



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARIN PRENATAL DÖNEMDE BEBEKLERİNE
BAĞLANMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Aysun BADEM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

GAZİANTEP

2015



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARIN PRENATAL DÖNEMDE BEBEKLERİNE
BAĞLANMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Aysun BADEM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

GAZİANTEP
2015

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

KADINLARIN PRENATAL DÖNEMDE BEBEKLERİNE BAĞLANMA
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

AYSUN BADEM

Tez Savunma Tarihi: 06.01.2015
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Kıvanç GÜNGÖR
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Vekili

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir

Tez Jürisi

İmzası

Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

Doç. Dr. Sezer KISA

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

06/01/2015

Aysun BADEM

TEŞEKKÜR

Tezime katkılarından dolayı aşağıda adı yer alan kişi ve kurumlara içtenlikle teşekkür ederim.

Saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu, tez danışmanım olarak değerli bilgi, görüş ve önerileriyle çalışmaya yol gösterici katkılarda bulunmuştur.

Sayın Doç. Dr. Sezer Kısa, bilgileri, görüş ve önerileriyle bu çalışmaya değerli katkılar sağlamışlardır.

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi çalışanları veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyerek çalışmanın devamını sağlamışlardır.

Erciyes Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Ar.Gör. Hasan Badem verilerin istatistiksel değerlendirilme aşamasında desteklerini esirgemeyerek çalışmada katkıda bulunmuşlardır.

Tez çalışmalarım süresince değerli ailem ve arkadaşlarım sonsuz anlayış ve sabırla destek olmuşlardır.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
SİMGELER ve KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezi	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Bağlanma: Temel Tanımlar.....	7
2.1.1. Bağlanma.....	7
2.1.2. Maternal bağlanma	7
2.1.3. Maternal – Fetal bağlanma	8
2.2. Bağlanma Kuramı.....	8
2.2.1. Psikanalitik kuram ve bağlanma.....	9
2.2.2. Öğrenme kuramı ve bağlanma	10
2.2.3. Sosyal psikolojik kuramlar ve bağlanma.....	10
2.3. Bağlanma Kavramı.....	10
2.4. Bağlanma Biçimleri.....	12
2.4.1. Bebeklik ve çocukluk döneminde bağlanma.....	13
2.4.2. Ergenlik ve genç erişkinlikte bağlanma	14
2.4.3. Yabancı durum testi.....	14
2.5. Annelik Kavramı ve Anne-Bebek Bağlanması	19
2.6. Prenatal Dönemde Anne-Bebek Bağlanması	23
2.7. Bağlanmayı Etkileyen Faktörler.....	25

2.8. Bağlanmada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	28
3. MATERYAL ve YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın şekli.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Verilerin Toplanması.....	31
3.4.1. Veri toplama araçlarının hazırlanması	31
3.4.2. Anket formunun ön uygulaması	32
3.4.3. Veri toplama araçlarının uygulanması	33
3.4.4. Araştırmanın etik boyutu.....	33
3.4.5. Verilerin değerlendirilmesi.....	34
3.4.6. Araştırmanın sınırlılıkları	34
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIşMA.....	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	65
6.1. Sonuç.....	65
6.1.1. Gebe Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	65
6.1.2. Gebe Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerini Etkileyebilecek Değişkenlere İlişkin Sonuçlar	65
6.1.3. Gebe Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Prenatal Dönemde Bağlanmayı Etkileyeceği Düşünülen Faktörlerle İlişkisine Yönelik Sonuçlar	66
6.1.3.1. Prenatal bağlanma envanteri toplam puanlar	66
6.1.4. Regresyon analizine yönelik sonuçlar	68
6.2. Öneriler.....	68
KAYNAKLAR	70
EKLER	83
ÖZGEÇMİş	93

SİMGELER ve KISALTMALAR

PBE

Prenatal Bağlanma Envanteri

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Gebe Kadınlarınve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	37
Tablo 4.1.1. Gebe Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 4.2. Gebe Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerini Etkileyebilecek Değişkenlere İlişkin Bulgular	38
Tablo 4.2.1. Gebe Kadınların Evlenme ve Nikâh Şekillerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 4.2.2. Gebe Kadınların Doğurganlığa İlişkin Özelliklerin ve Yaşadıkları Rahatsızlıkların Dağılımları.....	39
Tablo 4.2.3. Gebe Kadınların Daha Önceki Kayıp Deneyimleri ve Prenatal Bağlanmalarını Etkileyebilecek Duygu Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı	40
Tablo 4.2.4. Gebe Kadınların Prenatal Bağlanmaya İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	41
Tablo. 4.3. Gebe Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Prenatal Dönemde Bağlanmayı Etkileyeceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi.....	42
Tablo 4.3.1. Gebelerin Prenatal Bağlanma Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 4.3.2. Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo 4.3.3. Gebe Kadınların Evlenme ve Nikâh Şekillerine İlişkin Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 4.3.4. Gebe Kadınların Doğurganlığa İlişkin Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 4.3.5. Gebe Kadınların Daha Önceki Kayıp Deneyimleri ve Prenatal Bağlanmalarını Etkileyebilecek Duygu Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50

Tablo 4.3.6. Gebe Kadınların Yaşadıkları Rahatsızlıklar ve Prenatal Bağlanmaya İlişkin Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 4.4. Prenatal Bağlanma Envanteri Toplam Puanının Lineer Regresyon Analizi.....	55

ÖZET

KADINLARIN PRENATAL DÖNEMDE BEBEKLERİNE BAĞLANMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Aysun BADEM

Yüksek Lisan Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

2015, 93 Sayfa

Araştırma, gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeyleri ile etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan Kahramanmaraş ili Necip Fazıl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi gebe izlem polikliniğine başvuran 89.138 kadından, örnekleme alınacak kadın sayısı 382 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, anket formu ile “Prenatal Bağlanma Ölçeği (PBE)” (Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı 0.84) kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri; ikinci bölümde kadınların bebeklerine bağlanmalarını etkileyeceği düşünülen doğurganlık özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır. Anket formu ve PBE 20 Ocak – 16 Mayıs 2014 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 18 (Statistical Package For Social Sciences) bilgisayar programında; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile yüzdelik sayılar, t-testi, Oneway Anova testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Gebe kadınların bebeklerine bağlanmalarını belirleyen PBE puan ortalamaları ile gebelerin yaşı, öğrenim düzeyi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması, daha önce yaşanmış gebelik kayıp nedeni, gebelik öğrenildiğinde yaşanan duygu, gebelikte olumlu sağlık davranışları değişikliği, sigara-alkol kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yapılan regresyon analizi sonucuna göre; gebeliğin planlı olması ve gebelikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Sonuç olarak, gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu (PBE puan ortalaması 59.31) saptanmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda gebe kadınların bebeklerine bağlanmalarının artırılmasına yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Bağlanma, Gebelik, Kadınlar, Prenatal Bağlanma, Prenatal Dönem.

ABSTRACT

DETERMINATION OF ATTACHMENT LEVELS OF WOMEN TO INFANTS IN PRENATAL PERIOD

Aysun BADEM

Master Thesis, Nursing Department

Obstetrics and Gynecology Nursing Program

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Simge ZEYNELOĞLU

2015, 93 Pages

The population of the study consists of 89.138 women that applied to Follow-Pregnant Clinic of Necip Fazil Maternity and Child Health Hospital in Kahramanmaraş, and the sample is composed of 382 women. As a data collection tool, the questionnaire "Prenatal Attachment Inventory" (Cronbach alpha reliability coefficient of 0.84) is used. The questionnaire consists of two parts. In the first part; socio-demographic characteristics of pregnant women and their spouses; the second part includes questions for fertility characteristics depend on what affects the attachment to babies of the women. Questionnaire and Prenatal Attachment Inventory were implemented between 20 January and 16 May 2014. The data obtained from this study is assessed by using SPSS 18 for Windows (Statistical Package for Social Sciences), and mean, standard deviation, minimum and maximum values with percentage numbers, t-test are also assessed using SPSS. It is determined that there is statistically significant difference between means of Prenatal Attachment Inventory scores determining the attachment levels of pregnant women to infants and education level, number of pregnancies, number of living children, planned pregnancy, previously experienced pregnancy loss, healthy the emotions experienced when pregnancy learned, positive health behavior changes during pregnancy, tobacco and alcohol consumption habits ($p < 0.05$). According to the results of the regression analysis; a significant relationship was found that is between the level of prenatal attachment with positive changes in health behaviors during pregnancy and the pregnancy is planned ($p < 0.05$). As a result, attachment levels of pregnant women to their infants in prenatal period are respectively high (calculated Prenatal Attachment Inventory mean score is 59.31). Suggestions for increasing the attachment levels of pregnant women to their infants in prenatal period connecting the study results have also been developed.

Keywords: Attachment, Prenatal Attachment, Prenatal Period, Pregnancy, Women.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı

Gebelik, nesillerin devamlılığını sağlayan kadınlara özgü olan bir süreçtir. Gebelik süreci, sağlıklı koşulların sağlanması ile hem kadın hem de aile için önemli zamanları kapsamaktadır. Gebelik süreci her ne kadar doğal bir süreç olarak görülse de kadınların en çok sorun yaşadıkları dönemlerden biridir. Bu dönemde yaşanan sorunlardan biri de prenatal dönemde anne-bebek arasındaki bağlanmadır. Bağlanma, prenatal dönemde anne-bebek arasında başlayan olumlu koşulların sağlanması ile yaşam boyu devam eden, sürekliliği olan bir kavramdır (1). Bireylerin fiziksel, sosyal, ruhsal yönden sağlıklı olabilmeleri için sevgi ve ilgi görerek büyümeleri gerekmektedir. Bu sevgi ve ilginin temelleri ise prenatal dönemde anne-bebek bağlanması ile atılmaktadır.

Literatürde bağlanma, 1958 yılında ilk kez John Bowlby tarafından, iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlanmıştır. Bowlby'e göre bağlanma, sosyal ilişkilerin kurulmasında temel belirleyici olan etkili bir davranış sistemidir. Bebeklikte temel bakım verenle olan ilişkiden oluşan model, değişmemekte ve bireyin tüm yaşantısında etkili olmaktadır. Bu nedenle bağlanma kuramı; bebeklerle temel bakım veren arasında güçlü duygusal bağın nasıl geliştiğini, onlardan neden kolayca kopamadıklarını ve ayrıldıklarında yaşanan stresin nedenini açıklamaktadır (1-4). Anne-bebek arasındaki bağlanmanın başladığı dönem olarak kabul edilen prenatal bağlanma; gebelikten önce potansiyel olarak bulunduğu kabul edilen, anne ile bebek arasındaki ilişkiyi kuran ve yakınlaştıran soyut bir kavramdır (5-7).

Anne-bebek bağlanmasının; anne ile bebeği arasında gelişen ve zaman içinde gelişen eşsiz bir sevgi ilişkisi olup prenatal dönemde başladığı öne sürülmektedir (1,8). Anne-bebek bağlanmasının, prenatal dönemde başladığı ilk kez Kennell tarafından, bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yoğun bir üzüntü yaşaması sonucu ileri sürülmüştür (9). Literatürde anne-bebek bağlanmasının prenatal dönemde başladığını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (5,10-20). Bunun yanında bağlanmanın bebeklik ya da erken çocukluk döneminde gerçekleştiğini öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (21-23). Yapılan çalışmalar arttıkça bu bağlılığın temellerinin bebeklikten çok daha önce atılmaya başlandığı, kendi annesi ile duygusal olarak sıcak bir ilişki ve yakınlığa sahip olan

gebelerin bebekleri ile daha sevgi dolu bir iletişime girdikleri, anne kimliğinin gelişmesinde ebeveynlik rolünün büyük bir öneme sahip olduğu ve bunun gebelikte anne-bebek bağlanması ile kurulduğu ortaya çıkmıştır (8,9,13,24).

Anne-bebek arasında gelişen bağlanmada annelik kavramının gelişmesi büyük önem taşımaktadır. Annelik çok tipik davranış kalıpları olan ve beyindeki özel nöral sistemler tarafından yönetilen ve yürütülen tamamen doğal bir süreçtir(25). Başka bir deyişle annelik; kadına ait eylemlerin bir unsuru olan, sürekli gelişen ve değişen, bağımlı çocuk için temel bakım veren özel bir roldür(26). Bir annenin bebeğine sevgiyle bağlanması yani maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini destekleyen en önemli öğelerden biridir. Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma tecrübesi daha sonra yaşayacağı bağlanma tecrübeleri için temel oluşturur. Kısaca bağlanma örüntüsü, güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra yaşam boyunca süreklilik göstermektedir (27).

Prenatal dönemde anne-bebek bağlanmasını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Prenatal dönemde anne-bebek bağlanmasını etkilediği düşünülen faktörler arasında; gebelik semptomlarının varlığı ve görülme sıklığı, bebek hareketlerinin hissedilmesi, primipar-multipar gebelik, sigara-alkol kullanımı, uyku alışkanlıkları, sağlık davranışlarında değişiklik, güvenlik önlemleri alma, gebeliğin planlanması, eşlerin ilgi ve destekleri, gebelik-doğum-bebek bakımı hakkında bilgi alma isteği, perinatal kayıp deneyimleri yer almaktadır (10,11,28-36). Annenin bebeğine bağlanmasını artıran faktörlerin; gebeliğin planlanması, gebeliğin onaylanması, gebeliğin kabul edilmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi, doğum yapmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak ve bebeğe bakım vermek olduğu belirtilmektedir. Anne-bebek arasındaki bağlanmayı olumsuz yönde etkilediği düşünülen faktörler arasında; gebelik semptomlarının (bulantı, kusma, iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk, mide yanması vb.) varlığı, eşlerin ilgi ve desteklerinin az olması, perinatal kayıp deneyimleri, ruhsal durum bozuklukları gibi psikolojik faktörler yer almaktadır (11,19,32-34).

Literatürde prenatal bağlanmada yaşanan sıkıntıların ilerleyen dönemlerde sorunlar oluşturabileceği belirtilmektedir (23,28,37). Muller 1996 yılında anne-bebek bağlanmasını incelediği çalışmada, prenatal ve doğum sonu dönem arasındaki

bağlanmanın birbiri ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (6). Literatürde prenatal dönemin doğum sonu dönem için belirleyici olduğunu belirten birçok çalışmaya rastlanmaktadır (13,15,24,28). Armstrong gebelik anksiyetesi ile prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki farkı belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada gebelik anksiyetesinin prenatal bağlanmayı azalttığını bulmuştur (14). Fonagy ve ark'nın anne-bebek bağlanma modellerini inceledikleri çalışmada; anne-bebek arasında oluşan bağlanma modelinin değişmediği belirtilmektedir (12). Literatürde gebelik ilerledikçe bağlanmanın arttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (13,24,38). Doğum öncesi dönemin bağlanmayla ilişkisi olduğunu belirten birçok araştırma bulunmaktadır (7,15,17,24). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Soysal ve ark. 2005 yılında bebeklik döneminde bağlanmayı incelemiştir (39). Sabuncuoğlu ve Berkem bağlanma biçimleri ile doğum sonu depresyonu inceledikleri çalışmada; doğum sonrası depresyon belirtileri ile güvensiz bağlanma biçimi arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır (27). Kavlak ve Şirin anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolünü inceledikleri çalışmada; çocuğun ilk bağlanma deneyiminin daha sonra yaşayacağı bağlanma deneyimleri için temel oluşturacağını, güvenli bağlanma yaşanmaması durumunda bebekte emosyonel, sosyal, fiziksel, zihinsel gibi problemler yaşanabileceğini belirtmişlerdir (40). Yılmaz, perinatal kayıp deneyimlerinin sonraki gebelik üzerine etkisini ve prenatal bağlanmayı incelediği çalışmada, gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir (19). Yılmaz ve Beji gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ile bunları etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada; ileri yaşın, düşük öğrenim düzeyinin, çalışmayan, gebeliği planlı olmayan ve multipar gebelerin bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (36). Kesebir ve ark'nınyaptıkları çalışmada bağlanma ve psikopatolojiler arasında bağlantı olduğunu belirtmişlerdir (41).

Prenatal dönemde güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi anne ve bebek açısından çok önemlidir (20,42,43). Bebeklerine bağlanma düzeyi yüksek olan anneler; bebeğin fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması için çaba göstermekte, güvenlik, beslenme, psikolojik yönlerden kendini bebeğe karşı sorumlu hissetmektedir (15). Bağlanma düzeyi yüksek olan annelerin bebekleri, prenatal dönemde farkında olmadan korunmakta ve fayda görmektedir. Ainsworth ve Martin bebeğin ilk aylarından itibaren bağlanmanın başladığını, bu bağlanmanın yetişkinlikte ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu savunmaktadırlar (23). Bowlby'e göre bebeklik döneminde kurulan bağlanma davranışı

ilerleyen dönemlerde kişinin ilişkilerini sürdürmesinde önem taşımaktadır ve başkalarıyla kurulan yakın ilişkileri de etkilemektedir (1). Prenatal dönemde zayıf bağlanma yaşayan annelerde; ruhsal hastalıklar, bebeği kabullenmede sorunlar, bebeğe yeterli bakım verememe, yasal olmayan ilaç-sigara-alkol kullanma, beslenme bozuklukları, düzensiz uyku, güvenlik önlemleri almama, gebelik-doğum-bebek hakkında bilgi edinmek istememe gibi sağlık davranışlarında sorunlar görülmektedir (1,11,15,19,34-36,42,44,45).

