi bağlanma düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durum anneliğe hazırlık düzeyine katkı sağlayan planlı ve

istenen bir gebelik yaşanmış olmasına ve destek faktörlerinin varlığına bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

Siddiqui ve Höggelöf (2000) ile Damato'nun (2004) çalışmasında olduğu gibi araştırmada bebeğin istenen cinsiyette olup olmaması ile prenatal bağlanma arasında anlamlı fark saptanmamasına rağmen doğum sonrası bağlanma düzeyi arasında anlamlı fark görülmüştür (Tablo 6). Çalışmada gebelik döneminde istemediği cinsiyette bebeğe sahip olanlarla istediği cinsiyette bebeğe sahip olanlar arasında bağlanma düzeyleri arasında fark bulunmamışken ilginç olarak doğum sonrası dönem bağlanma düzeyleri arasında fark belirlenmiştir. Bu fark doğum sonrası istediği cinsiyette bebeğe sahip olanların bebeğini görme, dokunma, emzirme ve bakım aktivitelerine katılma esnasında annelik davranışı göstermesi bağlanmaya olumlu katkı sağlamış olabilir. Buna karşın Akkoca'nın (2009) çalışmasında annelerin cinsiyet beklentisi ile doğum sonrası bağlanma arasında fark belirlenmemiştir. Bu durum çalışma grubunu oluşturan kadınların günümüzde hala cinsiyet tercihinde bulunabildiklerini ya da ailesi ve çevresi tarafından kadına bebeğin cinsiyeti ile ilgili baskı olabileceğini düşündürmektedir.

Gebelik çoğu kadın için stres faktörüdür. Gebelik sırasında ve doğum sonrasında kadının anneliğe uyum sağlamaya çalışması, stresin asıl kaynağıdır. Bunun yanı sıra çevrenin kadından iyi bir anne olmasını beklemesi de stresi artırır (Yeşiltepe, 2004). Gebelik, kadının biyopsikososyal dengesinin bozulduğu, aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır (Pehlivan, 2004). Bu nedenle gebe kadın bu dönemde daha hassastır, daha çok ilgi ve alaka beklemektedir ve gebelik kadının fiziksel, psikolojik, sosyal yönden yaşam kalitesini etkilemektedir.

Çalışmada üç ve üzeri gebelik yaşayan kadınların stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları belirlenmiş (Tablo 7), Yılmaz ve Beji (2010) ise gebe kadınların gebelik sayısına göre SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptamamıştır. Bu farklılık çalışmanın değişik bölge ve kültürel özelliklerdeki kadınlarla yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Araştırmada Okanlı ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında olduğu gibi gebelik sayısı ile sosyal destek arama puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunurken ilk gebeliklerde sosyal destek puanları yüksek bulunmuştur. İlk gebelik çiftler için genellikle istenen ve beklenen bir durum olduğundan özellikle eşin desteği daha fazla olabilir.

Yılmaz ve Beji'nin (2010) çalışmasında olduğu gibi çalışmada çocuğu olmayan grupta bulunan kadınların iyimser yaklaşım tarzını kullandıkları görülmüş, yaşayan

çocuk sayısı iki ve üzeri olanların ise boyun eğici yaklaşım tarzını tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 7). Çocuğu olmayan kadınların bir bebeğe sahip olma konusunda daha istekli oldukları bunun sonucu olarak stresle başa çıkmada iyimser yaklaşım gösterdikleri, iki ve daha fazla çocuğu olanların ise çocuk sayısının artması ile birlikte karşılaştıkları sorunların çoğalmas ve kaderci yaklaşım içerisinde olarak boyun eğici yaklaşımı tercih ettikleri düşünülebilir.

Sağlıklı gebelik sürecinde gebeliğin istenen zamanda olması, gebe kalmaya hazır oluşluk önemlidir. Planlanmış gebeliklerde genellikle kadın ve aile gebeliğe hazır olduğundan gebeliği daha kolay kabul ederken planlanmamış gebelik ise aileyi şaşırtıp, anneyi mutsuz edebilir. Kadın istemediği/planlamadığı bir gebeliği eş/aile baskısı, dini inanış, yasal prosedürler vb. nedenlerden dolayı devam ettirmek zorunda kalabilir.

Çalışmada gebelerin gebe kalmayı planlama ve gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumlarına göre stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı fark saptanmamasına (Tablo 7) rağmen Yılmaz ve Beji (2010) nin çalışmasında ise gebeliği planlı olan gebelerin boyun eğici yaklaşımı, gebeliğini sonlandırmayı düşünenlerin de çaresiz yaklaşımı tercih ettikleri bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farklılık örneklem grubunun, çalışma yönteminin, çalışılan bölgenin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada gebelik kaybı yaşayanların boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları bulunmuştur (Tablo 7). Kayıp yaşamakla birlikte gebelerin sosyal destek aramadığı, yapabilecekleri bir şey olmadığını düşünerek boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı, suçluluk hissine bağlı kendine olan güvenin azaldığı söylenebilir. Boyun eğici yaklaşım tarzının kullanımının pekişmesinde yaşanan gebelik kayıplarının sayısı da önemli olabilir. Yılmaz ve Beji (2010) yaşanan kayıp sayısına göre sosyal destek arama, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım boyutunda fark saptamıştır. Kayıp sonrası kadınların başa çıkma tarzlarının incelendiği bir çalışmada da depresif başa çıkma tarzını daha çok kullanan kadınların gebelikleri esnasında stres yaşadıkları ve kaderlerine karşı belirli düzeyde suçluluk hissettikleri bildirilmiştir (Bergner ve ark., 2008).

Gebelik izlemlerini düzenli olarak yaptıranların kendine güvenli ve sosyal destek arama, düzenli olarak izlem yaptırmayanların ise çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları görülmüştür (Tablo 7). Kendine güvenli, olaylara pozitif bakan sosyal destekleri güçlü olan kadınların bu yaklaşımları kullandığı ve izlemlerini düzenli olarak yaptırdığı, kendini çaresiz hisseden, destekleri zayıf, boyun eğici kişilerin ise gebelik izlemlerini düzenli olarak yaptırmayıp kaderci davrandıkları söylenebilir.

Gebelerin karşılaştıkları sorunlarla etkili bir şekilde mücadele edebilmeleri için desteğe gereksinimleri vardır. Destekleyici sistemlerin varlığı kendini iyi hissetme duygularını, kişisel denetimi ve pozitif duygulanımı kuvvetlendirerek gebeliğe bağlı değişikliklerin daha az stresli olarak algılanmasına yardımcı olur (Okanlı ve ark., 2003). Gebelik izlemlerini devlet, üniversite ve özel hastanede karışık olarak yaptıran gebelerin stresle başa çıkmada sosyal destek arama tarzını kullandıkları görülmüştür (Tablo 7).

Kendine güvenli yaklaşım tarzını kullanan gebelerin gebe olduğunu öğrendiğinde mutluluk ve sevinç yaşadıkları görülmektedir (Tablo 7). Bu sonucu bu gebelerin planlı, isteyerek gebelik yaşamalarına, sosyal destek sistemlerinin güçlü olmasına bağlı olarak kendilerine güvenli yaklaşım tarzını tercih ettiklerini düşünebiliriz.

Çalışmada doğumda ve doğum sonrası süreçte annenin kendinde (hipertansiyon, anestezi yan etkisi, anormal kanama, insizyon yeri enfeksiyonu) ve bebeğinde sorun yaşayan (yenidoğan sarılığı, RDS, mekonyum aspirasyonu, klavikula kırığı ve enfeksiyon) ve bebeğinden bir süre ayrı kalan kadınların doğum sonrası depresyon düzeyi bu durumu yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 8). Çalışma sonucuyla uyumlu olarak Taşdemir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında bebeğin sağlık durumu ile postpartum depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Efe ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında doğum sonrası dönemde bebeğin sağlık sorunu yaşamasının kadınlarda doğum sonrası depresyon riskini etkilemediği ancak bebeği fizyolojik sarılık sorunu yaşayan kadınların diğer gruplara göre daha yüksek oranda depresyon riski taşıdığı tespit edilmiştir. Doğum sonrası annenin bebeğiyle birlikte olması, emzirmesi, bakım gereksinimlerini karşılaması anne olarak kendini iyi hissetmesine katkıda bulunurken bunları yapamayan anne ise yetersizlik duyguları yaşayabileceğinden, bebeğin sağlığına ilişkin endişelerinden dolayı depresif duygular yaşayabilir (Taşkın, 2011).

