

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK RİSKLİ GEBELİKLERİN
DOĞUM ÖNCESİ EBEVEYN BAĞLANMASINA ETKİSİ

GÜLSÜM HAVUTÇU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Programı çerçevesinde Gülsüm HAVUTÇU tarafından hazırlanan “Yüksek Riskli Gebeliklerin Doğum Öncesi Ebeveyn Bağlanmasına Etkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/05/2019

Üye (T.D.): Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Ayden ÇOBAN Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ Manisa Celal Bayar Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit Kum
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde ve tezin planlanmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen, değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR'a, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirmeyen bölüm hocalarıma ve tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayden ÇOBAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ'ye,

Araştırmanın Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasına olanak sağladığı için Muğla İl Sağlık Müdürlüğüne, araştırmayı kabul eden değerli gebeler ve eşlerine,

Ayrıca öğrenimim boyunca, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan anne ve babama,

Tez çalışmamın her aşamasında, hayatımın her döneminde dağ gibi arkamda duran, her kararında beni destekleyen sevgili eşime ve sabırla tezimin bitmesini bekleyen canım oğluma,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Anelik ve Babalık Kavramı	4
2.2. Gebelik.....	5
2.3. Gebelikte Risk Faktörleri	5
2.4. Dünyada ve Türkiye’de Riskli Gebelik.....	7
2.5. Yüksek Riskli Gebelik.....	8
2.6. Bağlanma Kavramı.....	8
2.7. Bağlanma Kuramı.....	9
2.8. Bağlanma Biçimleri.....	12
2.8.1. Güvenli Bağlanma.....	12
2.8.2. Kaçınan Bağlanma.....	13
2.8.3. Kararsız Bağlanma.....	13
2.9. Prenatal Bağlanma Teorisi.....	14
2.10. Prenatal Bağlanmanın Gelişimi.....	16
2.11. Prenatal Bağlanma ile İlişkili Faktörler.....	17
2.12. Yüksek Riskli Gebelerde Bağlanma.....	18
2.13. Maternal Bağlanma.....	18
2.14. Paternal Bağlanma.....	19
2.15. Parental Bağlanma.....	20
2.16. Bağlanmada Ebelerin Rol ve Sorumlulukları.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	25
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Anne)	26
3.6.2. Tanıtıcı Bilgi Formu (Baba)	26
3.6.3. Anne-Bebek Bağlılığı Skalası.....	27
3.6.4. Baba-Bebek Bağlılığı Skalası.....	27
3.6.5. Durumluk Kaygı Ölçeği.....	28
3.6.6. Beck Depresyon Envanteri.....	28
3.6.7. Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu.....	29
3.7. Ön Uygulama.....	29
3.8. Verilerin Toplanması.....	30
3.9. Verilerin Analizi.....	30
3.10. Araştırmanın Güçlükleri.....	31
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri.....	32
4.2. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Anne-Bebek ve Baba- Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
4.3. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Özelliklerinin Anne- Bebek ve Baba-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamalarına Etkisi.....	46
5. TARTIŞMA.....	49
5.1. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	49
5.2. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası, Baba- Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	51
5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
6.1. Sonuçlar.....	54

6.2. Öneriler.....	55
KAYNAKLAR.....	57
EKLER.....	68
ÖZGEÇMİŞ.....	91

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABBS	: Anne- Bebek Bağlılığı Skalası
Ark.	: Arkadaş
BBBS	: Baba- Bebek Bağlılığı Skalası
EDT	: Erken Doğum Tehditi
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
N	: Kişi sayısı
Rh	: Rhesus
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Ss	: Standart sapma
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
Ort	: Ortalama
\bar{X}	: Standart sapma

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Bağlanma Kuramının Tarihi Gelişim Süreci.....	11
Tablo 2. Araştırmanın Zamanı.....	24
Tablo 3. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri.....	32
Tablo 4. Vaka Grubu ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 5. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Bu Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	37
Tablo 6. Vaka Grubu Gebelerin Tanıları ve Hastanede Yatış Süreleri, Anne-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 7. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 8. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 9. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Eşlerinin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 10. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile Anne-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 11. Vaka ve Kontrol Grubu Eşlerin Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile Baba-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 12: Vaka Grubu Gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Linear Regresyon (Stepway) Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 13: Kontrol Grubu Gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Linear Regresyon (Stepway) Analizi Sonuçları.....	47

Tablo 14: Vaka Grubu Eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Linear Regresyon (Stepway) Analizi Sonuçları.....	47
--	----

Tablo 15: Kontrol Grubu Eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Linear Regresyon (Stepway) Analizi Sonuçları.....	48
---	----

ÖZET

YÜKSEK RİSKLİ GEBELİKLERİN DOĞUM ÖNCESİ EBEVEYN BAĞLANMASINA ETKİSİ

**Havutçu G. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019**

Bu çalışma yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisini incelemek amacıyla, Eylül 2017-Eylül 2018 tarihleri arasında, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde analitik vaka-kontrol çalışması olarak yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, bu hastaneye başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem hacminin belirlenmesinde, power analizinden yararlanılmıştır. Örneklem sayısı vaka grubu için 38, kontrol grubu için 76 olarak hesaplanmıştır. Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu (Anne), Tanıtıcı Bilgi Formu (Baba), Anne - Bebek Bağlılığı Skalası, Baba - Bebek Bağlılığı Skalası, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk Kaygı Ölçeği ile toplanmıştır. Veri toplama formları gebeler ve eşleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler olarak ki-kare, student t testi, mann whitney u, linear regresyon (stepway) analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik ve bu gebeliğe ilişkin özelliklerinde benzerlik bulunmuştur. Vaka ve kontrol grubu gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinde benzerlikler bulunmuştur. Vaka ve kontrol grubu gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda fark bulunmuştur. Vaka grubu gebelerin bağlanma puan ortalaması daha düşük, kaygı düzeyi daha fazladır. Vaka ve kontrol grubu gebelerin eşlerinin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda fark bulunmuştur. Vaka grubu gebelerin eşlerinde bağlanma puan ortalaması daha düşük, kaygı düzeyi daha fazladır. Sonuç olarak, yüksek riskli gebeler ve eşlerinde doğum öncesi bebeğe bağlanma düzeyleri düşük, kaygı düzeyleri ise fazla olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bağlanma, Yüksek Riskli Gebelik, Vaka Kontrol Çalışması

ABSTRACT

EFFECT OF HIGH RISK PREGNANCY ON PRENATAL PARENT ATTACHMENT

Havutçu G. Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences Department of Midwifery, MA Thesis, Aydın, 2019.

This study was conducted as an analytical case-control study between September 2017 and September 2018 at Muğla Sıtkı Koçman University Education and Research Hospital (Obstetrics and Gynecology Clinic) in order to examine the effects on prenatal parental attachment of high-risk pregnancies. The sample space of the study was composed of pregnant women who applied to this hospital. Power analysis was used to determine the sample volume. The number of samples was calculated as 38 for the case group and 76 for the control group. The data were collected with Introductory Information Form (Mother and father), Fetal attachment Scale (Maternal and paternal), Beck Depression Inventory, State Anxiety Inventories. Data collection forms were filled with face to face interviews with pregnant women and their partners. In the analysis of data, chi-square, student t test, mann whitney u, linear regression (stepway) analysis were used as descriptive statistics. Statistical significance was evaluated at $p < 0.05$ level.

In pregnant women were found similarities in the socio-demographic, obstetric and the features of this pregnancy. Between case and control group in the partners of pregnant women were found similarities in the socio-demographic characteristics. Between case and control group in pregnant women were found a statistically significant difference Maternal-Fetal Attachment, Beck Depression Inventory and State Anxiety Inventory, score of the mean. The mean attachment score of the pregnant women in the case group was lower and the anxiety level was higher. Between case and control group in the partners of pregnant women were found a statistically significant difference Paternal-Fetal Attachment, Beck Depression Inventory and State Anxiety Inventory score of the mean. The mean attachment score in the partners of pregnant women in the case group was lower and the anxiety level was higher. In conclusion, high risk pregnant woman and their partners was found low levels of attachment to the prenatal baby and increased anxiety levels.

Keywords: Attachment, High Risk Pregnancy, Case Control Study

1. GİRİŞ

Kadın için gebelik dönemi biyolojik, fizyolojik, sosyolojik olarak karmaşık bir dönem olmakla birlikte psikolojik olarak da değişikliklerin yaşandığı bir süreçtir (Taşkın, 2016). Anne ve bebek açısından olumsuzluk doğurabilecek etmenlerin olması durumunda gebelikler riskli gebelik diye tanımlanabilmektedir (Wildschut, 2010; Gilbert ve Harmon, 2011). Dünyada her yıl takribi ikiyüz milyon kadın gebe kalmakta, yüzyirmi milyon bebek doğmakta ve 7 milyona yakın bebek beş yaşına gelmeden ölmektedir (Hounton ve ark, 2013). Türkiye’de 2013 yılında yapılan sağlık araştırması sonucunda meydana gelen doğumların %63’ü yüksek risk kategorisindedir (TNSA, 2013). Yüksek riskli gebelik döneminde gebelerin bir kısmı değişimlere daha kolay adapte olurken, bir kısmı ise aşamalı olarak ruhsal problemler yaşamaktadır. Yüksek riskli gebeliklerde herhangi bir riskin olması gebelerin anksiyete düzeyini artırmaktadır (Karaçam ve Ançel, 2009; Baor ve Soskolne, 2010).

Bağlanma; hayatın ilk anlarında bebeğin çevresiyle olan iletişimi ile başlayan ve duygusal yönden baskın bir durumdur. Başka bir tanımla bağlanma; bebekle bakımını üstlenen bireyle arasında olan, bebeğin bakımını üstlenen bireyi araması ve yakınlık duyma davranışları ile devam eden, stres anlarında açığa çıkan, sürekliliği olan duygusal bir bağlılık olarak tanımlanabilir (Çam ve Keskin, 2007). Bağlanma, annelik rolünün oluşması, anneliğe uyum, annenin bebeğine sevgisini ve sıcaklığını göstermesi, bebeğini koruması, bebeğine ilgi göstermesini, bebeğiyle iletişim kurmasını ve bebeğinin ihtiyaçlarına duyarlı olup, ihtiyaçlarını karşılamasını sağlar (Duyan ve ark, 2013; Elkin, 2015). Literatürde anne-bebek bağlanmasının çocuğun fiziksel, psikolojik gelişimini önemli düzeyde etkilediği, bağlanmanın çocukluk ve yetişkinliği de kapsayarak tüm yaşam boyunca üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (Taylor ve ark, 2005; Kavlak ve Şirin, 2009). Anneyle bebek arasındaki bağlanma; prepartum dönemde, intrapartum ve postpartum dönemde gelişir ve anne ile bebeğin iletişimi oldukça da sürer (Tilokskulchai ve ark, 2002; Kavlak ve Şirin, 2009; Köse ve ark, 2013). Yılmaz ve Beji (2013) yapmış oldukları çalışmada plansız gebeliklerin anne ve fetüs arasındaki bağlanmayı azalttığını bulmuşlardır. Genel olarak, gebelikte herhangi bir riskin varlığı gebelerde stres seviyesini artırmaktadır (Baor ve Soskolne, 2010). Pisoni ve ark. (2016) yapmış oldukları yüksek riskli gebeliklerde doğum öncesi ebeveyn bağlanması çalışmasında yüksek riskli gebeliklerde düşük riskli gebeliğe kıyasla fetal bağlanmada

depresyon düzeyinin bağımsız bir risk faktörü olduğunu, yüksek kaygı düzeyinin fetal bağlanmaya ve iyi bir anne fetüs ilişkisinin kurulmasına engel olduğunu bulmuşlardır. Hart ve McMahon (2006) çalışmalarında, anksiyete ve depresyonu anlamlı derecede yüksek olan kadınlarda fetal bağlanmanın daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Baba-ebeveynlerle birlikte, bebeğe bağlanma ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Üstünsöz ve ark. (2010) çalışmalarında yüksek riskli gebeliği olan kadınların eşlerinin düşük riskli gebeliği olan eşlere kıyasla fetüse daha az bağlanma olduğunu saptamışlardır. Yüksek riskli gebelik dönemi oldukça stresli bir dönem olup ebeveynlerin deneyimlerini, davranışlarını ve ebeveynlerle-bebek arasındaki ilişkinin kalitesini de etkileyebilir. Fetüs ile ebeveyn arasındaki ilişkiyi etkileyen, ebeveynlerin birbiriyle olan ilişkileri, ebeveynlerin yaşı, gebeliğin yüksek riskli olması, çocuk sayısı, ebeveynlerin eğitim düzeyleri, parite, önceki babalık tecrübesi gibi birçok etken vardır. Ayrıca gebeliğin planlı olması, kendi ebeveynleri ile ilişkileri, deneyimler, istenen cinsiyet, sosyal olarak herhangi bir desteğin varlığı, karşılaşılan problemlerle baş etme yeteneği, fetüsün sağlıklı olması, fetüsün görüntüsü ebeveyn-fetüs bağlanmasını etkileyen etkenlerdir (Fowles, 1996; Çoban, 2005; Üstünsöz ve ark, 2010).

Doğum öncesi dönemde ebeler bağlanmayı değerlendirmek ve bağlanmayı desteklemek için önemli bir konumdadır. Ebeveynlerin fetüse bağlanmasını sağlamak, çocuğu hayatının ilk aylarında devam edebilen anksiyete, depresyon gibi psikopatolojik bozuklukların oluşumundan korumaktadır. Ayrıca eşin destek eksikliği, doğum öncesi ve sonrası duygu durum bozukluklarının başlamasına neden olan bir risk faktörüdür. Ebeler; gebe bir kadın ve eşi bağlanma duygusu taşımadığını saptadıklarında ebeveynlere profesyonel danışmanlık yapabilir. Bu çalışma ebeveynler ile bebek arasında bağlanmaya ilişkin yapılan çalışmalar sınırlı olduğundan alana katkı sağlayacağı düşünülmüş ve planlanmıştır.

Araştırmanın Amacı:

Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisini incelemektir.

Araştırma Hipotezleri:

H0-1: Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin depresyon puanları ve kaygı puanı ortalamaları arasında fark yoktur.

H0-2: Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin eşlerinin, depresyon puanları ve kaygı puanı ortalamaları arasında fark yoktur.

H0-3: Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin Anne-Bebek Bağlanması Skalası puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H0-4: Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin eşlerinde Baba-Bebek Bağlanması Skalası puan ortalamaları arasında fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anelik ve Babalık Kavramı

Anelik, bir bebeğe gebe olmakla başlayıp, doğum yaptıktan sonra bebeğin fizyolojik ve psikolojik olarak bütün ihtiyaçlarını karşılayan kişi olarak tanımlanabilir (Miller, 2010). Yaşamda önemli kararlardan olan anelik kavramı, gebeliğe karar vermeye başlayıp yaşam boyu devam eden bir durumdur (Özkan ve Polat, 2011). Badinter (1992) anelik kavramının iki anlamlı kullanımı ile güçlendiğini ifade eder. İki anlamın birincisi olarak, ceninin sağ olması için uğraşıp embriyoya dönüşmesi daha sonra da bebeğe dönüşmesine yani gebelik döneminden bahsederken, ikinci olarak ise; bebeğe sevecenlikle ve eğitimle meydana gelen anne olma durumunun olduğunu ifade eder. Anelik; fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden çalışma gerektiren bir süreçtir (Mercer, 2006). Anelik davranışını öğrenme süreci; gebeliğin planlanması ile başlar, gebelikle birlikte gelişme gösterir, doğum sonrasında devam eder ve anelik kimliğinin oluşumu ile tamamlanır. Anne olmak ve anelik davranışının öğrenilmesini; annenin yaşı, eğitimi, benlik kavramı, kişilik özellikleri, sahip olduğu deneyimleri, sağlık durumu, sosyo ekonomik durumu, çalışması, doğum sayısı gibi faktörler etkilemektedir (Özkan ve Polat, 2011).

Baba ise; intrauterin dönemden başlayarak, bütün hayatı boyunca çocuğu boyunca koruyan birey olarak tanımlanmıştır (Şahin ve Demiriz, 2014). Önceleri baba, ailenin geçimini sağlayan kişi olarak düşünülürken, günümüzde ise babalığın geçimi sağlayan kişi değil de, aile bireyleri arasında iletişimde bulunan, değişen ve kendini geliştiren bir rol olduğu belirtilmektedir (Pantes, 2006; Riley ve ark, 2006). Son zamanlarda yapılan çalışmalar babanın, çocuğun psikolojik sağlığı, kişilik davranışları, okuldaki başarısı üzerinde önemli derecede etkisi olduğunu göstermiştir. Böylece çocuğun gelişiminde, etliğiminde her ne kadar annenin etkisinin olduğu düşünülse de babanın etkisinin olduğu söylenebilir. (Şahin ve Özbey, 2009).

2.2. Gebelik

Gebelik, yumurta ve spermin kadın üreme organları olan tüplerde karşılaşarak, spermin yumurtayı fertilizasyonu sonunda yeni bir canlının oluşmasıdır (Dilmen, 2013). Gebelik, sadece fizyolojik bir dönem olarak düşünülse de, psikososyal ve fizyolojik değişikliklere alışmakta zorluk çekme, kişilerin çevrelerinde üstlendikleri rollerde farklılıklar olması, ebeveynliğe alışmak, gebe ve yakınındaki kişiler için psikolojik, biyolojik ve sosyal uyumu gerektiren bir dönemdir (Ölçer ve Oskay 2015). Gebelikte embriyonun büyümesi, gebeliğin devamlılığının sağlanması, annenin doğum eylemine hazırlanması, fetüsün ihtiyaçlarının karşılanması, fetüsün doğum eylemine kadar beslenmesi, korunması ve barınması için annede anatomik, fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal birçok değişiklik meydana gelir (Şirin, 2008). Bu değişiklikler, gebelik süresince büyüyen fetüsün, ihtiyaçlarını karşılayarak ve uygun ortam oluşturarak annenin vücudunu doğum için hazırlar (Taşkın, 2016).

Demirbaş (2013)'ın belirttiğine göre, Kafkaslı (2007) gebeliği, son adet tarihinin ilk gününden başlayarak ikiyüz seksen gün veya on lunar ay ya da 40 hafta devam eden bir süreç olarak tanımlamıştır. Gebelik dönemi toplam üç trimestere ayrılır. Birinci trimester hücrelerin çoğaldığı ve organların oluştuğu dönem, ikinci ve üçüncü trimester ise fetüsün organlarının büyümesinin ve gelişmesinin olduğu dönemdir (Demirbaş, 2013).

2.3. Gebelikte Risk Faktörleri

Yüksek riskli gebelikleri saptamak için Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan ve standart bir form olan "Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelik Değerlendirme Formu" kullanılmaktadır. Bu formda; gebenin obstetrik öyküsü, şimdiki gebeliği ve tıbbi öyküsüne bakılmakta olup bu formda gebelerde risk durumlarının saptaması hedeflenmektedir (Aydemir ve Hazar, 2014).