Bu nedenle prenatal dönemde anne-bebek bağlanma düzeylerinin belirlenmesi hem prenatal dönemdeki alınması gereken önlemler açısından risk tespitinin yapılması, hem de doğum sonu dönemdeki bağlanmanın belirleyicisi olması açısından büyük önem taşımaktadır. Kadınların prenatal dönemde annelik rolü kazanmasında, doğum sırasında ve doğum sonu dönemde bebek ile anne arasındaki bağın hemen kurulmasında hemşireler etkin rol oynamaktadırlar. Prenatal dönemde zayıf bağlanma riski taşıyan anneleri saptamak konusunda kadın doğum hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Bebeklerine bağlanmada kayıtsız tavır sergileyen veya bu konu hakkında bilgisi olmayan gebelere eğitim ve motivasyon sağlanmalı, gebeyi anneliğe hazırlamak için uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Prenatal bağlanma düzeyleri düşük bulunan gebelere bakım ve tedavi konusunda öncelik verilmeli, doğum öncesi bakımları yakından takip edilmelidir. Prenatal dönemde annenin sosyal destekleri, risk faktörleri, yaşam biçimi gibi bebeği etkileyebilecek faktörler değerlendirilerek gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H₀: Gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeyleri düşüktür.

H₁: Gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeyleri yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağlanma: Temel Tanımlar

2.1.1. Bağlanma

Bağlanma, yaşamın ilk günlerinde başlayan, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen bir durumdur (46). Bağlanma terimi, bebeklerle anne-babaları ya da bakım verenleri arasında kurulan, duygusal olarak olumlu ve yardım edici bir ilişkinin varlığını ifade etmektedir (47). Bağlanma, insanların hayatlarında kendileri için önemli buldukları kişilere karşı geliştirdikleri kuvvetli duygusal bağlar olarak tanımlanmaktadır (1,2). Başka bir ifadeyle bağlanma çocukları korumak, onları bağımsız olmaları ve ebeveynlik yönünde hazırlamak için aileleri birbirine bağlayan sürekli duygusal yakınlığı ifade etmektedir. Bağlanma, çocuk ile bakım veren kişi arasında gelişen ilişkide, çocuğun bakım veren kişiyle yakınlık arayışı ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağdır (48). Kısaca bağlanma iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlanmaktadır (2).

2.1.2. Maternal bağlanma

Maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini sağlayan önemli öğelerden biri olup, zaman içinde gelişen özel ve eşsiz bir ilişkidir (18,40,49,50). Anne bebek arasında gelişen bu ilişki, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini etkileyerek, yaşam boyunca etkinliğini sürdürür (40,49). Muller maternal bağlanmayı; “anne ve bebeği arasında gelişen ve zaman içinde süreklilik gösteren eşsiz bir sevgi ilişkisidir, sevgiyle bağlanma maternal rol adaptasyonunun önemli bir elementidir” diye tanımlamıştır (8). Maternal bağlanma, anneliğe olumlu uyum ve annelik rolü kazanma açısından önemli bir bileşendir (51). Bowlby 1951 yılında, maternal bağlanmayı, anne ve çocuk arasında, sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması ve bu durumdan her iki tarafında memnun olması ve haz alması olarak tanımlamıştır (1,52). Mercer ve Ferketich’e göre, maternal bağlanma, anne-çocuk arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşim sonucunda annenin çocuğuna geliştirdiği sevgi bağının oluşum sürecidir (53).

2.1.3. Maternal – Fetal bağlanma

Cranley maternal-fetal bağlanmanın tanımını, “doğmamış çocuğu ile davranışları yoluyla bağlanarak yakın bir ilişki kuran ve etkileşim gösteren kadını kapsar” şeklinde yapmıştır (5). Muller, maternal-fetal bağlanmayı anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen tek ilişki olarak tanımlamıştır (8,54). Condon prenatal maternal-fetal bağlanmayı “gebe kadın ve doğmamış çocuğu arasında normal olarak gelişen bir bağ veya bağlılık” olarak tanımlamıştır (55). Robinson “prenatal bağlanma ebeveyn ile fetüs arasındaki ilişkiyi yakınlaştıran, diğer insanoğlunu kavramsallaştırabilmek için emosyonel ve bilişsel yetenek ile ilişkili, gebelikten önce potansiyel olarak bulunan, ekolojik sistem içerisinde gelişen soyut bir kavramdır” şeklinde yapmıştır (7).

2.2. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramının kurucusu olarak kabul edilen John Bowlby, ilk kez 1950’ de Dünya Sağlık Örgütünün evsiz çocukların Ruh sağlığı üzerine tavsiyelerde bulunmasını istemesi üzerine çalışmalarına başlamıştır. Bu çalışma sonucu; bebeğin ve küçük yaşta çocuğun hem tatmin olduğu hem de haz aldığı annesiyle sıcak, yakın ve devamlı bir ilişki deneyiminin olmasının, ruh sağlığı için gerekli olduğunu bildirmiştir. Bir şekilde psikiyatrik bozukluk üreten anne yoksunluğu nasıl meydana geldiği, hangi süreçlerin faaliyette olduğu, neden bu şekilde meydana geldiği, sonucu etkileyen diğer değişkenlerin neler olduğu ve nasıl etkilediği, erken dönem çocuklukta anneden ayrılmanın kişilik gelişimi üzerine etkisinin neler olduğu sorularına arkadaşlarıyla birlikte cevap aramışlardır (1). Bağlanma kuramı, insanların kendileri için önemli olan diğer kişilerle güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin nedenlerini açıklayan bir yaklaşımdır.

Bağlanma kuramının temelleri John Bowlby (1,2) tarafından atılmış ve bağlanma kuramına katkılar yapan Mary Salter Ainsworth tarafından geliştirilmiştir (37,56). Bowlby (1969, 1973, 1980) bağlanmayı kavramsallaştırırken bağlanma sisteminin amacını kaygı ve korku içeren koşullarda ve hayatı tehdit edici durumlarda güvenliği sağlamak için temel bakım verenle yakınlığı sürdürmek olarak belirlemiştir (1,3). Bu bağlamda Ainsworth ve ark. (1978) çalışmalarında bağlanma sisteminin amacının güvenlik hissi algısını sürdürmek olduğunu dikkate almışlardır. Bağlanma kuramında yakın ilişkilerin nasıl oluştuğu ve devam ettiği meselelerinde fizyolojik, duygusal, bilişsel ve davranışsal süreçlerin önemli olduğuna değinilmektedir (57).

Bağlanma kuramı; anne ve bebek ilişkisinin, çocuğun erken psikolojik gelişimini ve sonraki yetişkinliğe doğru ilerlemesini nasıl etkilediğini açıklamaktadır (58). Bowlby' e göre, bireyin kurduğu ilk ilişki, yeni doğana bakım veren anne ya da annenin yerini alabilecek temel bakım veren bakıcıyla gerçekleşmektedir. Bu ilişkinin, bebeğin kendini güvende hissetmesi, ihtiyaçlarının giderilmesi, duygusal yakınlık görme beklentilerinin karşılanması gibi olumlu bir süreçte ilerlemesi durumunda, bebek bakıcısıyla kurduğu ilişki sonucunda kendini sevmeye layık görerek önemli olduğunu hissedecek ve aynı zamanda kişileri ve dünyayı da güvenilir bir yer olarak algılayacaktır (1).

Bowlby' e göre bağlanma davranışı ile keşfetme-araştırma davranışı arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bağlanma kuramının üç temel ilkesi şöyledir:

- 1) İnsan yavrusu bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış bilgisi ile doğar,
- 2) Yakınlığın sürdürülmesi, diğerinin de yaklaşma gereksinimini karşılar,
- 3) Yaşanan deneyimler sonucu çocuk kendine ve dış dünyaya bir anlam verir. Bunu yeni ilişkilere genelleyerek bütünleştirir ve bir zihin modeli şeklinde içselleştirir (1).

Bağlanma kuramı, bebeğin ihtiyaçları için sinyal göndermesi ile bakım veren erişkinin buna uygun cevabı sonucu güvenli bebek-ebeveyn bağlanması oluşması esasına dayanır. Bağlanma davranışı, başka bir bireye karşı yakınlık arama ve sürdürme olarak tanımlanmıştır. Bağlanma kuramının temel varsayımını Hazan ve Shaver doğumlarında aşırı olgunlaşmama nedenleri ile insan bebeklerinin yalnızca bir yetişkin onlara bakmaya ve korumaya istekli olursa yaşayabilecekleri gerçeği olarak belirtmiştir (59). Bu teori bakım veren ile çocuk arasındaki bilişsel, duygusal ve davranışsal ilişkiyi açıklamaktadır. İlk bağ büyük olasılıkla anneye karşı oluşur ama daha sonra buna başka özel insanlar da eklenir (60). Pek çok bebekte temel bağlanma anneye olduğu kadar babayla da olmaktadır (41). Bağlanma teorisi son yıllarda babayı hatta diğer birçok figürü de içine alacak şekilde geliştirilmektedir (49,61).

2.2.1. Psikanalitik kuram ve bağlanma

Psikanalitik kuram, anne-çocuk arasında kurulan bağımlılık ilişkisine ve anneliğin duygusal deneyimine önem vermiştir. Kuram, anne ile çocuk arasındaki ilişkide daha çok çocuğun gereksinimlerinin karşılanması, annenin çocuğuna nasıl hassas davranacağı ve annenin kendini çocuğuna karşı sorumlu hissetmesi üzerinde durmuştur. Anneliği içgüdüsel

olarak ele alan bu kuramda anne sevgisinin doğal bir nitelik olduğu öne sürülmektedir (37). Geleneksel psikanalitik yaklaşım, kadının anne olduktan sonraki sosyal, ekonomik bağlamda incelenmesini dikkate almayıp anneliğin temel içgüdülerle geliştiğini, annelikle birlikte kadının benlik gelişiminde yeni bir dönem başladığını belirtmektedir (62).

2.2.2. Öğrenme kuramı ve bağlanma

Öğrenme kuramı çerçevesinde bağlanma; koşullanma ilkeleri ile açıklanmaktadır. Bağlanma kavramı, tıpkı Pavlov'un klasik koşullama deneyindeki köpeğin, zil sesi karşısında salya salgılaması örneği ile aynı süreç çerçevesinde açıklanmıştır. Öğrenme psikologları, çocuğun anne ve babasına bağlanmasını öğrenme sonucu ortaya çıkan bir davranış olarak açıklamaktadırlar. Bebek, birincil gereksinimlerinin (açlık, susuzluk vb) karşılanması sırasında yaşadığı rahatlama duygusu ile bakıcısı arasında bir bağlantı kurmakta ve bu nedenle de bakıcısına ilişkin olumlu duygular geliştirmektedir. Doğumun ardından, insanlarla birlikte olduğu durumlarda bir takım ödüller alan bebek, bir arada olma ile ödül alma arasında kurduğu olumlu bağ sayesinde yakın çevresindeki kişilere bağlanmaktadır (63). Bu görüşe göre, bakıcı ile bebek arasında gelişen bağlanma ve buna eşlik eden olumlu duygular koşullanma sonucunda öğrenilmektedir, doğuştan var olan bir gereksinim değildir. Araştırmacılar öğrenme sonucunda kurulan bu bağın kalitesinin oldukça önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Özellikle, bağlanma ilişkisindeki yoksunluklar ve yetersizlikler, çocuğun ilerideki kişilik yapısında ve kişilerarası ilişkilerinde, çeşitli sorunların ortaya çıkabileceğinin işaretleri olarak kabul edilmektedir (64).

2.2.3. Sosyal psikolojik kuramlar ve bağlanma

Sosyal psikolojik kuramlar anneliğin ne gibi işlevleri olduğu ve bu işlevlerin kadınların sosyal yaşantısı üzerine etkilerinden bahsetmişlerdir. Bu kurama göre kadının anne olma arzusu doğası gereği değil, yetişme tarzındaki anneliği öğrenmesiyle ilişkilidir ve gelişimin bir basamağıdır (65).

2.3. Bağlanma Kavramı

Bağlanma kelimesinin temelleri on üçüncü yüzyıllara dayanır, “to attach”, “bağ” kelimesinin etimolojik (dilbilim) anlamı, bir göreve bağlılık ya da bir görevi yerine

getirmedi. Fransız bir yazar ve on sekizinci yüzyıl filozofu olan Rousseau anne-bebek ilişkisi kavramını ilk kullanan kişidir (18). Bağlanma kavramı çok geniş bir anlam taşımaktadır. Türkçe yayınlar gözden geçirildiğinde hem “bebeğin anneye bağlanması, hem de annenin çocuğuna yönelik duygusal bağı”, “bağlanma” sözcüğüyle karşılanmaktadır (65). İlk olarak Bowlby'nin 1958'de bağlanma terimini kullanmasının ardından pek çok araştırmacı, bebeğin annesine duyduğu ve daha çok doğuştan getirilen; sosyal ilişkilerin başlangıç noktasını oluşturan bu ilişki biçimini araştırmıştır (39).

Rees'e göre bebeklerin fiziksel ve duygusal açıdan donanımsız olmaları onları bağımlı kılmaktadır. Bu yüzden ebeveynleriyle geliştirdikleri bağlanmanın kalitesi onların fiziksel ve psikolojik iyilik hallerinin, büyüme ve gelişimlerinin temelini oluşturmaktadır (66). Bağlanma ilişkisinde güvenlik arayışı ve rahatlık duygusu da önemlidir. Bağlanma ilişkisi sonucu eğer güvenli hissediliyorsa, ilişki güvenli ilişki; güvenli hissedilmiyorsa, ilişki güvensiz ilişki olarak tanımlanır (67). Bowlby, bağlanma davranışının gelişimini 4 evrede inceler:

- 1) Bebeğin çevresindekilere vereceği yanıtı ayırt edememesi,
- 2) Özel birine ve yeni kişilere odaklanma,
- 3) Güven temelli davranışın ortaya çıkması,
- 4) Güven temelli davranışla çocuk-anne/baba ilişkisinin sağlıklı bir hale gelmesi (4).

Waters ve ark'na göre Bowlby'nin 4 aşamalı modeli aşağıdaki gelişimsel dönem sonucu meydana gelmektedir (68):

- 1) Erken etkileşim
- 2) Ben ve öteki ayrımının ortaya çıkması
- 3) Bebeklikte güven temelli davranışın ortaya çıkması
- 4) Ayrılığa başkaldırının azalması
- 5) Erken çocuklukta güven temelli ilişkinin sağlamlaştırılması
- 6) Çocuk bağımsız olmaya başladıkça anne babayla iletişimini sürdürerek, onun gözetimi altında yeni bir dönemin oluşması
- 7) Anne-babayla gelişen güven temelli ilişkinin örnek alınarak bir sevgili ya da bir akranla kurulan ilişkidir. Bu gelişimsel dönem sonucu bağlanma davranışı gerçekleşmektedir (68).

Bowlby ve Ainsworth bağlanmayı bireyler arasında özel bir tip duygusal bağ olarak tanımlayarak duygusal ilişkinin beş özelliği olduğunu vurgulamışlardır:

- 1) Duygusal bağ kurulan kişinin yeri başkasıyla doldurulamaz,
- 2) Duygusal bağ kurulduğu durumlarda gönülsüz ayrılmalar sıkıntı getirir,
- 3) Duygusal bağ süreklilik eğilimindedir,
- 4) Duygusal bağ duygusal açıdan önemlidir,
- 5) Duygusal bağ yakınlığı sürdürme isteği gerektirir (52).

Bağlanma, çift yönlü bir süreçtir. Pek çok araştırmacı anne-çocuk ilişkisinin sürekliliğinin sonraki yaşantıların temelini oluşturduğunu ileri sürmektedir (64,69,70). Bebeklikteki bağlanma kavramı; belirli bir kişiye olumlu tepkilerin verilmesi, zamanın büyük bir kısmının o kişiyle birlikte geçirilmek istenmesi, herhangi bir korku yaratan durum veya obje karşısında hemen o kişinin aranması gibi duygu ve davranış örüntülerinin tümünü kapsamaktadır (39,71,72). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda bağlanma örüntüsünün ilk oluşum süreci önem kazanmaktadır. Başlangıç yaşı, bağlanma şiddeti ve birincil bağlanma objesi bağlanmanın üç temel parametresini oluşturmaktadır (73).