Çalışmada doğum şekli ile doğum sürecinde sorun yaşama durumu doğum sonrası depresyon ve anksiyete düzeyini etkilememiştir (Tablo 8). Çalışma sonuçlarıyla uyumlu olarak Büyükkoca (2001) doğum şekli ile doğum sonrası annelerin depresyon düzeyleri arasında fark olmadığını saptamış, Sevil ve arkadaşları (2004) doğum şekli ile doğum sonrası anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki belirlememiş, Efe ve arkadaşları (2009) da vajinal yolla doğum yapan ve doğum sırasında komplikasyon gelişmeyen kadınların daha yüksek oranda depresyon riski taşıdığını tespit etmiş ancak gruplar arasındaki farkı anlamlı bulmamıştır. Goecke ve arkadaşları (2012) da postoperatif

komplasyonlar, anestezi ve doğum süresi ile postpartum depresyon arasında önemli fark saptamamıştır.

Doğum sonrası süreçte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişimler annenin duygusal durumunu olumsuz etkileyebilir (Taşkın, 2011). Bu etkilenimin yanı sıra fiziksel sağlık sorunlarının da eklenmesi, kadının kendi ve bebeğin bakımı ile ilgili aktivitelerini tam olarak yerine getirememesine, sorun yaşamasına neden olabilirken bu gibi sorunlar annede var olan anksiyeteyi artırabilir, yetersizlik duygusu oluşturabilir ve depresif duygulara neden olabilir. Çalışmada da doğum sonrası süreçte hipertansiyon, kanama, enfeksiyon gibi sorun yaşayan kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Önceki çalışmaları (Çoban, 2003; Kavlak, 2004; Akkoca, 2009) destekler nitelikte bu çalışmada da doğum şeklinin doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 8).

Literatürde yer aldığı gibi bu çalışmada da gebelikte (Condon ve Corkindale, 1997; Lindgren, 2001; Hart ve McMahan, 2006; Seimry ve ark., 2009) ve doğum sonrası dönemdeki (Brockington ve ark., 2001; Öztop, 2003; Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006; Karakulak, 2009; Kitamura ve ark., 2013) depresyon düzeyinin doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği saptanmıştır (Tablo 9).

Gaffney (1986) anksiyete düzeyi ile maternal-fetal bağlanma arasında güçlü bir ilişki olmadığını bildirdikten sonra Yarcheski ve arkadaşları (2009), maternal-fetal bağlanmanın belirleyicilerine yönelik yaptıkları meta-analiz çalışmasında da aynı sonuca ulaşmışlardır. Her iki çalışma, gebelikteki anksiyete düzeyinin prenatal ve doğum sonrası bağlanma düzeyini etkilemediği yönündeki bulguları (Tablo 9) desteklemektedir.

Çalışma bulguları doğum sonrası anksiyete düzeyinin doğum sonrası bağlanmayı olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (Tablo 9). Cannella (2005) da maternal-fetal bağlanma ile ilgili meta analiz çalışmasında anksiyete ile bağlanma arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Doğum sonrası emzirmede zorlanma, bebekte kolik durum ve bebeğin uzun süre ağlaması gibi stresli ebeveynlik deneyimleri annenin bebeğine karşı negatif duygular hissetmesine, anksiyete ve depresif duygular yaşammasına neden olabilir.

Önceki çalışmalarla (Fuller, 1990; Müller, 1996; Siddiqui ve Hagglöf, 2000) benzer şekilde bu çalışmada da prenatal bağlanma ile doğum sonrası bağlanma arasında pozitif bir ilişki ($r=0.297$) bulunmuştur. Prenatal bağlanma, doğum sonrası anne-bebek

bağlanmasına katkıda bulunan önemli bir faktör olduğundan, gebelik dönemi bağlanma düzeyi yüksek gebeler postpartum dönemde bebekleriyle daha gelişmiş etkileşim içinde bulunabilir (Siddiqui ve Hagglöf, 2000).

Çalışmada stresle başa çıkmada kendine güvenli ve iyimser yaklaşımın gebelik dönemi bağlanma düzeyini, iyimser yaklaşımın ise tek başına doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını pozitif yönde etkilediği bulunmuştur (Tablo 9). Bu bulguya paralel olarak Damato (2004) da, kendine güvenli kadınların bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu bulmuş ve bağlanmaya katkıda bulunacak önemli bir etken olduğunu ifade etmiştir.

Sosyal destek yaşanan sorunların ve problemlerin paylaşımında önemli bir etkidir. Bireyler herhangi bir problemle karşılaştıkları zaman profesyonel olmayan yardım kaynaklarına başvururlar ki, bunlar da birinci derece akrabalar, eş ve yakın arkadaşlardır (Okanlı ve ark., 2003). Cranley (1981) gebeliğin üçüncü trimesterinde maternal fetal bağlanmayı değerlendirdiği çalışmasında bağlanma düzeyleri ile kadının aldığı sosyal destek arasında pozitif ilişki olduğunu, Feldman (2007) da adölesan gebelerde destek beklentisinin prenatal bağlanmanın önemli bir belirleyici olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada ise sosyal destek arama, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım tarzını kullanma ile hem prenatal bağlanma düzeyi hem de doğum sonrası anne-bebek bağlanması arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Tablo 9). Her iki araştırma ile bulgular arasındaki farklılık geniş aile yapısına sahip gebelerin (araştırma grubumuzda geniş ailede yaşayanların oranı %35.2) aile bireylerinden destek gördüğünü ve dolayısıyla daha az sosyal destek arama ihtiyacını hissettiğini akla getirmektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelik ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyini ve bunu etkileyen faktörler ile gebelikteki bağlanma düzeyi ile doğum sonrası dönemdeki bağlanma düzeyi arasında ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Gebelerin yaş ortalaması 27.4 ± 5.7 yıldır (Tablo 1).
- PBE ortalama puanı 57.1 ± 11.5 , ABBÖ ortalama puanı da 1.2 ± 1.5 olarak saptanmıştır (Tablo 3).
- Gebelik ve doğum sonrası EAMDS puan ortalaması sırasıyla 17.6 ± 10.1 (min-max:2-55) ve 13.5 ± 9.6 (min-max:0-56), BAE puan ortalaması da gebelikte 19.2 ± 10.1 (min-max:0-47) iken doğum sonrası 11.8 ± 8.2 (min-max:0-41) olarak belirlenmiştir (Tablo 3- Grafik 1). Gebelik dönemi anksiyete ve depresyon puan ortalaması doğum sonrası döneme göre yüksek bulunmuştur (Tablo 3- Grafik 1).
- Kadınların %50.7'sinin gebelik dönemi, %36.6'sının da doğum sonrası EAMDS puanınının 16 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3- Grafik 2).
- Gebelik döneminde depresyon düzeyini çalışma ve eğitim durumu ile ekonomik durum algısının etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4).
- Gebelik dönemindeki anksiyete düzeyini eğitim ve çalışma durumu, ekonomik durum algısı ve kronik bir hastalığa sahip olma durumu etkilerken, doğum sonrası anksiyete düzeyini sadece kronik hastalığa sahip olma durumunun etkilediği saptanmıştır (Tablo 4).
- Gebelik dönemi bağlanma düzeyini gebenin yaşının, eğitim ve çalışma durumunun etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4).
- Eğitim düzeyi lise öncesi olan, geniş ailede yaşayan, çalışmayan ve ekonomik algısı geliri giderinden az olan gebe kadınların stresle baş etmede çaresiz ve boyun eğici, çekirdek ailede yaşayanların kendine güvenli yaklaşım tarzını kullandıkları, lise ve üzeri eğitim alanların ve çalışanların ise sosyal destek aradığı saptanmıştır (Tablo 5).
- Gebelik döneminde depresyon düzeyini, gebeliklerini öğrendiklerinde ve üçüncü trimesterde gebelerin yaşamış oldukları olumsuz duyguların etkilediği; doğum sonrası depresyon düzeyini ise gebelik ve yaşayan çocuk sayısı ile gebelik izlem durumunun etkilediği belirlenmiştir (Tablo 6).