Gebeliği olumsuz etkileyen risk faktörleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Avcı, 2011):

Genel Risk Faktörleri

- Sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük

- 18 yaş alt sınırında gebelik
- 35 yaş üst sınırında gebelik
- Madde ve sigara bağımlılığı
- Akraba evliliği
- İnfertilite tedavisi
- Obstetrik öyküdeki risk faktörleri
- Doğum sayısı ≥ 5
- Doğum aralığının 2 yıldan az olması

Önceki gebeliklerde rastlanan,

- Yenidoğan ölümü
- Makrozomi
- IUGG (İntrauterin Gelişim Geriliği)
- Fetal malformasyon
- Hipertansif durumlar
- Rh uygunsuzluğu veya hidrops fetalis
- Tekrarlayan birinci trimester düşükleri
- Spontan ikinci trimesterde düşük ya da erken doğum
- Müdahaleli doğumların olması (vakum, forseps)
- Plasenta retansiyonu veya postpartum kanama

Kişisel Tıbbi Öyküdeki (Özgeçmiş) Risk Faktörleri

- Kronik hastalıkların olması (Diyabet, kalp hastalığı, hipertansiyon, epilepsi)
- Servikal yetmezlik ve serklaj operasyonu
- Myomlar
- Kan transfüzyonu öyküsü
- Myomektomi öyküsü

Gebelikte Ortaya Çıkan Risk Faktörleri

- Son adet tarihinin bilinmemesi
- Aneminin olması
- Pelvik anomali olması
- Vajinal kanama
- Obezite/kaşeksi

- Hiperemesis gravidarum
- Fetal hareket yokluğu
- Perinatal enfeksiyonlar
- oğul gebelik
- Proteinüri/Glikozüri
- Polihidramnios ya da oligohidramnios
- Erken membran rüptürü
- İlk gebelikte fetal başın 40. haftada yerleşmemiş olması
- Servikal yetmezlik
- Prezentasyon anomalisi (alın, makat ya da yan geliş)
- Haftasına göre büyük/küçük uterus
- Erken kontraksiyonlar

2.4. Dünyada ve Türkiye’ de Riskli Gebelikler

Dünyada her yıl ikiyüz milyon kadın gebe kalmakta, takriben yüzyirmi milyon bebek doğmakta ve yedi milyona yakın bebek beş yaşına gelmeden ölmektedir (Hounton ve ark, 2013). Her gün yaklaşık 830 kadın dünya çapında gebelik veya doğumla ilgili komplikasyonlardan ölmektedir (DSÖ, 2015). Dünyanın bazı bölgelerindeki yüksek anne ölümleri, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri göstermekte ve zengin ile fakir arasındaki mesafeyi vurgulamaktadır. Neredeyse tüm anne ölümleri (%99) gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bu ölümlerin yarısından fazlası Sahra altı Afrika’da ve yaklaşık üçte biri Güney Asya’da gerçekleşmektedir. Gebelik ve doğum esnasında takriben üçyüzüç bin kadının öldüğü düşünülmektedir. Bu ölümlerin çoğu önlenabilir sebeplerle meydana gelmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanama, enfeksiyon, gebeliğe bağlı yüksek tansiyon (preeklampsi-eklampsi) anne ölüm sebepleri sıralamasında ilk üç sıralamada yer almaktadır (DSÖ, 2015)

Ülkemizde yapılan sağlık araştırması sonuçlarına göre anne ölüm oranımız 100,000 canlı doğumda 20’dir. Yine bu verilere göre, Türkiye’deki doğumların %63’ünün herhangi bir yüksek risk grubunda olduğu gözlenmiştir. Tüm sonuçlar anne ve bebek sağlığı açısından olumsuz görünmekle birlikte, anne ölüm oranlarının daha da düşürülmesi gerektiği açıktır. Anne ölümleri kabul edilemez derecede yüksektir (TNSA, 2013).

2.5. Yüksek Riskli Gebelik

Genel olarak risk, mali kayıp ya da erken ölüm gibi kötü bir durumun varlığını belirtmektedir. Aynı zamanda risk terimi, negatif bir olayın meydana gelme olasılığı ile ilgili bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre risk; bir veya daha fazla etmenin mevcut olması ile birlikte istenilmeyen bir durumun oluşma olasılığındaki artış olarak tanımlanmaktadır (Kornelsen ve Grzybowski, 2005).

Yüksek riskli gebelik morbidite ve mortalite oranını arttıran, fetüsün, yeni doğanın ve annenin hayatını olumsuz etkileyen ve sağlığını tehlike altına alan, fiziksel ve psikososyal bir durumun varlığıdır. Gebelikte risk; gebenin, fetüsün veya yenidoğanın, doğum öncesi bakım almaya ulaşmak amacıyla herhangi bir riske sahip olup olmadığına karar verilmesine yardımcı olan dinamik bir süreçtir (Kornelsen ve Grzybowski, 2005, Gilbert ve Harmon, 2011).

Yüksek riskli gebelikler; gebelik öncesinde kronik bir hastalığı bulunan gebelikler, gebeliğin sebep olduğu ve birden bire gelişen gebelikler olarak iki kısımda ele alınır. Gebelik öncesinde problemi olan kadınların yüksek riskli gebeliğe uyum sağlamaları kronik hastalık durumlarına adapte olmalarıyla doğrudan ilgili olmakla birlikte akut komplikasyon yaşayan kadınlar için yüksek riskli gebelik stres oluşturan bir durumdur (Oskay, 2004). Gebelikte riskli olayların annenin ve bebeğin sağlık durumunu tehdit etmeden takip edilmesi, anne-bebek sağlığı hizmetinin amacının gerçekleştirip hedefine ulaşmasını sağlar (Taşkın, 2016).

2.6. Bağlanma Kavramı

Bağlanma kelimesinin varlığı 13. yüzyıldan gelmektedir ve bir vazifeye bağlanma ya da bir vazifeyi yerine getirmektir. Anne-bebek arasındaki ilişki kavramını kullanan ilk kişi on sekizinci yüzyıl filozofu ve yazar olan Fransız kökenli Rousseau'dur. Rousseau'nun bağlanma ile ilgili yazmış olduğu yazılar "anne sevgisi" ile ilgilidir (Goulet ve ark, 1998). Psikolojide önemli yere sahip olan bağlanma, bireyin hayatına yön veren kavramlardan biri olarak görünmektedir. Bağlanma; bireyin yanımızda olmasını isteme ve birey yanımızdayken kendimizi güvende hissetme olarak açıklanmaktadır (Özer ve Cihan Güngör, 2012).

Bağlanma; bebeğin güvenliğini sağlayan ve onu tehlikelerden koruyan ve bakımını üstlenen birey ile arasında bir bağ kurması ve bu bağın devam etmesini istemek şeklinde tanımlanmaktadır (Türköz, 2007).

Bağlanma, bebek ile anne arasındaki iletişimle birlikte oluşan, annenin bebeğine davranışlarıyla biçimlenen, güçlü ve hayat boyu devam eden duygusal bir bağlıdır (Bozdemir ve Gündüz, 2016). Gebelik döneminde, gebe ve fetüs arasındaki bağlanma annenin bebeğiyle kurduğu ilk özel ve anlamlı ilişkidir. Bu bağlanma doğum sonrasında anne ile bebek arasındaki ilişkide belirleyici rol oynamaktadır. Anne ile bebeği arasındaki bağlanmanın doğumdan sonra değil de gebelik döneminde başladığı ile ilgili çalışmalar yapılmış olup çalışmaların sonucunda ise bağlanmanın doğumdan daha önce başladığı bulunmuştur. Anne ve babanın intrauterin dönemde bebeği ile konuşması, bebeğini sevmesi ile bağlanmanın oluşabileceği ve bu dönemde gelişen bağlanmanın doğum sonrasında annelik babalık rollerini etkilediği ve çocuğun büyüme-gelişmesi için önemli rol oynadığı bildirilmektedir (Üstünsöz ve ark, 2010). Bebeğin ebeveynlerine bağlanması doğumdan sonraki dönemde başlar. Bağlanma, doğum sonrası dönemde bebeğin başını annesine doğru çevirme, annenin memesini emmesi, anneye dönme, gülümsemesi gibi davranışlar ile gözlenebilir (Soysal ve ark, 2005).

2.7. Bağlanma Kuramı

Bu kuram“John Bowlby” ile ortaya atılmış ve Mary Ainsworth’un çalışmaları neticesinde ise daha ileri seviyeye getirilmiş ve incelenmiştir. Bu iki kuramcı da Freud gibi olan psikanalitik düşünürlerden etkilenmişlerdir. Bağlanma şekli, yaşamın ilk anlarında saptandığı ve devamlılık gösterdiği düşünülen, bireyin başka insanlarla ilişki kurma biçimidir (Çınar ve ark, 2013).

Bowlby (1950) ‘nin evsiz çocukların (Londra’da) ruh sağlığı ile ilgili bir bildiriye sunmak için DSÖ tarafından çağırılması bağlanma kuramının gelişiminde bir başlangıç olarak görülmüştür ve bu bakımdan oldukça önemli bir gelişmedir. Bowlby’nin, erken yaşlarda annesinden ayrılan erkek çocukların ileriki yaşlarında suç işleme meyilinin arttığını gösteren çalışmasını sunmasının ardından ebeveyn çocuk ilişkisinin erken süreçte olası gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (Bowlby, 1951; Hazan ve Shaver, 1994).

Bağlanma kuramı, bireylerin değer verdiği bireylerle sağlam duygusal bağlar kurma eğiliminin sebeplerini açıklayabilen kuramdır. Bebeklerin duygusal olarak hayatlarını sürdürmeleri ve gelişimleri açısından gerekli bir kuramdır. Bağlanma, bakım veren bireylerle ilişkinin devam etmesiyle birlikte bebeklerin çevrelerini tanımlarına, bebeklerin çevrede olabilecek tehlikeli durumlara karşı önlem almalarına olanak sağlar (Sümer ve Güngör, 1999; Solmaz, 2002). Bağlanma kuramı, bakım veren kişilerden ayrılan çocukların kişisel gelişimini inceleyen John Bowlby tarafından bu ayrılıkların çocuklarda bıraktığı etkiyi tetkiki ile başlamıştır. Öncelikle Mary Ainsworth olmak üzere pek çok araştırmacı ise; Bowlby'nin görüşlerini denemişler ve denemeler sonucu ortaya yeni düşüncelere koyarak kuramın gelişmesine katkıda bulunmuşlardır (Goulet ve ark, 1998; Soysal ve ark, 2005).

Bağlanma kuramı, çocukların ruhsal dünyasının çözümüdür ve sorunların çözümünde psikolojik desteklere de katkıları olmuştur (Holmes, 1997). Kuramın en önemli özelliği ise, bakım verenin bebeğinin çevresini de tehlikelerden koruyacak bir ortamının oluşturulmasıdır (Tüzün ve Sayar, 2006).

Tablo 1. Bağlanma Kuramının Tarihi Gelişim Süreci

Araştırmacı /	Bağlanma Kuramıyla İlgili Yaşanan Gelişme
Gelişme	
Bowlby (1944)	Annenin olmamasının çocukta fiziksel ve ruhsal hastalık olasılığını artırdığını ortaya koymuştur.
1950	Dünya Sağlık Örgütü, bağlanmayla ilgili çalışmaları sebebiyle Bowlby'yi görüşmeye davet etmiş, bağlanma kuramının tarihi gelişim süreci başlamıştır.
Bowlby	Bireyin yakın ilişkiler kurma özelliğinin bebeklik döneminden başladığını belirtmiştir.
Bowlby (1958)	Konu ile ilgili araştırmaların sahibi olan Bowlby tarafından ilk kez bağlanma terimi kullanılmıştır.
Bowlby	Bebeklik dönemindeki emme, ağlama, gülümseme gibi davranışların gelecekteki sosyal ilişkilerin temelini oluşturduğunu söylemiştir
Ainsworth	Bowlby'nin araştırmalarına ilgi duymuş ve onun görüşlerini deneme yoluyla test etmek suretiyle kuramın yaşadığı gelişime önemli ölçüde katkı sağlamıştır.
Ainsworth	Bağlanma kuramını incelerken sınıflandırma yapılması gerektiğini ifade etmiş, bağlanma kuramıyla ilgili bugün de kabul gören güvenli bağlanma, kaygılı/kararsız bağlanma ve kaygılı/kaçınmacı bağlanma stillerini ortaya koymuştur.

Kaynak: Ağaç F. Obez Bireylerin Bağlanma Stilleri İle Yeme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2018, 6-7.

2.8. Bağlanma Biçimleri

Bağlanma kuramcılarına göre bağlanma biçimi bebeklik güvensiz veya güvenli bağlanma şeklinde biçimlendikten sonra yaşam boyunca süreklilik gösterir. Güvenli bağlanma sağlıklı bir dönem gibi düşünülürken güvensiz bağlanma biçimi ilerleyen dönemlerde psikopatolojinin tanımlayıcısı gibi düşünölmektedir (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006).

Bağlanma biçimleri; güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma, kararsız -kaygılı bağlanma diye üç kısımda incelenmektedir (Terzi ve Cihangir Çankaya, 2009).

2.8.1. Güvenli Bağlanma

Güvenli bağlanma bireyin hayatında geliştirdiği ilişkiler ve kişinin benliğine ilişkin olumlu beklentilerdir (Erdem ve Kabasakal, 2015). Bağlanma stillerinden güvenli bağlanma biçiminde, bağlanma modeli olarak seçilen kişi stresten kaçınacak bir durak ya da güven yansıtacak bir birey olarak nitelendirilmektedir (Sümer ve Anafarta şendağ, 2009).

Feenay (2000) sağlık ve hastalık prototiplerine göre, bağlanma şekillerini incelediği çalışmasında, sürekli ağrısı olan güvenli bağlanan bireylerde, güvensiz bağlanan kişilere göre, kronik ağrıyı az hissettikleri, sağlık profesyonelleri ile işbirliği içerisinde olduklarını bulmuştur. Aynı çalışmada güvenli bağlanan çocuklarda, güvensiz bağlanan çocukların stres anlarında bu stresin üstesinden gelmede daha az zorluk çektikleri, daha az şikâyetler yaşadıkları, hastalıkları ile ilgili daha az belirtiler ve anksiyete seviyelerinin daha az olduğu tespit edilmiştir.

Güvenli bağlanan çocuklar, bakım veren bireylerin onları terk etmeyeceğine, stres durumlarında yanlarında olacaklarına inanan çocuklardır. Bakım veren bireyler yanlarından ayrıldığında tepki verselerde bakım verenler geri geldiklerinde daha çabuk sakinleşirler. Güvenli bağlanma şeklinin gelişmesi için çocuğun her yanında kesintisiz, duyarlı, tepkileri tutarlı olan bir bakım verene sahip olması gerekmektedir (Barnett and Vondra, 1999).

2.8.2. Kaçınan Bağlanma

Kaçınan bağlanması olan çocuklar, bakım verenin yardımcı olmamasına bağlı olarak güveni olmayan çocuklardır (Barnett ve Vondra, 1999). Kaçınan bağlanma ile birlikte, kurulan ilişkilerde samimiyetten kaçınma, yakın ilişkilerden uzak durma gibi faktörlerin yanı sıra bireyin kendisine duyduğu güvenin varlığı ön plana çıkmaktadır (Kırimer, Akça ve Sümer, 2014).

Bu bağlanma biçiminde kişiler kendilerini kimseye ihtiyaç duymayan, ayakları yere sağlam basan, güçlü kişiler olarak tanımlarlar. Bu durum da bebeklik çağında annenin yakınlık göstermeyen, isteksiz, uzak olmasının yarattığı negatif etki gibi o kişi tarafından benimsenmeme, reddedilme, istenmeme olasılığını meydana getirecek ve reddedilme korkusunu başlatacaktır (Tutarel ve Çavuşoğlu, 2006).

Narsistik kişilik oluşumunun temelinde, kaçınan bağlanma olduğu varsayılır. Bu çocuklar 'benim sana ihtiyacım yok, ben kendim yaparım' der gibidir. Ebeveynler de sıklıkla bu çocukların ihtiyaçlarını kendi kendilerine karşılayabileceklerini, kendi ailelerinde genellikle bağımsızlığa inanıldığını ve bunun desteklendiğini düşünürler (Atalay, 2014).

Priel ve Besser (2000) yetişkin bağlanma biçimleriyle ilgili yaptıkları araştırmada, erken dönem ilişki, antenatal bağlanma ve bebeklerin davranışlarını anlamak amacıyla ilk gebeliği olan 115 gebeyi değerlendirdikleri araştırmanın sonucunda, annelerin %45,22'sinin güvenli bağlanma biçimini gerçekleştirdikleri, %20,87'sinin korkulu, %10,43'ünün endişeli, %23,48'inin kaçınmacı bağlanma şeklini gerçekleştirdikleri bulunmuştur.

2.8.3. Kararsız Bağlanma

Kararsız bağlanma, kaygılı bağlanma olarakta incelenirken, bireylerin kurduğu ilişkilerinden kaygı duymaları ve başkalarından uzak durmayı seçmelerini ifade etmektedir (Özer ve Cihan Güngör, 2012). Kaygılı/kararsız bağlanma biçimi gösteren çocukların, kaygı davranışlarının yüksek kaçınma davranışlarının düşük olduğu görülmüştür. Bu çocuklar ebeveynleri olmadığında sıkıntı yaşarlar bununla birlikte bakım veren kişinin yokluğunda da çok az keşfetme davranışı gösterirler (Şen, 2007).

Bireyler kaygılı/kararsız bağlanma biçimine sahiplerse, genellikle eşlerine onların olduğundan daha çok yakınlaşma gereksinimindedir ve eşlerini de kendilerine yeterince yakınlık göstermemekle suçlayabilirler. Bu bağlanma tipinin en önemli özelliği terk edilmekten korkmaktır. Bu biçimde bağlanan kişilerin ilişkileri incelendiğinde, yoğun bir biçimde yaşayıp kısa sürede ve sıklıkla kendilerini aşık hissederler. Özellikle ilişkilerinde fazla kıskanç, eşlerine takıntılı, çoğunlukla duygusal iniş çıkışlar yaşayan bireyler olarak görülürler. Eşlerine kıskançlık ve güvensizlik sergilerler (Uytun ve ark, 2013).

2.9. Prenatal Bağlanma Teorisi

Kennell ve ark (1970)'nın bebeklerini doğum esnasında kaybeden kişilerin yaşamış oldukları acıyı gözlemleyerek anne ile bebek arasında doğum öncesine dayanan bir bağlanma bulunduğunu iddaa eden ilk deneydir. Daha sonra Klaus ve ark. (1972) tarafından yapılan çalışma, erken dönemde anne ve bebeğin ayrılmasının zararlı etkilerini ortaya koymuş, bu nedenle erken postnatal bağlanmayı artırmaya yönelik müdahaleler üzerine odaklanmıştır. Bu bulgular prenatal bağlanmanın varlığının aydınlatılmasına öncülük etmiştir. Doğum ve bebek bakımı araştırmacısı Cranley (1981), prenatal bağlanmanın teorik yapısını bulmuş ve prenatal bağlanmayı “annelerin doğmamış bebekleriyle olan etkileşimi ve onlara yönelik sevgilerini gösteren davranışların tümü” olarak tanımlamıştır. Anne ile annenin karnındaki bebek arasındaki bağlanma en esrarengiz ilişkidir (Dipietro, 2010).

Gündelik yaşamdaki tecrübeler ve bilim dünyasının bugün ulaştığı konum itibariyle beşikten mezara kadar devam eden anne ile bebek arasında bağlanma ilişkisinin doğumla birlikte başlamadığı ileri sürülmektedir. Anne ile fetüs arasındaki bağlanmanın gebeliğin yaklaşık 10. haftasında başladığı ve annenin fetüsün hareketlerini hissetmesiyle ortaya çıktığı belirtilmektedir (Solmuş, 2012). Fetüsün hareketleri hissedildiğinde bağlanma hisleri güçlenir (Franklin, 2006; Oppenheim, 2007). Siddiqui ve Hagglöf (2000) bebeğini doğum esnasında kaybeden altmışbeş kadın ile yaptıkları araştırmada, aslında anne bebek bağlanmasının doğumdan sonra değil de doğum öncesi dönemde başlamış olduğunu kanıtlanmıştır. Annenin bebeğine bağlanmasını sağlayan 9 faktör olduğu belirtilmiştir. Bu faktörler;

- Gebeliği istemek
- Gebeliği planlamak

- Gebeliği kabul etmek
- Fetüsü birey olarak kabul etmek
- Fetal hareketleri hissetmek
- Doğumu gerçekleştirmek
- Bebeği görme isteği
- Bebeğe dokunma isteği
- Bebeğe bakım vermeyi isteme olarak sıralanır (Siddiqui ve Hagglöf, 2000).