2.4. Bağlanma Biçimleri

Tanım olarak bağlanma biçimi, yaşamın erken döneminde belirlendiği ve süreklilik gösterdiği düşünülen, bireyin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsüdür (27,41). Bağlanma kuramcılarına göre bağlanma biçimi erken çocukluk döneminde güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra yaşam boyunca süreklilik göstermektedir (74). Bowlby bağlanma biçiminin daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olduğunu belirtmiş, güvenli bağlanmayı da sağlıklı süreçlerle ilişkilendirmiştir (2). Bağlanma şekillerini ilk kez Ainsworth tanımlamıştır (23). Yaşamın ilk aylarından itibaren bebek ile temel bakıcı arasında gelişen bağlanma örüntüsünün, hem çocuklukta hem de yetişkinlikte bireyin ruh sağlığı ile ilişkisini ortaya koyan çok sayıda araştırma bulgusu vardır (23,28). Bowlby’i izleyen ve teoriye öncülük eden arkadaşları teoriyi bebeklik döneminin ötesine götürüp küçük çocukların (75), adolesan (76) ve erişkinlerin (77) iç dünyalarına yönelerek bağlanmayı test etmeye başlamışlardır.

2.4.1. Bebeklik ve çocukluk döneminde bağlanma

Bağlanma iki taraflı bir ilişkidir ve her iki tarafın da birbirinin ihtiyaçlarını karşılaması ile gelişir. Yeni doğan bir bebek yaşayabilmek için anneye ya da başka bir bakıcıya muhtaçtır. Ancak anneler, babalar ya da çocuğa bakmakla yükümlü diğer yetişkinler çocuğun bakımını sadece bir görev olarak algılamazlar, bundan mutluluk ve tatmin de sağlarlar. Çocukla yaşadıkları etkileşimin sonucunda onunla aralarında hissettikleri bağ giderek güçlenir. Bu bağlanmanın oluşmasında bebeklerin bir takım davranış özellikleri etkili olabilmektedir (78).

Bowlby'e göre bağlanmanın çocuk açısından yaşamsal bir değeri vardır. İnsan hayatı için bağlanmanın üç temel işlevi vardır; dünyayı keşfederken geri dönülebilecek güvenli bir liman olma, fiziksel gereksinimleri karşılama, hayata dair bir güvenlik duygusu geliştirebilme şansıdır. Bowlby, bu gereksinimler yeterli düzeyde karşılanmadığı takdirde, çocukta oluşan öz benlik algısıyla bağlantılı olarak patoloji gelişebileceğini öne sürer. Anne tarafından karşılanan güvenlik duygusu çocuğun dünyayı algılayışını belirler (78).

Can, bağlanma için doğumu takiben ilk 60-90 dakikalık dönemin genelde en duyarlı süre olduğunu savunmaktadır. Doğumdan sonraki ilk saatleri içeren duyarlı dönem boyunca anne ve bebeğin ayrı kalmalarının, bebeğin gelişmesini ve annenin davranışını olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir (79). Bebeğin annesi ile arasındaki bağlanma sağlıklı ruhsal gelişimdeki en önemli belirleyicisi olduğu bildirilmektedir (80). Doğumla birlikte anne bebek arasında gelişen bu süreç, kişinin gelişimini, diğer insanlarla ilişkilerini ve uyumunu etkileyerek yaşam boyunca etkinliğini sürdürmektedir (81).

Bağlanma sürecini dönemlere ayırdığımızda; doğumdan 8-12 haftaya kadar olan bağlanma öncesi dönemde bebek annenin uyarımları ile hareketlenir. Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır. Bağlanmanın ilk işaretleri 8-12 haftadan 6 aya kadar uzanan ikinci dönemde ortaya çıkar. Bu dönemde bebek anneyi yabancılarından ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Bağlanmanın tam olarak gözlemlendiği üçüncü dönem 6-24 ay arasındadır. Kaplan ve ark. bağlanmanın altı ay ile yirmi dört ay arasında şekillendiğini belirtmişlerdir (82). Yedinci ayla birlikte bebekler çevrelerindeki ilişki örüntülerini

anlamlandırmaya başlarlar. Bu dönemde, bebek gerçek ve belirgin bir objeye yönelmektedir. Bu ay öncesinde anne, bebek için çok önemli değilken, yedinci aydan itibaren bebek, ilgisini, tüm ihtiyaçlarını karşılayan kişiye yöneltmektedir. Bu dönemden itibaren bebekler yabancı kişilerle karşılaştıklarında korku, kaygı ya da kaçma davranışlarında bulunmaktadırlar (83). Bağlanma davranışı yakınlık arayışı ile kendini gösterir ve küçük çocuklarda bağlanılan kişilerden ayrılma ile belirginleşir. Annenin yokluğunda gerginlik, huzursuzluk, varlığında ise rahatlık duygusu olur. Bowlby'e göre, dünya ile daha iyi başa çıktığı düşünülen bir kişi ile yakınlığı koruma bağlanmanın tanımlayıcı özelliğidir. Bağlanmanın temel işlevi ise tehlikelerden korunmadır (84).

Yapılan çalışmalarda, yaşamın ileriki yıllarında görülebilen ruhsal sorunların ve davranış bozukluklarının bebeklik dönemindeki bağlanma bozuklukları ile ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (85,86). Teori, bebeklik döneminde kurulan bağlanma davranışının, bireyin ileriki yaşamının biçimlenmesi ve sürdürülmesinde önemli bir işlevi olduğunu öne sürmekte ve başkalarıyla kurulan yakın ilişkileri etkilediğini savunmaktadır (1,87).

2.4.2. Ergenlik ve genç erişkinlikte bağlanma

Ergenlik ve gençlik esnasında yeni bir bağlanma biçimi ortaya çıkmaktadır. Ergenlikte ebeveynlerle olan bağlantı zayıflar. Bu dönemde ebeveynler ile çocuklar arasındaki ilişki daha az önemli hale gelmez ancak çocuk ebeveynlerine daha az bağımlı hale gelir. Ergenler, gençlik dönemine ulaştıkça ebeveynlerle olan bağlanma ilişkilerinden uzaklaşma eğilimindedir. Genç ve ebeveynleri arasındaki bağlar sınırlayıcı bağlanmalar olarak görülmeye başlanır. Bu yeni bağlanma biçimi kendi çocukları ya da eşleri ile olacak bağlanmaları olarak gelecekteki bağlanma davranışının göstergesi niteliğindedir. Gençler bu yıllarda bağımsızlıklarına ulaşmaya çalışmaktadırlar, fakat aynı zamanda ihtiyaç duyduklarında ebeveynlerinin destek olacaklarının farkında olmak istemektedirler (88).

2.4.3. Yabancı durum testi

Bowlby tarafından ilk tanımlanan bağlanma kuramı, Ainsworth ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ainsworth tarafından 1978 yılında yapılan “yabancı durum testi”, anne ve bebek arasındaki davranışları değerlendirerek bağlanma sistemlerini belirlemeye yönelik yapılan ilk girişimdir. Ainsworth ve ark. (1978) “Yabancı Ortam” adını verdikleri

laboratuvar ortamında üçer dakikalık yedi bölümden oluşan kayıtlarla Uganda'lı 10-18 aylık bebeklerin tepkileri ile güvenli ve güvensiz bağlanma örüntülerini değerlendirmişlerdir. Bu deneyde bebek ve anne bir laboratuvar odasına alınmış ve bebek kısa aralıklarla anneden ayrılıp bir yabancıyla aynı odada bırakılmış ve ardından tekrar anne odaya alınmıştır. Odada yaşanan durumlara (yabancıya varlığı, annenin yokluğu vb.) çocuğun verdiği tepkiler, çocuğun keşif davranışı (yeni oyuncaklarla oynaması vb.), çocuğun, annesinin gidiş ve dönüşlerine verdiği tepkiler ve annenin davranışları videoya kaydedilmiştir.

Ainsworth ve ark. (1978) bebekler ve anneleriyle yaptıkları bu çalışmalar sonucunda; güvenli (secure), kaygılı-kararsız (anxious/ambivalent) ve kaçınan (avoidant) olarak üç temel bağlanma örüntüsü tanımlamışlardır. Bu bağlanma biçimleri kuramın ilk halinde tutarlı-tutarsız, sürekli-sürekli ve tepkisiz anne tutumlarına karşılık süt çocuğunda şekillenen bağlanma dürtüleridir (28). Bunlara daha sonra kaygı denetiminde tutarsızlık hakim olan dağınık (dezorganize/dezoryante) bağlanma adı verilen güvensiz bağlanma tipi daha eklenmiştir. Bartholomew ve Horowitz güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma biçimlerini ortaya koymuşlardır (89).

2.4.3.1. Güvenli bağlanma

Ainsworth'un yabancı durum testine göre; bebekler, annenin yokluğunda kısmen huzursuz olmakta, ancak panik yaşamadan, anneleriyle temas aramakta ve o döndüğünde rahatlayarak, onu güvenli üs olarak kullanıp çevreyi keşfe çıkmaktadır. Güvenli bağlanan bebeklerin annelerinin genelde duyarlı, ulaşılabilir ve çocuklarından gelen isteklere olumlu tepkiler veren kişiler oldukları dikkati çekmiştir. Bu bağlanma tarzına sahip bireyler, hem kendilerini hem de başkalarını olumlu görme eğilimindedirler. Yakın ilişkilere değer verirler, bu tür ilişkileri başlatmakta ve sürdürmekte başarılıdırlar. Ancak bu ilişkiler sırasında kişisel özerkliklerini yitirmemeyi de başarırlar. Güvenli bağlanma, duygusal sağlığın bir kaynağı olarak görülür, çocuğun ilerleyen yaşamında tatmin edici ilişkiler kurma kapasitesine zemin oluşturur (90). Güvenli bağlanma biçimi, kendini değerli hissetme ve sevebilir olduğu duygusunu genellikle diğer insanların kabul edici ve cevap vericiliğine dair beklentileriyle birleştirir (89).

Güvenli bağlanmaya sahip bireyler, eşlerine kolaylıkla yaklaşabilirler ve onlara bağlı olmaktan da mutludurlar. Terk edilme ve insanların onlara, onların istediğinden daha fazla yakınlaşmaları yönünde kaygıları yoktur. Uzun süreli ilişkiler kurarlar, hem kendilerine hem de diğer insanlara duydukları saygı ve güven yüksektir, kişiler arası ilişkilerinde olumlu, iyimser/yapıcı bir tutum sergilerler ve diğer bağlanma biçimlerine sahip bireylerden daha az oranda fiziksel rahatsızlık belirtileri ve ölüm korkusu gösterirler (91).

Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (92). Güvensiz bağlanma biçimine sahip bireylerin güvenli bağlanma biçimine sahip bireylere kıyasla aleksitimik özellikler göstermeye (duygudan yoksun olma, geri çekilmiş, kaygılı, empati kuramayan) daha yatkın olduklarını göstermektedir (93-97). Güvensiz bağlanma yaşayan çocukların yeme bozuklukları ile daha çok karşılaştıkları belirtilmektedir (67).

Bağlanma tarzları ergenlikte psikopatolojiye yol açan faktörlerden bir tanesidir. Brown ve Wright'ın araştırmasında psikopatoloji gösteren ve psikopatoloji göstermeyen örneklemelere bakıldığında, psikopatoloji göstermeyen grubun %73.3'ü güvenli bağlanma tarzına sahipken, psikopatoloji gösteren grubun sadece %13.3'ünün güvenli bağlanmaya sahip olduğu görülmüştür. Bowlby, (1) “Bağlanma ve kayıp” kitabında güvensiz bağlanma ile psikopatolojiler arasında bir bağ bulunduğunu bildirmiştir. İngiltere’de yapılan çalışmada antenatal dönemde bebeğe bağlanması yetersiz olan kadınların anksiyete, ruhsal hastalık ve depresyon, fetüsten rahatsızlık duyma ve fetal istismar olasılığında artış olduğu bildirilmiştir (98). Başka bir çalışmada ise annelerin güvensiz bağlanması ile çocuk istismarı insidansı arasındaki ilişki incelenmiş ve pozitif yönde korelasyon olduğu bildirilmiştir (99).

Güvensiz bağlanma biçiminin unipolar depresyonun yeni dönemlerinin başlangıcına yatkınlıkla ilişkili olduğu ileriye dönük olarak gösterilmiştir (100). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Kökçü ve Kesebir, bipolar bozukluğu olan olgularda güvensiz bağlanma görülme sıklığının özellikle kaçınan bağlanma biçimi puanlarının sağlıklı bireylerinkinden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Kökçü ve Kesebir’in

çalışmasında şiddetli atak ve borderline kişilik bozukluğu bipolar bozukluğu olan olgularda ve depresif atak sayısı ile düşük işlevsellik düzeyi bu olguların çocuklarında güvensiz bağlanma biçimlerinin öngörücüleri olarak bildirilmiştir (101). Güvensiz bağlanma biçimi; major depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, kronik ağrı bozukluğu (102-104), depresyon ile ilişkili (27,105,106) olduğu belirtilmiştir. Panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (102,104). Güvensiz bağlanma biçimleri ile psikopatolojilerin ilişkilerine dair yapılan araştırmalar güvenli bağlanmanın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

2.4.3.2. Kaygılı / kararsız bağlanma

Kaygılı / kararsız bağlanma tipi gösteren bebekler annelerinin yokluğunda yoğun bir kaygı, gerilim ve kızgınlık yaşamakta, o sırada odada bulunan yabancı ile iletişimi reddetmekte, anneleri döndüğünde ise kolay kolay yatıştırılamamakta ve çevreyi keşfe çıkmak yerine ona sıkıca yapışıp birlikte olmak istemektedir. Bu bebeklerin annelerinin, tutarsız tepki veren; bazen ulaşılamaz ya da tepkisiz, bazen de çocuklarının etkinliklerini sıklıkla kesintiye uğratacak şekilde, aşırı müdahaleci oldukları gözlenmiştir. Bu bağlanma tarzına sahip bireyler, kendilerini olumlu, başkalarını olumsuz görme eğilimindedirler. Bağımsızlıklarına düşkünlüdürler, kimse ile kolay kolay yakın ilişki geliştirmezler. Başkalarına duydukları gereksinimi ve yakın ilişkilerin önemini reddederler. Başkalarının onayını kazanmak bu bağlanma tarzına sahip bireyler için çok önemlidir. Yakın ilişkilerinde karşı tarafa çok bağımlıdırlar ve duygularını abartılı bir biçimde ifade ederler (91).

Kaygılı/kararsız bağlanma biçimine sahip bireyler, çoğunlukla, eşlerine onların olduğundan daha fazla yakınlaşma ihtiyacındadırlar, bununla birlikte, eşlerini de kendilerine yeterince yakın olmamakla suçlarlar. Terk edilme korkusu bu bağlanma biçiminin en belirgin özelliklerindendir. İlişkileri, derin bir biçimde yaşamakla birlikte kısa sürelidir, bir kayıp sonrası yoğun acı duyarlar, kendilerine duydukları saygı değişkenlik gösterir. “İlk görüşte aşk” türü deneyimlere eğilimlidirler, ilişkilerinde yoğun kıskançlık yaşarlar ve ilişki süreci boyunca olumsuz duygulanım yaşamaya daha eğilimlidirler (91). Hazan ve Shaver 1990'da yaptıkları araştırmalarda, kararsız bağlanma

tarzına sahip deneklerin ikili ilişkilerde aşırı uçlarda, aşırı kıskançlık içeren, takıntılı düşüncelerle dolu, ilişkilerde yer aldıklarını ortaya çıkarmıştır (59). Kararsız bağlanması olan ergenlerin sorunlarını abartarak ilgi çekmeye çalıştığı, Bu duruma bağlı olarak, anksiyete, depresyon, düşünce bozuklukları ve sosyal kabul görme gereksinimi; kararsız bağlanma tarzına sahip olan ergenlerde diğer gruplara göre daha çok görülmektedir (107).

2.4.3.3. Kaygılı / kaçınan bağlanma

Bu bebekler ise, anneleriyle ayrılmaktan etkilenmez görünmekte, onunla yeniden bir araya geldiklerinde de temastan kaçınmaktadırlar. Bu bebeklerin annelerinin genellikle soğuk, çocuklarının yakınlık isteğini reddeden ve onunla beden temasından kaçınan anneler oldukları gözlenmiştir. Bu bağlanma tarzına sahip olanlar, kendilerine de başkalarına da güvenmezler (91).

Kaygılı / kaçınan bağlanma biçimine sahip bireyler, eşlerine güven duymazlar, insanların kendilerine bağlanmış olduğu duygusu gerginlik yaratır. İlişkilerine son derece sınırlı oranda duygusal yatırım yaparlar. Kendileri stres altındayken yalnız kalmayı tercih ederler bununla birlikte eşleri stres altındayken de onlardan uzaklaşma eğilimi gösterirler. Özellikle olumsuz duygular yaşadıkları anlarda, olayı ya da kişiyi önemsemeyerek, inkâr ederek o durumla başa çıkarlar. Her türlü sosyal ilişkiyi “sıkıcı” ve “gereksiz” bulurlar, ancak bu bakış açısı, gerçeği yansıtmanın ötesinde sadece bir görünümdür. Kaçınan bireyler kendilerini “kimsenin yardımına ihtiyaç duymayan, ayakları yere sağlam basan, güçlü” vb. bireyler olarak gösterirler. Çünkü bir başkasının yardımına ihtiyaç duymak demek bu kişiye bağlı olmak, yakın olmak ya da bu kişiyi sevmek demektir. Bu durum da bebeklik döneminde annenin yakınlık göstermeyen/reddedici/uzak olmasının yarattığı olumsuz etki gibi o kişi tarafından sevilme/istenme/reddedilme olasılığını gündeme getirecek ve reddedilme korkusu uyandıracaktır (91).