- Riskli gebelik durumunun gebelik dönemi ve doğum sonrası anksiyete düzeyini etkilediği, ilk gebeliğini yaşayanlarda doğum sonrası anksiyete düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6).
- Prenatal bağlanma düzeyini gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliği sonlandırmayı düşünme durumu, gebelik izlemlerinin yapıldığı yer, gebeliğini öğrendiğinde ve üçüncü trimesterde gebenin yaşadığı duygular etkilerken; doğum sonrası bağlanma düzeyini ise bebeğin cinsiyetini isteme durumu, gebeliğini öğrendiğinde ve üçüncü trimesterde gebenin yaşadığı duygular etkilemiştir (Tablo 6).
- Stresle baş etmede gebeliğini öğrendiğinde olumlu duygular yaşayan gebe kadınların kendine güvenli yaklaşım tarzını, yaşayan çocuğu olmayanların iyimser yaklaşım tarzını kullandığı, gebelik sayısı üç ve üzeri, yaşayan çocuğu iki ve üzeri olanlar ile gebelik kaybı yaşayanların ise boyun eğici yaklaşımı gösterdiği saptanmıştır (Tablo 7).
- Stresle baş etmede gebelik izlemlerini düzenli olarak yaptıran ve izlemlerini devlet, üniversite ve özel hastanede karışık olarak yaptıran gebelerin sosyal destek aradığı, yine düzenli olarak izlem yaptıranların kendine güvenli yaklaşım tarzını kullandığı, izlemlerini düzenli yaptırmayanların ise çaresiz ve boyun eğici yaklaşıma başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 7).
- Doğum sonrası süreçte kendinde, doğumda ve doğum sonrası süreçte bebeğinde sorun yaşayan (yenidoğan sarılığı, RDS, mekonyum aspirasyonu, klavikula kırığı ve enfeksiyon) ve bebeğinden bir süre ayrı kalan kadınların doğum sonrası depresyon düzeyi bu durumu yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 8).
- Doğum sonrası süreçte hipertansiyon, kanama, enfeksiyon gibi sorun yaşayan kadınların anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur (Tablo 8).
- Gebelik dönemi depresyon düzeyinin ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon düzeyinin doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği, prenatal bağlanma düzeyi arttıkça doğum sonu bağlanma düzeyinin de arttığı saptanmıştır (Tablo 9).

- Stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım tarzını kullanma ile gebelik dönemi bağlanma düzeyi arasında, iyimser yaklaşım tarzını kullanma ile de hem gebelik dönemi ve hem doğum sonrası anne-bebek bağlanma düzeyleri arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Tablo 9).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebe ve lohusa izlemlerinin kadının kendini güvende hissettiği ev ortamında ev ziyaretleri şeklinde düzenli olarak yapılması, bu ziyaretlerde depresyon, anksiyete ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin değerlendirilmesi, risklerin belirlenmesi,
- Sağlık çalışanlarının gebeyle ilk karşılaştıklarında, gebelik süresince, doğumda, doğumdan sonra, bebek ya da çocuk izlemleri sırasında kadının duyu durumu değişikliklerini yakından izlemesi ve risk faktörleri açısından değerlendirmesi,
- Sağlık çalışanlarının gebelik dönemi ve doğum sonrası bakım sırasında kadınların stres düzeylerini, stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemleri belirlemesi ve gerekli girişimleri planlanması,
- Sağlık çalışanlarının aileleri bir bütün olarak değerlendirerek anne-bebek bağlanmasının önemi konusunda ailelere eğitim programları düzenlemesi,
- Sağlık çalışanlarına yönelik anne-bebek bağlanmasının önemi konusunda hizmet içi eğitim programlarının düzenlemesi,
- Bu çalışma ile anlamlı sonuçlar ortaya konulmuş olsa da daha büyük bir örneklem grubu ile longitudinal araştırmalarla gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler değerlendirilerek aralarındaki ilişkinin nasıl etkilendiğinin araştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akbaş, E., Vırt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A.H. ve Sertbaş, G. (2008). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi, *Noropsikiyatri Arşivi*, 45, 85-91.
2. Akkoca, Y. (2009). Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler, G. Ü. Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
3. Alhusen, J.L. (2008). A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment, *JOGNN*, 37, 315-328.
4. Allison, S., Stafford, J., Anumba, D. (2011). The effect of stres and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on fetomaternal attachment, *BMC Women's Health*, 11;33.
5. Altın, E.G. (2012). Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Terapi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(2), 188-203.
6. Altuğ, B.F., Özkan, I. (1996). Bilişsel Süreçlerin Gelişimi, *Psikiyatri Bülteni*, 4(2), 58-64.
7. Amankwaa, L., Pickler, R., Boonmee, J. (2007). Maternal Responsiveness in Mothers of Preterm Infants, *Newborn Infant Nurs Rev*, 7, 25-30.
8. Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome, *Am J Obstet Gynecol*, 104, 467-76.
9. Armstrong, D.S. (2002). Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss, *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339-345.
10. Armstrong, D.S. (2004). Impact of Prior Perinatal Loss on Subsequent Pregnancies, *JOGNN*, 33, 765-773.
11. Arslan, B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. S.D.Ü. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta.
12. Arslantaş, H., Ergin, F. ve Akdolun, B.N. (2009). Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, *ADÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*, 10(3), 13 – 22.
13. Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A. ve Ak, İ. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006, 17(4), 243-251.
14. Babadağlı, B. (2008). Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 96-105.
15. Balcı, S. (1997). İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
16. Bayram, F. (2006). Postpartum Dönemdeki Annelerin Anne Sütünün Önemi Hakkında Bilgi Düzeylerini İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
17. Beck C.T. (2001). Predictors of postpartum depression, An update, *Nursing Research*, 50(5), 275.

18. Beck, C.T. (1999). Postpartum Depression Stopping the thief that steals motherhood, *AWHONN Lifelines*, 3(4), 41-44.
19. Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B.F., Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping, *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 29(2), 105-13.
20. Beşer, N., Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 7(1), 47-58.
21. Beydağ, D.K. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.
22. Bienfait, M., Maury, M., Haquet, A., Faillie, J.L., Franc, N., Combes, C., Daudé H., Picaud, J.C., Rideau, A. and Cambonie, G. (2011). Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward, *Early Human Development*, 87, 281–287.
23. Bilgiç, D., Güler, H. ve Çetin, A. (2004). Does Early Breastfeeding Decrease the Duration of the Third-Stage of Labor and Enhance the Infant-Mother Interaction?, *Artemis*, 5(3), 208-212.
24. Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D. and Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms, *Gen Hosp Psychiatry*, 28, 3-8.
25. Bogaert, A.F., Savada, S. (2002). Adult Attachment and Sexual Behavior, *Personal Relationships*, 9, 191-204.
26. Boisvert JA, McCreary D.R., Wright, K.D. and Asmundson, G.J. (2003) Factorial validity of the center for epidemiologic studies-depression (CES-D) scale in military peacekeepers, *Depression and Anxiety*, 17(1), 19-25.
27. Borchering, K.E. (2009). Coping in Healthy Primigravidae Pregnant Women, *JOGNN*, 38, 453-462.
28. Bowlby, J. (1953). *Child Care And The Growth Of Love*. Great Britain: Hazell Watson & Viney Ltd., Great Britain.
29. Bowlby, J. (1982). Attachment and Loss, *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
30. Britton, J.R. (2008). Maternal Anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period, *Depression and Anxiety*, 25, 793–800.
31. Brockington, I.F., Fraser, C., Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation, *Arch Womens Ment Health*, 9: 233–242
32. Brockington, I.F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C. ve Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for motherinfant bonding disorders, *Arch Womens Ment Health*, 3, 133–140.
33. Büyükkoca, M. (2001). Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
34. Cannella, B.L. (2005). Maternal–fetal attachment: an integrative review, *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 60–68.
35. Cebeci, S.A., Aydemir, Ç. ve Göka, E. (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İle İlişkisi, *Kriz Dergisi* 10(1), 11-18.
36. Coates, SW. (2004). John Bowlby and Margaret S. Mahler: their lives and theories, *J Am Psychoanal Assoc*, 52(2), 571-601.
37. Collins, N.L. ve Laurson, W. (2003). Adolescents' relationships with parents, *J Lang Soc Psychol*, 22, 58-65.