Bu olaylardan ilk beşinin doğum öncesi dönemde oluştuğu ve bağlanmanın aslında doğumdan önce başladığı kanıtlanmıştır (Peppers ve Knapp, 1980; Yılmaz, 2013). Bağlanma, aşamalı olarak gelişmektedir. Bu aşamalar doğum öncesi, doğum esnası ve neonatal dönemidir (Soysal ve ark, 1999; Soysal ve ark, 2005). Gebelikte fetüsün anneye duygusal olarak cevap vermesi, annesinde karnına dokunarak fetüsü hissetmesi, ultrasonda fetüsü görmesi ve duygularını fetüse yansıtması bağlanmanın temellerini oluşturmaktadır (Soysal ve ark, 2005; Çoban ve Saruhan, 2005).

Prenatal bağlanma bebek, baba ve anne arasında en güzel kurulan bağdır. Annenin fetüsü ayrı bir birey olarak kabul etmesi, onunla iletişim halinde olması, bebeği için endişelenmesi anne ile fetüs arasında bağlanma başladığının işaretidir. Bebeği ile bağlanması gerçekleşen anne, bebeğinin gereksinimlerini bilir. Bebeği korumak annelik içgüdüleri arasındadır ve karnını elleri ile sararak bu durumu belli eder (Duyan ve ark, 2013; Yılmaz, 2013; Yılmaz ve Kızılkaya, 2013).

Prenatal bağlanma seviyesi yüksek ikiyüzonüç gebeyle yapılan bir çalışmada, gebelerin fetüsün hareketlerini daha iyi hissedilebildiği bulunmuştur (Mikhail ve ark 1991). Tafazoli ve ark. (2014) gebeliğinin 35. haftasında olan primipar gebelerle prenatal bağlanma seviyesinin lohusalık döneminde emzirme kalitesi ile olan ilişkisini araştırmış ve prenatal bağlanmanın lohusalık döneminde yalnızca anne sütüyle beslenmede olumlu ilişkisi olduğunu ortaya çıkarmışlardır.

2.10. Prenatal Bağlanmanın Gelişimi

Prenatal bağlanma teorisinde güvenlik arayışı davranışı olmadığı için orijinal bağlanma teorilerine ters düşmüştür. Çünkü orijinal bağlanma teorisinde bebek ve yetişkin bağlanması güvenlik arayışını amaçlanmaktadır. Doğum öncesinde başlayan ve sadece anne üzerinden tek yönlü araştırılabileceği düşünülen bu bağlanma teorisi için bazı araştırmacılar herhangi bir geçerlilik ile ölçemeyeceklerini öne sürerek eleştirilmişlerdir (Wilson ve ark, 2000). Fakat bu eleştiriler daha çok fetal görüntüleme, prenatal teşhis, genetik tarama gibi gelişmiş cerrahi işlemlerin ve teknolojinin olmadığı bir dönemde yapılmıştır (Günay, 2015).

Gebelik izlemlerinde fetüsün ultrasonografi ile görüntülenmeye başlanması ile maternal bağlanmanın varlığı da araştırılmaya başlanmıştır (Lumley, 1980). Lumley (1982) bir sonraki çalışmasında doğumdan önceki ve görüşmelerle ebeveynlerin bebekleriyle olan ilk iletişimlerini değerlendirmiş ve prenatal bağlanmayı annelerin bebeklerini, gerçek bir birey olarak gördükleri bir noktada hayallerindeki fetüsle ilişki kurmak şeklinde tanımlamıştır. Condon ve Corkindale (1997) prenatal bağlanmayı; gebe ebeveyn ve bebek arasında gelişen duygusal bağ veya bağlantı şeklinde tanımlamıştır. Prenatal bağlanmanın sevgi ile ilişkili deneyim içerdiğini ve annenin; fetüsü tanıma, onunla birlikte olma ve ondan ayrılma ya da onu kaybetmekten sakınma, onu koruma, fetüsün gereksinimlerini anlama ve bunu karşılamayı içeren gelişmekte olan bir ilişki olduğunu savunmuştur (Condon ve Corkindale, 1997).

Fetüs, prenatal dönemde anneye duygusal yanıt vermektedir. Bu nedenle prenatal dönemde annenin duygusal olarak değişikliklerini benimsemesi, bedenindeki değişikliklere olumlu bakabilmesi ve olumlu düşünceleri de doğmamış bebeğine iletmesi bağlanmanın ilk temellerinin bu dönemde atıldığını göstermektedir (Kesebir ve ark, 2011). Prenatal dönemde çeşitli nedenlerden dolayı gebeliğin sonlaması gereken durumların ardından yasa benzer bir süreç yaşanır. Erken gebelik kaybı yaşayan kadınların sonraki gebeliklerinde anksiyete, depresyon ve post travmatik stres bozukluğu gibi sorunların ortaya çıktığını belirten çalışmalar mevcuttur (Tsartsara ve Johnson, 2006; Körükçü ve Kukulcu, 2010; Merhan ve ark, 2013). Bu durum doğum öncesinde fetüse karşı bağlanmanın olduğunu göstermektedir.

Günümüzde prenatal bağlanma soyut bir kavramdır ve gebelik öncesi dönemde var olup ebeveyn ile fetüsü arasında duygusal yakınlığa dayanan ilişkiyi temsil eder. Başka bir insanı

zihninde canlandırmak üzere bilişsel ve duygusal becerilerin kullanımı ile ilişkilidir diye kabul edilmektedir (Doan, 2003).

2.11. Prenatal Bağlanma ile İlişkili Faktörler

Ebeveyn bebek bağlanması gebeliğe karar vermekle prenatal dönemde ve yüksek riskli gebeliği olan kadınlarda da başlar. Gebe artık bebeği ile ilgilenmeye başlar ve sağlığından endişe duyar böylece anne ile bebeği arasında bağlanma gelişir (Gilbert ve Harmon, 2002). Prenatal bağlanmada anne son derece önemli bir faktördür. Gebe kadın eşinden önceki hayatında güvenli bağlanma biçimi geliştirmişse, eşine ve çocuğuna bu durumu yansıtarak onlarla güzel ilişki kurabilir. Yani anne karnındaki bebeği bağlanma gebenin daha önceki ilişkilerinden etkilenebilir (Soysal ve ark, 2005).

Annenin bebeğine bağlanması; gebeliğe bağlı fizyolojik değişimler oldukça, uterus büyüdükçe ve fetüs hareketlendikçe güçlenir. Gebe ile bebeği arasında bağlanma güçlendikçe anne tamamen bebeğine yönelir. Postpartum dönemde anneyle bebeği arasındaki bağın olmasında; gebelik sürecinde annelik rolünün benimsemesi önemli bir yere sahiptir. Ebeveynin bebeğine olan bağlılığı gebeliğin istenen zamanda olması, gebelik için istekli olma, gebelik dönemi boyunca korkular, çevresi ile ilişkisi, stresörlerle başetme yetisi, uyku düzeni, prenatal bakım, dengeli beslenme, spor, bebeğini doğar doğmaz emzirme isteği ve daha önce çocuk sahibi olma gibi birçok etkenden etkilendiği söylenmektedir (Yılmaz ve Beji, 2010; Akarsu ve ark, 2017).

Gebelik esnasında korkuların olması, gebelik esnasında stresörlerle başa çıkmada zorlanma, istenmeyen gebelik ve doğum sonu dönemde yenidoğanla geç birliktelik gebenin bebeğiyle bağlanmasını olumsuz etkileyen durumlardandır (Himani ve Kumar, 2011; Scharfe, 2012). Dikmen ve Çankaya (2018) çalışmalarında, obezite, gelir düzeyinin kötü olması, eğitim durumunun ilkökul ve altı olması, çalışmama durumu, geniş aile yapısına sahip olma, istemeyerek evlenme, gebeliği sonlandırmayı düşünmenin bağlanmayı olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır.

2.12. Yüksek Riskli Gebelikte Bağlanma

Gebelik döneminde yaşanan fiziksel ve psikolojik değişimler anne ile bebeği arasındaki bağlanmayı etkilemektedir. Özellikle yüksek riskli gebeliklerde riskin varlığı anne adayında anksiyete seviyesini artırmaktadır (Yılmaz ve Beji, 2010). Hastalık, hastaneye yatma ve bunun gibi stresli durumlar bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Özkan ve Saruhan, 2013).

Bağlanmayla ilgili Gümüşdaş ve ark. (2014) yaptığı çalışmada riskli gebelerle ve düşük riskli gebelerin psikososyal sağlıkları karşılaştırılmış, riskli gebelerin stres ve kaygı düzeylerinin çok fazla olduğu sonucuna varmışlardır. Pisoni ve ark. (2016) yapmış oldukları yüksek riskli gebeliklerde doğum öncesi ebeveyn bağlanması çalışmasında yüksek riskli gebeliklerde düşük riskli gebeliğe kıyasla fetal bağlanmada depresyon düzeyinin bağımsız bir risk faktörü olduğunu, yüksek kaygı düzeyinin fetal bağlanmaya ve iyi bir anne fetüs ilişkisinin kurulmasına engel olduğunu bulmuşlardır. Üstünsöz ve ark. (2010) çalışmalarında yüksek riskli gebeliği olan kadınların eşlerinin düşük riskli gebeliği olan eşlere kıyasla fetüse daha az bağlanma olduğunu saptamışlardır.

Anne-bebek bağlanmasının güvenli bir biçimde kurulması bakımından yüksek riskli gebeler risk altında olabilir; bundan dolayı daha iyi bir biçimde takip edilmesi, anne-fetüs bağlanma düzeyinin tespit edilmesi çok önemlidir (Bakır ve ark, 2014).

2.13. Maternal Bağlanma

Bağlanma ilişkisinde anne anahtar konumundadır ve annenin bebeğine bağlanması, doğum öncesinden başlayarak doğum sonrasında da devam eden bir dönemdir (Yılmaz, 2013). Bağlanma, anne ile bebekği arasında gelişen ve devamlılığı olan bir sevgi göstergesidir. Sevgiyle bağlanma gebenin anneliğe oryante olmasında en önemli etkidir (Şen, 2007).

Doğacak olan bebekle anne arasındaki bağlanma, erken dönemdeki anne- bebek ilişkisi için en büyük etkidir (Siddiqui ve Hagglöf, 2000). Yapılan çalışmalar, prenatal anne ve

bebek bağlanması annenin tahminen doğum sonrası davranışını, bebeğine bağlanmasını, anne- bebek etkileşimini ve doğumdan sonra bağlanma stillerinin etkilediğini göstermiştir (Leifer, 1977; Fuller, 1990; Muller, 1993; Siddiqui ve ve Hagglöf, 2000; Turriff Jonasson, 2006). Maternal bağlanma anne ile bebeği arasındaprenatal dönemde başlayan, doğum esnasında zirveye çıkan, postpartum dönemde de süren duygusal bağdır ve annelerin bütün özelliklerinden, yaşadığı sorunlardan etkilenmektedir (Bilgin ve Ecevit Alpar, 2018).

Bağlanma, anneliğe uyum ve anneliğe alışması açısından da önemlidir. Bağlanmanın getirdiği duygular anneliğe adaptasyonu kolaylaştırır, bebekle etkileşimini artırır, bebeğin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına daha duyarlı olunmasını sağlar. (Duyan ve ark, 2013). Bağlanmanın kuvvetli olması, annenin bebeğin bakımını fiziksel yorgunluk olarak görmeyip bu bakımdan mutluluk duymasını sağlar. (Tüzün ve Sayar, 2006). Maternal bağlanma gebe kadınların ve bekledikleri bebeklerinin sağlığının gelişiminde önemli rol oynar ve anne kimliğinin kilit unsurlarından biridir, annelik sürecine uyum için gereklidir (Mercer, 2004; Üstünsöz ve ark, 2010). Annenin gebelik esnasında sağlıklı davranışları sürdürme kararları bebeğine bağlanmasında önemli bir etkiye sahiptir (Ross, 2012

Doğumdan sonra anne ve bebeği arasında ilk ve temel etkilenmeyi sağlayan emzirme, bağlanma gelişiminde de önemli bir yere sahiptir. Prenatal bağlanma ve bebeğin emzirilmeye adapte olduğu süre arasındaki ilişki araştırıldığında prenatal bağlanma düzeyleri yüksek olan annelerin bebeklerinin emmeye daha hızlı uyum sağladıkları bulunmuştur (Yılmaz, 2013).

2.14. Paternal Bağlanma

Bowlby, bağlanma teorisini ilk olarak anne-bebek arasındaki bağ üzerinden oluştursa da baba-bebek bağlanmasına da şüpheyle yaklaşmıştır (Goodsell ve Meldrum, 2010). Anne bebek bağlanması üzerine yapılan çalışmaların fazla olmasına rağmen baba-bebek bağlanmasını inceleyen araştırma sayısı oldukça azdır (Goodsell ve Meldrum, 2010; Verissimo, 2011; Güleç ve Kavlak 2013).

Anneliğe geçiş gibi babalığa geçiş dönemi de araştırmacılar tarafından son zamanlarda dikkat çeken bir konu olmuştur. Cranley (1981); Condon (1985) prenatal dönemde anne-bebek bağlanmasını tamamlayan bir baba-bebek bağlanmasının da olduğunu ortaya

koymuşlardır. İlk bağlanılan kişi olarak anne olarak kabul edilse de bebekler annesiyle olduğu kadar babasıyla da güvenli bağlanma gerçekleştirebilirler (Benware, 2013).

Bağlanmayla ilgili yapılan araştırmalarda annenin yaşadığı sürece benzer süreçleri babanında yaşadığı görülmüştür. Baba da anneye benzer bağlanma davranışlarını geliştirir. Baba aday eş ile birlikte gebeliği takip eder ve bebek doğar doğmaz rolüne bürünür. Bebeğe babalığın kabullenilmesinde önemli bir role sahiptir. Bebeğin babası ile iletişime başlaması babaya kendini özel hissettirir (Bell ve ark, 1998). Fagerskiöld (2008) yapmış olduğu bir çalışmada babaların emzirmenin bebek için gerekliliğini bildikleri halde, kendilerini bakım için önemsiz hissettiklerini ve en az anne kadar bakım da rol almak istediklerini bulmuştur. Ferketich ve Mercer (1995a) baba için doğum sonu bağlanmanın en önemli noktasının, doğum öncesi fetüse bağlanmasının olduğunu ifade etmişlerdir. Fakat gebelik boyunca anne, babanın fetüse bakış açısını takip eder.

Babalığı etkileyen faktörlerden bazıları, babanın motivasyonu, değer yargıları ve inançlarıdır. Ayrıca anne-baba arasındaki iletişimin kaliteli olması baba-bebek bağlanmasının gerçekleşmesinde önemli rol oynar (Sevil ve Özkan 2007; Mehall ve ark, 2009; Benware, 2013). Boyce ve ark (2007) yaptıkları çalışmada baba adaylarının bağlanma durumlarının gebelik sürecinde anne ile zayıf ilişkiden, düşük eğitim seviyesi ile yaşam kalitesinden etkilendiğini bildirmiştir. Annelerin fetüsle daha az veya daha fazla bağlanma davranışı, babaların da fetüse karşı daha az veya daha fazla bağlanma davranışı göstermesini etkilemektedir (Pisoni ve ark, 2016).

Babayla çocuk arasındaki ilişki, çocuğun ileriki yaşlarında bilişsel gelişimini de etkilemektedir (Flouri ve Buchanan, 2004; Brown ve ark, 2007; Benware, 2013). Ayrıca babanın, bebeği ile olumlu bir iletişim kurması bebeğin sosyal hayatındaki ilişkilerinde daha rahat olması açısından önemlidir (Soysal, 2005).

2.15. Parental Bağlanma

Bireyin psikolojik gelişimi için doğumdan sonra ilk karşılaşma üzerinde durulmuştur. Yarım asırdan fazla süredir yapılan klinik araştırmalar doğumdan sonra yenidoğan ve ona bakım verenler arasındaki ilk karşılaşmanın olağan etkilerini destekler ve bu karşılaşmanın

zihnin gelişimi için önemini kanıtlar (Sameroff, 1999). Bununla birlikte anne- baba ile çocuk arasındaki ilişki, bir bebeğin doğumundan önce başlar ve ebeveynliğe geçişte psikolojik süreci etkileyen çevresel ve kişisel faktörden etkilenebilir. Ebeveyn- bebek ilişkisinin doğum öncesi kökenleri ilk olarak; ebeveynlerin psikolojik süreçleri, gebelik sırasında ebeveynlerin canlandırdıkları bebek imgesi, bebeğin düşünceleri, duyguları, hayalleriyle yazarların psikanalitik bir alandan vurgulanmasıyla tanımlanmıştır (Della Vedova ve Burro, 2017). Yapılan çalışmalarda gebelik sırasında hem annelerin hem de babaların doğmamış bebeklerine karşı etkili bir bağlanma ve bağlılık geliştirdiğini göstermektedir (Habib ve Lancaster, 2006; 2010; Condon ve ark, 2013). Ebeveynlerin intrauterin dönemde bebeği ile konuşması, bebeğini sevmesi ile bağlanmanın oluşabileceği bu dönemde gelişen bağlanmanın doğum sonrasında annelik babalık rollerini etkilediği ve çocuğun büyüme ve gelişmesinde önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (Üstünsöz ve ark. 2010). Bebeklerin gelişimlerinin daha sağlıklı olmasında en önemli rolü ebeveynler oluşturmaktadır (Köse ve ark, 2013). Cock ve ark. (2016) yaptıkları bir araştırmada ebeveynler arasındaki problem varlığında hem annelerde hem babalarda gebelikten çocukluk dönemine kadar daha az bağlanma tespit etmiştir.

Bebeklik döneminde duygusal olarak sağlıklı gelişim göstermesinde en önemli faktör anne ve babadır. (Soysal ve ark, 2005; Şen, 2007). Bu nedenle çocuğun tek bir ebeveyni ile bağlanma davranışı göstermesi gelişimi açısından yeterli değildir. Anne kadar babayla da geliştirebileceği bağlanma davranışı onun ileride yaşamını etkileyecektir (Benware, 2013).

2.16. Bağlanmada Ebelerin Rol ve Sorumlulukları

Evlilik, gebelik, doğum ve anne olma bir kadının hayatındaki önemli değişimlerdendir. Kadınlar bu değişimlere adapte olmakta güçlük çekebilirler. Ebeler, kadının sağlık bakım gereksinimlerini karşılamanın yanı sıra kadının karşılaştığı bu güçlüklerle adapte olmasından sorumlu sağlık profesyonelleridir (Sert ve ark, 2014). Ebeler; gebelere bakım veren ve destekleyen kişilerdir. Ebeler, prenatal dönemde gebelerin hissettiklerini ve düşündüklerini söylemelerine, sorunlarını çözmelerine, gebenin sosyal olarak ilişki kurmasına ve yardımcı olmalıdırlar (Yılmaz, 2013). Doğum öncesi dönemde ebeler, bağlanmayı değerlendirmek ve bağlanma davranışlarını desteklemek için önemli bir konumdadır. Ebeveynlerin fetüse

bağlanmasını sağlamak, çocuğun hayatının ilk aylarında devam edebilen anksiyete, depresyon gibi psikopatolojik bozuklukların oluşumundan korumaktadır. Ayrıca eşin destek eksikliği, doğum öncesi ve sonrası duygu durum bozukluklarının başlamasına neden olan bir risk faktörüdür. Bu nedenle riskli gebeliklerde annelerin eş desteğine, eşine güvenebilmesi ve birbirlerine destek olmaları için eğitimler planlanmalıdır (Pisoni ve ark, 2016).