Kaygılı bağlanma biçimine sahip küçük çocukların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (108). Koruma altına alınmış devlete bağlı kurumlarda yetişen çocuklarda, sonradan evlat edinilseler bile tümüyle düzelmeyen bağlanma bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Lise öğrencilerinin kendi bağlanmalarına ilişkin algıları depresyon, madde kullanımı, yeme bozuklukları ve kişilik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur (109).

Kaçınan bağlanma tipindeki ergenlerin, sorunlarını görmezden gelmeye meyilli olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında, davranım bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve bunlara bağlı olarak, antisosyal kişilik bozukluğu, kaçınan bağlanma tarzına sahip ergenlerde daha sık görülen psikopatoloji kategorileridir (107). Yapılan bir çalışmada kaçınan bağlanma tarzına sahip deneklerin, iş hayatını sosyal ortamdan kaçmak için araç olarak kullandıkları göze çarpmıştır (110). Çocukluk dönemi psikopatolojilerinden bir olan çalma davranışına ilişkin olarak Bowlby için çalma davranışı erken çocukluk dönemindeki kesintiye uğramış yaşantılarla ve anneyle ayrılmaya olan bir hesaplaşmadır (111).

2.4.3.4. Dağınık / yönü belirsiz bağlanma

Son yıllarda, diğer sınıflandırmalara uymayan ve kaçınmacı, kararsız davranışların dağınık bir karışımı olarak kendini gösteren (örneğin annenin yokluğunda onu arayan ancak yanındayken ondan kaçınan) bir bağlanma örüntüsü daha tanımlamıştır. Araştırmalar, bu örüntünün, bebeklik döneminde annenin depresyon ya da başka bir tür rahatsızlık geçirmesi sonucunda veya ihmal ve istismara bağlı olarak geliştiğini göstermektedir (89).

2.5. Annelik Kavramı ve Anne-Bebek Bağlanması

İnsan yaşamında en önemli kararlardan biri olan annelik, gebeliğe karar verme ile başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir (112). Annelik, kadına bebeğinin yaşamının önemli bir parçası olduğunu hissettiren annenin bebeğine karşı ilgili, ılımlı, bağlı, koruyucu olmasını sağlayan duygusal enerji sağlayan bir kavramdır (113). Annelik duygusu, bebeğin annesine bağlanması için gerekli ön koşuldur (80). Çocukluktaki ve yetişkinlikteki yakın ilişkileri anlamayı sağlayan bağlanma kuramına göre çocuğun fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı birey olarak yetişmesinde, anne çocuk ilişkisinin kalitesi çok önemlidir (114).

İnsanlığın var oluşundan bu yana toplumun ana unsuru olan kadınlar, dünya nüfusunun yarısını oluşturmaktadır. Kadınlar doğurganlık özellikleri ile insanoğlunun devamını sağlamı, üretkenlikleri ile de ekonomiye katkıda bulunmuşlardır. Gebelik ve doğum kadının özel deneyimlerinden biridir. Annelik birçok toplumda bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken bir görev olarak bakılmakta ve kadınlar bu göreve yönelik sosyal

olarak hazırlanmaktadır. Hemen her toplumda kadınlara gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda önemli görevler düşmektedir. Bebeklik döneminde duygusal gelişimin sağlıklı olabilmesinde anne-babanın önemi büyüktür. Her çocuk iki biyolojik ebeveynden oluşarak dünyaya gelir ve her ikisi de çocuğun kimlik gelişiminde önemli rol oynamaktadır (115).

Batılı toplumlarda annelik, kadın yaşamının en üstün başarısı olarak görülmektedir. Letherby'e göre tüm kadınlar anneliği beklemekte ve anne olmayı istemektedir (116). Tucker'e göre anne-çocuk arasında tüm insani duyguların yaşandığı, sevgi, şefkat gibi duyguların yanı sıra kızgınlık, isteksizlik gibi olumsuz duyguları da kapsayan bir ilişkidir (117). Arendell anneliği; sürekli gelişen ve değişen, kadına ait eylemlerin bir unsuru olan bağımlı çocuk için temel bakım veren özel bir rol olarak tanımlamıştır (26). Swain ve ark'a göre annelik çok tipik davranış kalıplarının sergilendiği fizyolojik bir durumdur. Memelilerde türün devam edebilmesi tamamen bebeğin anneye bağımlı olduğu belli bir dönemde ayrıntılı annelik hizmetinin ona sunulmasına bağlıdır (25). Yeni anne olan dişide bebek doğar doğmaz davranış değişiklikleri gözlenir. Bu davranışlar bebeğin bakımını ve korunmasını temin eden davranışlardır ve "annelik davranışı" olarak isimlendirilir (118).

Annelik çok tipik davranış kalıpları olan ve beyindeki özel nöral sistemler tarafından yönetilen ve yürütülen tamamen doğal bir süreçtir. Annelerin kendi yavrusu konusunda son derece duyarlı olduğu kesindir. Tüm memeliler gibi insanda da annelik davranışının doğal ve otomatik olarak nörobiyolojik sistemler tarafından başlatılması ve sürdürülmesi sayesinde yenidoğan bebeğin korunup kollanması ve böylece neslin devamı garanti altına alınmış olur (119). Dişi beyninin annelik davranışları, doğumdan itibaren başlamak ve dişinin üretken olduğu yaşlarda hızlanmak üzere ilerleyen kendine has bir nöral plastisite sonucunda gelişir ve oturur (120). Leckman ve Herman, insan ve hayvanlarda annelik davranışının gelişmesi için genetik, çevresel ve hormonal etkenlerin birlikte gelişmesi gerektiğini belirtmişlerdir (121).

Dişinin gebelik sırasında anneliğe hazırlanması genellikle gebelikte düzeyleri artan hormonlar tarafından yapılmaktadır. Burada özellikle östrojen ve progesteronun rolleri önemlidir. Yapılan bir çalışmada; doğurmamış koyunlarda östradiol ve progesteronla "ön

duyarlılık sağlama” yapıldıktan sonra vajinoservikal uyarı ile oksitosin salınışı başlatılırsa otomatik olarak annelik davranışları başlamaktadır (122). İnsanlarda da annenin gebeliği sırasındaki östradiol düzeyleri ile doğumdan sonraki çocuğuna bağlılığı arasında doğru ilişki olduğu bildirilmektedir (123). Gebelik boyunca yüksek olan progesteron ve östrojenin annelik davranışında önemli olan oksitosin ve prolaktin reseptörlerinde artış oluşturmasıyla anneliği başlattığı ileri sürülmektedir. Doğumdan sonra östrojen ve progesteron düzeyleri düşmekte, ancak annelik davranışı bir kere tetiklendikten sonra bu düşüşün anneliğe olumsuz bir etkisi olmamaktadır (124). İnsan ve diğer primatlarda bebek yaşlarından itibaren dişilerin bebeklere ilgisi, dokunma sayıları erkek çocuklarıkinden fazladır (125). Bu cinsiyet farkının ergenlik döneminde iyice belirginleştiği ve perinatal dönemde beynin maruz kaldığı gonadal hormonlarla ilişkisinin olabileceği ileri sürülmektedir. Özellikle östrojenin bu konuda önemli olduğu düşünülmektedir. Nitekim doğumdan hemen sonra overleri alınmış dişi rhesus maymunlarının bebeklere ilgisinin az olduğu, ancak erişkinlikte östradiol yerine konulursa bu ilginin normale döndüğü bildirilmektedir (126). Annenin çocuğa bağlanması ve bakım vermesinde oksitosin ve vazopressin hormonlarının da önemli olduğu bildirilmektedir. Oksitosin ve vazopressin annelik davranışı ve annenin çocuğa bağlanmasında önemli rol oynayan hormonlardır (121).

Literatürde yer alan çalışmalarda, yaş, doğum sayısı gibi maternal faktörlerin, yeni doğanın sağlıklı olma durumunun ve durumsal faktörlerin (stres, sosyal destek yetersizliği vb.) annelik rolünü kazanmada etkili olduğu ileri sürülmektedir. Çalışmalarda, annelik rolünden memnun olmanın doğumdan sonraki ilk 4 ayda arttığı, ancak genç yaşta anne olanlarda bu sürecin 8. aya kadar sürdüğü görülmüştür. Riskli gebeliğe sahip olan kadınlarda da erken postpartum dönemde (ilk bir ay) anneliğe uyumda güçlük yaşandığı ve postpartum 8. aydan itibaren annelik rolünün kazanıldığı ortaya çıkmıştır (127-130). Altıncı aydan itibaren tüm "normal" bebekler, bu davranışları, kendi seçimlerine bağlı olarak, yakınlık kurmak istedikleri ve kendisinden ayrı kalmaya itiraz etmedikleri tek bir kişiye yönlendirirler (77). Bu kişiye birincil bağlanma objesi denir. Genellikle birincil bağlanma objesi anne olduğu bilinmektedir (131).

Doğumdan sonraki erken dönemin, bağlanmanın en yoğun yaşandığı dönem olduğu, doğumdan sonraki ilk karşılaşmada, bebeğin el ve ayaklarına dokunma, okşama, bebekle

konuşma, göz temasında bulunma, bebeği inceleme gibi anne veya babanın bebeğe karşı gösterdiği davranışlar ilk ebeveynlik davranışı olarak kabul edilmektedir. Doğumdan sonraki ilk karşılaşmada annenin bebeğine karşı gösterdiği davranışlar ilerleyen dönemde anne-bebek arasındaki bağlanma süreci hakkında önemli ipuçları vermektedir (132,133) bağlanma ilişkisinin niteliğinin anne ile bebek arasındaki ilişki tarzı ile şekillendiğini belirtmişlerdir. Anne-bebek ilişkisindeki ilk süreç, açlık ve susuzluk gibi fizyolojik ihtiyaçların karşılanmasıdır. Bunun ardından, annenin bebeği ile geçirdiği zaman dilimi ve bu zaman dilimini nasıl kullandığı önem kazanmaktadır. Bebeğin, sosyal ve duygusal açıdan gelişebilmesinde bakıcının duyarlılığı mevcut bağın kuvvetlenmesini sağlamaktadır (134). Aynı şekilde bebeğin kendisini ifade edebilmesi ve ortaya koyabilmesinde de anne-baba çocuk ilişkisindeki duyarlılık önemlidir (135). Anne çocuk ilişkisinde gerek anne gerekse de bebek birbirlerinin duygularına cevap verdikleri oranda aralarındaki duygusal iletişimin kalitesi artmaktadır (136). Bu durum, birincil bakıcının, bebeğin ihtiyaçlarını ne ölçüde ve ne şekilde karşıladığının etkililiği üzerinde durmaktadır (137).

Bir annenin bebeğine sevgiyle bağlanması yani maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini teşvik eden en önemli öğelerden biridir. Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma tecrübesi daha sonra yaşayacağı bağlanma tecrübeleri için temel oluşturur. Kısaca bağlanma örüntüsü, süt çocukluğu döneminde, güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra yaşam boyunca süreklilik gösterir (27). Moehler ve ark'nın doğum sonu dönemde annelerde görülen depresif belirtileri inceledikleri çalışmada; annelere bebeklerine ilk ne zaman sevgi hissettikleri sorulduğunda annelerin %41'i gebelik sırasında, %24'ü doğumda, %27'si doğumdan sonraki ilk haftada ve %8'i ilk haftadan sonrasında olduğunu söylemişlerdir. İlk doğumunda annelerin %40'ı bebeklerini ilk kucağına aldıklarında bir şey hissetmediklerini bildirmişlerdir. Bu nedenle erken annelik tutumu ve duygularının değerlendirilmesi, bebeğine bağlanma açısından önemlidir (138).

Anne ve çocuğun duygusal ilişkisinin gelişimi, doğumdan sonra gerçekleşen temel psikolojik bir işlemdir. Anne bebek bağlanmasının güvenli olmayışı, çocuğun duygusal, bilişsel ve davranışsal gelişiminde uzun süreli sorunlara yol açabilir. Annenin bağlanma bozukluğu, anne bebek arasındaki ilişki bozukluğu olup birkaç klinik durumun üst üste

eklenmesiyle oluşur. Bunlar annelik hissinin kaybı, sinirlilik, kin duyma ve saldırgan dürtüler, hastalıklı düşünceler ve reddetmeden oluşur. Doğum sonrası depresyon geçiren annelerin %29'nda bu düşüncelerin olduğu bağlanma bozukluğu bildirilmiştir (139).

Brockington ve ark. anne-bebek ilişki bozukluklarını şöyle sınıflandırmıştır (140):

- 1) Hafif bağlanma bozukluğu: Annelik duygularının gecikmesi, zıt duygular hissetme veya annelik hissinin kaybı,
- 2) Bebek odaklı kaygı: Annenin özellikle bebeğiyle ilgili kaygı ifade etmesi,
- 3) Patolojik öfke: Bu da hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflanmıştır;
 - A. Hafif şiddette bebeğiyle sözel, dokunsal iletişimin kaybı ve öfke ifade edilmesi,
 - B. Orta şiddette bebeğini sallama tartaklama şeklinde davranışların olması,
 - C. Şiddetlide bebeğiyle sözel iletişimi kesme, zarar verici davranışlarda bulunma gibi.
- 4) Red tehdidi: Annelik duygularının azalması ile bebeğini başkasına verme isteği.
- 5) Kesin red: Bebeğini hiç istememesi, ondan nefret etmesi.

Kadının perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile bebeğine bağlanması ilişkilidir. Zayıf bağlanmanın ve olumsuz maternal davranışların postpartum anksiyete (141) ve depresyon ile ilişkili olduğu (33) bildirilmiştir. Anne-bebek arasındaki bağlanma kuramı, geçmişte bebeklik ve çocukluk dönemlerine ve bu dönemdeki temel bakım veren ile çocuk arasındaki ilişkiye odaklanırken, günümüzde yetişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde yaşadıkları duygusal bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak için de kullanılan bir model haline gelmiştir (142).

2.6. Prenatal Dönemde Anne-Bebek Bağlanması

Prenatal bağlanma, bağlanma ile benzerlikler taşıyan fakat geleneksel bebek erişkin bağlanması ile aynı olmayan “emosyonel bağ” olarak görülmektedir (20). Anne ile fetüs arasında bağlanma olduğu, bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı yoğun yasın gözlenmesi sonucu ortaya konmuştur (9). Araştırmacılar annenin ölü doğmuş bebeği ile fiziksel temas kurup kurmamasının maternal yası etkilemediğini tespit etmişlerdir. Bu sonuç, gebelikte anne-bebek bağlanması kavramının hem tıp hem de psikoloji alanında daha detaylı araştırılması gereksinimini doğurmuştur (9,10,31).

Anne-bebek arasındaki bağlanmanın temeline inildiğinde ilk başladığı dönemin prenatal dönem olduğunu belirten birçok çalışma olduğu görülmektedir. Mercer, annelik kimliğinin kazanılmasında ilk aşamanın bağıllık ve hazırlık dönemi olan gebelik süreci olduğunu belirtmiştir. Anne fetüs bağlanmasının, anne aday ve doğmamış bebeğin sağlığı üzerinde önemli rol oynadığını bildirmiştir (51). Anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu ileri sürülmektedir (13). Doğum öncesi dönemde fetüs, annenin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir. Yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir (82,143). Bu durumda, doğum öncesi dönemde, annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. Hamilelik döneminde annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğin kabulü bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir. Bu noktada, annenin fetüse ilişkin oluşturduğu tasarımın içeriği ön plana çıkmaktadır (144).

Bir hemşire olan Rubin doktora tez çalışmasında kadınların annelik rolü kazanmasını incelemiş ve doğum sonu dönemde yenidoğan ile anne arasındaki bağı hemen kurulmasında prenatal sürecin çok önemli olduğunu bildirmiştir (45). Yıldız, anne-bebek arasındaki bağlanmanın en önemli bölümünün doğumdan hemen önce başladığı ve doğumdan sonraki aylarda gelişerek devam ettiğini belirtmiştir (145). Soysal ve ark. bağlanmanın gebelik sürecinde başladığını kabul etmektedirler (72). Peppers ve Knapp (10) anne bebek bağlanmasının neonatal dönemde değil prenatal dönemde başladığını öne sürmüşler ve bu konuda tartışmaların yapılmasına ve sürecin ilerlemesine katkıda bulunmuşlardır. Bu konuda yapılan çalışmalar sonucu elde edilen temel bilgiler bağlanmanın doğumdan çok daha önce başladığını göstermiştir. Tsartsara ve Johnson, kayıp öyküsü dikkate alınmaksızın prenatal bağlanmanın üçüncü trimesterde meydana geldiğini bildirmiştir (146). Yapılan bir çalışma anne-bebek arasındaki bağı prenatal sürecin sonucunda gelişen bir davranış olduğunu tespit etmiştir (31).