38. Condon, J.T. and Corcindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women, *Br J Med Psychol*, 70(4), 359-372.
39. Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy, *Nurs Res.*, 30(5), 281-284.
40. Çakır, D. (2009). Doğum Tipi Değişkeninin Anne-Bebek Etkileşimi ve Annenin Bebeğini Algılaması Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
41. Çalışır, H., Karaçam, Z., Akgül, F.A. Kurnaz, D.A. (2009). Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenirliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-8.
42. Çoban, A. (2003). Doğum Sonrası Anne-Bebek Etkileşimini Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
43. Çoban, A., Saruhan, A. (2005). Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2), 89-96.
44. Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M, and Brender W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress, *J Psychosom Res*, 47:609-621.
45. Damato, E.G. (2004). Predictors of Prenatal Attachment in Mothers of Twins, *JOGNN*, 33(4), 436-445.
46. DiPietro, J.A. (2010). Psychological and Psychophysiological Considerations Regarding the Maternal-Fetal Relationship, *Infant and Child Development*, 19, 27-38.
47. Dizman, H. ve Gürsoy, F. (2005). İlköğretim Dördüncü Ve Besinci Sınıfa Devam Eden Anne Yoksunu Olan Ve Olmayan Çocukların Saldırganlık Eğilimleri, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 13(2), 437-446.
48. Durukan, E., İlhan, M.N., Bumin, M.A. ve Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi, *Balkan Med J*, 28, 385-393.
49. Dülgerler, Ş., Engin, E. ve Ertem, G. (2005). Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1), 115-126.
50. East, P.L. Matthews, K.L. and Felice, M.E. (1994). Qualities of adolescent mothers' parenting, *Journal of Adolescent Health*, 16(2), 163-168.
51. Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O. and Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors, *Acta psychiatr scand*, 106, 426-433.
52. Efe, Y.Ş., Taşkın, L. ve Eroğlu, K. (2009). Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler, *J Turkish-German Gynecol Assoc.*, 10, 14-20.
53. Ekuklu, G., Tokuc B., Eskiocak, M., Berberoglu, U., Saltik, A. (2004). Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med*, 49, 908-914.
54. Erbil, N., Oruç, H. ve Karabulut, A. (2009). *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 19(2), 67-74.
55. Erkuş, A. (1994) *Psikolojik Terimler Sözlüğü*, Emel Matbaacılık, Ankara.
56. Evins, G.G., Theofrastous, J.P. (1997) Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Prim Care Update Ob/Gyns*, 4(6), 241-245.
57. Feeney, J.A. (1999). Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction *Personal Relationships*, 6, 169-185.

58. Feldman, J.B. (2007). The Effect of Support Expectations on Prenatal Attachment: An Evidence-Based Approach for Intervention in an Adolescent Population, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(3), 209-234.
59. Figueiredo, B., Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy, *Arch Womens Ment Health*, 14, 247-255.
60. Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 21-239.
61. Fonagy, P. (2001). Introduction to attachment theory, In *Attachment Theory and Psychoanalysis*, New York: Other Press.
62. Fuller, J.R. (1990). Early patterns of maternal attachment, *Health Care for Women International*, 11, 433-446.
63. Gaffney, K.F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety, *Maternal Child Nursing Journal*, 15(2), 91-101.
64. Genez, D. (2002). *Hamile Kadınların Kaygı Düzeyleri*, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
65. Georgsson, Ö. and Waldenström, U. (2010). Effect of first-trimester ultrasound screening for Down syndrome on maternal-fetal attachment-A randomized controlled trial, *Sexual Reproductive Healthcare*, 1, 85-90.
66. Glasser, S., Tanous, M., Shihab, S., Goldman, N., Ziv, A. and Kaplan, G. (2012). Perinatal Depressive Symptoms Among Arab Women in Northern Israel, *Matern Child Health J*, 16, 1197-1205.
67. Goecke, T.W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. W. and Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers, *Arch Gynecol Obstet*, 286, 309-316.
68. Görak, G. (2002). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*, (Ed.) Dağoğlu, T., Gorak, G., Nobel Tıp Kitabevi, 31-40.
69. Görünmez, M. (2006). *Bağlanma Stilleri ve Duygusal Zeka Yetenekleri*. Bursa.
70. Gözüyeşil, Y.E., Şirin, A. ve Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 39-66.
71. Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi, *TAF Prev Med Bull*, 12(2), 177 -182.
72. Hamilton, J.G. and Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 97-104.
73. Hart, R. and McMahon, C.A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy, *Arch Womens Ment Health*, 9, 329-337.
74. Hazan, C., Shaver, PR. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships, *Psychol Inquiry*, 1, 1-22.
75. Heidrich, S.M., Cranley, M.S..(1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment, *Nurs Res*, 38(2), 81-84.
76. Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., Sasaki, Y., Hatagaki, C. and Inagaki, E. Usui, M., Miwa, K., Ishihara, M., Hashimoto, O., Nomura, K., Nomura K., Itakura, A. and Inoko, K. (2003). Antenatal Depression and Maternal-Fetal Attachment, *Psychopathology*, 36, 304-311.

77. Huizink, A.C., de Medina, P.G., Mulder, E.J., Visser, G.H. and Buitelaar, J.K. (2002). Coping in normal pregnancy, *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 132-40.
78. İnanç, N. (1990). Mutlu doğuma yardım çerçevesinde gebe, doğum yapmakta olan ve doğum yapmış annelerin gebelik ve doğuma ilişkin görüşlerinin incelenmesi, *Türk Hemşireler Dergisi (THD)*, 39, 4-5.
79. İnandı, T., Elçi, Ö.Ç., Öztürk, A., Eğri, M., Polat, A. ve Şahin, T.K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey, *International J. Of Epidemiologist*, 31, 1201-1207.
80. Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (1994). *Synopsis Of Psychiatry*. Baltimore Maryland, 161-165.
81. Kara, B., Çakmaklı, B., Nacak, E. ve Türeci, F. (2001). Doğum sonrası depresyon. *STED*, 10(9), 333-334.
82. Karaçam, Z. ve Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population, *Midwifery*, 25, 344-356.
83. Karakulak, H. (2009). Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması (Aydın Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
84. Karamustafaloğlu, N., Tomruk, N. (2000). Postpartum hüzün ve depresyonlar, *Duygudurum Dizisi*, 2, 64-71.
85. Karataylı, S. (2007). Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
86. Kavlak, O. (2004). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
87. Kavlak, O. ve Şirin, A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 188-202.
88. Kemp, V.H., Page, C. (1986). The Psychosocial Impaat Of A High-Risk Pregnancy On The Family J. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 15(3):232-236.
89. Kennedy, H.P., Beck, C.T., Dricoll, J.W. (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression, *Journal of Midwifery, Women's Health*, 47(5), 318.
90. Kesebir, S., Kavzoğlu, Ö.S, Üstündağ, M.F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2), 321-342.
91. Kısa, C., Yıldırım, S.G. (2004). Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar, *3P Dergisi*, 4, 30-37.
92. Kitamura, T., Ohashi, Y., Kita, S., Haruna, M. and Kubo, R (2013). Depressive mood, bonding failure, and abusive parenting among mothers with three-month-old babies in a Japanese community, *Open Journal of Psychiatry*, 3, 1-7.
93. Kleinveld, J.H., Timmermans, D.R.M., Berg, M., Eijk, J.M. and Ten Kate, L.P. (2007). Does offering and performing prenatal screening influence women's attachment to their unborn child? A longitudinal randomized controlled trial, *Prenat Diagn*, 27, 757-764.
94. Korkmaz, Z. (2003). Primipar Annelerin Bebeklerini Algılama Durumu, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
95. Körükçü, Ö., Fırat M.Z. ve Kukulu, K. (2010). Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 467-470.

96. Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 487-490.
97. Lara, M.A., Le, H.N, Letechipia, G. and Hochhausen, L. (2009). Prenatal Depression in Latinas in the U.S. and Mexico, *Matern Child Health J*, 13, 567–576.
98. Lee, A.M., Lam, S.K., Sze, Mun Lau S.M. Chong C.S., Chui, H.W. and Fong, D.Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 110, 1102-1112.
99. Leigh, B. and Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress, *BMC Psychiatry*, 8(24).
100. Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy, *Research in Nursing and Health*, 24, 203- 217.
101. Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C. and Barry, K.L. (2003). Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings, *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.
102. Mercer, R.T. and Ferketich, S.L. (1994). Maternal –infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy, *Nurs Res*, 43(6): 344-51.
103. Mermer, G., Bilge, A., Yücel, Ü. ve Çeber, E. (2010). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 1(2), 71-76.
104. Mikhail, M. S., Freda, M. C., Merkatz, R. B., Polizzotto, R., Mazloom, E., Merkatz, I. R. (1991). The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 165, 988-991.
105. Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C. and Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding, *Arch Womens Ment Health*, 9, 273–278.
106. Morgan, C.T. (1991). *Psikolojiye Giriş: Ders Kitabı*. Çev. H.Ü. Psikoloji Bölümü. Yayın sorumlusu: Sirel Karakaş, Meteksan, Ankara.
107. Muller, M.E. (1994) A questionnaire to measure mother- to- infant attachment, *J Nurs Meas*, 2(2), 129-241.
108. Muller, M.E. (1996) Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 25(2), 161-166.
109. Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D.A. ve Demirel, Y. (2004). Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 26 (2), 55–59.
110. Okanlı, A., Tortumluoğlu, G. ve Kırpınar, İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 98-105.
111. Orr, S.T., James, S.A., Blackmore, P.C. (2002). Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland, *Am J Epidemiol*, 156, 797–802.
112. Öhman, S.G. and Waldenström, U. (2010). Effect of first-trimester ultrasound screening for Down syndrome on maternal-fetal attachment- A randomized controlled trial, *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1, 85-90.
113. Özmert, E.N. (2006). Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-III, *Aile, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 256-273.

114. Öztop, D. B. (2003) Depresyonu Olan Annelerin Bebeklerinde Bilişsel-Duygusal Gelişim ve Anne-Bebek İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
115. Pehlivan, K. (2004). Kadın Psikiyatrik Hastalarının Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olması, AIDS, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Popülasyonla Karşılaştırılmalı Çalışması. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul.
116. Pehlivantürk, B. (2004). Otistik Bozukluğu Olan Çocuklarda Bağlanma, Türk Psikiyatri Dergisi, 15(1), 56-63.
117. Peppers, L.G. and Knapp, R.J. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, 43(2), 155-159.
118. Pollock, H.P, Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse, *Child Abuse and Neglect*, 23(12), 1345-1357.
119. Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale:A self-report depression scalefor research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-405.
120. Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature, *Gen Hosp Psychiatry*, 26, 289-295.
121. Robson, K.M. and Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth, *Br J Psychiatry*, 136, 347-353.
122. Rossi, N., Bassi, L., Campanini, D. and Delfino, M.D. (1993). Maternal anxiety and childbirth, *Clin Exp Obstet Gynecol*, 18, 19-25.
123. Saastad, E., Israel, P., Ahlborg, T., Gunnes, N., and Frøen, J.F. (2011). Fetal Movement Counting—Effects on Maternal-Fetal Attachment: A Multicenter Randomized Controlled Trial, *BIRTH*, 38(4), 282-292.
124. Sabuncuoğlu, O. ve Berkem, M. (2006). Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye’den Bulgular, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 252-258.
125. Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L. and Lester, B. (2003). Maternal-Fetal Attachment, *JAMA*, 289(13), 1701.
126. Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nyström, B. and Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy, *Arch Womens Ment Health*, 12, 269-279.
127. Selvi, P. (2008). Sivas İlinde Yapılacak Saha Araştırmalarında Kullanılmak Üzere Çeşitli Sayı ve Nitelikte Örneklem Planının Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
128. Sertbaş, G. (1998). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
129. Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L.A., Strobino, D., Powe, N.R. and Nicholson. W. (2009). Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life During Pregnancy and After Delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) Study, *Matern Child Health J*, 13, 577-587.
130. Sevil, D.Ü., Saruhan, A., Ertem, G. ve Kavlak, O. (2004). Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 67-76.

131. Siddiqui, A. and Högglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction?, *Early Human Development*, 59, 13-25.
132. Sitrin, L. (1994). Parental coping after miscarriage, stillbirth, neonatal death and infant death. Doctorate Dissertation. The California School of Professional Psychology, Alameda.
133. Soysal, A.Ş., Bodur, Ş., İşeri, E. ve Şenol, S. (2005) Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış, *Klinik Psikiyatri*, 8, 88-99.
134. Sümer, N. (2006). Ergenlikte Ebeveyn Tutum ve Davranışlarının Bağlanma Kaygısındaki Rolü, 11. Ergen Günleri, Konuşma Metni, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
135. Symon, A. (2003). A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life, *Health Qual Life Outcomes*, 1, 38.
136. Şahin, E.M., Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 27(1), 51-58.
137. Şahin, H.N. ve Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
138. Şen, S. (2007). Anneanne-anne-bebek bağlanmasının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
139. Şolt, A. (2011). Doğum sayısının anne-bebek bağlanmasına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
140. Taşdemir, S., Kaplan, S. ve Bahar, A. (2006). Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 105-118.
141. Taşkın, L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
142. Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D. and Glover, V. A. (2005). New Mother to Infant Bonding Scale: Links With Early Maternal Mood, *Arch Womens Ment Health*, 8, 45-51.
143. Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A.ve Kısa, C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, *Türk Aile Hek Derg.* 13(3), 132-136.
144. Tilokskulchai, F., Phatthanasiriwethin, S., Vichitsukon, K. and Yaowalak, S. (2002) Attachment Behaviors in Mother of Premature Infants: A Descriptive Study in Thai Mothers, *Journal of Perinatal&Neonatal Nursing*, 3(16), 69-83.
145. Turan, T.E. ve Çetin, N. (2001). Doğum ve anksiyete üzerine kıyaslamalı bir çalışma, *Türkiye'de Psikiyatri*, 3, 47-51.
146. Ulusoy, M., Şahin, N.H. ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties, *J Cogn Psychother*, 12, 163-172.
147. Ustunsoz, A., Guvenç, G., Akyuz, A. and Oflaz, F. (2010). Comparison of maternal-and paternal-fetal attachmentin Turkish couples, *Midwifery*, 26, e1-e9.
148. Üstünöz, A., İnanç, N. (2001). Sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebelerde doğum öncesi anne-bebek bağlılığının karşılaştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi*, 43(1), 62-65.
149. Ünal, G. (2004) Bir Grup Üniversiteli Gençte Çekingenlik, Aleksitimi ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi, *Klinik Psikiyatri*, 2004; 7, 215-222.

150. Üst, Z.D., Pasinlioğlu, T. ve Özkan, H. (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 110-115.
151. Verdier-Taillefer, M.H., Gourlet, V., Fuhrer, R., Alperovitch, A. (2001). Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale in multiple sclerosis. *Neuroepidemiology* 20(4), 262-267.
152. Weber, D.A. (2003). A Comparison of Individual Psychology and Attachment Theory, *Journal of Individual Psychology*, 59(3), 246-262.
153. Wessey, J., & Knauth, D.G. (2001). Marital Change During the Transition to Parenthood, *Pediatric Nursing*, 27, 169-173.
154. Wilson, M.E, White, M.A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament, *J Adv Nurs*, 31(1), 204-210.
155. Yali, A.M. and Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women, *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 20, 39-52.
156. Yarcheski, A., Mahon, N.E., Yarcheski, T.J., Hanks, M.M. and Cannella, B.L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment, *International Journal of Nursing Studies*, 46, 708–715.
157. Yeşilçiçek, Ç.K. ve Aktaş, S. (2011) Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(1), 142-162.
158. Yeşiltepe, O.Ü. (2004). Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi*, 12(1), 11-5.
159. Yılmaz, D.S. ve Beji, K.N, (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon Ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler, *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
160. Yılmaz, D.S. ve Beji, K.N, (2013). Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16,2, 103-109.
161. Yüksel, N. (1995). Ruhsal ve Fiziksel Gelişim, *Ruhsal Hastalıklar Kitabı*, Hatipoğlu yayınevi, Ankara.
162. Zeanah CH, Boris NW, Larriey JA (1997) Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years, *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165-178.
163. Zeanah, C.H., Carr, S., Wolk, S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: Are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 23-26.