Doğum öncesi sağlık hizmeti sunan kliniklerde çalışan ebeler, karşılaştıkları gebelerin gebeliklerini, bebeklerini kabullenme durumlarını tespit etme ve bu konularda da eğitim vermekle yükümlüdürler. Her ne kadar doğum öncesi dönemde verilen eğitimlerle gebe kadın doğum sonrası döneme hazırlansa da, doğum ve doğum sonu süreçte de ebeler tarafından yakından takip edilmeli ve anne bebek arasındaki bağlanma değerlendirilmelidir (Ferketich ve Mercer, 1995b).

Babanın bebeğine dokunmasındaki çekinceleri hakkında konuşularak bebeğine temas etmesi sağlanmalı, bebeğin bakımına katılımı konusunda cesaretlendirilmeli ve bakım için uygun ortam yaratılmalıdır (İşler 2007; Çınar ve ark, 2013; Insana ve ark, 2014).

Gebelik zamanında düşük bağlanma riski tespit edilen gebelere uygun girişimler planlanmalı, motivasyon ve eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerin anne bebek sağlığına pozitif yönde katkıda bulunduğu gözlemlenmektedir (Kavlak ve Şirin, 2009; Bekmezci, 2015).

Ebeler, gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin anne-fetüs bağlanmasına etkisine bakarak, prenatal dönemde hem de postpartum dönemde karşılaşılabileceği olumsuzluklarla baş etmesi için eşleri ile birlikte hareket etmelerini ve patolojik durum saptadıklarında gebeleri gerekli yönlendirmeleri yapmaları açısından önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız analitik vaka-kontrol tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmamız Muğla ili Menteşe ilçesi sınırlarında olan Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinikleri ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yürütülmüştür. İl özel idareye bağlı olarak 1927 yılında hizmete başlamış, Gurabaa Hastanesi adıyla 1940 yılında faaliyet göstermiş daha sonra da Memleket Hastanesi olarak sağlık hizmeti vermeyi sürdürmüştür. Daha sonra ise; 1954 yılına gelindiğinde Muğla Devlet Hastanesi adını almış ve Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Muğla Devlet Hastanesi olarak dörtyüz yataklı olarak hizmet vermiş, 2006 yılında Sağlık Bakanlığı kararı ile Eski SSK Hastanesi ile birleşmiş ve yatak sayısı artarak 501 'e ulaşmıştır. Muğla Devlet Hastanesi 2011 yılında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi ile yapılan bir protokol ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını alarak hizmet vermeye devam etmiştir. Daha sonra 2017 yılında yapılan yeni binasına taşınmış ve 567 yataklı olmuştur. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 106 ebe, 420 hemşire görev yapmaktadır. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum biriminde 3 profesör, 2 doçent, 2 doktor öğretim üyesi ve 5 uzman hekim, 10 asistan hekim görev yapmaktadır. Kadın doğum polikliniklerinde Riskli Gebe Polikliniği, Jinekolojik Onkoloji Cerrahi Polikliniği, Ürojinekoloji Polikliniği olarak özellikli poliklinik hizmetleri verilmektedir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 27 yatak bulunmaktadır. Doğum yaptırılan kısmı ise; Sancı-Doğum-Lohusa birimi diye ayrılmıştır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma, 2017 yılı Ocak ayı ve 2019 yılı Nisan ayı arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırma Zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma için konu seçimi	Ocak 2017
Tez öneri formunun hazırlanması	Mart 2017
Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan ön onay alınması	Haziran 2017
Muğla Mülga Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden Araştırma için izin alınması	Ağustos 2017
Araştırma verilerinin toplanması	Eylül 2017-Eylül 2018
Verilerin analiz etme ve verilerin değerlendirilmesi	Ekim-Kasım 2018
Tez yazımı	Mayıs 2018 – Mart 2019
Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan nihai onayın alınması	Nisan 2019
Raporun sunumu	Mayıs 2019

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne başvuran gebeler oluşturmuştur. Vaka- kontrol gruplarına alınan örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde güç analizinden yararlanılmıştır. Pisoni ve ark. (2016) yapmış oldukları çalışmada $\alpha:0,05$, power:0,80, 1. grup yüksek riskli gebe sayısı:43 (çift), 2. grup düşük riskli gebe sayısı:37 (çift) alınmış ve yapılan hesaplamada effect

size: 0,56 bulunmuştur. Bu çalışma için α : 0,05 power: 0,80 1. grup yüksek riskli gebe sayısı:38 (çift), 2. grup düşük riskli gebe sayısı: 76 (çift) alınarak effect size: 0,5 bulunmuştur. Kontrol grubundaki gebelerin sayısı vaka grubundaki gebelerin sayısının iki katı olarak alınmıştır. Örneklem grubunun belirlenmesinde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kontrol ve vaka grupları eğitim düzeyi, yaşayan çocuk sayısı ve çalışma durumu, gebelik haftasına göre eşleştirilmiştir.

Vaka grubunu, yüksek riskli gebelik nedeniyle Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yatan gebeler ve eşleri, kontrol grubunu ise polikliniğe obstetrik kontrol amacıyla başvuran düşük riskli gebeler ve eşleri oluşturmuştur. Ebeveynler çift olarak alınmıştır. Vaka grubunu oluşturan yüksek riskli gebeler, Sağlık Bakanlığı risk değerlendirme formundaki kriterlere göre belirlenmiştir (EK-7).

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- En az ilkokul mezunu,
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- 22-37 gebelik haftası arasında olan gebeler ve eşleri,
- Vaka grubu olarak Sağlık Bakanlığı Risk Tanımlama formuna göre yüksek riskli gebelik tanısı ile klinikte yatan gebeler,
- Kontrol grubu olarak polikliniğe obstetrik kontrol amacıyla başvuran düşük riskli gebeler,
- Katılmak için istekli gebeler ve eşleri araştırma için dahil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Araştırmanın yürütülmesine engel teşkil edecek ruhsal rahatsızlığı olan,
- Veri toplama formlarını tamamlamadan araştırmadan ayrılan gebeler ve eşleri araştırmadan dışlanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından oluşturulan “Tanıtıcı Bilgi Formu (Anne)” (EK-1), “Tanıtıcı Bilgi Formu (Baba)” (EK-2), Anne - Bebek Bağlılığı Skalası (EK-3), Baba - Bebek Bağlılığı Skalası (EK-4), Durumluk Kaygı Ölçeği (EK-5), Beck Depresyon Envanteri (EK-6) ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Anne) (EK-1)

Anne adayına ait sosyodemografik ve obstetrik özellikleri tanımak amacıyla araştırmacı tarafından tarama yapılarak geliştirilmiştir (Üstünsöz ve ark, 2010; Özgen, 2016; Pisoni ve ark, 2016). Anneye ait tanıtım formu gebelerin risk durumunu ve hastanede yatış süreci ve gebelik haftası özellikleri (3 soru) sosyo-demografik (9 soru), obstetrik (13 soru) özelliklerini sorgulayan toplam 25 sorudan oluşmuştur. Bu form üç kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda; gebelik haftası, gebelikte risk durumu tanısı ve hastanede yatış süresi, ikinci bölümde; çalışma durumu, eğitim durumu, yaş, ailenin gelir durumu düşüncesi, sağlık güvencesi varlığı, eş ile ilişki durumu, evlilik süresi ve aile tipi sorgulanmıştır. Üçüncü kısımda; gebelerin gebelik sayısı,küretaj sayısı, ölü doğum sayısı, canlı doğum, yaşayan çocuk sayısı, abortus, daha önceki doğum şekli, daha önce doğum yapma durumu, bu gebeliğinde kaç kilo aldığı, gebeliği planlaması, gebe kalma şekli, bebeğin cinsiyet isteği ve gebeliği esnasında eşinden duygusal veya ev işleri ile ilgili destek alma durumu sorgulanmıştır.

3.6.2. Tanıtıcı Bilgi Formu (Baba) (EK-2)

Araştırmacı tarafında literatür doğrultusunda geliştirilen babaya ait tanıtıcı bilgi formu ile babaların 8 sorudan oluşan sosyo-demografik özellikleri sorgulanmıştır (Güleç, 2010; Pisoni ve ark, 2016). Bu formda; babaların yaşı, eğitim seviyesi, çalışma durumu, eşi ile isteyerek evlenme durumu, eşi ile ilişki durumu, bebeğiniz olacağını

öğrendiği zaman kendini baba olmaya hazır hissetme durumu, bebeğin cinsiyet isteği, eşine gebeliği esnasında duygusal veya ev işleri ile ilgili destek olma durumu sorgulanmıştır.

3.6.3. Anne - Bebek Bağlılığı Skalası (EK-3)

Cranley (1981) tarafından oluşturulan skala, Üstünsöz ve ark. (2010) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Skalada toplam 24 soru 5'li likert tipi puan bulunmaktadır. Ölçekler 1-5 arasında bir skorla puanlanırken, 5 puan en olumlu ifadedir. Puanlamada, Madde 22 için, 'Kesinlikle Evet' 1 puan ve 'Kesinlikle Hayır' 5 puanla değiştirilmiştir. Ortalama puan; madde puanlarının toplamının, cevaplanan soruların sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Bulunan puan ne kadar yüksekse bağlanmada o kadar yüksektir (Üstünsöz ve ark, 2010). Anne- Bebek bağlılığı skalası için Cronbach alfa değeri Üstünsöz ve ark. (2010) çalışmasında 0,82 bulunmuştur. Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,86 bulunmuştur.

3.6.4. Baba- Bebek Bağlılığı Skalası (EK-4)

Cranley (1981) tarafından oluşturulan skala, Üstünsöz ve ark. (2010) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Skalada toplam 24 soru 5' li likert tipi puan bulunmaktadır. Ölçekler 1-5 arasında bir skorla puanlanırken, 5 puan en olumlu ifadedir. Puanlamada, Madde 22 için, 'Kesinlikle Evet' 1 puan ve 'Kesinlikle Hayır' 5 puanla değiştirilmiştir. Ortalama puan, madde puanlarının toplamının, cevaplanan soruların sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Bulunan puan ne kadar yüksekse bağlanmada o kadar yüksektir (Üstünsöz ve ark, 2010). Baba- Bebek Bağlılığı skalası için Cronbach alfa değeri Üstünsöz ve ark. (2010) çalışmasında 0,86 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,88 bulunmuştur.

3.6.5. Durumluk Kaygı Ölçeği (EK-5)

Ölçek, 14 yaş üzerindeki insanların kaygı düzeyini ölçmek amacıyla 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin içinde bulunduğu anda kendini nasıl hissettiğini belirler. Yardım almadan doldurulabilcek bir testtir. Durumluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen davranış ve duygular (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi şıklardan birine işaretleme yapılır. Ölçek 20 ifadeden oluştuğu için ölçekten elde edilen toplam puan yirmi ve seksen arasında değişir. Ölçekte iki şekilde ifade bulunmaktadır. Bunlara tersine dönmüş ve doğrudan/düz ifadeler denir. Düz ifadelerde 4 puan cevaplar yüksek kaygı olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise, 1 puan cevaplar yüksek kaygı düzeyi, 4 puan düşük kaygıyı gösterir. Bu ölçekte on adet tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddelerdir. Puanlar 20 (düşük düzey anksiyete) ve 80 (yüksek düzey anksiyete) arasındadır. 36 puan ve altındaki puan kaygının olmadığını, 37- 42 puan arası hafif düzey kaygıyı, 43 puan ve üstü puanın ise yüksek düzey kaygı olduğunu gösterir. Genel olarak, puanın yüksek olması, anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir, puanları 60'ın üstünde olan kişilerin profesyonel desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir (Öner ve Le Compte, 1983). Durumluk Kaygı Ölçeği için Cronbach Alfa Değeri 0,83-0,87 arasında bulunmuştur (Öner ve Le Compte, 1983). Çalışmamızda gebelerde Cronbach Alfa Değeri 0,89, gebelerin eşlerinde 0,88 bulunmuştur.

3.6.6. Beck Depresyon Envanteri (EK-6)

Beck Depresyon Envanteri Aron T. Beck tarafından (1961) geliştirmiştir. Yirmibir maddeden oluşmaktadır ve depresyon belirtilerini ölçen bir ölçektir. Hisli (1988) tarafından Türkçe geçerlik çalışması yapılmıştır. Envanter 10 dakikada tamamlanmaktadır. Test 13 yaş ve üzeri için uygundur. Test dört maddelik cümle gruplarından oluşmaktadır. Testte seçilen seçeneklerin puanları toplanır. Daha sonra bulunan toplam değerlendirilir. 0-9: Normal düzeyi gösterir

- 10-18: Hafif depresyon düzeyi
- 19-29: Orta depresyon düzeyi
- 30-63: Şiddetli düzey depresyon varlığını gösterir (Hisli, 1988).

Beck depresyon envanteri için Cronbach Alfa Değeri 0,80 olarak bulunmuştur (Hisli, 1988). Çalışmamızda gebelerde Cronbach Alfa Değeri 0,81, gebelerin eşlerinde 0,84 bulunmuştur.

3.6.7. Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu (EK-7)

Sağlık Bakanlığı Risk Tanımlama Formu üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda gebelerin tıbbi öyküsü, ikinci kısımda gebelerin obstetrik öyküsü, üçüncü kısımda ise; mevcut gebelik ile ilgili bilgiler sorgulanmaktadır. Risk değerlendirme formundaki kriterlerden birinin varlığında gebe hastaneye yönlendirilir. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı kontrolleri sonucunda izlemler, birinci ve ikinci basama sağlık kuruluşunda devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın senkronize çalışması ile sürdürülür, gerektiğinde izlem sayısı artırılır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

3.7. Ön Uygulama

Araştırmaya alınma kriterlerine uyan on gebe ile tanıtıcı bilgi formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için ön uygulama yapılmıştır. Ön görüşme yapılan gebeler araştırmaya alınmamıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmayı yapılabilmek için önce etik kuruldan izin ve araştırmanın yapılacağı kurumdan kurum izni ve Anne- Bebek Bağlılığı Skalası ve Baba- Bebek Bağlılığı Skalası kullanmak için Gülden Güvenç'ten izin alınmıştır.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Hastanesi'ne doğum öncesi bakım hizmeti almak için başvuran, araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebelere ve eşlerine çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılarak, çalışmaya katılmayı kabul eden her bir gebe ve eşinden yazılı onam alınmıştır. Kontrol grubunu dahil olma kriterlerine uyan ve obstetrik kontrol için polikliniğe başvuran düşük riskli gebeler ve eşleri oluşturmuştur. Veriler kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde toplanmıştır. Vaka grubunu ise, Sağlık Bakanlığı'nın prenatal risk değerlendirme formundaki kriterlere uyan ve klinikte yüksek riskli gebe tanısı ile yatan gebeler ve eşleri oluşturmuştur. Her iki gruptaki gebelere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak tanıtıcı bilgi formu, Anne-Bebek Bağlılığı Skalası, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Her iki gruptaki gebelerin eşlerine tanıtıcı bilgi formu ve Baba-Bebek Bağlılığı Skalası, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk Kaygı Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde istatistik paket programı Statistical Package for the Social Sciences 25,0 kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler standart sapma, aritmetik ortalama, yüzdelik, ile gösterilmiştir. İki grubun verilerinin karşılaştırılmasında student t testi ve ki-kare ve kullanılmıştır. Gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası (ABBS) ve babaların Baba- Bebek Bağlılığı Skalası (BBBS) puan ortalamalarının Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları ile ilişkisinin karşılaştırılmasında Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Vaka grubu gebelerin hastanede yatış tanıları ve ABBS puanı aralarındaki farkın karşılaştırılması için mann whitney u testi kullanılmıştır. Ayrıca gebelerin ve eşlerinin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası ve Baba- Bebek Bağlılığı Skalasını etkileyen faktörleri belirlemek

amacıyla linear regresyon analizi yapılmıştır. İstatiksel değerlendirme için anlamlılık düzeyi $p<0.05$ alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Gebelerin ve eşlerinin araştırma sorularını çok fazla bulmaları, poliklinikte muayene sırası beklerken anketleri doldurmak istememeleri, verilerin toplanması esnasında başka insanların bulunması gebelerle ve eşleri olan iletişimde kopukluklara sebep olmuştur. Hastanede yatan gebelerin eşlerinin yanlarında olmayışı, eşleri olan gebelere formların doldurtulması, ilçede ikamet edip merkeze ve hastaneye ulaşımında sıkıntıların olması veri toplamayı güçleştirmiş ve veri toplama süresini uzatmıştır. Ayrıca veri toplama esnasında poliklinik önünde başka insanların olması gebeler ve eşleri ile iletişimi zorlaştırmıştır

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmamız Helsinki Deklarasyonu ilkeleri doğrultusunda yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanması ve araştırmanın uygulanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (92340882 sayı, 31.05.2017) ön onay verilmiştir (EK-8). Anne-Bebek Bağlılığı Skalasının ve Baba-Bebek Bağlılığı Skalasının araştırmada kullanılması için Doç. Dr. Gülden Güvenç' ten elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (EK-10). Ayrıca araştırmanın Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması için Mülga Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 24.08.2017 tarihinde izin alınmıştır (EK-11). Çalışmanın etik kurul nihayi raporu Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (92340882 sayı, 18.04.2019 tarih) alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 3. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Vaka Grubu(n=41) n(%)	Kontrol Grubu (n=79) n(%)	X ² /t	p
Yaş				
25 yaşın altı	10 (24,4)	28 (35,4)	1,524	0,301
25 yaşın üstü	31(75,6)	51(64,6)		
Yaş Ortalaması ±SS*	30,00±6,83	27,63±4,10	-2,350	0,220
Minimum-Maximum	18-46	18-34		
Eğitim düzeyi				
İlk/ortaokul mezunu	21 (51,2)	23 (29,1)	5,682	0,058
Lise ve dengi mezunu	8 (19,5)	22 (27,8)		
Üniversite/Yüksekokul mezunu	12 (29,3)	34 (43,1)		
Çalışma Durumu				
Evet	12(29,3)	32(40,5)	1,468	0,239
Hayır	29(70,7)	47(59,5)		
Gelir Durumu Algısı				
İyi	8(19,5)	36(45,5)		
Orta	29(70,7)	42(53,2)		
Kötü	4(9,8)	1(1,3)		
Eş ile İlişki Durumu				
Çok İyi	14(34,2)	42(53,2)	1,000	0,739
İyi	25(61,0)	35(44,3)		
Orta	1(2,4)	2(2,5)		
Kötü	1(2,4)	-		

Tablo 3. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (devamı)

Sosyo- Demografik Özellikler	Vaka Grubu (n=41) n(%)	Kontrol Grubu (n=79) n(%)	X ² /t	p
Evlilik süresi (ay)				
0-60	21(51,2)	52(65,8)	5,753	0,056
61-120	9(22,0)	19(24,1)		
121 ay ve üzeri	11(26,8)	8(10,1)		
Evlilik Süresi Ortalaması ±SS* (ay)	85,17±73,36	58,39±45,66	-2,133	0,370
Min-Max	6-240	4-180		
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	37(90,2)	77(97,5)	0,179	0,103
Geniş Aile	4(9,8)	2(2,5)		

*Standart sapma

Tablomuzda vaka ve kontrol grubu gebelerin sosyo ve demografik özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Vaka grubu gebelerin %24'ünün, kontrol grubu gebelerin %35'inin 25 yaş altında oldukları saptanmıştır. Vaka grubu gebelerin yaş ortalaması 30,00±6,83 (min-max= 18-46), kontrol grubu gebelerin yaş ortalaması 27,63±4,10 (min-max=18-34)'dir. Vaka ve kontrol grubu gebelerimizin yaş grupları ve yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,301 ve p= 0,220).