Rubin gözlemlerine dayanarak doğum yapmadan önce kadınların dört özel görevi olduğundan bahsetmiştir. Bunlar; hem bebeği hem de kendisi için güvenli bir geçiş arama, bebeğin diğer bireyler tarafından özel olarak kabul edilmesini sağlama, bebeğe bağlanma ve kendini bebeğe vermedir (45). Bu görevler gebelikte yaşanan psikolojik deneyimin

erken dönemde değerlendirilebilmenin çatisını oluşturması açısından önem taşırmaktadır. Mecca Cranley doktora tez çalışmasında maternal-fetal bağlanma için altı unsurdan oluşan çok boyutlu bir modelden bahsetmiştir. Bu unsurlar; annenin fetüsü kendinden farklı olarak algılaması, fet ile etkileşime girme, fetüsün özelliklerini yorumlama, kendini (verme) adama, rol alma ve i içe geçmedir. Peppers ve Knapp anne bebek bağlanmasının neonatal dönemde değil prenatal dönemde başladığını ne sürmüşler ve annenin bebeğine bağlanmasına katkıda bulunan dokuz olaydan bahsetmişlerdir. Bunlar; gebeliğin planlanması, gebeliğin onaylanması, gebeliğin kabul edilmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi, doğum yapmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak ve bebeğe bakım vermektir. Bu olayların çoğunun prenatal dönemde meydana geldiği dikkat çekmektedir (10).

Yapılan alışmalar arttıkça bu bağlılığın temellerinin çok daha önceden atılmaya başlandığı, kendi annesi ile duygusal olarak sıcak bir ilişki ve yakınlığa sahip olan gebelerin bebekleri ile daha sevgi dolu bir iletişime girdikleri, anne kimliğinin gelişmesinde ebeveynlik rolünün büyük bir öneme sahip olduğu ve bunun gebelikte anne-bebek bağlanması ile kurulduğu ortaya çıkmıştır (24). Prenatal bağlanma düzeyinin doğum sonu dönemde anne bebek etkileşiminin göstergesi olabileceği tespit edilmiştir (15). Bu anlamda prenatal dönemde anne-bebek bağlanmasının önemi görülmektedir.

2.7. Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Anne-bebek bağlanmasını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. İngiltere’de ilk gebeliğini yaşayan 100 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada; Bebek bekleyen aile ile son trimesterde görüşülerek kadının erişkin tip bağlanma modelleri belirlenmiş, bebek bir yaşına geldiğinde bebeğin bağlanma şekli araştırma ekibi tarafından değerlendirilmiştir. Aile ve bebeğin bağlanma şekilleri (güvenli ve güvensiz bağlanma) arasında kuvvetli bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç her ne kadar bir yaşına kadar yaşanmış özel olayların etkisini dışlayamasa da ailenin bağlanma durumunun çocuklarının bağlanma kalitesi üzerine çok fazla etkili olduğunu göstermektedir (12).

Gebelikte anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, gelir düzeyi, gebeliğin planlanması, ultrason ile bebeğin görüntülenmesi ve fetal hareketlerin bağlanma üzerine etkili olduğu, anne yaşı ve gebeliğin fiziksel semptomlarının etkisinin

belirlenemediği bildirilmiştir (29). Literatürde fetal hareketlerin hissedilmesinin bağlanmayı artırdığı vurgulanmaktadır (10). Laxton ve Slade sosyal destek seviyesi yükseldikçe bağlanmanın arttığını belirtmektedir (43). Literatürde yer alan çalışmalarda, yaş, doğum sayısı gibi maternal faktörlerin, yeni doğanın sağlıklı olma durumunun ve durumsal faktörlerin (stres, sosyal destek yetersizliği vb.) bağlanmada etkili olduğu ileri sürülmektedir (127,130). Kavlak'ı çalışmasında, annenin çalışma durumunun, yaşanan yerleşim yerini ve aile tiplerinin annelerin maternal bağlanma düzeylerini etkilediği bulunurken; yaşın, eğitim durumunun sosyal güvence varlığının, evlilik süresinin, başka çocuğun olma durumunun, gebeliğin planlama durumunun, bebeğin cinsiyetinin ve doğum şeklinin maternal bağlanma düzeyinde etkili olmadığı saptanmıştır (18). Yapılan çalışmalarda, anne yaşının (33,36), doğum sayısının (36) prenatal bağlanmayı olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Anne eğitiminin (33) ve baba eğitiminin artmasının prenatal bağlanmayı olumlu etkilediği bildirilmektedir. Brockington'a göre bağlanma bozukluğu ile istenmeyen gebelikler ve gebelik sırasında fetüsle ilişki kurulmaması arasında güçlü bir ilişki vardır (140).

Sosyal ve ark. erken doğumun bağlanmayı etkilediğini belirtmektedirler. Erken doğan bebeklerin, zamanında doğan bebeklere göre bağlanma örüntüsünü daha geç kazandıkları görülmüştür (72). Geçmişte kayıp öyküsü olan gebelerde prenatal bağlanma azalmıştır (14). Perinatal kayıp deneyimi olan kadınların bir sonraki gebeliklerinde kaygı ve depresyon belirtilerinin daha çok görüldüğü prenatal bağlanmanın daha düşük olduğu belirtilmektedir (14). Artmış gebelik anksiyetesinin düşük prenatal bağlanmaya yol açtığı bildirilmiştir (147). Doğumdan önce yapılan görüşmeler ile ilk kez ebeveyn olan bireylerin bebeklerine karşı tutumlarının belirlenmeye çalışıldığı bir çalışmada, gecikmiş bağlanmanın bulantı, kusma gibi hoş olmayan gebelik semptomları ve eşlerin ilgi veya destek eksikliği ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (11). Annenin gebelik esnasında çevresel koşullarının iyi olmaması (fakirlik, çok çocuk, eşin iyi olmaması gibi nedenlerle) annenin çocuğa bakımını ve gösterdiği sevgiyi azaltmasına neden olmaktadır (148). Ayrıca doğum öncesi dönemde depresyon arttıkça bağlanmanın azaldığı ve olumlu sağlık davranışları arttıkça bağlanmanın arttığı saptanmıştır (33).

Annenin çocuğa bağlanması ve bakım vermesinde stres sisteminin de rolü vardır. Gebelik süresince stres düzeyi düşük ve doğumdan hemen sonra kortizol düzeyi yüksek olan

annelerin çocuklarının kokusuna duyarlılıkları ve çocuklarına sevgileri daha fazla bulunmuştur (123). Genel olarak kadınlar, özellikle de anne olan kadınların bebek yüzlerine daha duyarlı oldukları bilinmektedir. Elektrofizyolojik çalışmalarda deneklere bebek yüz resimleri gösterildiği zaman, kadınlarda uyarılmış potansiyellerden (ERP) P1 cevabı erkeklere göre çok daha hızlı ve geniş olarak ortaya çıkmaktadır, yani kadınlar bebek yüzüne karşı daha duyarlı görülmektedirler ve bebeğin gözle görülebilir olması bağlanmayı artırmaktadır (149). Yapılan çalışmalarda da gebelik ilerledikçe fetüs ile etkileşimin artması sonucu bağlanmanın arttığı bildirilmiştir (13,36). Özellikle ikinci trimesterde fetal hareketlerin hissedilmesi bağlanmayı artırmaktadır (13). Fetal hareketlerin hissedilmesi veya fetüsün anne tarafından hareketlendirilmesinin bağlanma ile pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (30).

Gebelikte kuvvetli bir anne-bebek bağlanması ile gebelikte olumlu sağlık davranışı sergileme, tütün, alkol ve yasal olmayan ilaçlardan kaçınma, doğum öncesi bakım alma ve bakıma katılma, sağlıklı beslenme ve uyku alışkanlığı, uygun egzersizler yapma, emniyet kemeri kullanma, gebelik, doğum ve bebek bakımı hakkında daha fazla bilgi edinmeye çalışma arasında ilişki olduğu saptanmıştır (33,35). Fetal hareketleri saymanın bağlanmayı artırdığı tespit edilmiştir (150). Yapılan bir diğer çalışmada ise gebelikte anne-bebek bağlanması düzeyi yüksek olan kadınların fetal hareketleri daha fazla algıladıkları belirlenmiştir (133). Gebelik esnasında ultrason kullanımı sonucu bebeğin gözle görülebilir olmasının, annenin bebeği bir birey olarak farklılaştırma yeteneğini artırdığı ileri sürülmüştür (151). Bağlanmayı etkileyebilecek diğer faktörler incelendiğinde; yapılan bazı çalışmalarda parite ile bağlanma arasında bir ilişki bulunmazken (36,55), Yılmaz ve Beji'nin çalışmasında primiparların bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Perinatal kayıp yaşayan kadınların bir sonraki gebeliklerinde anksiyetelerinin arttığı ve yoğun bir biçimde bebeğini kaybetme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir (20). Bu durumun kadında yeni bebeğe bağlanmada güçlük meydana getirdiği belirlenmiştir. Fakat bu sonuçların aksine Armstrong'un çalışmasında daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebeler arasında gebelikte anne-bebek bağlanması düzeyleri bakımından fark olmadığı bildirilmiştir (14,20,147).

Doğum sonu bağlanmanın sadece gebelikte anne-bebek bağlanması ile ilişkili olmadığı doğum sonu diğer faktörlerden de etkilenebileceği belirtilmiştir (6). Gebelikte anne-bebek bağlanmasının depresyon, anksiyete, sosyal desteğin düşük olması ve olumsuz eş ilişkilerinden etkilendiği ve bu faktörlerin doğum sonu anne-bebek bağlanması ile de ilişkili olduğu, doğum sonu bağlanmanın yenidoğanın kilosunu ve yoğun bakım servisinde kalmak zorunda olması gibi faktörlerden de etkilendiği ortaya konmuştur (55,98,152).

2.8. Bağlanmada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kadınların prenatal dönemde annelik rolü kazanmasında, doğum sırasında ve doğum sonu dönemde bebek ile anne arasındaki bağın hemen kurulmasında hemşireler etkin rol oynamaktadırlar. Prenatal dönemde zayıf bağlanma riski taşıyan anneleri saptamak konusunda kadın doğum hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.

Gebelikte anne-bebek bağlanması ve doğum sonu anne-bebek bağlanması arasında bir benzerlik olduğu; gebelikte anne-bebek bağlanmasının ölçülmesi ve bunu takiben doğum sonu bağlanma ile arasındaki ilişkinin gösterilmesi ile açıklık kazanmaya başlamıştır (15). Ayrıca, gebelikte anne-bebek bağlanma düzeyi yüksek olan kadınların doğum sonu dönemde anne-bebek etkileşimlerinin daha iyi olduğu da saptanmıştır (24). Bu nedenle anne-fetüs bağlanma düzeyini tespit etmek önemlidir. Çünkü zayıf bağlanma riski taşıyan kadınlara uygun girişimlerde bulunularak tedavi edilebilmekte ve bebeklerine bağlanmada kayıtsız tavır sergileyen veya bu konu hakkında bilgisi olmayan kadınlara verilen eğitim ve motivasyondan fayda görülebilmektedir.

Prenatal bağlanma düzeyleri düşük bulunan gebelere bakım ve tedavi konusunda öncelik verilmeli, doğum öncesi bakımları yakından takip edilmelidir. Prenatal dönemde annenin sosyal destekleri, risk faktörleri, yaşam biçimi gibi bebeği etkileyebilecek faktörler değerlendirilmelidir. Bazı girişimlerin prenatal bağlanmayı artırmaya yardımcı olduğu bildirilmesine rağmen, nelerin bağlanmayı artırmaya yardımcı olduğu ve nelerin engel olduğu konusunda aydınlatılması gereken pek çok nokta bulunmaktadır (150). Bu nedenle bu gebelerin prenatal dönemde normalden en az üç kez daha fazla izlenmesi gerekmektedir (153).

Prenatal dönemde eğitimin önemi her geçen gün artmaktadır. Bu eğitimlerin anne ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Prenatal dönemde bilgi almanın gebe açısından hem doğum sonrasına ilişkin bilgisinin artması hem de yeni durumuyla baş etmesi açısından önemi büyüktür (18). Gebelik eğitim sınıfına katılmanın annelik rolünü kazanmada, bebeğe bağlılığın artmasında eşler arası iletişimi artırmada etkili olduğu saptanmıştır (154). Gebelik eğitim sınıfları son dönemlerde gündemde olmasına karşın henüz yeterli düzeye ulaşamamıştır. Bu nedenle; gebelere prenatal dönemde gerekli görülen eğitimlerin verilmesi ve bilgi düzeylerinin artırılması amacıyla, prenatal eğitim sınıflarının oluşturulması ve bu eğitim sınıflarında hemşirelerin etkin rol alması gerekmektedir.

Gebe kadınların annelik rolü kazanması ve doğum sonu dönemde bebek ile anne arasındaki bağın hemen kurulmasında prenatal dönemdeki bağlanma önemli rol oynamaktadırlar. Bu nedenle hemşireler zayıf bağlanma riski taşıyan ve prenatal bağlanmada ilgisiz davranan gebe kadınların saptanmasında kilit role sahiptir. Ayrıca gebeyi anneliğe hazırlamak ve prenatal dönemde bağlanmaya ilişkin etkili eğitim programları düzenlenmesinde aktif rol almalıdır.

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Kahramanmaraş ili Oniki Şubat ilçesi Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binasında gebe izlem polikliniklerine başvuran, gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeyleri ile etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Bu araştırma, Kahramanmaraş İli Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde On İki Şubat ilçesinde yer alan Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binasında gebe izlem polikliniklerine başvuran kadınlar üzerinde yapılmıştır.

Araştırmanın uygulandığı Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası bölgenin en çok başvuru alan kadın doğum ve çocuk hastanesi olduğu için araştırma kapsamına alınmıştır. Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Ek Hizmet Binası şehrin merkezinde, Serinkent mevkinde, Mimar Sinan mahallesinde bulunmaktadır. 2003 yılında Kahramanmaraş Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olarak 125 yatak kapasitesi ile açılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 tarihinde alınan karar gereği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kahramanmaraş Şehir Devlet Hastanesi adı altında, Necip Fazıl Şehir Hastanesi Ek Hizmet Binası olarak faaliyetlerine devam etmektedir. Hastane 236 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastanede 50 hekim, 131 ebe, 80 hemşire olmak üzere toplam 211 ebe-hemşire görev yapmaktadır. Hastane 375 personel ile hizmet vermeye devam etmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Kahramanmaraş ili Oniki Şubat ilçesi Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi gebe izlem polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri gebe kadınların tamamı oluşturmaktadır. Hastanenin İstatistik Bölümü 2012 yılı kayıtlarından elde edilen verilere göre; 1 Ocak 2012- 30 Aralık 2012 tarihleri arasında gebe izlem polikliniğine başvuran gebe sayısı 89.138'dir. Araştırmanın

örnekleme alınacak gebe kadın sayısını bulmak için evreni bilinen örneklem formülü kullanılmıştır. Bu formüle göre

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (89.138)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.50)

q: İncelenen olayın görülmemeye sıklığı (1-p = 0.50)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

$$n = \frac{89138 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 (89138 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5} = 382$$

Formülden elde edilen sonuca göre %95 güven aralığı ve $\pm$ %5 sapma ile araştırmanın örneklemini 382 gebe kadın oluşturmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçlarının hazırlanması

Bu çalışmada veri toplama araçları, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmıştır (1,6,15,18,19,36,44,153,155). Aynı zamanda veri toplama araçlarının hazırlanmasında Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (*, **, ***), alanında uzman kişilerin görüşlerinden de yararlanılmıştır. Veri toplama araçları iki bölümden oluşmaktadır.

*Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD.

**Doç. Dr. Sezer Kısa, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD.

***Doç. Dr. Duygu YILMAZ, Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD

3.4.1.1. Gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve gebelik-doğurganlıkla ilgili özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri; yaş, doğum yeri, medeni durum, evlenme şekli, yaşadıkları yerleşim yeri, ekonomik durum, gebe ve eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, meslek ve aile tipi ile ilgili özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde, kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine (evlenme yaşı, evlilik yılı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve cinsiyetleri, gebelik haftası, şu anki bebeğin cinsiyeti, bebekte istenen cinsiyet, gebe kaldığını öğrendiğindeki his, gebeliğin aileye söylenme haftası, gebeliği ailenin gebeliğe onayı ve eş ile ortak karar verme durumu, gebelikte beklenen ilgiyi görme, bebek hareketlerini hissetme, gebeliği sonlandırma düşüncesi, daha önceki gebelik kayıpları ve nedenleri, düzenli kontrollere gelme durumu, gebelikte yaşanan rahatsızlıklar, gebenin kullandığı ilaçlar, sigara-alkol kullanma, anne olarak rol model alınan kişiler) ilişkin sorular yer almaktadır (Ek 1).