EKLER

EK 1- GEBE TANILAMA FORMU

Görüşme Tarihi:

Tel:

Anket No:

1.Yaşınız:

2. Medeni durumunuz: 1) Bekar 2) Evli 3) Diğer

3. Kaç yıllık evlisiniz:.....

4. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz?

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile

5.Eğitim durumunuz:

1) Okuryazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise

5) Üniversite

6.Çalışma durumunuz: 1) Çalışan (.....) 2) Çalışmayan

7. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Hayır 2) Evet

8.Yıllık ortalama gelir miktarınız:

1) 10 000 altı 2) 10 000 --20 000 3) 20 000 üzeri

9. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk 3)Gelirim giderimden fazla

10.Kronik bir hastalığınız var mı? 1) Hayır 2) Evet:

11.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? 1) Hayır 2) Evet:

12.Gebelik sayınız:.....

13.Yaşayan çocuklarınızın sayısı:....

14. Bu gebeliğinizde gebe kaldığınızı öğrendiğinizde ne hissettiniz?

.....

15. Bu gebeliğiniz planlı mı? 1) Hayır 2)Evet

16. Gebeliği sonlandırmayı düşündünüz mü? 1) Hayır 2)Evet

17.Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı? 1) Hayır 2)Evet

Evet ise; Sayı:..... Türü:.....

Evet ise; Gebelik sonlandırılma nedeni:

Evet ise; Gebelik sonlandırılma yöntemi:.....

18. Şu anki gebelik haftası:.....

19. Bu gebelik hakkında şimdi ne hissediyorsunuz?.....

20. Bu gebeliğiniz riskli bir gebelik mi? 1) Hayır 2)Evet:.....

21. Gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırıyor musunuz?

1) Hayır 2)Evet ise (şimdiye kadar kaç kez olduğu:.....)

22. Gebelik kontrollerinizi nerede yaptırılıyorsunuz?

1) Devlet Hastanesinde 2) Üniversite Hastanesinde 3) Özel Hastanede

4) Aile Sağlığı Merkezinde 5) Özel Klinikte

23. Gebelik kontrollerinizde aşağıdaki verilen işlemlerden hangilerini yaptırdınız?

Yapılan işlemler

Kaç kez yaptırdınız?

Ultrasonografi

Üçlü tarama testi

İkili tarama testi

Amniosentez

Nonstres Test

Diğer (.....)

24. Fetal hareket sayımı yapıyor musunuz? 1) Hayır 2)Evet:.....

25. Sizin ve bebeğinizin sağlığının geliştirilmesine yönelik sağlık personeli tarafından eğitim aldınız mı? 1) Hayır 2)Evet:.....

26. Bebeğin cinsiyetini biliyor musunuz? 1) Kız 2) Erkek

27. **Bebek istediğiniz cinsiyette mi?** 1) Hayır 2)Evet

28. **Gebeliğiniz süresince eşinizden aşağıda verilen destek türlerini aldınız?**

<u>Destek Türleri</u>	<u>Aldım</u>	<u>Almadım</u>
Duygusal destek	()	()
Yardımcı destek	()	()
Bilgisel destek	()	()
Değerlendirme ile ilgili destek	()	()

29. **Sizi genelde strese sokan durumlar nelerdir?**

.....

30. **Doğum yaptığınız tarih:.....**

31. **Doğum şekliniz:** 1) Normal doğum 2) Sezaryen

32. **Doğum sürecinde herhangi bir problem yaşadınız mı?** 1) Hayır 2)Evet

Evet ise açıkla mısınız?.....

33. **Doğum sonrası dönemde herhangi bir problem yaşadınız mı?** 1) Hayır 2)Evet

Evet ise açıkla mısınız?.....

34. **Doğumda ve doğumdan sonra bebekte herhangi bir problem oldu mu?**

1) Hayır 2)Evet

Evet ise açıkla mısınız?.....

35. **Doğumdan sonra bebekten ayrı kalmanızı gerektiren herhangi bir problem oldu mu?** 1) Hayır 2)Evet

a. Evet ise açıkla mısınız?.....

b. Bebekten ne kadar süre ayrı kaldınız?

EK 2- PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Geçen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.				
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.				
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.				
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.				
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.				
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.				
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.				
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.				
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.				
10. Bebeğimin ne zaman uyduğunu bilirim.				
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.				
12. Bebeğim için bir şeyler satın alır ya da yaparım.				
13. Bebeğimi sevdiğimi hissederim.				

14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.				
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.				
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.				
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.				
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.				
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.				
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.				
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.				

EK 3- EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI

Aşağıda hissettiğiniz veya davranışlarınızla ilgili bir durumlar listesi vardır. Geçen hafta süresince belirtilen durumu ne sıklıkta hissettiğinizi lütfen söyleyiniz.

SON BİR HAFTA SÜRESİNCE:

	Nadiren ya da hiç (Haftada 1 gün ya da daha az)	Ara-sıra (Haftada 1-2 gün)	Sıklıkla (Haftada 3-4 gün)	Çoğu zaman ya da her zaman (Haftada 5-7 gün)
1.Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.				
2.Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.				
3.Ailemin desteğine rağmen, hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.				
4.Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim.				
5.Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.				
6.Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.				
7.Yaptığım her iş için çaba sarfetmem gerektirdiğini hissettim.				
8.Gelecek hakkında umut doluydum.				
9.Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.				
10.Kendimi korkulu, ürkek hissettim.				
11.Uykum huzursuzdu.				
12.Mutluydum.				
13.Her zamankinden daha az konuştum.				
14.Kendimi yalnız hissettim.				
15.İnsanlar bana dostça gelmedi.				

16.Yaşamdan zevk aldım.				
17.Ağlama nöbetlerim oldu.				
18.Kendimi üzgün hissettim.				
19.İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.				
20.Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.				

EK 4- STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyiniz. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutucuğa (X) işareti koyun. Çok uygunsa %100'ü işaretleyin. Her soruyu ayrı ayrı değerlendirerek size uygun ifadeyi işaretleyiniz.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA...	Sizi ne kadar tanımlıyor, Size ne kadar uygun			
	Hiç (%0)	Biraz (%30)	Oldukça (%70)	Tamamen (%100)
1-Kimsenin bilmesini istemem.				
2-İyimser olmaya çalışırım.				
3-Bir mucize olmasını beklerim.				
4-Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5-Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6-Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7-Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8-Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı veririm.				
9-İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10-Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kaybetmem.				
11-Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12-Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13-İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14-Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için çabalarım.				
15-Problemin çözümü için adak adarım.				
16-Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17-Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18-Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				

19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20-Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21-Mücadeleden vazgeçerim.				
22-Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23-Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24-Olaylar karşısında kaderim buymuş derim.				
25-Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm.				
26-Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı düşünürüm.				
27-Benim suçum ne diye düşünürüm.				
28-Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.				
29-Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30-Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni mutlu eder.				

EK 5- BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneği seçerek belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?

	Hiç	Hafif	Orta derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Bas dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme korkusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)				

EK 6- ANNE-BEBEK BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Bu sorular ilk birkaç hafta içinde, çocuğunuza karşı duygularınıza ilişkindir. Bebekler doğduktan sonra, ilk haftalar içinde, annelerin bebeklerine karşı bazı duygularını tanımlayan bir takım ifadeler aşağıda liste edilmektedir. Lütfen, **İLK HAFTA** boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan sözcüğün karşısındaki kutuya (x) işareti koyunuz.

	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
Sevgi dolu				
Kızgın				
Nötr / hiçbir şey hissetmeme				
Sevinçli				
Hoşlanmama				
Koruyucu				
Hayal kırıklığı				
Öfke				

EK 7: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Anne-Bebek Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler**”dir.