Vaka grubu gebelerin %51,2'si ilkokul-ortaokul, %19,8'i lise ve dengi, %29,3'ü de üniversite/yüksekokul mezunudur. Kontrol grubu gebelerin 29,1'i ilkokul/ortaokul, %22'si lise ve dengi, %43'ü üniversite/yüksekokul mezunudur. Yapılan istatistiksel analizde iki grup eğitim durumu açısından benzerdir (p=0,058).

Gebelerin gelir getiren bir işte çalışmalarına bakıldığında; vaka grubu gebelerin %29,3'ü gelir getiren bir işte çalışırken, kontrol grubu gebelerin %40,5'i bir işte çalışmaktadır. Gebelerin çalışma durumları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p= 0,239). Vaka grubu gebelerin %19,5'i gelir seviyesini iyi, %70,7'si orta, %9,8'i kötü olarak ifade etmiştir. Kontrol grubu gebelerin %45,5'i gelir durumunu iyi, %53,2'si orta %1,3'ü kötü olarak ifade etmiştir (Tablo3).

Vaka grubu gebelerin %34,1'i eşi ile ilişki durumunu çok iyi, %61'i iyi, %2,4'ü orta, %2,4'ü kötü olarak tanımlamıştır. Kontrol grubu gebelerin %53,2'si eşi ile ilişki durumunu çok iyi, %44,2'si iyi, %2,5'i de orta olarak tanımlamıştır.

Vaka grubu gebelerin %51,2'sinin evlilik süresi 0-60 ay arasında , %22'sinin 61-120 ay arasında, %26,8'inin 121 ay ve üzerinde bulunmuştur. Kontrol grubu gebelerin evlilik süresi %65,8'inin 0-60 ay arasında, %24,1'inin 61-120 ay arasında, %10,1'inin 121 ay ve üzerindedir. İki grubun evlilik süreleri istatistiksel olarak birbirine benzerdir. (p=0,056). Vaka grubu gebelerin evlilik süresi ortalaması 85,17±73,36 ay (min-max= 6-240 ay), kontrol grubu gebelerin evlilik süresi ortalaması 58,39±45,66 ay (min-max= 4-180ay) bulunmuş olup, her iki grubun evlilik süresi ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,370). Vaka grubu gebelerin %90,2'sinin çekirdek aile, %9,8'inin geniş aile, kontrol grubu gebelerin %97,5'i çekirdek aile, %2,5'i geniş aile yapısındadır (Tablo 3). Her iki gruptaki gebelerin tamamının evliliklerinde resmi nikahları vardır. Düşük riskli grubun tamamının sosyal güvencesi varken yüksek riskli grupta sadece bir kişinin sosyal güvencesi yoktur.

Tablo 4. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Vaka Grubu n=(41) n(%)	Kontrol Grubu n=(79) n(%)	X ² /t	p
Gebelik Haftası				
22-29	12(29,3)	19(24,1)	0,384	0,661
30-37	29(70,7)	60(75,9)		
Gebelik Haftası Ortalaması ±SS*	32,12±4,03	32,49±3,90	0,489	0,626
Min- Max	22-37	22-37		
Gebelik Sayısı				
İlk gebeliği olan	13(31,7)	35(44,3)		
2-3 gebeliği olan	24(58,5)	42(53,2)		
4 ≤ gebeliği olan	4(9,8)	2(2,5)		
Gebelik Sayısı Ortalaması±SS*	2,32±1,36	1,77±0,81	-2,731	0,007
Min-Max	1-8	1-4		

Tablo 4. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (devamı)

Obstetrik Özellikler	Vaka Grubu (n=41) n(%)	Kontrol Grubu (n= 79) n(%)	X ² /t	p
Canlı Doğum Sayısı				
Hiç olmayan	17(41,5)	43(54,4)		
1-2	21(51,2)	39(44,3)		
3 ≤	3(7,3)	1(1,3)		
Canlı Doğum Sayısı Ortalaması ±SS*	1,05±1,22	0,61±0,75		
Min-Max	0-6	0-3	-2,433	0,160
Abortus Sayısı				
Hiç yok	36(87,5)	72(91,1)		
1	5(12,5)	7(8,9)		
Abortus Sayısı Ortalaması ±SS*	0,12±0,33	0,09±0,86	-0,547	0,586
Min-Max	0-1	0-1		
Küretaj Sayısı				
Hiç yok	38(92,7)	74(93,7)		
1-2	3(7,3)	5(6,3)		
Küretaj Sayısı Ortalaması ±SS*	0,1±0,37	0,06±0,24	-0,603	0,548
Min-Max	0-2	0-1		
Ölü Doğum Sayısı				
Hiç yok	39(95,1)	79(100)		
1	2(4,9)	-	0,115	0,115
Ölü Doğum Sayısı Ortalaması ±SS*	0,05±0,21	-		
Min-Max	0-1			
Yaşayan Çocuk Sayısı				
Hiç yok	17(41,5)	42(53,2)		
1-2	21(51,2)	36(45,5)		
3-6	3(7,3)	1(1,3)		0,020
Yaşayan Çocuk Sayısı Ortalaması ±SS*	1,05±1,224	0,62±0,756	-2,366	
Min-Max	0-6	0-3		
Daha Önce Doğum Yapma Durumu				
Evet	24(58,5)	37(46,8)		
Hayır	17(41,5)	42(53,2)	1,479	0,252

Tablo 4. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (devamı)

Obstetrik Özellikler	Vaka Grubu (n=41) n(%)	Kontrol Grubu (n= 79) n(%)	X ² /t	p
Daha Önceki Doğum Şekli	(n=24)	(n=37)		
Normal Vajinal Doğum	8(19,5)	20(25,3)	-1,940	0,550
Sezaryen Doğum	16(39,0)	17(21,5)		

Tablo 4'te vaka ve kontrol grubu gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Vaka grubu gebelerin %70,7'sinin, kontrol grubu gebelerin %75'inin 30-37. gebelik haftalarında olduğu ve her iki grubun gebelik haftası arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p=0,661). Vaka grubu gebelerin gebelik haftası ortalaması 32,12±4,039 (min-max=22-37), kontrol grubu gebelerin gebelik haftası ortalaması 32,49±3,906 (min-max=22-37)'dir. Vaka grubu ve kontrol grubu gebelerin gebelik haftası ortalamalarının arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark yoktur (p=0,626).

Vaka grubu gebelerin %31,7'sinin ilk, %58,5'inin 2-3, %9,8'inin 4 ve üzeri gebelikleri olduğu, kontrol grubu gebelerin ise; %44,3'ünün ilk, %53,2'sinin 2-3 ve %2,5'inin 4 ve üzeri gebelikleri olduğu saptanmıştır. Vaka grubunun gebelik sayısı ortalamasının 2,32±1,368 (min-max=1-8), kontrol grubunun 1,77±0,816 (min-max=1-4)'dür. Vaka ve kontrol grubu gebelerin gebelik sayısı ortalamalarının istatistiksel anlamda farklı olduğu saptanmıştır (p=0,007). Vaka grubu gebelerin gebelik sayısı ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Vaka grubu gebelerin %41,5'inin hiç canlı doğumu yokken, %51,2'sinin 1-2 canlı doğumu olduğu, kontrol grubu gebelerin ise %54,4'ünün hiç canlı doğumu yokken, %44,3'ünün 1-2 canlı doğumu olduğu görülmektedir. Vaka grubu gebelerin canlı doğum sayısı ortalaması 1,05±1,224 (min-max=0-6), kontrol grubu gebelerin 0,61±0,758 (min-max=0-3)'dir. Vaka ve kontrol grubu gebelerin canlı doğum sayısı ortalaması arasında istatistiksel anlamda bir fark yoktur (p=0,160), (Tablo 4).

Vaka grubu gebelerin %12,2'sinin, kontrol grubu gebelerin %8,9' unun 1 abortusu bulunmaktadır. Vaka grubu gebelerin abortus sayısı ortalaması 0,12±0,331 (min-max=0-1), kontrol grubu gebelerin abortus sayısı ortalaması 0,09±0,86 (min-max=0-1)'dir. Yapılan istatistiksel analizde iki grubun abortus sayısı ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,586). Vaka grubu gebelerin %7,3'ünün, kontrol grubunun %6,3'ünün 1-

2 kürtajı vardır. Vaka grubu gebelerin küretaj sayısı ortalaması $0,1\pm 0,374$ (min-max=0-2), kontrol grubu gebelerin küretaj sayısı ortalaması $0,06\pm 0,245$ (min-max=0-1)'dir. Küretaj sayısı ortalamasının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığı yoktur ($p=0,548$). Vaka grubunda 2 (%4,9) gebenin bir kez ölü doğum yaptığı bulunmuştur. Vaka grubu gebelerin %51,2' sinin, kontrol grubu gebelerin %45,6'sının 1-2 yaşayan çocuğu bulunmaktadır. Vaka grubu gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,05\pm 1,224$ (min-max=0-6) kontrol grubu gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması $0,62\pm 0,756$ (min-max= 0-3)'tür. Vaka grubu gebelerin ve kontrol grubu gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması aralarında istatistiksel düzeyde anlamlı fark vardır ($p= 0,020$). Vaka grubu gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması daha yüksektir (Tablo 4).

Vaka grubu gebelerin %58,5'inin, kontrol grubu gebelerin %46,8'inin daha önce en az bir kez doğum yaptıkları bulunmuştur. Her iki grubun doğum yapma durumları arasında istatistiksel anlamda bir fark yoktur ($p=0,252$). Vaka grubu gebelerin %39'unun kontrol grubu gebelerin %21,5'inin sezaryen doğum yaptıkları, her iki grubun daha önceki doğum şekli açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p=0,550$), (Tablo 4).

Tablo 5. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Bu Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Vaka Grubu (n=41) n(%)	Kontrol Grubu (n=79) n(%)	X ² /t	p
Kilo Alma Durumu (kg)				
0-10	26(63,4)	40(50,6)	3,302	0,192
11-13	4(9,8)	18(22,8)		
14-22	11(26,8)	21(26,6)		
Kilo Ortalaması \pmSS	9,56 \pm 4,653	10,4 \pm 3,812	0,730	0,417
Min-Max	0 -20	0-18		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu				
Evet	22 (53,7)	63 (79,7)	8,892	0,003
İleride isterdim/istemezdim	19 (46,3)	16 (20,3)		
Cinsiyet Tercihi				
Kız	25(61,0)	53(67,1)	0,350	0,682
Erkek	15(36,6)	25(31,6)		
Cevapsız	1(2,4)	1(1,3)		

Tablo 5. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Bu Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (devamı)

Özellikler	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		X ² /t	p
	(n=41)	n(%)	(n=79)	n(%)		
Eşinden Destek Alma Durumları						
Evet	38(92,7)		75(94,9)		0,250	0,689
Hayır	3(7,3)		4(5,1)			

Tablo 5'te vaka ve kontrol grubu gebelerin bu gebeliklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Vaka grubu gebelerin %63,4'ünün, kontrol grubu gebelerin %50,6'sının buldukları gebelik haftasına kadar 0-10 kg aldıkları bulunmuştur. Her iki grubun kilo alma açısından aralarında anlamlı fark yoktur (p=0,192). Vaka grubu gebelerin aldıkları kilo ortalaması 9,56±4,653kg (min-max=0-20 kg), kontrol grubu gebelerin kilo ortalaması 10,4±3,812 kg (min-max=0-18 kg)'dir. Kilo ortalaması açısından her iki grup arasında anlamlı fark yoktur (p=0,417). Vaka grubu gebelerin %53,7'sinin, kontrol grubunda ise %79,7'sinin gebeliklerinin planlı olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde farkın anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,003). Kontrol grubu gebelerde gebeliği planlı olan gebe sayısı daha fazladır. Vaka grubu gebelerin %61'i, kontrol grubu gebelerin %67,1'i kız bebek istediğini ifade etmiştir. Cinsiyet tercihleri açısından her iki grup arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark yoktur (p=0,682). Vaka grubu gebelerin %92,7'si, kontrol grubu gebelerin %94,9'u gebelikleri süresince eşinden duygusal ve ev işlerinde destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Grupların eşden destek alma durumları açısından arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,689).

Tablo 6. Vaka Grubu Gebelerin Tanılarına Göre Hastanede Yatış Süreleri ve Anne-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamaları (n=41)

Tanısı	n	%	Yatış süresi $\bar{X}\pm SS$	ABBS Puan $\bar{X}\pm SS$
Hipertansiyon	9	7,5	3,11±1,05	84,222±9,431
Diabetüs Mellitüs	1 0	8,3	2,40±1,83	83,700±7,972
İntrauterin gelişim geriliği	3	2,5	5,33±3,21	93,000
Kanama	1	0,8	2,00	93,000
Erken doğum tehditi	9	7,5	2,67±1,22	80,111±17,488
Erken doğum tehditi+myom	1	0,8	3,00	86,000
Plasenta previa	1	0,8	16,00	81,000
İkiz gebelik + Edt	2	1,7	2,00±1,41	75,000±14,142
Kolestaz	3	2,5	2,67±1,15	91,000±13,000
Polihidroamniyos	1	0,8	2,00	82,000

Tablo 6’da vaka grubu gebelerin tanıları ve hastanede yatış süreleri ve verilmiştir. Gebelerin %7,5’i hipertansiyon tanısı ile 3,11±1,05 gün, %8,3’ü diyabet tanısıyla 2,40±1,83 gün, %2,5’i intrauterin gelişim geriliği tanısıyla 5,33±3,12 gün, %0,8’i kanama tanısıyla 2,00 gün, %7,5’i erken doğum tehditi ile 2,67±1,22 gün %0,8’i erken doğum tehditi ve myom ile 3 gün, %0,8’i’ plasenta previa tanısıyla 16 gün,%1,7’si ikiz gebelik ve erken doğum tehditi tanısıyla 2,00±1,41 gün, %2,5’i kolestaz tanısıyla 2,67±1,15 gün, %0,8’i polihidroamniyos tanısıyla 2,00 gün,%0,8’i oligohidroamniyos tanısıyla 3,00 gün yattıkları bulunmuştur.

Tablo 7. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Eşlerin Sosyo- Demografik Özellikleri	Vaka Grubu Gebelerin Eşleri(n=41) n(%)	Kontrol Grubu Gebelerin Eşleri (n= 79) n(%)	X²/t	p
Yaş				
21-29	11(26,8)	27(34,2)	6,841	0,033
30-39	19(46,4)	45(57,0)		
40 ≤	11(26,8)	7(8,8)		
Yaş Ortalaması ±SS	34,49±6,820	31,82±5,151		
Min-Max	24-51	21-43	-2,399	0,018
Eğitim Durumu				
İlkokul -Ortaokul mezunu	18(43,9)	29(36,7)	2,220	0,330
Lise mezunu	12(29,3)	18(22,8)		
Üniversite/Yüksekokul mezunu	11(26,8)	32(40,5)		
Eşle isteyerek Evlenme Durumu				
Evet	38(92,7)	77(97,5)	0,337	0,218
Hayır	3(7,3)	2(2,5)		
Babalğa Hazır Hissetme Durumu				
Evet	39(95,1)	76(96,2)	1,000	0,559
Hayır	2(4,9)	3(3,8)		
Cinsiyet Tercihi				
Kız	20(48,8)	42(53,2)	0,037	1,000
Erkek	19(46,2)	37(46,8)		
Cevapsız	2(5,0)			
Eşe Destek Olma Durumu				
Evet				
Hayır	38(92,7)	77(97,5)	0,337	0,218
	3(7,3)	2(2,5)		

Tablo 7’ de vaka ve kontrol grubu gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Vaka grubu gebelerin eşlerinin %46,3’ünün 30-39 yaş grubunda, %26,8’inin 40 yaş ve üzerinde olduğu bulunurken, kontrol grubun eşlerinin %57’si 30-39 yaş

grubunda, %8,8'i 40 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Vaka ve kontrol gruplarının eşlerinin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,033$). Vaka grubu gebelerin eşlerinin yaş ortalaması $34,49\pm 6,820$ (min-max=24-51), kontrol grubu gebelerin eşlerinin yaş ortalaması $31,82\pm 5,151$ (min-max=21-43)'dir. Vaka grubu ve kontrol grubu gebelerin eşlerin yaş ortalaması arasında da istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,018$). Vaka grubu gebelerin eşlerini %29,3'ü lise ve dengi okul mezunu, kontrol grubu gebelerin eşlerinin %40,5'i üniversite/yüksekokul mezunudur. Yapılan istatistiksel analizde iki grubun eğitim düzeyleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,235$).

Vaka grubu gebelerin eşlerinin %97,2'si, kontrol grubu gebelerin eşlerinin %97,5'i eşiyle isteyerek evlendiğini ifade etmiştir. Vaka grubu gebelerin eşlerinin %95,1'inin, kontrol grubu gebelerin eşlerinin %96,2'sinin kendilerini babalığa hazır hissettikleri saptanmıştır. Vaka grubu gebelerin eşlerinin %48,8'i, kontrol grubu gebelerin eşlerinin %53,2'si bebeklerinin cinsiyetlerinin kız olmasını tercih ettikleri ancak gruplar arasında cinsiyet tercihi açısından istatistiksel fark olmadığı saptanmıştır ($p=1,000$), (Tablo 7). Kontrol grubu gebelerin eşlerinin tamamı gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Vaka grubu gebelerin eşlerinden sadece 1 kişi çalışmamaktadır.

4.2. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Anne-Bebek ve Baba Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 8. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Vaka Grubu (n=41)		Kontrol Grubu (n=79)		X ² /t	p
	$\bar{X}\pm SS$	min-max	$\bar{X}\pm SS$	min-max		
Anne-Bebek Bağlılığı Skalası	84,05 ±11,57	58-110	94,70±9,84	76-117	5,228	0,000
Durumluk Kaygı Ölçeği	45,22±9,19	21-62	36,26±7,85	20-52	-5,584	0,000
Beck Depresyon Envanteri	Var: %61,0 Yok: %39,0		Var: %12,7 Yok: %87,3		30,501	0,000

Tablo 8’de, vaka ve kontrol grubu gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları verilmiştir. Vaka grubu gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması 84,048±11,569 (min-max= 58-110), kontrol grubu gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması 94,696±9,8428 (min-max=76-117)’dir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda her iki grubun Anne-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır (p=0,000). Vaka grubu gebelerin Anne Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması kontrol grubu gebelerin puan ortalamasından göre daha düşüktür.

Vaka grubu gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 45,219±9,188 (min-max=21-62), kontrol grubu gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasından (36,265±7,853) (min-max=20-52) yüksek olduğu bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Vaka grubu gebelerin %61’inde depresyon görülürken, kontrol grubu gebelerin %12,7’sinde depresyon görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde vaka ve kontrol grubunda

depresyon görülmesi açısından aralarındaki fark anlamlıdır (p=0,000). Vaka grubu gebelerde daha yüksek depresyon görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 9. Vaka ve Kontrol Grubu Eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Vaka Grubu Eşleri(n=41)		Kontrol Grubu Eşleri (n=79)		X ² /t	p
	$\bar{X}\pm SS$	min max	$\bar{X}\pm SS$	min-max		
Baba-Bebek Bağlılığı Skalası	84,15±9,72	85-114	93,24±11,71	90-119	4,526	0,000
Durumluk Kaygı Ölçeği	43,00±9,91	21-73	36,49±7,25	20-49	-4,098	0,000
Beck Depresyon Envanteri	Var: %39,0 Yok: %61,0		Var: %1,3 Yok: %98,7		31,647	0,000

Vaka grubu eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması 84,146±9,720 (min-max=85-114), kontrol grubu eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması 93,240±11,714 (min-max=90-119)'dür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda grupların Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Vaka grubu eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması kontrol grubu eşlerin Baba- Bebek Bağlılığı Skalası puanına göre daha düşüktür.