3.4.1.2. Prenatal bağlanma envanteri

Gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin belirlenmesi amacıyla “Prenatal bağlanma envanteri” (PBE) kullanılmıştır. Envanter; gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla, 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir (54). Envanter Türkiye’de Sema Dereli Yılmaz tarafından Türkçeye çevrilip geçerlilik-güvenirlilik çalışması 2010 yılında yapılmıştır (155). Envanter, 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan (1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Her zaman) şeklinde puanlanmaktadır (Ek 2). Envanterden en az 21, en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebe kadının aldığı puanın artması bebeğine bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir.

3.4.2. Anket formunun ön uygulaması

Veri toplama aracı olarak hazırlanan anket formunda yer alan soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla, 13-15 Ocak 2014 tarihinde ön uygulama yapılmıştır. Bu araştırmada, gebelerden örneklemin yaklaşık %10’unu temsil eden 30 gebe “Basit

Rastgele Örneklem Yöntemi” ile belirlenmiştir. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre, formda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.4.3. Veri toplama araçlarının uygulanması

Veri toplama araçları Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binasında, gebe izlem polikliniklerine başvuran 397 gebe kadına uygulanmıştır. Örneklem ulaşılabilecek kadın doğum ve çocuk hastanesinin bağlı olduğu kamu hastaneler birliğinden araştırma öncesi yazılı izin (Ek 3) alınmıştır. Örneklem kapsamına alınan gebelere araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek yazılı izinleri (Ek 4) alınmıştır. Araştırma süresince gebelerin istedikleri takdirde araştırmacıya ulaşabilmeleri için araştırmacının iş adresi, e-mail adresi, iş yeri, ev ve cep telefonu numaraları gebelere verilmiştir.

Araştırmanın örneklem kapsamına alınan gebelere, anket formu ve Prenatal Bağlanma Envanteri 20 Ocak – 16 Mayıs 2014 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama araçları; izlem polikliniğinin bekleme odasında gebe kadınlara yapılmıştır. Kadınların veri toplama araçlarını bireysel olarak doldurmaları sağlanmış, veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.4.4. Araştırmanın etik boyutu

Bu araştırmada gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanılan “Prenatal Bağlanma Envanteri” ni Türkçeye çeviren Sema Yılmaz Dereli’ den yazılı izni (Ek 5) alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi için kamu hastaneler birliğinden yazılı izin alınmıştır (26.12.2013- sayı 65130477) (Ek 3). Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ na başvurularak araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni (19.11.2013-sayı 392) (Ek 6) alınmıştır. Veri toplama araçları (anket formu ve PBE) uygulanmadan önce gebelerden sözel ve yazılı onay (Ek 4) alınmıştır.

3.4.5. Verilerin değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS for Windows 18 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır. Bu araştırmada gebelerin sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişken, PBE puanları ise, bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Bu araştırmada kullanılan “Prenatal Bağlanma Envanteri” ne verilen yanıtlar her bir maddeye verilen toplam puanlar üzerinden değerlendirilecektir. Envanterde yer alan maddeler “Hiçbir zaman”, “Sık sık”, “Bazen”, ve “Her zaman” seçenekleri olan 4’lü likert tipi bir envanter ile değerlendirilecektir. Gebelerin envanterden alabilecekleri maksimum puan “84”, minimum puan ise “21”dir. Envanterden alınan en yüksek değer gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu, en düşük değer gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Kadınların envanterden aldıkları puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro ve Kolmogorov-Smirnov testleri uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren puanları; t testi (Independent samples t-testi), Oneway Anova testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayıları kullanılmıştır.

3.4.6. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmada gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler belirlenmek istendiğinden;

- En az 20. gebelik haftasında sağlıklı bir fetüse sahip,
- 18 yaş ve üzerinde olan iletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan,
- Herhangi bir sağlık problemi ve kronik hastalığı olmayan,
- İnfertilite tedavisi görmemiş-tüp bebek gibi yardımcı üreme tekniklerinden faydalanmamış olan,
- Okur-yazar olan
- Sürekli ilaç kullanmayan,

- Araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar örnekleme alınmıştır.
- Veri toplama araçlarının doldurulması aşamasında zorluk yaşayabilecekleri düşünüldüğünden okuma-yazma bilmeyen kadınlar örneklem kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırmanın sonuçları, sadece uygulamanın yapıldığı hastanenin gebe izlem polikliniğine başvuran gebe kadınları temsil etmektedir.

4. BULGULAR

Kahramanmaraş ili On İki Şubat ilçesi Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin gebe izlem polikliniğine başvuran gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla, 397 kadın ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular dört başlıkta verilmiştir.

1. Grup: Gebe kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Grup: Gebe Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerini Etkileyebilecek Değişkenlere İlişkin Bulgular
3. Grup: Gebe Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Prenatal Dönemde Bağlanmayı Etkileyeceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi
4. Grup: Prenatal Bağlanma Envanteri Toplam Puanının Lineer Regresyon Analizi

Tablo 4.1. Gebe Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Gebe Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

n = 397		
GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
Yaş		
19 yaş ve altı	46	11.6
20 - 24	139	35.0
25 - 29	104	26.2
30 yaş ve üzeri	108	27.2
Yerleşim yeri		
İl	243	61.2
İlçe	66	16.6
Köy	88	22.2
Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar	29	7.3
İlkokul	167	42.1
Ortaokul	122	30.7
Lise ve üzeri	79	19.9
Sağlık Güvencesi		
Var	371	93.5
Yok	26	6.5
Aile Tipi		
Çekirdek	277	69.8
Geniş	120	30.2
Gebenin Çalışma Durumu		
Çalışmayan	388	97.7
Çalışan	9	2.3
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	120	30.2
Gelir gidere denk	252	63.5
Gelir giderden fazla	25	6.3
EŞLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ		
Eşin Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar	4	1.0
İlkokul	143	36.0
Ortaokul	118	29.7
Lise ve üzeri	132	33.3
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışan	381	96.0
Çalışmayan	16	4.0

Tablo 4.1.1.'de gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gebelerin %35'inin 20-24 yaş arasında olduğu ve yarısından fazlasının yerleşim yerinin (%61.2) il merkezi olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin yarısına yakınının (%49.4) okur-yazar ve ilkokul mezunu olduğu yalnızca %19.9'unun lise ve üzeri öğreniminin olduğu, büyük çoğunluğunun (%93.5) sağlık güvencesinin olduğu, %69.8'inin çekirdek aile tipinde yaşadığı, çoğunun (%97.7) çalışmadığı ve %63.5'inin ekonomik durumunun orta seviyede olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %37'sinin okur-yazar ve ilkokul mezunu olduğu ve tamamına yakınının (%96) çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Gebe Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerini Etkileyebilecek Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Gebe Kadınların Evlenme ve Nikâh Şekillerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

		n = 397
GEBELERİN EVLENME VE NİKÂH ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
Evlenme Yaşı		
19 yaş ve altı	233	58.7
20 - 29 yaş	156	39.3
30 yaş ve üzeri	8	2.0
Evlilik Süresi		
1 – 5 yıl	210	52.9
6 – 10	107	27.0
11 yıl ve üzeri	80	20.1
Eşi ile Evlenme Şekli		
Görücü Usulü ile Önceden Tanımadan	118	29.7
Görücü Usulü ile Tanışıp Onaylayarak	144	36.3
Tanışıp Anlaşarak	135	34.0

Tablo 4.2.1.'de gebelerin evlenme ve nikâh şekillerine ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gebelerin çoğunun (%58.7) 19 yaş ve altında evlendiği, %52.9'unun evlilik yılının 1-5 yıl arasında olduğu, çoğu kadının (%70.3) eşi ile tanışıp onaylayarak evlendiği belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Gebe Kadınların Doğurganlığa İlişkin Özelliklerin ve Yaşadıkları Rahatsızlıkların Dağılımları (2014, Kahramanmaraş)

	n = 397	
KADINLARIN DOĞURGANLIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ	SAYI	%
Gebelik Sayısı		
1 - 2	213	53.7
3 - 4	136	34.3
5 ve üzeri	48	12.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	271	68.3
Yok	126	31.7
Çocuk Sayısı		
1	118	43.5
2	87	32.1
3 ve üzeri	66	24.4
Gebeliğin Eş ile Planlı Olma Durumu		
Evet	317	79.8
Hayır	80	20.2
Mevcut Gebelik Haftası		
20 – 25	90	22.7
26 – 30	76	19.1
31 – 35	90	22.7
36 hafta ve üzeri	141	35.5
Mevcut trimester		
2.trimester (20 ve 24 haftalık)	79	19.9
3.trimester (25 haftalık ve üzeri)	318	80.1
Gebelikte Yaşanan Rahatsızlık*		
Bulantı-Kusma	267	18.1
İştahsızlık	162	11.0
İdrar Yolu Rahatsızlıkları	160	10.8
GİS Sorunları	174	11.8
Aşırı Kilo Alımı	38	2.6
Deri Değişiklikleri	123	8.3
Halsizlik-Yorgunluk	218	14.8
Memelerde Aşırı Dolgunluk ve Hassasiyet	61	4.1
Kalp Çarpıntısı- Tansiyon Değişiklikleri	81	5.5
Vajinal Akıntı	116	7.9
Psikolojik Değişiklikler	76	5.1

* Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2.2’de gebelerin doğurganlığa ve yaşanan rahatsızlıklara ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gebelerin yarıdan fazlasının (%53.7) 1-2. gebeliği olduğu, çoğunun (%68.3) çocuk sahibi olduğu, %43.5’inin 1 çocuğu olduğu, büyük çoğunluğunun (%79.8) şimdiki gebeliğine eşi ile birlikte karar verdiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %35.5'inin 36 hafta ve üzeri gebelik haftasında olduğu ve %80.1'inin 3. trimesterde olduğu saptanmıştır. Tablo incelendiğinde; gebelikte en çok yaşanan rahatsızlıkların; bulantı-kusma (%18.1), halsizlik-yorgunluk (%14.8), gastrointestinal sistem rahatsızlıkları (mide şikayetleri, kabızlık, ishal) (%11.8), iştahsızlık (%11.0), idrar yolu rahatsızlıkları (%10.8) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3. Gebe Kadınların Daha Önceki Kayıp Deneyimleri ve Prenatal Bağlanmalarını Etkileyebilecek Duygu Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

		n = 397
KAYIP DENEYİMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER	SAYI	%
Daha Önce Gebelik Kaybı Yaşama Durumu		
Evet	108	27.2
Hayır	289	72.8
Gebelik Kayıp Sayısı*	(n=108)	
1	69	63.9
2	25	23.1
3 ve üzeri kayıp	14	13.0
Daha Önce Yaşanmış Gebelik Kayıp Nedeni*	(n=108)	
Bilmiyorum	26	24.0
Dış Gebelik	11	10.2
Düşük	69	63.9
Erken Doğum	2	1.9
DUYGU DURUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	SAYI	%
Mevcut Bebeğin Cinsiyeti		
Erkek	170	42.8
Kız	161	40.5
Bilmiyorum	66	16.7
Bebekte İstenen Cinsiyet		
Erkek	61	15.3
Kız	88	22.2
Fark etmez	248	62.5
Gebelik Durumu Öğrenildiğinde Yaşanan Duygu**	(n=367)	
Mutluluk	276	75.2
Üzüntü	47	12.8
Ambivalan Duygular	44	12.0

*Bu soruyu yalnızca daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınlar cevaplamışlardır.

** Bu soruyu 30 kişi boş bırakmıştır.

Tablo 4.2.3' de gebelerin daha önceki kayıp deneyimleri ve prenatal bağlanmalarını etkileyebilecek duygu durumlarına özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; gebelerin %72.8' inin daha önce gebelik kaybı yaşamadığı, gebelik kaybı yaşayanlardan çoğunun (%63.9) bir gebelik kaybı yaşadığı, gebelik kaybı nedeninin %63.9' unun düşük sebebi ile olduğu belirlenmiştir. Gebelerin duygu durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; şuan ki bebek cinsiyet yüzdelerinin (Erkek %42.8) (Kız %40.5) birbirlerine yakın olduğu, gebelerin çoğunun bebeklerinde istedikleri cinsiyetin fark etmediği (%62.5), gebeliklerini öğrendiklerinde çoğunun (%75.2) mutlu hissettikleri saptanmıştır.

Tablo 4.2.4. Gebe Kadınların Prenatal Bağlanmaya İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

	n = 397	
PRENATAL BAĞLANMAYA İLİŞKİN BAZI ÖZELLİKLER	SAYI	%
Gebeliği Ailenin Onaylama Durumu		
Onaylayan	387	97.5
Onaylamayan	10	2.5
Eş ve Çevreden Beklediği İlgiyi Görme Durumu		
Gören	370	93.2
Görmeyen	27	6.8
Bebek Hareketlerini Hissetme Durumu		
Hisseden	395	99.5
Hissetmeyen	2	0.5
Gebeliği Sonlandırma Düşüncesinde Bulunma Durumu		
Evet	18	4.5
Hayır	379	95.5
Düzenli Olarak Kontrole Gelme Durumu		
Gelen	369	92.9
Gelmeyen	28	7.1
Gebelikte Sağlık Davranışlarında Olumlu Değişiklik Durumu		
Evet	258	65.0
Hayır	139	35.0
Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanma Durumu		
Kullanıyor	12	3.0
Kullanmıyor	385	97.0
Anne olarak Birini Rol Model Alma Durumu		
Evet	96	24.2
Hayır	301	75.8
Anne olarak Rol Model Alınan Kişi	(n=96)	
Akraba	28	29.2
Anne/ Kayınvalide	49	51.0
Arkadaş/ Komşu	9	9.4
Kardeş	10	10.4

Tablo 4.2.4’de gebelerin prenatal bağlanmaya ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gebelerin %97.5’inin ailesinin gebeliğini onayladığı, çoğunun (%93.2) eşi ve çevresinden beklediği ilgiyi gördüğü, tamamına yakınının (%99.5) bebek hareketlerini hissettiği, çoğunun (%95.5) gebeliğini sonlandırma düşüncesinde bulunmadığı belirlenmiştir.

Gebelerin sağlık davranışları incelendiğinde; %92.9’unun düzenli olarak kontrollere geldiği, çoğunun (%65.0) gebelikte birlikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik olduğu ve büyük çoğunluğunun (%97.0) sigara-alkol kullanmadığı saptanmıştır. Gebelerin %75.8’inin herhangi birini anne rol model olarak almadığı, %24.2’sinin anne olarak birini rol model aldığı, bunlardan çoğunun (%51.0) kendi anne ve kayınvalidesini rol model aldığı belirlenmiştir.

Tablo. 4.3. Gebe Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Prenatal Dönemde Bağlanmayı Etkileyeceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi

Tablo 4.3.1. Gebelerin Prenatal Bağlanma Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

	n = 397				
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
Prenatal Bağlanma Envanteri	397	59.31	11.069	25	83

Tablo 4.3.1.’de gebelerin PBE puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Gebelerin PBE’den alabilecekleri maksimum puan “84”tür. Bu değer, gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Gebelerin PBE’den alabilecekleri minimum puan “21”dir. Bu değer ise, gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada gebelerin PBE toplam puan ortalamasının 59.31, PBE’den aldıkları minimum puanın “25”, maksimum puanın ise; “83” olduğu saptanmıştır. Araştırmada

elde edilen sonuç, gebelerin prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu araştırmamızın H₁ hipotezini desteklemektedir.