Bu araştırmanın amacı, anne bebek bağlanma düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmada yer almanız için sizin kendi evinizde iki kez ev ziyareti yapılması yeterlidir. Çalışma 6 ay sürecektir. Çalışma süresince ortalama 200 gebe ile çalışılması düşünülmektedir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen yapılacak ev ziyaretini kabul etmek ve araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Çalışmada; ilk ziyarette sizin tanıtıcı özelliklerinizi sorgulayan 29, gebelik döneminde anne-bebek bağlanma düzeyini belirlemek için 21, gebelikte depresif belirtileri ölçmek için 20, stresle başa çıkma tarzınızı belirlemek için 30, yaşadığınız anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek için 21 maddelik olmak üzere toplam 121 soruya cevap vermeniz gerekmektedir. İkinci ziyaret doğumunuzu yaptıktan sonra 7. veya 8. günde yapılacaktır. Bu ziyarette de doğum ve doğum sonrası sürece ilişkin 6, doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyini belirlemek için 8, gebelikte depresif belirtileri ölçmek için 20, yaşadığınız anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek için 21 maddelik olmak üzere toplam 55 soruya cevap vermeniz gerekmektedir. Bu ziyaretlerde formlar yaklaşık 40 dakika süresince karşılıklı görüşme ile doldurulacaktır.

Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Çalışma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bugünün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginize teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılma Onayı

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

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Gülseren DAĞLAR (Öğretim Görevlisi)

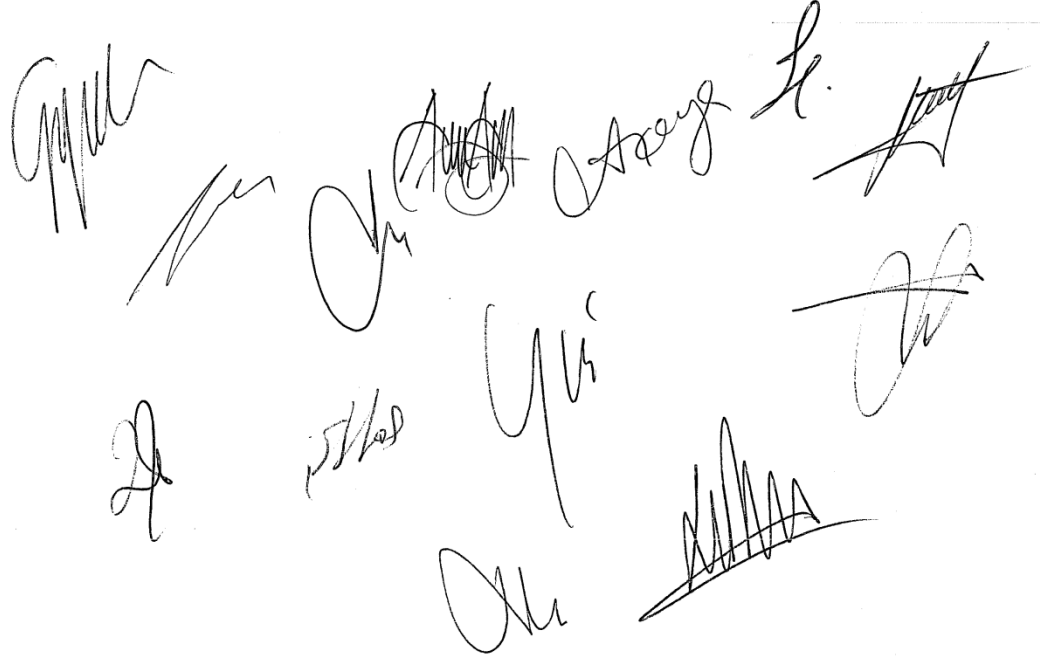
Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Tel.-Faks: 03462191010-1784

Tarih ve İmza:

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Anne-Bebek Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Naim Nur / Doktora öğrencisi Gülseren Dağlar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Doktora tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	







CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2013-01/14	Tarih: 22.01.2013		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.			

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayhan Koyuncu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayhan Koyuncu	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Saadettin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Erol Kisli	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya Toker	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Demirkazık Çançalar	Biyofizik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Ziyne Çınar	Biyostatistik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mutlu Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimi	Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Şemsettin Ağtaş,	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma



Sağlık Bakanlığı

T.C.

SİVAS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı :35084924/ ~~2806~~-

25.02.2013

Konu: Anket

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE

İlgi:22.02.2013 tarihli 809 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda kurumumuzdan istediğiniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gülseren DAĞLAR'ın 'Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Anne-Bebek Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler' konulu doktora tez çalışması ile ilgili anket formları tarafımızdan incelenmiş olup söz konusu anket çalışmasının il merkezindeki altı Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Sağlığı Merkezi çalışmalarını aksatmayacak şekilde yapılması hususunda;

Bilgilerinizi, durumun ilgililere tebliği ile gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Levent SAĞLAM
Halk Sağlığı Müdürü

Artık Herkesin Bir Aile Hekimi Var.

Adres : Yüceyurt Mh. Rahmi GÜNAY Cd. Numune Hast. Kampusu No:3/L 58040/SİVAS
Telefon : 0 (346) 225 63 67-73 / 1247 Faks:0(346)223 49 00 İrtibat: Abdullah TUNÇ
İnternetAdresi : www.sivashalksagligi.gov.tr e-posta:hsm58.ahkek@saglik.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gülseren Dağlar

Doğum Yeri ve Yılı: Sivas 15.02.1971

Medeni Durumu: Evli, 2 çocuk sahibi

Uyruğu: T.C

İş Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü SİVAS

Ev Adresi: Yenişehir mah. 5.sok. Papatya Apt. kat:7 No:30

Telefon: 0 346 2191010 / 1784

Fax: 0 346 21912 58

E-mail: gdaglar@cumhuriyet.edu.tr - gulserendaglar@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas	2010 - Halen
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Sivas	1995-1998
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara	1989-1995
Lise	Atatürk Sağlık Meslek Lisesi, Sivas	1985-1989

Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Öğretim Görevlisi	C.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	2008-
Öğretim Görevlisi	C.Ü. Sağlık Yüksek Okulu	1998- 2008
Öğretim Görevlisi	C.Ü. Sağlık Hizmetleri MYO	1996- 1998
Hemşire	C.Ü. Arş. Uy. Hastanesi, SİVAS	1995- 1996
Hemşire	Ankara Hastanesi, ANKARA	1989- 1993

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler

- Türk Hemşireler Derneği
- Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği (HEMAR-GE)

Verilen Lisans Dersleri

- Doğum Öncesi Dönem I
- Doğum Öncesi Dönem II
- Normal Doğum ve Doğum Sonrası Dönem Dersi
- Klinik ve Sahada Entegre Uygulama

Ulusal Yayınlar

- Bilgiç, Ç.D., **Dağlar, G.**, Demirel G., (2013) “Adolesanda Jinekolojik Sorunlar ve Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri” Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 47:4, 157-166.
- **Dağlar, G.**, Güler, H., Demirel, G., Yurtsal, Z.B., (2013) “Elektronik Fetal Monitörizasyon Kursunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi” Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 22:4, 138-142.
- **Dağlar, G.**, Aydemir, N., (2011) “Vajinal Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Ebelik Bakım Uygulamaları”. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 20:1, 1-6.
- Yıldırım, G. (Ed.) **Dağlar, G.**, (2005) “Ebe ve Hemşireler İçin Uygulama Becerileri Öğrenim Rehberi” Cumhuriyet Üniversitesi Matbaası, Sivas.
- **Dağlar, G.**, Güler, H., (2004) ”Ebelerin Doğum Anında Annelere Verdikleri Bakım Hizmeti: Annelerin Değerlendirmeleri ve Beklentileri” Artemis. 5:1, 15-19.

Bildiriler

- Bilgiç, Ç.D., Demirel, G., **Dağlar, G.**, (2013) “Gebelerin Gebelik Dönemine ve Doğuma İlişkin Mitleri,” 3. Ulusal 2. Uluslar Arası Ebelik Kongresi, Sözel Bildiri, 20-23 Kasım 2013, Antalya.
- Ertekin, P.Ş., Duran, Ö., Cesur, B., Bilgiç, Ç.D., **Dağlar, G.**, Güler, E., (2013) “Gebelerin Doğuma Yönelik Korkularının Sosyal Destek İle İlişkisi,” 3. Ulusal 2. Uluslar Arası Ebelik Kongresi, Sözel Bildiri, 20-23 Kasım 2013, Antalya.