Vaka grubu eşlerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 43,000±9,912 (min-max=21-73), kontrol grubu eşlerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 36,265±7,853 (min-max=20-52)' dir. Vaka grubu eşlerin ve kontrol grubu gebelerin eşlerinde Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,000). Vaka grubu eşlerde daha fazla kaygı görülmektedir.

Vaka grubu eşlerin %39'unda depresyon görülürken, kontrol grubu eşlerin %1,3'ünde depresyon görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde vaka ve kontrol grubun eşlerde depresyon görülmesi açısından aralarında anlamlı fark vardır (p=0,000). Vaka grubu eşlerde daha fazla oranda depresyon görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 10. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile Anne-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalaması Arasındaki İlişkilerinin Krşlaştırılması

Ölçekler	Anne Bebek Bağlılığı Skalası	
	Durumluk Kaygı Ölçeği	Beck Depresyon Envanteri
Vaka Grubu(n=41)	r : -0,389 p: 0,012	r : -0,536 p: 0,000
Kontrol Grubu (n=79)	r : -0,303 p: 0,000	r : -0,448 p: 0,000

Tablo 10’da görüldüğü gibi vaka ve kontrol grubu gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalasından aldıkları puanlar ile Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Vaka ve kontrol grubunda Anne-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması ile Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, Beck Depresyon Envanteri puanı ile negatif yönde orta şiddette ilişki saptanmıştır. Her iki grupta da Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı ve Beck Depresyon Envanteri puanı arttıkça Anne-Bebek Bağlılığı Skalası puanı azalmaktadır.

Tablo 11. Vaka ve Kontrol Grubu Eşlerin Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile Baba-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalaması Arasındaki İlişkilerinin Karşılaştırılması

Baba Bebek Bağlılığı Skalası		
Ölçekler	Durumluk Kaygı Ölçeği	Beck Depresyon Envanteri
Vaka Grubu Eşleri (n=41)	r : 0,146 p: 0,373	r : 0,116 p: 0,471
Kontrol Grubu Eşleri (n=79)	r : -0,478 p: 0,000	r : -0,326 p :0,003

Tablo 11’de vaka ve kontrol grubu eşlerin Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalasından aldıkları puanlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişkisini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmış ve vaka grubu eşlerde Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması ile Durumluk Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanı arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubu eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması ile Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta şiddette, Beck Depresyon Envanteri puanı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubu eşlerde; Durumluk Kaygı Ölçeği puanı ve Beck Depresyon Envanteri puanı azaldıkça Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puanı artmaktadır.

4.3. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Özelliklerinin Anne- Bebek ve Baba-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamalarına Etkisi

Tablo 12: Vaka Grubu Gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Linear Regresyon (Stepway) Analiz Sonuçları

ABBS Puan Belirleyicileri (n=41)	Standartlaştırılmış Regresyon katsayısı (Beta)	%95 CL		t	P
		Alt Değer	Üst Değer		
Yaşayan Çocuk Sayısı	-0,603	-7,988	-3,416	-5,058	0,000
Eş İle İlişki Durumu (kötü)	-0,382	-45,812	-10,742	-3,271	0,002
Durumluk Kaygı Puan Ortalaması	-0,292	-0,665	-0,070	-2,502	0,017
Cinsiyet Tercihi (kız)	-0,247	-11,357	-0,380	-2,168	0,037
R = 0,778	R2 = 0,605	Adjusted R2 = 0,561			

Vaka grubu gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalamasını etkileyen faktörleri belirlenmek amacıyla linear regresyon (stepway yöntemi) analizi yapılmış ve istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü arttıran dört tane değişken olduğu bulunmuştur. Bunlar; yaşayan çocuk sayısı, eş ile ilişki durumu (kötü), annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ve cinsiyet isteği (kız) dir (Tablo 12).

Tablo 13: Kontrol Grubu Gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Linear Regresyon (Stepway) Analizi Sonuçları

ABBS Puan Belirleyicileri (n=79)	Standartlaştırılmış Regresyon katsayısı (Beta)	%95 CL		t	P
		Alt Değer	Üst Değer		
Durumluk Kaygı Puan Ortalaması	-0,429	-0,783	-0,292	-4,363	0,000
Eş Desteği (evet)	0,262	2,968	20,438	2,669	0,009
R = 0,519		R2 = 0,269		Adjusted R2 = 0,250	

Kontrol grubu gebelerin Anne-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalamasını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla linear regresyon (stepway yöntemi) analizi yapılmış istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü arttıran iki tane değişken olduğunu bulunmuştur. Bunlar; Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ve eşlerin duygusal ve ev işlerinde destek durumudur (Tablo 13).

Tablo 14: Vaka Grubu Gebelerin Eşlerinin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Linear Regresyon (Stepway) Analizi Sonuçları

BBBS Puan Belirleyicileri (n=41)	Standartlaştırılmış Regresyon katsayısı (Beta)	%95 CL		t	P
		Alt Değer	Üst Değer		
Eş ile İlişki Durumu (çok iyi)	0,417	2,886	16,712	2,267	0,007
R = 0,417		R2 = 0,174		Adjusted R2 = 0,153	

Vaka grubu gebelerin eşlerinin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalamasını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla linear regresyon (stepway yöntemi) analizi yapılmış ve istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü arttıran değişkenin eş ile ilişki durumu (çok iyi) olduğunu göstermiştir (Tablo 14).

Tablo 15: Kontrol Grubu Eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Linear Regresyon (Stepway) Analizi Sonuçları

BBBS Puan Belirleyicileri (n=79)	Standartlaştırılmış Regresyon katsayısı (Beta)	%95 CL		t	P
		Alt Değer	Üst Değer		
Durumluk Kaygı Puan Ortalaması	-0,478	-0,908	-0,374	-4,776	0,000
R = 0,478	R2 = 0,229	Adjusted R2 = 0,219			

Kontrol grubu eşlerin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalamasını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde kullanılan linear regresyon (stepway yöntemi) analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü arttıran değişkenin Durumluk Kaygı Puan Ortalaması olduğunu göstermiştir (Tablo 15).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma yüksek riskli gebeliklerde doğum öncesi ebeveyn bağlanmasını tayin etmek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde araştırma ile elde edilen bulguların literatür taramasına uygun olarak tartışması yapılmıştır.

5.1. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda eğitim düzeyi, yaşayan çocuk sayısı, çalışma durumuna, gebelik haftası ve yaşa göre dağılımı dikkate alınarak grup eşleştirmesi yapılmıştır.

Bu çalışmadaki vaka ve kontrol grubu gebelerin çoğunluğu 25 yaş üstü olup, vaka grubu gebelerin yaş ortalaması $30\pm6,833$, kontrol grubu gebelerin yaş ortalaması $27,63\pm4,10$ 'dur. Türkiye'de yapılan sağlık araştırması sonucuna göre doğurganlığın en yüksek olduğu yaş 25-29 yaş grubudur (TNSA, 2013). Sonuçlarımız, TNSA verileri ile benzerdir ve gebelerin yaş ortalamasının ideal doğum yapma yaş ortalamasında olduğunu görülmüştür. Pisoni ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada yüksek riskli gebelerin yaş ortalaması 32.53 ± 4.73 'dür ve çalışmamızın bulguları bu çalışma bulgularına benzerdir.

Bu çalışmadaki vaka grubu gebelerin çoğunluğu ilkokul/ortaokul mezunu (%51,2), kontrol grubu gebelerinde çoğunluğu üniversite/yüksekokul (%43,0) mezunudur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre de Türkiye'de kadınların %36'sı ilkokul mezunu olup bizim çalışmamızda riskli gebelerin eğitim düzeyi Türkiye genelinden daha yüksek bulunmuştur (TNSA, 2013).

Çalışmamızda vaka grubunun yaklaşık üçte birinin, kontrol grubunun ise %40,5'inin bir işte çalıştığı görülmüştür. Vaka grubunda sadece bir gebenin sosyal güvencesi yokken, kontrol grubunun tamamının sosyal güvencesi vardır. Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırmaları verilerinde kadınların %11'inin sosyal güvencesi yoktur, %31'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır (TNSA, 2013). Çalışmayan gebelerin sağlık güvencesinin olması eşinin sosyal güvencesinden yararlandığını göstermektedir. Gebelerin sağlık güvencesinin olması gebelik

izlemlerini sağlık kuruluşunda yaptırılmaları ve her türlü sağlık hizmetlerinden yararlanmaları açısından oldukça önemlidir.

Vaka ve kontrol grubu gebelerin çoğunluğu gelir durumlarını orta düzeyde algılamaktadır. Vaka grubundaki gebelerin çoğunluğu eşleriyle olan ilişkisini “iyi”, kontrol grubundaki gebelerin ise çoğunluğu “çok iyi” olarak belirttikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda vaka grubunun evlilik süresi ortalaması $85,17\pm 73,36$ ay, kontrol grubunun evlilik süresi ortalaması ise $58,39\pm 45,66$ ay olarak bulunmuştur. Vaka grubunun evlilik süresi ortalamasının yüksek olması gebelikte yüksek risk yaşandığını göstermektedir.

Çalışmamızda her iki grubun büyük çoğunluğunun çekirdek aile tipinde oldukları görülmektedir. Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırmaları verilerine göre Türkiye’de görülen çekirdek aile oranı %70,2’dir (TNSA, 2013). Çalışmamızdaki aile tipi Türkiye genelinde aile tipi ile benzerdir.

Çalışmamıza 22-37 hafta arası gebeler dahil edilmiştir. Her iki grubun gebelik haftası ortalaması benzer bulunmuştur (sırayla $32,12\pm 4,03$, $32,49\pm 3,90$).

Çalışmamızda vaka grubu gebelerin gebelik sayısı ($2,32\pm 1,36$) ve yaşayan çocuk sayısı ($1,05\pm 1,224$), ortalamalarının kontrol grubu gebelerin gebelik sayısı ($1,77\pm 0,81$) ve yaşayan çocuk sayısı ($0,62\pm 0,756$) ortalamalarına göre istatistiksel düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İstatistiksel düzeyde olmasa da vaka grubunun canlı doğum, abortus, küretaj sayısı ortalamalarının da kontrol grubu gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde kadınların gebelik sayısı arttıkça gebelikte risk görülme durumunun arttığı belirtilmektedir (Köker, 2009; Taşkın, 2016). Çalışma bulgularımız literatürü desteklemektedir.

Vaka ve kontrol grubu gebelerin gebelikte aldıkları kg ortalamaları (sırayla $9,56\pm 4,653$ kg, $10,4\pm 3,812$ kg)’dır. Her iki grubun aldıkları kg ortalamaları ideal sınırdadır (Taşkın, 2016).

Vaka grubunda gebelerin %46,3’ü, kontrol grubunda %20,3’ü planlamadan gebe kaldıklarını ifade etmişlerdir. Plansız gebelik oranı vaka grubunda iki kat fazla bulunmuştur ve bu fark istatistiksel düzeyde anlamlıdır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2013) verilerine göre ülkemizin genelinde plansız gebelik oranı %25,9’dur. Çalışmamızda vaka grubunun plansız gebelik oranı Türkiye genelinden daha yüksek, kontrol grubunun ise yakın bulunmuştur. Kontrol grubunda planlı gebelik oranının yüksek olması bu grubun aile planlaması yöntemlerini kullanmada bilinçli olduklarını ifade edebilir.

Çalışmamızda vaka grubu gebelerin %7,5'i hipertansiyon, %8,3'ü diyabet, %2,5'i intrauterin gelişim geriliği, %0,8'i kanama, %7,5'i erken doğum tehditi, %0,8'i erken doğum tehditi ve myom, %0,8'i plasenta previa, %1,7'si ikiz gebelik ve erken doğum tehditi, %2,5'i kolestaz, %0,8'i polihidroamniyos,%0,8'i oligohidroamniyos tanısı saptanmıştır.

Çalışmamızda vaka grubu eşlerin yaş ortalaması 34,49±6,820, kontrol grubu eşlerin yaş ortalaması 31,82±5,151'dir ve aralarında istatistiksel düzeyde fark bulunmuştur (p=0,018). Vaka grubu eşlerin %43,9 ilkokul, %26,8'i üniversite/yüksekokul, kontrol grubunun %40,5'i üniversite/yüksekokul mezunu olarak bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre erkeklerin %18,9'u üniversite/yüksekokul mezunudur (TÜİK, 2018). Vaka grubu eşlerin ilkokul/ortaokul mezunu sayısı kontrol grubu eşlerine göre daha fazla olsa da çalışmamızdaki eşlerin eğitim düzeyi Türkiye genelinden daha yüksektir. Vaka grubu eşlerin bebeğinin cinsiyet tercihi kız, kontrol grubu eşlerin ise erkek yönünde olmuştur.

5.2. Vaka ve Kontrol Grubu Gebelerin ve Eşlerinin Anne-Bebek ve Baba- Bebek Bağlılığı Skalası, Durumluk Kaygı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Gebelerde ve eşlerinde eş zamanlı olarak prenatal bağlanma durumlarını değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Çalışmamızda vaka grubunu oluşturan yüksek riskli gebelerde (84,048 ±11,569) kontrol grubunu oluşturan düşük riskli (94,696±9,842) gebelere göre Anne- Bebek Bağlılığı Skalası (ABBS) puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel düzeyde anlamlıdır. Eswi ve Khalil (2012)'in Mısır'da 55 düşük riskli 45 yüksek riskli gebe ile yaptıkları çalışmada yüksek riskli gebeliği olan kadınların prenatal bağlanma puanlarının, düşük riskli gebeliği olan kadınlara göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Brandon ve ark. (2008)'nin yüksek risk nedeniyle hastanede yatan gebelerin depresif belirtileri ve depresyon için bilinen risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında yüksek riskli gebelerde daha az prenatal bağlanma saptamışlardır. Yine çalışmamıza benzer olarak Pisoni ve ark. (2016)'nin yüksek riskli gebeliklerde doğum öncesi ebeveyn bağlanması çalışmasında yüksek riskli gebelerde düşük riskli gebelere oranla bebeğe daha az bağlanma saptanmışlardır. Gebelikte yaşanan risk faktörleri gebeler için baş edilmesi zor bir durum olduğundan anne-

bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebilir. Çalışma bulgularımızın aksine yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu veya farkın olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Aksoy ve ark.(2016)'nın riskli gebelerde prenatal bağlanma ve sosyal destek düzeyinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmasında yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeyi yüksek çıkmıştır. Özgen (2016)'in sağlıklı ve yüksek riskli gebelerde doğum öncesi bağlanma düzeylerini ve bunları etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında; riskli gebelerde, sağlıklı gebelere göre prenatal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Günay (2015)'in gebe kadınlarda prenatal bağlanma düzeyi ile alakalı değişkenlerin incelenmesi amacıyla, yapmış olduğu çalışmada riskli gebeler ile sağlıklı gebeler arasında prenatal bağlanma düzeyleri arasında fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda vaka grubundaki yüksek riskli gebelerin kaygı ve depresyon düzeyi kontrol grubundaki düşük riskli gebelere göre daha yüksek saptanmıştır. Pisoni ve ark (2016) yapmış oldukları benzer çalışmada da yüksek riskli gebelerin kaygı ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu gebelerin kaygı ve depresyon düzeyleri arttıkça bağlanma düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Kunkel ve Doan (2003) çalışmalarında annenin depresif olmasının bağlanmayı düzeyini azalttığını saptamışlardır. Hart ve McMahon (2006) doğum öncesi ruh hali (depresyon ve anksiyete) ile gebeliğe psikolojik uyum arasında ilişki olup olmadığını araştırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında düşük düzeyde fetal bağlanma ile karakterize kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda vaka grubundaki gebelerde olduğu gibi vaka grubu eşler de kontrol grubundaki eşlere göre Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Üstünsöz ve ark. (2010)'nın Türk çiftlerinde maternal ve paternal-fetal bağlanmanın karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmalarında yüksek riskli gebelerin eşlerinin Baba-Bebek Bağlılığı Skalası puan ortalamasını daha düşük bulmuştur. Pisoni ve ark. (2016) 43 yüksek riskli gebe ve eşi, 37 düşük riskli gebe ve eşi ile yaptığı çalışmada yüksek riskli gebelerin eşlerinde bebeklerine daha az bağlandıklarını, daha fazla ve kaygı ve depresyon olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda yüksek riskli gebelerin eşlerinde kaygı düzeyi yüksek bulunsa da, depresyon görülmemiştir. Vaka grubu gebelerin eşlerinin kaygı puanı ortalamaları ve depresyon puanı, kontrol grubu gebelerin eşlerinin kaygı puanı ortalamaları ve depresyon puanına göre daha yüksek bulunmuştur. Vaka grubu gebelerin

eşlerinde kaygı ve depresyon ile bağlanma arasında ilişki bulunamamıştır. Kontrol grubu gebelerin eşlerinde ise; kaygı ve depresyon düzeyi arttıkça bağlanmanın azaldığı görülmüştür.

Çalışmamızda vaka grubunda yaşayan çocuk sayısı, eşi ile ilişki durumu (kötü), durumluk kaygı düzeyi ve cinsiyet tercihi (kız), kontrol grubunda ise durumluk kaygı düzeyi ve eşin gebelere ev işlerinde ve duygusal olarak destek durumu Anne- Bebek Bağlılığını etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Vaka grubunda yaşayan çocuk sayısının fazla olması, eşi ile ilişki durumunun kötü olması, gebelikteki risk varlığına bağlı gebenin kaygının yüksek olması bağlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan benzer çalışmalarda çocuğu olmayanların bebeğe bağlanma puanı daha yüksek bulunmuştur. Çocuğu olmayan kadınların çocuk sahibi olma konusunda daha istekli oldukları bu nedenle doğum öncesi bağlanma seviyelerinin daha yüksek olduğu söylenebilir (Üstünsöz ve ark, 2010; Yılmaz ve Beji, 2010; Bakır ve ark, 2014; Günay, 2015). Janbakhishov (2013)'un gebelerde yatışkin bağlanma özellikleri, depresyon, anksiyete, doğum öncesi bağlanma seviyesi ve fetusun intrauterin sağlığı ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmasında eş ilişkisini kötü olarak belirten grubun prenatal bağlanma skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Yine Günay (2015)'in yapmış olduğu çalışmada eş ile ilişki durumunun kötü olması prenatal bağlanmayı olumsuz etkilemektedir. Kontrol grubunda da kaygının yüksek olması bağlanmayı olumsuz etkilemektedir fakat eşin ev işlerinde ve duygusal olarak destek olması bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir.

Vaka grubu eşlerinde eşi ile ilişki durumunun çok iyi olması bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir. Kontrol grubu gebelerin eşlerinde ise kaygı düzeyinin yüksek olması bağlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir.