Tablo 4.3.2. Gebelerin Ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

n = 397					
GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELİKLERİ	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler
Yaş					Fp
19 yaş ve altı (A ¹)	46	62.50 ± 9.67	35	78	1.5050.013
20 - 24(A ²)	139	59.10 ± 11.06	29	80	
25 - 29(A ³)	104	59.01 ± 10.87	25	83	
30 yaş ve üzeri (A ⁴)	108	58.52 ± 11.71	30	80	
*Fark: A ¹ -A ⁴					
Yerleşim Yeri					Fp
İl	243	60.04 ± 10.65	29	83	1.3630.257
İlçe	66	58.36 ± 11.86	30	78	
Köy	88	58.02 ± 11.53	25	80	
Öğrenim Düzeyi					Fp
Okuryazar (A ¹)	29	57.34 ± 12.416	29	80	2.4480.043
İlkokul(A ²)	167	58.11 ± 11.60	25	80	
Ortaokul(A ³)	122	59.79 ± 10.94	29	83	
Lise ve üzeri (A ⁴)	79	61.85 ± 9.10	29	79	
*Fark: A ² -A ⁴					
Aile Tipi					tp
Çekirdek	277	59.27 ± 10.87	25	83	-0.0140.910
Geniş	120	59.41 ± 11.53	29	79	
Ekonomik Durum					Fp
Gelir giderden az	120	59.39 ± 12.160	29	80	0,0450.956
Gelir gidere denk	252	59.22 ± 10.630	25	83	
Gelir giderden fazla	25	59.88 ± 10.309	32	73	
EŞLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ					
Eşin Öğrenim Düzeyi**					Fp
İlkokul mezunu	143	58.09 ± 11.54	25	80	1.3630.257
Ortaokul mezunu	118	60.08 ± 10.96	30	83	
Lise ve Üzeri mezunu	132	59.90 ± 10.40	29	79	

*Tukey HSD

**Okur-yazar olan 4 kişi analize dâhil edilmemiştir.

F= Oneway Anova Testi

t= Independent Samples t Testi

Tablo 4.3.2.'de kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre PBE puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; 19 yaş ve altı gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (62.50), 20-24 yaş (59.10), 25-29 yaş (59.01) ve 30 yaş ve üzeri (58.52) kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşlarına göre PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistik olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın 19 yaş ve altı gebelerle 30 yaş ve üzeri gebeler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir. 19 yaş ve altı gebelerin PBE puan ortalamalarının 30 yaş ve üzeri gebelerin PBE puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; gebelerin yerleşim yerleri ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde il merkezinde yaşayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (60.04) ilçede yaşayan gebelerden (58.36) ve köyde yaşayan gebelerden (58.02) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşadıkları yerleşim yerleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; gebelerin öğrenim düzeyleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; lise ve üzeri öğrenimi olan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (61.85), okur-yazar olan (57.34), ilkokul mezunu olan (58.11) ve ortaokul mezunu olan (59.79) kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın ilkokul mezunu gebelerle lise ve üzeri öğrenim gören gebeler arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir. Lise ve üzeri öğrenimi olan gebelerin PBE puan ortalamalarının ilkokul mezunu olan gebelerin PBE puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; gebelerin aile tipleriyle PBE puan ortalamalarından çekirdek aile tipinde yaşayan gebelerin PBE puan ortalamalarının 59.27, geniş aile tipinde yaşayan gebelerin PBE puan ortalamalarının 59.41 olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşadıkları aile tipi ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tabloda gebelerin ekonomik durumları incelendiğinde; ekonomik durumu iyi seviyede olanların gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (59.88), ekonomik durumu orta (59.22) ve ekonomik durumu düşük (59.39) olan gebe kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların ekonomik durumları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; gebe kadınların eşlerinin öğrenim düzeyleri incelendiğinde, eşleri ilkokul mezunu olan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (58.09) eşleri ortaokul mezunu olan (60.08) ve eşleri lise ve üzeri öğrenimi olan (59.90) kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların eşlerinin eğitim durumları ile puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.3. Gebe Kadınların Evlenme ve Nikâh Şekillerine İlişkin Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

n = 397						
GEBELERİN EVLENME VE NİKÂH ÖZELLİKLERİ	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Evlenme Yaş*	(n=389)				t	p
19 yaş ve altı	233	59.12 ± 11.43	25	83		
20 - 29 yaş	156	60.03 ± 10.22	29	79	-0.804	0.422
Evlilik Süresi					F	p
1 – 5 Yıl	210	59.70 ± 10.83	29	80		
6 – 10	107	59.47 ± 10.61	29	83	0.628	0.534
11 yıl ve üzeri	80	58.09 ± 12.263	25	80		
Eşi ile Evlenme Şekli					F	p
Görücü Usulü ile Önceden Tanımadan	118	59.35 ± 11.435	25	83		
Görücü Usulü ile Tanışıp Onaylayarak	144	59.24 ± 10.818	29	80	0.005	0.995
Tanışıp Anlaşarak	135	59.36 ± 11.090	29	79		

* 30 yaş ve üzeri 8 kadın analize dâhil edilmemiştir.

F= Oneway Anova Testi

t= Independent Samples t Testi

Tablo 4.3.3’de gebe kadınların evlenme ve nikâh şekillerine ilişkin özelliklerine göre PBE puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; gebelerin evlenme yaşı ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde 19 yaş ve altında evlenen gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (59.12) 20-29 yaş arasında evlenen gebe kadınlardan (60.03) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların yaşadıkları evlenme yaşları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; gebelerin evlilik yılları ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde 1-5 yıl arasında evli olan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (59.70) 6-10 yıl arasında evli olan gebelerden (59.47) ve 11 yıl ve üzeri evli olan gebelerden (58.09) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların evlilik yılları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo incelendiğinde; gebelerin eşleri ile evlenme şekilleri ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde tanışıp anlaşılarak evlenen gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (59.36) görücü usulü ile onaylayarak evlenen gebelerden (59.24) ve görücü usulü ile tanışıp onaylamadan evlenen gebelerden (59.35) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların evlenme şekilleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.4. Gebe Kadınların Doğurganlığa İlişkin Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

n = 397						
KADINLARIN DOĞURGANLIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Gebelik Sayısı					F	p
1 - 2(A ¹)	213	60.73 ± 10.56	29	80		
3 - 4(A ²)	136	57.95 ± 10.90	29	83	3.976	0.020
5 ve üzeri (A ³)	48	56.90 ± 12.93	25	80		
*Fark: A¹-A², A¹-A³						
Çocuk Sahibi Olma Durumu					t	p
Var	271	58.67 ± 11.12	25	83		
Yok	126	60.69 ± 10.85	29	80	-1.696	0.091
Çocuk Sayısı (n=271)					F	p
1(A ¹)	118	60.81 ± 9.50	30	78		
2(A ²)	87	58.15 ± 11.18	32	83	5.060	0.007
3 ve üzeri (A ³)	66	55.13 ± 12.94	25	80		
*Fark: A¹-A³						
Gebeliğin Eş ile Planlı Olma Durumu					t	p
Evet	317	60.35 ± 10.57	25	83		
Hayır	80	56.20 ± 12.04	29	80	3.793	0.000
Şuan ki Gebelik Haftası					F	p
20 – 25	90	59.38 ± 11.08	29	78		
26 – 30	76	59.09 ± 10.69	30	79	0.029	0.993
31 – 35	90	59.16 ± 11.47	25	83		
36 hafta ve üzeri	141	59.49 ± 11.10	29	80		
Şuan ki trimester					t	p
2.trimester (20 ve 24 haftalık)	79	58.99 ± 11.43	29	78		
3.trimester (25 haftalık ve üzeri)	318	59.39 ± 10.99	25	83	-0.291	0.771
*Tukey HSD			F= Oneway Anova Testi			
			t= Independent Samples t Testi			

Tablo 4.3.4.'de gebe kadınların doğurganlığa ilişkin özelliklerine göre PBE puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; gebelerin gebelik sayısı ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 1-2. gebeliği olan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (60.73), 3-4. gebeliği olan (57.95), 5 ve üzeri gebeliği olan (56.90) kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına

göre, bu farkın 1-2. gebeliği olan gebelerle 3-4. gebeliği olan ve 5. ve üzeri gebeliği olan kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir. 1-2. gebeliği olan kadınların PBE puan ortalamalarının 3 ve üzeri gebeliği olan kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; çocuk sahibi olma durumu ile gebelerin PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde çocuk sahibi olmayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (60.69) çocuk sahibi olan gebelerden (58.67) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların çocuk sahibi olmaları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; gebelerin çocuk sayısı ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 1 çocuğu olan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (60.81), 2 çocuğa sahip (58.15) ve 3 ve üzeri çocuğa sahip gebelerden (55.13) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın 1 çocuğa sahip gebelerle 3 ve üzeri çocuğa sahip gebe kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir. 1 çocuğa sahip olan kadınların PBE puan ortalamalarının 3 ve üzeri çocuğa sahip olan kadınların PBE puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde; gebeliğini eşi ile planlayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (60.35), gebeliğini eşi ile planlamayan kadınlardan (56.20) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın gebeliğini eşi ile planlayan kadınlarla planlamayan gebe kadınlar arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo incelendiğinde; kadınların gebelik haftaları ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, gebelik haftası 36 ve üzeri olan (59.49) gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin; 31-35 hafta (59.16), 26-30 hafta (59.09) ve 20-25 hafta (59.38) olan gebelerdendaha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede,

kadınların gebelik haftaları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Gebelik trimesterlarına bakıldığında 3. trimesterda olan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (59.39), 2. trimesterda olan kadınlardan (58.99) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların gebelik trimesterları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.5. Gebe Kadınların Daha Önceki Kayıp Deneyimleri ve Prenatal Bağlanmalarını Etkileyebilecek Duygu Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

n = 397						
KAYIP DENEYİMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Daha Önce Gebelik Kaybı Yaşama Durumu					t	p
Evet	108	57.81 ± 11.18	25	83		
Hayır	289	59.87 ± 10.99	29	80	-1.651	0.099
Gebelik Kayıp Sayısı (n=108)					F	p
1	69	57.01 ± 12.08	25	80		
2	25	59.92 ± 9.44	34	78	0.617	0.542
3 ve üzeri kayıp	14	58.00 ± 9.405	41	74		
Daha Önce Yaşanmış Gebelik Kayıp Nedeni*	(n=91)				F	p
Bilmiyorum (A ¹)	11	57.64 ± 7.60	47	70		
Dış Gebelik (A ²)	11	51.55 ± 12.75	25	67	2.211	0.046
Düşük (A ³)	69	58.93 ± 10.91	32	80		
**Fark: A²-A³						
DUYGU DURUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLER						
Mevcut Bebeğin Cinsiyeti					F	p
Erkek	170	59.59 ± 11.39	25	80		
Kız	161	59.75 ± 10.29	29	83	1.035	0.356
Bilmiyorum	66	57.53 ± 12.00	30	78		
Bebekte İstenen Cinsiyet					F	p
Erkek	61	61.62 ± 12.29	30	79		
Kız	88	58.66 ± 10.38	29	76	1.602	0.203
Fark etmez	248	58.98 ± 10.96	25	83		
Gebelik Durumu Öğrenildiğinde Yaşanan Duygu	(n=367)				F	p
Mutluluk (A ¹)	276	60.68 ± 10.31	25	83		
Üzüntü (A ²)	47	53.43 ± 13.92	29	80	9.034	0.000
Ambivalan Duygular (A ³)	44	59.61 ± 10.09	29	76		
**Fark: A¹-A²						
* Erken doğum nedeniyle gebelik kaybı yaşayan 2 kişi analize dâhil edilmemiştir. F= Oneway Anova Testi						
** Tukey HSD t= Independent Samples t Testi						

Tablo 4.3.5.'te gebe kadınların daha önceki kayıp deneyimleri ve prenatal bağlanmalarını etkileyebilecek duygu durumlarına ilişkin özelliklerine göre PBE puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; gebelerin daha önce gebelik kaybı yaşama durumları ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde daha önce gebelik kaybı yaşamayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (59.87) daha önce gebelik kaybı yaşayan gebelerden (57.81) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların daha önce gebelik kayıpları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; kadınların gebelik kayıp sayısı ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde 1 kayıp yaşayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (57.01), 2 kayıp yaşayan (59.92), 3 ve üzeri kayıp yaşayan (58.00) gebelerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların gebelik kayıp sayıları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo incelendiğinde; kadınların gebelik kayıp nedenleri ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde gebelik kayıp nedeni dış gebelik olan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (51.55), gebelik kayıp nedenini bilmeyen (57.64) ve gebelik kayıp nedeni düşük olan gebelerden (58.93) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların gebelik kayıp nedenleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın dış gebelik yaşayan kadınlarla (51.55), düşük nedeni ile gebelik kaybı yaşayan kadınlar arasındaki ilişkiden (58.93) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo incelendiğinde; gebelerin bebek cinsiyetleri ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde bebeğinin cinsiyetini bilmeyen gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (57.53), erkek bebek bekleyen (59.59) ve kız bebek bekleyen (59.75) gebelerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, beklenen bebek cinsiyetleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; kadınların bebeklerinde istedikleri cinsiyet ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde erkek bebek isteyen gebe

kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (61.62), kız bebek isteyen (58.66) ve bebek cinsiyetinin fark etmediğini belirten kadınlardan (58.98) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların bebeklerinde istedikleri cinsiyet ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo incelendiğinde; kadınların gebeliklerini öğrendiklerinde yaşadıkları duygular ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde mutluluk yaşayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (60.68), üzüntü yaşayan (53.43) ve ambivalan duygu yaşayan (59.61) gebelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların gebeliklerini öğrendiklerinde yaşadıkları duygu ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın gebeliğini öğrendiğinde mutluluk yaşayan kadınlarla (60.68), üzüntü yaşayan kadınlar (53.43) arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3.6. Gebe Kadınların Yaşadıkları Rahatsızlıklar ve Prenatal Bağlanmaya İlişkin Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamalarının Dağılımı (2014, Kahramanmaraş)

n = 397						
PRENATAL BAĞLANMAYA İLİŞKİN BAZI ÖZELLİKLER	Sayı	Ortalama Standart Sapma	Min	Max	İstatistiksel Değerler	
Eş ve Çevreden Beklediği İlgiyi Görme Durumu					t	p
Görüyor	370	59.45 ± 10.92	25	83	0.890	0.374
Görmüyor	27	56.20 ± 12.96	32	78		
Gebelikle Birlikte Davranışlarda Olumlu Değişiklik Durumu					t	p
Evet	258	61.62 ± 10.03	39	78	5.885	0.000
Hayır	139	55.04 ± 11.65	25	83		
Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanma Durumu					t	p
Kullanıyor	12	52.17 ± 13.90	22	72	2.283	0.023
Kullanmıyor	385	59.54 ± 10.91	29	83		
Anne olarak Birini Rol Model Alma Durumu					t	p
Evet	96	60.81 ± 11.77	29	83	1.528	0.127
Hayır	301	58.83 ± 10.81	25	80		

t= Independent Samples t Testi

Tablo 4.3.6.'da gebelerin yaşadıkları rahatsızlıklar ve prenatal bağlanmaya ilişkin özelliklerine göre PBE puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; gebelerin eş ve çevresinden beklediği ilgiyi görme durumları ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde beklediği ilgiyi gören gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (59.45), beklediği ilgiyi görmeyen gebelerden (56.20) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kadınların eş ve çevrelerinden bekledikleri ilgiyi görme durumları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo incelendiğinde; kadınların gebelikle birlikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik durumu ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, olumlu değişiklik yaşayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (61.62), olumlu değişiklik yaşamayan (55.04) gebelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelikle birlikte olumlu sağlık davranışlarında değişiklik durumu ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın gebelikle birlikte olumlu sağlık davranışlarında bulunan gebelerin PBE puan ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo incelendiğinde; kadınların gebelikte sigara-alkol kullanma durumları ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde sigara-alkol kullanan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (52.17), sigara-alkol kullanmayan (59.54) gebelerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, sigara-alkol kullanma durumu ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın sigara-alkol kullanmayan gebelerin PBE puan ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Bu araştırmada elde edilen verilere göre; gebelerin anne olarak rol model alma durumları ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde anne olarak birini rol model alan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (60.81), rol model olarak birini almayan gebelerden (58.83) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, anne olarak rol model alma durumları ile PBE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Prenatal Bağlanma Envanteri Toplam Puanının Lineer Regresyon Analizi

	B	Standart Sapma	β	t	Sig.
(Sabit)	72.453	4.604		15.736	0.000*
Yaş	0.163	0.702	0.014	0.232	0.816
Öğrenim	1.293	0.667	0.103	1.938	0.053
Gebelik Sayısı	0.417	1.445	0.026	0.288	0.772
Çocuk Sayısı	-0.748	0.939	-0.072	-0.796	0.426
Gebeliği Planlama	-3.600	1.562	-0.130	-2.304	0.021*
Gebelik Kayıp Nedeni	-0.376	0.529	-0.040	-0.709	0.478
Gebeliğini Öğrendiğindeki His	0.773	0.777	0.052	0.995	0.320
Sağlık Davranışlarında Değişiklik	-6.079	1.121	-0.262	-5.419	0.000*
Sigara-Alkol	-4.788	3.108	-0.074	-1.540	0.124

***p < 0.05 F_(9,387)=6.358**

R = 0.359, R²= 0.129

PBE PUANI = 72.453 + 0.163 (Yaş) +1.293 (Öğrenim) +0.147 (Gebelik Sayısı) -0.748 (Çocuk Sayısı) -3.6 (Gebeliği Planlama)-0.376 (Kayıp Nedeni) +0.773 (His) - 6.079(Sağlık Davranışında Değişiklik)-4.788 (Sigara-Alkol)

Regresyon modelinin genel anlamlılığı test edildiğinde $F = 6.358$, $p < 0.05$ olarak bulunmuştur. Belirlilik kat sayısı ($R^2 = 0.129$) bulunmuş olup gebenin yaşı, gebenin öğrenim durumu, gebelik sayısı, gebenin yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin eş ile planlı olma durumu, daha önce yaşanmış gebelik kayıp nedeni, ilk gebe kaldığı öğrenildiğinde yaşanan duygu, gebelikle birlikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik durumu, gebelikte sigara-alkol kullanımı bağımlı değişken olan prenatal bağlanma düzeyinin %12.9'unu açıklayabilmektedir. Yapılan analiz sonucuna göre; gebeliğin planlı olması ve gebelikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yaş, öğrenim durumu, gebelik sayısı, çocuk sayısı, gebelik kayıp nedeni, gebelik öğrenildiğindeki his, sigara kullanma ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bağlanma, prenatal dönemde anne-bebek arasında başlayan olumlu koşulların sağlanması ile yaşam boyu devam eden, sürekliliği olan bir kavramdır (1). Anne-bebek bağlanması; anne ile bebeği arasında zaman içinde gelişen eşsiz bir sevgi ilişkisidir (8). Literatürde annelik; insan yaşamında en önemli kararlardan biri olan, annenin bebeğine bebeğin de annesine bağlanması için ön koşul olan duygusal bir kavram olarak tanımlanmaktadır (80,112,113). Anne-bebek arasında gelişen bağlanmada annelik kavramının gelişmesi büyük önem taşımaktadır. Literatürde anne-bebek bağlanmasının prenatal dönemde başladığını destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır (5,10,11,15,17). Günümüzde gebelik sürecinin sağlıklı ilerlemesinin, annelik kavramının gelişmesi ve anne-bebek arasındaki bağlanmanın en erken dönemde gerçekleşmesi ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle, araştırmada annelerin bebeklerine bağlanma düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla “Prenatal Bağlanma Envanteri” (PBE) kullanılmıştır. Bu araştırmada annelerin bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu (puan ortalaması 59.31 ± 11.06) belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Bu bulgu araştırmamızın H1 hipotezini desteklemektedir. Yılmaz’ın, perinatal kayıp deneyimlerinin sonraki gebelik üzerine etkisi ve prenatal bağlanmayı incelediği çalışmada, gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (19). Yılmaz ve Beji’nin gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarında (puan ortalaması 60.7 ± 10.1) anne-bebek arasındaki bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (36). Armstrong’un (147) daha önce gebelik kaybı yaşayan gebe kadınların anksiyete durumları ile bağlanmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında (puan ortalaması 57.1 ± 9.1) annelerin bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (14,19). Prenatal dönemde gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeyleri, doğum sonu dönemde anne-bebek arasındaki bağlanma düzeyini etkilemektedir. Prenatal dönemde ve bebeklikte güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi, ilerleyen dönemlerde kişiler arası ilişkilerin sağlıklı kurulmasına ve güvenli ilerlemesinin temelini oluşturmaktadır. Kişilerin ömür boyu sosyal hayatını etkileyen bu gibi nedenlerden dolayı, prenatal dönemde gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek bulunması önemli bir bulgudur.