- **Dağlar, G.**, Güler, H., Demirel, G., Yurtsal, Z.B., (2013) “Elektronik Fetal Monitörizasyon Kursunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi,” I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi, Sözel Bildiri, 24-26 Nisan 2013, İstanbul, Kongre Kitapçığı s:60.
- Tel, H., Ertekin, P.Ş., **Dağlar, G.**, (2013) “The Effect on Postpartum Depression and Quality of Life of Mothers Planned Education and Home Visit,” Horatio, European Psychiatric Nursing Congress, Sözel Bildiri, 31 Ekim-2 Kasım 2013, İstanbul, Kongre Kitapçığı s:135.
- **Dağlar, G.**, Ertekin, P.Ş., Sabancıoğulları, S., (2012) “Evde ve Kurumda Yaşayan Yaşlılarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi,” 2. Uluslararası 6. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Poster Bildiri, 4-7 Ekim 2012, Erzurum, Kongre Kitapçığı s:193.
- Cesur, B., Ertekin, P.Ş., **Dağlar, G.**, Duran, Ö., (2012) “Kadınların Histerektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrasında Anksiyete-Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi” 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, 2-6 Ekim 2012, Kongre Kitapçığı s:957-958.
- **Dağlar, G.**, Nur, N., (2012) “Huzurevinde ve Evinde Kalan Yaşlılarda Ağrı Düzeyi ve Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri,” 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, 2-6 Ekim 2012, Kongre Kitapçığı s:400.
- **Dağlar, G.**, Yıldırım, M., Alıcı, S., (2011) “Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği’ne Başvuran Gebelerin Gebelikte Beslenme Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi,” 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Poster Bildiri, 19-21 Ekim 2011, Kongre Kitapçığı s:162-163.
- **Dağlar, G.**, Özkayran, G., Karagöz, Y., (2011) “Primigravidaların Anne ve Yenidoğan Hakları Konusunda Bilgi Düzeyleri,” 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Poster Bildiri, 19-21 Ekim 2011, Kongre Kitapçığı s:172.
- Bozboğa, Z.B, **Dağlar, G.**, Sümer, H., (2011) “Planlı Yapılan Ev Ziyareti ve Eğitimin Gebelikte Uyku Kalitesine Etkisi” 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, 4-7 Ekim 2011,
- **Dağlar, G.**, Bozboğa, Z.B., Sümer, H., (2011) “Planlı Yapılan Ev Ziyareti ve Öğretimin Gebelikte Demir İlacı Kullanımında Dikkat Edilecekler Hakkında Bilgi ve Tutum Düzeyine Etkisi” 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, 4-7 Ekim 2011,

- Yücel, F., Başer, D., **Dağlar, G.**, (2010) “Sivas İli Orhan Gazi ve Alibaba Sağlık Ocağı Bölgesindeki Adölesan Gebelerin Yenidoğan Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” 1. Uluslararası Kadın ve Sağlık Kongresi, Poster Bildiri, 3-5 Haziran 2010, Kongre Kitapçığı s:166.
- Aydemir, N., **Dağlar, G.**, (2007) “Vajinal Doğum Ağrılarının Azaltılmasına Yönelik Ebelik Bakım Uygulamaları,” 1. Ulusal Ebelik Kongresi, Poster Bildiri, 20-22 Haziran 2007, Kongre Kitapçığı s:32.
- **Dağlar, G.**, (2007) “Abortus İmminens Tanısı ile Hastanede Yatan Gebelerin Günlük Yaşam Aktivitelerinden Boşaltım, Kişisel Temizlik-Giyinme, Hareket Etme ve Uyku Aktivitelerinin Etkilenme Durumu,” 1. Ulusal Ebelik Kongresi, Poster Bildiri, 20-22 Haziran 2007, Kongre Kitapçığı s:40.
- Ertekin, P.Ş., **Dağlar, G.**, Canbekli, N., Toptaş, N., (2007) “Prematüre Bebeği Olan Annelerin Ebelerden Beklentileri,” 1. Ulusal Ebelik Kongresi, Poster Bildiri, 20-22 Haziran 2007, Kongre Kitapçığı s:45-46.
- Ertekin, P.Ş., **Dağlar, G.**, Doğan, Ş., (2007) “Oral Kontraseptif Kullanan Kadınların Oral Kontraseptif Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi,” 1. Ulusal Ebelik Kongresi, Poster Bildiri, 20-22 Haziran 2007, Kongre Kitapçığı s:45.
- **Dağlar, G.**, Güler, H., (1999) “Doğum Anında Ebelerin Annelere Verdikleri Bakımın Belirlenmesi ve Annelere Göre Bu Bakımın Değerlendirilmesi,” 7. Uluslararası Hemşirelik Kongresi, Poster Bildiri, 22- 24 Haziran 1999.

Verilen Konferanslar/Seminerler

- 11-15 Şubat 2013 SBF Ebelik Bölümü 4. sınıf öğrencilerine yönelik “Elektronik Fetal İzlem Kursu” (Planlayıcı ve Eğitici),
- 20-22 Eylül 2011 SBF Ebelik Bölümü 4. sınıf öğrencilerine yönelik “Elektronik Fetal İzlem Kursu” (Planlayıcı ve Eğitici),
- 22-24 Eylül 2010 SBF Ebelik Bölümü 4. sınıf öğrencilerine yönelik “Elektronik Fetal İzlem Kursu” (Planlayıcı ve Eğitici),
- Nisan 2010 “Sağlık Bilimleri Fakültesi Satrtejik Plan”ının hazırlanması aşamasında Proje Ana Takımında aktif görev,
- 2-3 Mart 2010 SBF Ebelik Bölümü 4. sınıf öğrencilerine yönelik “Elektronik Fetal İzlem Kursu” (Planlayıcı ve Eğitici),

- 12-26 Haziran 2009 Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından planlanan ‘‘Eğitim Becerileri Geliştirme Semineri’’ (Eğitici),
- 29 Mayıs 2009 ‘‘Ebelik Lisans ve Lisans Üstü Eğitiminde Uluslar arası Standardizasyon ve İşbirliği ’’ Workshop, Sivas. (Düzenleme Kurulu)
- 8 Nisan 2009 ‘‘Preeklemside Bakım’’ Sivas Devlet Hastanesi Ebelerine Hizmet İçi Eğitim Programı (Seminer Sunumu),
- 11- 13 Şubat 2009 ‘‘Nonstres Test’’ Sivas Devlet Hastanesi Ebelerine Hizmet İçi Eğitim Programı (Seminer Sunumu),
- 20-22 Mayıs 2008 ‘‘Nonstres Test’’ Sivas Devlet Hastanesi Ebelerine Hizmet İçi Eğitimi Programı (Seminer Sunumu),
- 15 Nisan 2004 ‘‘Kanser ve Korunma Yolları’’ Halk Eğitim Akşam Sanat Okulu’nda öğrenim gören bayan kursiyerlere yönelik konferans, Sivas.
- 1 Nisan 2004 ‘‘Pembe Kurdele’’ adlı etkinlik çerçevesinde ‘‘Kanser’’ konulu konferans, Cumhuriyet Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi, Sivas.
- 6–8 Haziran 2002 ‘‘Sağlıklı Toplum ve Aileler İçin Ebelik Lisans Müfredatlarının Güncelleştirilmesi’’ Workshop, Sivas. (Düzenleme Kurulu)

Sertifikaları

- Gebe ve Lohusaların Sigara Bağımlılığının Giderilmesinde Ebenin Rolü Kursu, 3-4 Mart 2010,
- Çatışma Yönetimi Kursu, 21 Ekim 2009,
- Neonatal Resesütasyon Kursu, 23-25 Haziran 2009,
- Öğretim Yöntemleri ve Ölçme/ Değerlendirme Kursu, 2-3 Temmuz 2007,
- Temel Obstetrik USG Kongresi, 20- 22 Haziran 2007,
- Uygulamalı Fetal Monitorizasyon ve NST Kursu, 20-22 Haziran 2007,
- Doğum Öncesi Eğitim İçin Eğitici Eğitimi Programı, 27 Eylül-1 Ekim 2004,
- NST ve USG Uygulamaları Kursu, 20–31 Ocak 2003,
- Rahim İçi Araç (RİA) Kursu, 31 Mayıs-25 Haziran 1999,
- İnteraktif Eğitim Yöntemleri Kursu, 1-5 Şubat 1999.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okuma, araba kullanma, yüzme.