5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada sınırlılıklar bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan veriler sadece bu araştırmaya gönüllü ve katılmayı kabul eden gebeler ve eşlerinin temsil etmektedir. Çalışma; sadece Muğla ilindeki bir merkezde yapıldığından ötürü başka hastanelere genellenememiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yüksek riskli gebeliklerde doğum öncesi ebeveyn bağlanması ve etkisini belirlemek amacıyla Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine rutin takibe gelen 79 gebe ve eşleri ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde yatan 41 gebe ve eşleri ile yapılan bu araştırmada aşağıdaki gibi sonuçlar elde edilmiştir:

- Vaka ve kontrol grubu gebelerin eğitim durumları ve yaş grupları yaş grupları, çalışma durumu, gelir durumu algısı, eşi ile ilişki durumu, evlilik süresi, aile tipi bakımından gruplar arası benzerlik olduğu belirlenmiştir.
- Vaka ve kontrol grubundaki gebeler obstetrik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; gebelik sayısı, gebelik haftası, canlı doğum sayısı, abortus sayısı, küretaj sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, daha önce doğum yapma ve daha önceki doğum şekli bakımından benzerdir.
- Vaka grubunun gebelik sayısı ortalaması ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Vaka ve kontrol grubunun bu gebeliğe ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında; kilo alma durumları, cinsiyet isteği ve eşinden duygusal anlamda ve ev işlerinde destek görme durumları bakımından benzer olduğu saptanmıştır.
- Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin gebeliğini planlama durumlarına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kontrol grubunda gebeliğinin planlı olduğunu söyleyenlerin oranı daha fazla bulunmuştur.
- Vaka grubunda gebelerin tanıları ve hastanede yatış süreleri karşılaştırılmıştır. Diyabetüs mellitüs, hipertansiyon ve erken doğum tehditi tanısı ile yatan gebelerin sayısı fazladır.
- Vaka grubu gebelerin tanılarına göre anneye ve bebeğe ait olanlar olarak karşılaştığımızda; bebeğe ait riski olan gebelerin ABBS puan ortalaması ve Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında istatistiksel düzeyde fark bulunmamış, Beck

Depresyon Envanteri puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Bebeğe ait riskli olan gebelerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

- Vaka ve kontrol grubu gebelerin eşlerinin yaşları ve yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Vaka grubu gebelerin eşlerinin yaş ortalaması daha yüksektir.
- Vaka ve kontrol grubu gebelerin eşlerinin eğitim durumu, eşiyile isteyerek evlenme durumu, babalığa hazır hissetme durumu, cinsiyet isteği ve eşine duygusal anlamda ve ev işlerinde destek durumu benzerdir.
- Vaka ve kontrol grubu gebelerin ABBS puan ortalaması, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması arasında istatistiksel düzeyde fark bulunmuştur. Vaka grubunun ABBS puan ortalaması daha düşük, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
- Vaka ve kontrol grubu gebelerin eşlerinin BBBS puan ortalaması, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Vaka grubu gebelerin eşlerinin BBBS puan ortalaması daha düşük, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
- Elde ettiğimiz sonuçlara göre; yüksek riskli gebeliklerde depresyon ve kaygı düzeyi yüksektir ve bu da annenin bebeğine bağlanmasına ve yenidoğanla iyi bir ilişki kurmasına engel olabilir.

6.2. Öneriler

Araştırma süresince elde edilen bulgular ve sonuçlar doğrultusunda;

- Doğum öncesi bağlanmaların tespit edilmesi, perinatal sağlığın ve yenidoğan oluşabilecek kötü sonuçlarının iyileştirilmesinde önemli bir etken olabilir.
- Anne ve babanın bebeğine bağlanmasına engel teşkil eden sorunların belirlenmesi, uygun ebe ve hemşire bakımının yapılması için önem arz etmektedir. Bunun doğacak

olan bebeğin fiziksel ve duygusal yönden gelişimi için pozitif yönde etki edebileceği düşünülmektedir.

- Hastaneye yüksek riskli gebelik tanısı ile yatan gebelerin kendi sağlıklarıyla ilgili sorunlar tespit edilerek kaygı ve depresyon düzeylerinin azalmasına yardımcı olunabilir.
- Bağlanması düşük, depresyon ve kaygı seviyesi yüksek ebeveynler tespit edilerek destek programları düzenlenebilir.
- Anne-bebek bağıllığı ile ilgili çok fazla çalışma olmasına rağmen ebeveynlerle birlikte yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Akarsu RH, Tuncay B, Alsaç SY.** Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6(4), 275-279.
- Alan Dikmen H, Çankaya S.** Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2018, 9(2), 118-123.
- Ağaç F.** Obez Bireylerin Bağlanma Stilleri İle Yeme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2018, 6-7.
- Aksoy Y, Yılmaz S, Aslantekin F.** Riskli gebelerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2016, 1(3), 163-169.
- Arı S.** Anne Bebek Bağlanması İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2012, 29.
- Atalay B.** Doğum Öncesi Eğitimlerin Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2014, 20-85.
- Avcı S.** Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ve Yatmayan Annelerin Riskli Gebelik Ve Doğum Öncesi Bakımı Yönünden Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı, Ankara, 2011, 19-21.
- Aydemir H, Hazar H.** Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3 (2).
- Bacanlı H, İlhan T, Aslan S.** Beş faktör kuramına dayalı bir kişilik ölçeğinin geliştirilmesi: Sıfatlara dayalı kişilik testi. *Türk Bilimleri Dergisi* 2009, 7(2), 261-279.
- Badinter E.** Annelik Sevgisi, çev. Kamuran Çelik, Afa Yayınları, İstanbul, 1992, 10.
- Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü.** Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2014, 1 (1), 25-37.
- Barnett D, Vondra JJ.** A typical patterns of early attachment theory. *Research and Current Directions. Monogr. Soc. Res, Child Development* 1999, 64(3), 1-24.

- Baor L, Soskolne V.** Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: A comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Hum Reprod* 2010, 25(6), 1490-1496.
- Beck A.** An inventory for measuring depression archives of general. *Psichology* 1961, 4, 561-571.
- Bekmezci H.** Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma İle İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum 2015, 45.
- Bell L, St-Cyr Tribble D, Paul D, Long A.** A concept analysis of parent- infant attachment. *J Adv Nurs* 1998, 28(5), 1071-1081.
- Benware J.** Predictors of Father- Child and Mother Child Attachment in Two Parent Families, All Graduate Theses and Dissertations, Tah State University, Utah 2013, 23-25.
- Bilgin Z, Ecevit Alpar Ş.** Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri. *HSP* 2018, 5(1), 6-15.
- Bowlby J.** Maternal care and mental health, *Bulletin of the World Health Organization* 1951, 3, 355-534.
- Boyce P, Condon J, Borton J.** First-time fathers' study: Psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005, 41(9), 718-725.
- Bozdemir F, Gündüz B.** Bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve çocukluk çağı örselenme yaşantılarının duygusal zekâ ile ilişkileri. *Journal of Human Sciences* 2016, 13, 1797-1814.
- Brandon A, Trevedi M, Hynan L, Miltenberger P, Labat D, Rifkin J, Stringer C.** Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal Clinical Psychiatry* 2008, 69, 635-643.
- Brown L, McBride B, Shin N, Bost K.** Parenting predictors of father-child attachment security: Interactive effects of father involvement and fathering quality. *Fathering* 2007, 5(3), 197-219.
- Cock E. S, Henrichs J, Vreeswijk C. M, Maas A. J, Rijk C. H, Bakel H. J.** Continuous feelings of love, The parental bond from pregnancy to toddlerhood. *Journal of Family Psychology* 2016, 30, 125–134.

- Condon J. T, Corkindale C, Boyce P, Gamble E.** A longitudinal study of father-to-infant attachment: Antecedents and correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2013, 31, 15–30.
- Condon J. T, Corkindale C.** The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Brit J Med Psychol* 1997, 70, 359-72.
- Condon J. T.** The parental-fetal relationship: A comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1985, 4(4), 271-284.
- Cranley M. S.** Roots of attachment: the relationship of parents with their unborn. *Birth Defects, Original Article Series* 1981, 17(6), 59-83.
- Cranley M. S.** Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research* 1981, 30, 281–284.
- Çınar N, Köse D, Altınkaynak S.** Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2013, 22(6), 239.
- Çoban A, Saruhan A.** Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 21(2), 89-96.
- Della Vedova A.M, Burro R.** Surveying prenatal attachment in fathers: the Italian adaptation of the Paternal Antenatal Attachment Scale (PAAS-IT). *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2017, 35(5), 493-508.
- Demirbaş H.** Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013, 6.
- Dikmen Alan H, Çankaya S.** Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2018, 9(2), 118-123.
- Dilmen U.** Gebelik ve Doğum, Medya Bilişim Teknolojileri Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara 2013, 15-25.
- Dipietro JA.** Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant Child Dev* 2010, 19(1), 27-38.
- Doan HMZ A.** Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2003, 18(2), 109-129.

Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi, 2010
<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407,dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf?0> s:9 Erişim tarihi: 24.02.2019.

Duyan V, Gül Kapısız S, Yakut Hİ. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin bir grup gebe üzerinde Türkçeye uyarlama çalışması. *The Journal of Gynecology Obstetrics and Neonatology* 2013, 10(16), 09-14.

Elkin N. Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2015, 6, 231-236.

Eswi A, Khalil A. Prenatal attachment and fetal health locus of control among low and high risk pregnant women. *World Applied Sciences Journal*, 2012, 18(4), 462-471.

Erdem Ş, Kabasakal Z. Psikolojik iyi olma ve yetişkin bağlanma boyutları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2015, 4(1), 82-90.

Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S, Aslantekin F. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Turkiye Klinikleri J Health Sci* 2016, 1(3), 163-169.

Fagerskiöld A. A change in life as experienced by first time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008, 22(1), 64-71.

Ferketich SL, Mercer RT. Predictors of Role Competence For Experienced and Inexperienced Fathers. *Nursing Research* 1995a, 44(2), 89 – 95.

Ferketich SL, Mercer RT. Parental-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research* 1995b, 44(1), 31-37.

Flouri E, Buchanan A. The role of father involvement in childrens later mental health. *Journal Of Adolescence* 2003, 26, 63–78.

Franklin C. The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Critical Care Nursing Quarterly* 2006, 29, 81–85.

Fuller JR. Early patterns of maternal attachment. *Health Care Women Int* 1990, 11(4), 433-446.

Gilbert E, Harmon J. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum, (In) Taskin L. (Edt), 2. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık, 2002, s35-49.

Gilbert E, Harmon J. Yüksek Riskli Gebelik Ve Doğum El Kitabı, (In) Taşkın L. (Edt), Ankara, Palme Yayıncılık, 2011, s582-597.

- Goodsell T, Meldrum J.** Nurturing Fathers: A qualitative examination of child-father attachment. *Early Child Development and Care* 2010, 180, 1, 249-262.
- Goulet C, Bell, L, St-Cyr Tribble D, Paul D, Long, A.** A concept analysis of parent- infant attachment. *J Adv Nurs* 1998, 28(5), 1071-1081.
- Güleç D, Kavlak O.** Baba- bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik güvenilirliğinin incelenmesi. *International Journal Of Human Sciences* 2013, 10(2), 170-181.
- Gümüşdaş M, Apay S, Özorhan E.** Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2014, 1(2), 32-42.
- Günay P.** Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanma Düzeyi İle İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul 2015, 11- 56.
- Habib C, Lancaster S.** The transition to fatherhood: Identity and bonding in early pregnancy. *Fathering* 2006, 4, 235–253.
- Hart R, Mc Mahon CA.** Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2006, 9, 329–337.
- Hazan C, Shaver P. R.** Attachment as an organizational framework for research on close Relationship. *Psychological Inquiry* 1994, 1(1), 22.
- Himani BK, Kumar P.** Effect of initiation of breastfeeding within one hour of the delivery on maternal- infant bonding. *Nursing and Midwifery Research Journal* 2011, 7(3), 99-109.
- Hisli N,** Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988, 6.
- Holmes J.** John Bowlby&Attachment Theory. *Routledge* 1997, 127, 137-140.
- Hounton S, De Bernis L, Hussein J, Graham WJ, Danel I, Byass P, Mason ME.** Towards elimination of maternal deaths: Maternal deaths surveillance and response. *Reproductive Health*, 2013, 10,1.
- Insana S. P, Garfield C, Montgomery H.** A Mixed-Method Examination of Maternal and Paternal Nocturnal Caregiving. *Journal of Pediatric Health Care* 2014, 28(4), 313-321.
- Kafkaslı A.** Annenin Gebeliğe Uyumu. İçinde: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Eds: Çiçek MN ve Mungan MT. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007.
- Karaçam Z, Ançel G.** Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009, 25(4), 344-356.

- Kavlak O, Şirin A.** Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009, 6(1), 188-202.
- Kavlak O, Şirin A.** Anne-babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007, 23(2), 183-194.
- Kennell JH, Slyter H, Klaus MH.** The mourning response of parents to the death of a newborn infant, *New England Journal of Medicine* 1970, 283, 344-349.
- Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF.** Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2001, 3(2), 321-342.
- Keskin G, Çam O.** Bağlanma süreci: Ruh sağlığı açısından literatürün gözden geçirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007, 23(2), 145-158.
- Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, Mc Alpine W, Steffa M, Kennel JH.** Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine* 1972, 286, 460 – 463.
- Kornelsen J, Grzybowski S.** Rural Women's Experiences of Maternity Care: Implications for Policy and Practice, *Library and Archives Canada Cataloguing in Publication*, 2005, s 4-12
- Köker İ.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri, 1. Baskı, Akademisyen Kitabevi, İstanbul 2009, 115.
- Körükçü Ö, Kukulü K.** Perinatal Kayıp ve Ebeveynlere Yansıması. *Dicle Tıp Dergisi* 2010, 37(4), 429-433.
- Kunkel GF, Doan HM.** Fetal attachment and depression: Measurement matters. *J Prenat Perinat Psychol Health* 2003, 18(2),149–166.
- Leifer M.** Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genet Psychol Monog* 1977, 95, 55-96.
- Lumley JM.** Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian Pediatric Journal* 1982, 18, 106–109.
- Lumley JM.** Through a glass darkly: Ultrasound and prenatal bonding, *Birth* 1980, 17, 214–217.

- Mehall KG, Eisenberg N, Spinrad T, Geartner T.** Examining the relations of infant temperament and couples marital satisfaction to mother and father involvement: A longitudinal study. *Fathering* 2009, 7(1), 23-48.
- Mercer R.** Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGGN* 2006, 35, 649-651.
- Mercer R.** Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 2004, 36, 226-232.
- Merhan P, Simbar M, Shams J, Tehrani FR, Nasiri N.** History of perinatal loss and maternal–fetal attachment behaviors. *Women and Birth* 2013, 26, 185–189.
- Mikhail MS, Freda MC, Merkatz RB, Polizzotta R, Mazloom E, Merkatz IR.** The Effect of fetal move ment couting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrick & Gnecology* 1991, 165, 988-991.
- Miller, T.** Annelik Duygusu, Mitler ve Deneyimler, çev. Gülay Tunçer, İletişim Yayınları İstanbul, 2010, 33.
- Muller ME.** Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996, 25(2), 161-166.
- Oppenheim D.** Emotion dialogues between mothers and children at 4, 5 and 7, 5 years: Relations with children’s attachment at 1 year. *Child Development* 2007,78, 38–52.
- Oskay ÜY.** Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi* 2004, 12 (1) 11-16.
- Ölçer Z, Oskay ÜY.** Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 12(2), 85-92.
- Öner NA, Le Compte.** Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayını, 1983.
- Özer A, Cihan Güngör H.** Yükleme tarzları, bağlanma stilleri ve kişilik özelliklerine göre evlilik uyumu. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012, 8(2), 11-24.
- Özgen D.** Sağlıklı ve Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya 2016, 11-26.
- Özkan H, Polat S.** Annelik davranışını öğrenme süreci ve hemşirelik desteği. *Bozok Tıp Dergisi* 2011, 3, 35-39.

Pehlivantürk, B. Otistik Bozukluğu Olan Çocuklarda Bağlanma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004, 15(1), 56-63.

Peppers L. G, Knapp R. J. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, 1980, 43(2), 155-159.

Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Tinelli C, Stronati M. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal&Neonatal Medicine* 2016, 29(5) , 771–776.

Priel B, Besser A. Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment, and perceptions of infant temperament: A study of first-time mothers. *Personal Relationships* 2000, 7, 291-310.

Riley A. W, Coiro M, Broitman M. Mental health of children of low-income depressed mothers: influences of parenting family environment and raters. *Psychiatric Services* 2009, 60, 329-336.

Ross E. Maternal fetal attachment and engagement with antenatal advice. *British Journal of Midwifery* 2012, 20(8), 566-575.

Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006, 17(4), 252-258.

Sağlık Bakanlığı (2014). <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11542,01-risk-degerlendirme-formudoc.doc?0> (26.05.2018).

Sameroff, A. J. Ecological perspectives on developmental risk. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH handbook of infant mental health: Vol. 4. Infant mental health groups at risk*. Newyork 1999, 223–248.

Scharfe E. Maternal attachment representations and initiation and duration of breast feeding. *Journal of Human Lactation* 2012, 28(2), 218-225.

Sert E, Erkal Y, Oran NT. Ebelikte Roy Adaptasyon Modeli’nin antenatal değerlendirilmede kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3, 1147-1160.

Sevil Ü, Özkan, S. Fathers functional status during pregnancy and the early postnatal period. *Midwifery* 2007, 25, 665–672.

Siddiqui A, Hagglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction. *Early Hum Dev* 2000, 59, 13-25.

Solmaz T. Psikolojinin alt alanları, romantik bağlanma: Bebeklik dönemi bağlanma süreci, yetişkin bağlanma stilleri ve romantik ilişkiler. *Türk Psikoloji Bülteni* 2002, 105(13), 24-25.

Solmuş T. Kadınlık ve Annelik Psikolojisi: Türkiye'de Anne-Çocuk Bağlanması. 1. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2012, 28-31.

Soysal Ş, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2005, 8, 88-99.

Soysal Ş, Ergenekon E, Aksoy E. Yenidoğan döneminde hastanede uzun süreli tedavi görenin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkileri: bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri* 1999, 2, 266-270.

Spielberger CD, Gorsuch RC, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California Consulting Psychologists Press. 1970.

Sümer N, Anafarta Şendağ M. Orta çocukluk döneminde ebeveynlere bağlanma, benlik algısı ve kaygı. *Türk Psikoloji Dergisi* 2009, 24(63), 86-101.

Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999, 14(43), 71-106.

Şahin H, Demiriz S. Beş altı yaşında çocuğu olan babaların, babalık rolünü algılamaları ile aile katılım çalışmalarını gerçekleştirmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2014, 18(1), 275.

Şahin FT, Özbey S. Okul öncesi eğitim programlarında uygulanan aile katılım çalışmalarında baba katılımının yeri ve önemi. *Aile ve Toplum Eğitim ve Kültür Araştırma Dergisi*, 2009, 5 (17), 30-37.

Şen S, Anneanne- Anne-Bebek Bağlanması'nın İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007, 38-39.

Şirin A. Kadın Sağlığı, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Yayıncılık, 2008, 454.

Tafazoli M, Monsakhabasadi M, Amir yazdi SA, Shakeri MT. Relation ship between prenatal attachment and duration of exclusive breast feeding in primiparous women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 2014, 12 (6), 67-75.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, Sistem Ofset, Ankara 2016, 103-265.

Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D. A newmother-to-infant bonding scale: links with early maternal mood. *Womens Mental Health* 2005, 8, 45-51.

Tilokskulchai F, Phattanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment behaviors in mother of pre-mature infants: A descriptive study in Thai mothers. *J Perinat Neonatal Nurs* 2002 (3), 69-83.

TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (13.01.2019).

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30707>. (13.02.2019).

Tsartsara E, Johnson M. P. The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2006, 27(3), 173-182.

Tutarel K. Ş, Çavuşoğlu Ş. Evlilik uyumu, bağlanma biçimleri, yüklemeler ve benlik sayısı arasındaki ilişkiler. *Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2006, 9, 61-69.

Türköz Y. Okul Öncesi Çocuklarda Bağlanma Örüntüsünün Problem Çözme ve Açık Bellek Süreçlerine Etkisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara 2007, 10.

Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 2006, 19(1), 24-39.

Uytun M. Ç, Öztop DB, Eşel E. Ergenlik ve Erişkinlikte Bağlanma Davranışının Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013, 26, 177-189.

Üstünsöz A, Güvenç G, Akyüz A, Oflaz F. Comparison of maternal and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery* 2010, 26(2), 1-9.

Verissimo M, Santos A, Vaugh B, Torre N, Monteiro L, Santos O. Quality of attachment to father and mother and number of reciprocal friends. *Early Child Development and Care* 2011, 181(1), 27-38.

WHO. Maternal Mortality Fact sheet [Internet]. Vol. 2015, World Health Organisation. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> (31.03.2019).

Wildschut H. I. J. Constitutional and environmental factors leading to a high risk pregnancy.

In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, eds. High Risk Pregnancy: Management Options.4. Philadelphi, *Saunders Elsevier* 2010, 11-28.

Wilson ME, White MA, Cobb B, Curry R, Green D, Popovich D. Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing* 2000, 31(1), 204–210.

Yılmaz SD, Kızılkaya Beji N. Prenatal bağlanma Envanteri' nin Türkçe' ye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 16, 103-109.

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

Yılmaz SD. Prenatal anne-bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10, 28-33.

EKLER

EK- 1

Tanıtıcı Bilgi Formu (Gebe)

Değerli Katılımcılar, bu araştırma ‘Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmaya katılmada gönüllülük esastır ve anketi doldurmanız yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak, hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Formlarda yer alan her bir soruyu cevaplamanız çalışmanın amaç ve sonucuna ulaşabilmek adına önemlidir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten araştırmacıya uygulama esnasında veya sonrasında e- posta, telefon (cep) ile sorabilirsiniz. İlginiz ve araştırmaya sağladığınız katkı için teşekkür ederim.

Ebe Gülsüm HAVUTÇU

0541.....

gulsum.....038@gmail.com

1. **Gebelik haftanız:**
2. **Gebelikte risk durumu (tanısı)**

(Kontrol Grubunda Sağlık Bakanlığı yüksek risk tanılama formundaki kriterlerinden birine uygunluk durumunda araştırmaya dahil edilmeyecektir.)

3. **Hastanede yatış süresi**.....

A) Sosyo-Demografik Özellikler

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. **Eğitim durumunuz nedir?**
 - 1) İlkokul mezunu
 - 2) Ortaokul mezunu
 - 3) Lise ve dengi mezunu
 - 4) Üniversite/ yüksekokul mezunu

3. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli
- 2) Bekar
- 3) Boşanmış

4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- 1) Evet (işiniz
- 2) Hayır

5. Sağlık güvenceniz var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

6. Sizce ailenizin gelir durumu nasıl?

1. İyi
2. Orta
3. Kötü

7. Genel olarak eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok İyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü

8. Kaç yıllık evlisiniz?.....

9. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile

B. Gebenin Obstetrik Öyküsü

12. Gebelik sayısı.....

13. Canlı doğum sayısı.....

14. Düşük sayısı.....

15. Küretaj sayısı.....

16. Ölü doğum sayısı.....

17.Yaşayan çocuk sayısı.....

18. Daha önce doğum yaptınız mı?

1. Hayır (20. soruya geçiniz)
2. Evet

19. Daha önceki doğum şekliniz nedir

1. Normal doğum
2. Müdahaleli doğum (vakum, forseps)
3. Sezaryen doğum

20. Bu gebeliğinizde toplam kaç kilo aldınız ?....

21. Bu gebeliği planladınız mı?

1. Evet, gebe kalmayı planlıyordum
2. Hayır, ileride gebe kalmak isterdim
3. Şimdi veya yakın zamanda gebe kalmayı istemezdim

22.Gebe kalma şekliniz nedir?

1. Doğal yolla
2. Tıbbi tedavi ile

23. Bebeğinizin cinsiyetinin ne olmasını isterdiniz?

1. Kız
2. Erkek

24. Gebeliğiniz esnasında eşinizden duygusal veya ev işleri ile ilgili destek aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

EK-2

Tanıtıcı Bilgi Formu (Baba)

Değerli Katılımcılar, bu araştırma ‘Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisi’ni belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak, hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Formlarda yer alan her bir soruyu cevaplamanız çalışmanın amaç ve sonucuna ulaşabilmek adına önemlidir. İlginiz ve araştırmaya sağladığınız katkı için teşekkür ederim.

Ebe Gülsüm Havutçu

Yüksek Lisans Öğrencisi

C. Babaya Ait Bilgiler

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz?

1. İlkokul mezunu
2. Ortaokul mezunu
3. Lise ve dengi mezunu
4. Üniversite/ yüksekokul mezunu

3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Çalışıyor (işiniz.....)
2. Çalışmıyor

4. Eşinizle isteyerek mi evlendiniz?

1. Evet
2. Hayır

5. Genel olarak eşinizle ilişkiniz nasıldır?

1. Çok İyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü

6. Bebeğiniz olacağını öğrendiğiniz zaman kendinizi baba olmaya hazır hissediyor muydunuz?

1. Evet
2. Hayır

7. Bebeğinizin cinsiyetinin ne olmasını isterdiniz?

1. Kız
2. Erkek

8. Eşinize gebeliği esnasında duygusal veya ev işleri ile ilgili destek oldunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

EK-3

ANNE-BEBEK BAĞLILIĞI SKALASI

Lütfen kendinizle ve beklediğiniz bebeğinizle ilgili aşağıda yer alan ifadeleri cevaplayınız. Cevaplar yanlış ya da doğru değildir. Sizin ilk ifadeniz genellikle duygularınızı en iyi yansıtır. Her cümle için yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz.

Aşağıdaki ifadeleri düşünürüm ya da yaparım	Kesinlikle evet	Evet	Kararsızım	Hayır	Kesinlikle hayır
1.Doğmamış bebeğimle konuşurum.					
2.Gebelik boyunca çekilen sıkıntıların doğacak bebeğimize değdiğine inanırım					
3.Bebeğim tekmelediğinde karnımı izlemekten hoşlanırım.					
4.Kendimi bebeğimi biberonla beslerken hayal ediyorum.					
5. Bebeğimin kime benzeyeceğini görmeyi sabırsızlıkla bekliyorum.					
6.Bebeğimin karnımda sıkışıp sıkışmadığını merak ediyorum.					
7.Bebeğime takma bir isimle hitap ediyorum.					
8.Kendimi bebeğimle ilgilenirken ona bakarken hayal ediyorum.					
9.Bebeğimin hareketliliğine bakarak kişiliğini neredeyse tahmin ediyorum.					
10.Kız bebek için bir isme karar verdim.					
11.Hamile olmadan önce yapamadığım şeyleri gebeliğim süresince sağlıklı kalmak için şimdi yapıyorum(süt içmek, dinlenmek vb)					
12.Bebeğimin karnımdayken bizi duyup duymadığını merak ediyorum.					
13.Erkek bebek için bir isme karar verdim.					
14.Bebeğimin karnımdayken bir şeyler düşünüp düşünmediğini ve hissedip hissetmediğini merak ediyorum.					
15.Bebeğimin sağlıklı gelişmesini sağlamak için sebze ve et yiyorum.					
16.Bebeğim bana yemek zamanı geldiğini anlatmak için sanki tekme atıyor ve hareket ediyor.					
17.Bebeğimi hareket ettirmek için karnımı hafifçe dürtüyorum.					
18. Bebeğimi kucağıma almak için sabırsızlanıyorum.					
19.Bebeğimin neye benzediğini gözümde canlandırmaya çalışıyorum.					
20.Bebeğim çok fazla tekme attığında onu sakinleştirmek için karnımı okşuyorum.					
21.Bebeğim hıçkırırsa bu anlar ve hıçkırıldığını söyleyebilirim.					
22.Gebelikte beraber vücudumun bozulduğunu düşünüyorum.					
23.Bebeğimin sağlıklı gelişmesi için zararlı alışkanlıklardan vazgeçerim.					
24.Bebeğimi hareket ettirmek için karnımın üzerinden okşarım					

EK-4

BABA- BEBEK BAĞLILIĞI SKALASI

Lütfen kendinizle ve beklediğiniz bebeğinizle ilgili aşağıda yer alan ifadeleri cevaplayınız. Cevaplar yanlış ya da doğru değildir. Sizin ilk ifadeniz genellikle duygularınızı en iyi yansıtır. Her cümle için yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz.

Aşağıdaki ifadeleri düşünürüm ya da yaparım	Kesinlikle evet	Evet	Karasızım	Hayır	Kesinlikle hayır
1.Doğmamış bebeğimle konuşurum					
2.Gebelik boyunca çekilen sıkıntıların doğacak bebeğimize değişğine inanırım					
3.Bebeğim tekmelediğinde eşimin karnını izlemekten hoşlanırım.					
4.Kendimi bebeğimi biberonla beslerken hayal ediyorum.					
5. Bebeğimin kime benzeyeceğini görmeyi sabırsızlıkla bekliyorum.					
6.Bebeğimin anne karnında sıkışıp sıkışmadığını merak ediyorum.					
7.Bebeğime takma bir isimle hitap ediyorum.					
8.Kendimi bebeğimle ilgilenirken ona bakarken hayal ediyorum.					
9.Bebeğimin hareketliliğine bakarak kişiliğini neredeyse tahmin ediyorum.					
10.Kız bebek için bir isme karar verdim.					
11.Daha önceden eşime yardım etmediğim için birçok şeyi şu an hamile olduğu için yapıyorum (ev işleri, alışveriş vb).					
12.Bebeğimin anne karnında bizi duyup duymadığını merak ediyorum.					
13.Erkek bebek için bir isme karar verdim.					
14.Bebeğimin anne karnındayken bir şeyler düşünüp düşünmediğini ve hissedip hissetmediğini merak ediyorum.					
15.Bebeğimin sağlıklı gelişmesini sağlamak için eşimi sebze ve et yemeye teşvik ederim.					
16.Bebeğim annesine yemek zamamı geldiğini anlatmak için sanki tekme atıyor ve hareket ediyor.					
17.Bebeğimin hareket etmesi için eşimin karnını hafifçe dürtüyorum.					
18. Bebeğimi kucağıma almak için sabırsızlanıyorum.					
19.Bebeğimin neye benzediğini gözümde canlandırmaya çalışıyorum.					
20.Bebeğim çok fazla tekme attığında onu sakinleştirmek için eşimin karnını okşuyorum.					
21.Bebeğim hıçkırırsa bu anlar ve hıçkırığını söyleyebilirim.					
22.Gebelikle beraber eşimin vücudunun bozulduğunu düşünüyorum.					
23.Bebeğimin sağlıklı gelişmesi için eşimin zararlı alışkanlıklarını değiştirmesi için cesaretlendiriyorum. (sigara içmemesi, yorulmaması)					
24.Bebeğimi hareket ettirmek için eşimin karnının üzerinden okşarım.					

EK-5

STAI FORM TX – I- DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-6

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4.(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5.(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6.(0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7.(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

8.(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13.(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15.(0) Uykum her zamanki gibi.

- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16.(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17.(0) İştahım her zamanki gibi.

- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18.(0) Son zamanlarda zayıflamadım.

- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19.(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.

- (1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Saęlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.

20.(0) Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21.(0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi dūřünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

TOPLAM SKOR:

EK-7

GEBELİKTE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

A-Tıbbi Öykü

1. Kardiyovasküler Hastalıklar
2. Jinekolojik Hastalıklar: Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon vb.
3. Diabetes Mellitus
4. Diğer Endokrin Hastalıklar: Hipotroidi, Hipertroidi, Guatr, Hiperlipidemi vb.
5. Epilepsi
6. Diğer Serebrovasküler ve Nörolojik Hastalıklar: Anevrizma, Fistül vb.
7. Psikiyatrik Hastalıklar: Depresyon vb.
8. Kronik Hipertansiyon
9. Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı vb.
10. Renal Hastalıklar: Pyelonefrit, Nefrotik Sendrom, Kronik Böbrek Yetmezliği vb.
11. Hematolojik Hastalıklar: Orak Hücreli Anemi, Talasemi, Koagülasyon Bozukluğu vb.
12. Enfeksiyon Hastalıkları: Tüberküloz, Sıtma, Hepatit B, Hepatit C vb.
13. Romatolojik Hastalıklar: Sistemik Lupus Eritematozus vb.
14. Venöz Tromboemboli
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal Hastalıklar: Konjenital Hastalıklar, Kas Hastalıklar, Metabolik Hastalıklar vb.
17. Ortopedik bozukluk: Doğuştan kalça çıkığı, Skolyoz vb.
18. Akraba Evliliği
19. İlaç Kullanımı ve Zararlı Madde Bağımlılığı: Sigara, Alkol vb.
20. Düşük Sosyoekonomik Durum

B-Obstetrik Öykü

1. Geçirilmiş Uterin Cerrahi: Myomektomi, Metroplasti, Septum Rezeksiyonu vb.

2. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon
3. Tekrarlayan Düşük: 3 ve üzeri
4. Düşük Doğum Ağırlığı 2500gr.↓ Öyküsü
5. Makrozomik Bebek 4000gr.↑ Öyküsü
6. Ölü Doğum, Yeni Doğan Ölümü
7. Eklampsi-Preeklampsi Öyküsü
8. Erken Doğum Öyküsü,
9. Postterm Doğum Öyküsü
10. Anomalili Bebek Öyküsü
11. Gestasyonel Diabetes Mellitus Öyküsü
12. Venöz Tromboemboli Öyküsü
13. Ektopik Gebelik Öyküsü
14. RH/rh Uygunsuzluğu
15. Antepartum ve Postpartum kanama Öyküsü
16. Zor ve Müdahaleli Doğum Öyküsü
17. Plasenta Previa , Plasenta Dekolmanı Öyküsü

C- Mevcut Gebeliğin Değerlendirilmesi

1. 18 Yaş Altı
2. 35 Yaş Üstü
3. RH/rh Uygunsuzluğu
4. Çoğul Gebelik
5. İki Yıldan Sık Gebelik
6. Sigara, Alkol Kullanımı
7. Grandmultiparite: 5 ve üzeri doğum
8. Gestasyonel Diyabet
9. Plasenta Previa

10. Venöz Tromboemboli
11. Varis
12. Polihidramnios-Oligohidramnios
13. Anomalili Fetüs
14. Servikal Yetmezlik
15. Vajinal Kanama
16. Preeklampsi-Eklampsi
17. Gebelikte Cerrahi Müdahale Geçirilmesi: Appendektomi vb.
18. Yatış Gerektiren Hiperemezis Gravidarum
19. Preterm Eylem
20. Gebelikte Travma Geçirilmesi
21. Şiddetli Enfeksiyon
22. Ciddi Anemi
23. Preterm Erken Membran Ruptür (EMR)
24. Vücut Kitle indeksi >30kg/m²
25. Vücut Kitle indeksi <18kg/m²
26. İnfertilite Sonrası Gebelik
27. Anormal PAP Smear
28. Sistit
29. İntrauterin Gelişme Geriliği
30. Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğünün uygunsuzluğu (\pm 4 cm fark)
31. 10-12. haftalardan itibaren el doppleri, 16-20.haftalardan itibaren fetal steteskop ile fetal kalp seslerinin duyulmaması.
20. haftadan sonra gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi
32. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir. Uzman hekimin

değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler, birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisini belirlemektir

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilme koşulları;

1. En az ilkokul mezunu
2. Türkçe konuşabilen ve anlayabilen
3. 22-37 gebelik haftası arasında olan gebeler ve eşleri

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Veriler ;

1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Anne)
2. Tanıtıcı Bilgi Formu (Baba)
3. Anne - Bebek Bağlılığı Skalası
4. Baba - Bebek Bağlılığı Skalası
5. Beck Depresyon Envanteri
6. Durumluk Kaygı Ölçeği ile toplanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak ilk karşılaşmada anket formları doldurmanız gebeler olarak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşula uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısını Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne başvuran gebeler oluşturacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 1 yıldır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 25-30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Ebeler, gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin anne-fetüs bağlanmasına etkisini değerlendirerek, hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde karşılaştığı güçlüklerle baş etmesi için eşleri ile birlikte hareket etmelerini ve patolojik durum saptadıklarında gebeleri gerekli yönlendirmeleri yapmaları açısından önemlidir. Yüksek riskli gebeliklerde bu konuda çalışmalar sınırlı olduğu için çalışma sonuçlarının konu ile ilgili bilimsel bilgi birikimine katkı sağlaması beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmada beklenen olası bir risk yoktur. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Anket görüşmesinden vazgeçmek istediğinizi belirttiğiniz takdirde araştırma dışı bırakılırsınız.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Uygulanacak herhangi bir tedavi bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Yapılan benzer araştırmalarda araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olmamıştır.

ARAşTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 0541***** nolu telefondan Ebe Gülsüm Havuçu' ya başvurabilirsiniz.

ÇALIşMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARşILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIşMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIşMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAşTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAşTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİşKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAğLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren dört sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Yrd. Doç. Nurdan GEZER
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 31.05.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr.
Zekiye KARAÇAM
Etik Kurul Başkanı

KARAR 6:

Protokol No : 2017/14

Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR

ADÜ Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Anabilim Dalı

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR'ın "Yüksek Riskli Gebeliklerin Doğum Öncesi Ebeveyn Bağlanması Etkisi " konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve yapılan düzeltmeler uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Raporu Formu/Anket9)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir

e-İmzadır

Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM

Kurul Başkanı

EK-10



gulsüm Kaya <gulsumkaya038@gmail.com>

Maternal paternal bağlanma ölçeği

1 mesaj

Gulden GUVENC <guvencgulden@yahoo.com>

6 Şubat 2017 19:53

Yanıtlama Adresi: Gulden GUVENC <guvencgulden@yahoo.com>


Alıcı: "gulsumkaya038@gmail.com" <gulsumkaya038@gmail.com>

Merhaba Gulsüm hanım, bilgisayarımda taranmış olarak mevcut. Ekte gönderiyorum.

Ölçekte kesinlikle evet ifadesi 5 , evet 4, kararsızım 3, hayır 2 ve kesinlikle hayır ifadesi 1 puandır. 22. soru tersten kodlanmaktadır. Ölçek ortalama puan ile değerlendirilmektedir. Puanın artması bağlanmanın daha fazla olduğunu göstermektedir.

ÇALIŞMANIZDA KOLAYLIKLAR DİLERİM

Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ

 maternal ve paternal fetal attachment (3).doc
878K

EK-11



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 31261031-020
Kona : Anket Çalışması/Gülsüm
HAVUTÇU

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İlgi :Gülsüm HAVUTÇU'nun 21/08/2017 tarihli ve 38711136 sayılı dilekçesi.
İlgi sayılı yazı ile Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Gülsüm HAVUTÇU'nun "Yüksek Riskli Gebeliklerin Doğum Öncesi Ebeveyn Bağlanmasına Etkisi" başlıklı araştırmanın anket çalışmasına, 20/09/2017-20/09/2018 tarihleri arasında, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi hususunu;
Ohurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Oğuz OKSÜZLER
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../.../2017
e-İmzalıdır.
Dr. Rıza Murat HİMOĞLU
Genel Sekreter

EKLER:
1- Dilekçe ve ilgili belgeler
2- Protokol

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : HAVUTÇU Gülsüm
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Kayseri 1986
İletişim : gulsum.....038@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM:

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	-	
Yüksek Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2019
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2010

BURSLAR VE ÖDÜLLER: -

İŞ DENEYİMİ:

Yıl	Yer / Kurum	Ünvan
2017- Halen	75. Yıl Milas Devlet Hastanesi	Ebe
2012-2017	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ebe
2012	Akçakale Devlet Hastanesi	Ebe
2011-2012	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ebe

AKADEMİK YAYINLAR:

- 1. MAKALELER** :-
- 2. PROJELER** :-
- 3. BİLDİRİLER** : Sessiz Çılgılık 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi- 2010