Literatürde bağlanmanın önemli bir parçasını oluşturan prenatal dönemde anne-bebek arasındaki ilişkiyi etkileyen birçok faktör bulunduğu belirtilmektedir. Yaş, öğrenim durumu, ekonomik durum, sosyal destek mekanizmaları, gebelik sayısı, sahip olunan çocuk sayısı gibi faktörler anne-bebek arasındaki bağlanmada bireysel farklılıklara neden olmaktadır. Bu farklılıklar bağlanmanın güvenli ya da güvensiz olmasını etkileyebilmektedir. Literatürde özellikle; gebenin yaşı, eğitim durumu, gebeliğin istemli olup olmaması, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, fetal hareketlerin hissedilmesi, gebelikte sağlık davranışlarında değişiklik olmasının annelerin bebeklerine bağlanma düzeyini etkilediği belirtilmektedir (11,19,30,31,33).

Bu araştırmada gebelerin bebeklerine bağlanmalarını etkileyeceği düşünülen faktörlerden biri gebe kadınların yaşlarıdır. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre; 19 yaş ve altı gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 62.50), 20-24 yaş (puan ortalaması 59.10), 25-29 yaş (puan ortalaması 59.01), ve 30 yaş üzerindeki (puan ortalaması 58.52) gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 19 yaş ve altı gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeyleri diğer yaş grubundaki gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($F= 1.505$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.2). Lindgren'in ve Kennel'in gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarda yaşı prenatal bağlanmayı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (33,132). Yali ve Lobel'in riskli gebeliklerle başa çıkmayı inceledikleri çalışmalarında; genç gebe kadınların anneliğe daha çok hazırlandıkları belirlenmiştir (156). Ülkemizde Yılmaz'ın gebe kadınlar ile yaptığı çalışmalarda prenatal bağlanma düzeyi genç kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (36). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Genç gebe kadınların bebeklerine daha çok bağlanmalarının; kendilerini anneliğe daha hazır hissetmeleri, anne olmayı daha çok istemelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, kültürel farklılıklar sebebiyle sosyal statü kazanma ya da ailede daha fazla değer görme gibi nedenlerden kaynaklanmış olabileceği göz ardı edilmemelidir. Bunun aksine Yılmaz'ın perinatal kayıp deneyimlerinin sonraki gebelik üzerine etkilerini incelediği çalışmada, 35 yaş ve üzeri gebe kadınların prenatal bağlanma envanteri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (19). Bu çalışmada yaş ilerledikçe prenatal bağlanmanın artmasında; perinatal kayıp yaşama nedeniyle çocuk sahibi olamama, doğurganlık çağının sonuna yaklaşımdan dolayı kaynaklanan stres gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların öğrenim düzeylerinin, bebeklerine bağlanma düzeylerinin etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur. Lise ve üzeri öğrenim gören gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 61.85), okur-yazar (puan ortalaması 57.34), ilkokul (puan ortalaması 58.11) ve ortaokul mezunu kadınlara (puan ortalaması 59.79) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($F=2.448$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.2). Yılmaz ve Beji'nin gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarında, öğrenim düzeyi yüksek kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (36). Yali ve Lobel'in gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarında eğitim durumunun gebeliğe özgü sıkıntılarla başa çıkmada etkili olduğu, eğitim düzeyi arttıkça gebe kadınların gebeliğe özgü sıkıntılarla daha iyi baş ettiği, olumsuz sağlık davranışlarına daha az yöneldiği belirlenmiştir (156). Yılmaz'ın perinatal kayıp deneyimlerinin sonraki gebelik üzerine etkisini incelediği çalışmasında; öğrenim düzeyi düşük gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (19). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada gebe kadınların öğrenim düzeyleri arttıkça bebeklerine bağlanma düzeylerinin artması; annelik ve gebeliğe ilişkin hazır oluşluğun artmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, sosyal medya, internet gibi bilgi ağlarını kullanma düzeylerinin artması, gebelik ve bebek bakımına yönelik bilgi edinebileceği kaynaklara daha kolay ulaşmaları nedeniyle olabileceği düşünölmektedir.

Araştırmamızda, gebe kadınların ekonomik durumlarının prenatal bağlanma düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($F=0.045$, $p > 0.05$). Yılmaz'ın perinatal kayıp deneyimlerinin sonraki gebelik üzerine etkisini incelediği çalışmada (19), Yılmaz ve Beji'nin gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarında ekonomik durumun prenatal bağlanmayı etkilemediği belirtilmektedir (36). Literatürdeki bu çalışma ile bulgumuz benzerlik göstermektedir. Bu durumda anne-bebek arasındaki bağın kurulmasında ekonomik faktörlerin etkili olmadığı düşünölebilir. Champagne ve Meaney'in gebe hayvanlar üzerinde deneysel olarak yaptıkları çalışmalarında, çevresel faktörlerin ve ekonomik durumun annenin çocuğuna gösterdiği sevgi ve bakımı etkilediği belirtilmektedir (148). Ancak bu çalışmanın prenatal bağlanmayla direk ilişkili olmaması göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızda ekonomik durumun bağlanmayı etkilememesinin, ekonomik durumu orta seviyede olan (orta geliri olan gebe sayısı 252) gebe sayısının,

yüksek geliri olan (yüksek geliri olan gebe sayısı 120) ve düşük geliri olan (düşük geliri olan gebe sayısı 25) gebe sayısından fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği dikkate alınmalıdır. Ayrıca ekonomik durumun prenatal bağlanmayı etkilemediği de düşünülebilir.

Bu araştırmada gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlerden bir diğeri gebelik sayısıdır. 1-2. gebelik sayısına sahip olan kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 60.73), 3-4 (puan ortalaması 57.95) ve 5 ve üzeri gebelik sayısına sahip olan kadınlara (puan ortalaması 56.90) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($F= 3.976$, $p < 0.05$). Walker ve ark.'nın doğum sonu dönemde annelik rolünün başarısını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebelik sayısı azaldıkça gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (127). Yılmaz ve Beji'nin gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarında gebelik sayısı azaldıkça gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (19,36). Literatürdeki bu araştırmalar bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada 1 ve 2. gebelikleri olan kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olmasının, daha heyecanlı ve bebek sahibi olma konusunda daha istekli olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Gebe kadınlarla yapılan bazı çalışmalarda ise gebelik sayısı ile bağlanma düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır (55,157). Bu çalışmalarda gebelik sayısının bağlanmayı etkilememesi, araştırmaların farklı kültürde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yapılan araştırmada, gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlerden bir diğeri yaşıyan çocuk sayıları olduğu saptanmıştır. 1 çocuğa sahip olan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 60.81), 2 (puan ortalaması 58.15) ve 3 ve üzeri çocuğa (puan ortalaması 55.13) sahip gebe kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada gebe kadınların çocuk sayısının fazla olmasının bebeklerine bağlanma düzeylerini azalttığı bulunmuştur ($F= 5.060$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.4). Yılmaz ve Beji'nin prenatal bağlanma düzeyleri ile etkileyen faktörleri incelediği çalışmada yaşıyan çocuğu olmayan gebelerin bebeklerine bağlanmaları, bir ve daha fazla yaşıyan çocuğu olan kadınlardan yüksek bulunmuştur (19,36). Akbaş ve ark. gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisini inceledikleri çalışmada; yaşıyan çocuğu olmayan gebelerde

depresyon belirtilerinin daha az görüldüğünü belirtmişlerdir (44). Condon ve Berryman'ın gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (55,157). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, sahip olunan çocuk sayısı arttıkça bağlanma düzeylerinin azalmasının, çocuğu olmayan ya da az çocuğa sahip kadınların, bir bebeğe sahip olma konusunda daha istekli olmalarından kaynaklanmış olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmada gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlerden biri gebeliğin eş ile birlikte planlama durumudur. Gebeliğini eş ile planlayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 60.35), gebeliğine planlayarak sahip olmayan kadınlara (puan ortalaması 56.20) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebeliğini eş ile planlayan kadınların bebeklerine bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($F = 3.793$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.4). Yapılan regresyon analizine göre; gebeliğin planlı olması ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($F = 6.358$, $p < 0.05$) (Tablo 4.4). Lerum'un prenatal bağlanma ile gebelik semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında gebeliğin planlı olması ile bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (29). Peppers ve Knapp'ın perinatal kayıplara annelerin verdiği yanıtları inceledikleri çalışmalarında, gebeliği planlamanın bağlanmayı artırdığı belirtilmiştir (10). Brockington ve ark'nın doğum sonu dönemde bağlanmayı inceleyen araştırmasında gebeliğin planlı olmasının bağlanmayı artırdığı bulunmuştur (140). Yılmaz ve Beji'nin gebe kadınlarla yaptığı çalışmalarında, planlı gebeliğin bebeğe bağlanmayı artırdığı belirtilmektedir (19,36). Yapılan çalışmalarda, gebeliğin planlı olan kadınların maternal-fetal bağlanmasının gebeliği planlı olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (79,158,159). Literatürdeki bu çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Gebeliğine eş ile karar vererek sahip olan gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olmasının, kadınların kendisi için en uygun zamanda bir bebeğe sahip olmaları ve bu bebekleri istemelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Gebeliğin istenen zamanda olması ve gebe kalmaya hazır olma, hem gebeliğin sağlıklı ilerlemesi hem de prenatal dönemde bağlanma düzeyleri açısından önemlidir.

Bu araştırmada gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlerden bir diğeri gebelik kayıp sayısıdır. Bu çalışmada; daha önce gebelik kaybı yaşamayan gebe kadınların (puan ortalaması 59.87) bebeklerine bağlanma düzeylerinin, gebelik kaybı yaşayan kadınlara göre (puan ortalaması 57.81) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t = 1.651, p > 0.05$). Gebelik kayıp sayıları ile gebelerin bağlanma düzeyleri incelendiğinde; daha önce 1 gebelik kaybı yaşayan gebe kadınların bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 57.01), 2 kayıp (puan ortalaması 59.92) ve 3 ve üzeri kayıp yaşayan (puan ortalaması 58.00) gebe kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($F = 0.617, p > 0.05$). Ancak, gebe kadınların daha önceki gebelik kayıpları ve gebelik kayıp sayıları ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yılmaz ve Beji'nin perinatal kayıp deneyimlerinin mevcut gebeliğe etkilerini inceledikleri çalışmada, daha önce gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan gebeler arasında gebelikte anne-bebek bağlanma düzeyleri bakımından fark olmadığı bildirilmiştir (20). Literatürdeki bu çalışma ile bulgumuz benzerlik göstermektedir. Armstrong ve Hutti'nin gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarında, geçmişte kayıp öyküsü olan gebelerde anksiyetenin arttığı, kaygı ve depresyon belirtilerinin daha çok görüldüğü ve yoğun bir biçimde bebeğini kaybetme korkusu yaşamaları sebebiyle prenatal bağlanma düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (14). Armstrong'un perinatal kayıp yaşayan gebe kadınları incelediği başka bir çalışmasında, bu kadınların bir sonraki gebeliklerinde kaygı ve depresyon belirtilerini daha çok yaşadıkları ve prenatal bağlanmanın da daha düşük olduğu belirlenmiştir (147). Körükcü ve Kukulü'nün perinatal kaybın ebeveynlere yansımaları inceledikleri derleme çalışmasında; perinatal kayıp yaşamış ebeveynlerin en az %80'inin 18 ay içerisinde yeniden gebe kaldığı belirtilmektedir (160). Bu nedenle perinatal kayıp yaşayan gebelerin prenatal bağlanma açısından riskli grup olarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Araştırmamızda gebelik kaybı ve gebelik kayıp sayılarının prenatal bağlanmayı etkilememesinde; gebelik kaybı yaşamayan gebe kadınların sayısının (gebelik kaybı yaşamayan gebe sayısı 289), gebelik kaybı yaşayan gebe kadınların sayısından (gebelik kaybı yaşayan gebe sayısı 108), fazla olması ve daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların çoğunun (%63.9) az kayıp yaşamaları göz ardı edilmemelidir.

Yapılan araştırmada, kadınların bebeklerine bağlanmalarını etkileyen faktörlerden biri de, gebelerin daha önceki gebelik kayıp nedenleridir. Gebelik kayıp nedeni “düşük” olan gebelerin bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 58.93), “dış gebelik” nedeni ile

bebeğini kaybeden (puan ortalaması 51.55) ve gebelik kayıp nedenini bilmeyen gebe kadınlardan (puan ortalaması 57.64) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Daha önce düşük nedeni ile gebelik kaybı yaşayan kadınların bebeklerine bağlanmaları daha yüksek bulunmuştur ($F = 2.211$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.5). Literatürde gebelik kayıp nedenlerinin prenatal bağlanma ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmada “düşük” nedeni ile daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların bebeklerine daha çok bağlanmalarının, bebeklerine sahip olma konusunda daha istekli olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada gebe kadınların gebelikle birlikte sağlık davranışlarında değişiklik durumlarının, bebeklerine bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Gebelikle birlikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik yaşayan gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 61.62), sağlık davranışlarında değişiklik olmayan gebe kadınlara (puan ortalaması 55.04) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelikle birlikte sağlık davranışlarında değişiklik olan kadınların bebeklerine bağlanmaları daha yüksek bulunmuştur ($F = 5.885$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.6). yapılan regresyon analizine göre; gebelikle birlikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik durumu ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($F = 6.358$, $p < 0.05$) (Tablo 4.4). Lindgren’in gebe kadınlarda maternal-fetal bağlanma ile prenatal depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında; gebelikte güvenli bir anne-bebek bağlanması ile olumlu sağlık davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu davranışların; sigara-alkol ve yasal olmayan ilaçlardan kaçınma, doğum öncesi bakım alma ve bakıma katılma, sağlıklı beslenme, uyku alışkanlığı, uygun egzersizler yapma, emniyet kemeri kullanma gibi davranışlar olduğu saptanmıştır (33,35). Gebelikte olumlu sağlık davranışlarından biri de gebelik süreci ve bebeğine ilişkin bilgi alma isteğidir. Bu davranışla birlikte gebelik süresince bilgilendirilen annelerin doğum sonu dönemde bebeklerine daha yakın ve olumlu davranışlar içinde oldukları belirtilmiştir (79). Gebelikte olumlu sağlık davranışlarından bir diğeri de gebenin düzenli olarak kontrollere gitmesidir. Gebeliklerinde düzenli olarak kontrole giden annelerin maternal bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (161). Literatürdeki bu olumlu sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada olumlu sağlık davranışları arttıkça bağlanmanın

artması; gebeliğin istenilen bir durum olduğunu, kadınların kendi sağlıklarına dikkat ettikleri ve bebeğin sağlığını korumaya çalıştıklarını gösterebilir.

Araştırmamızda kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlerden bir diğeri de, gebelikte sigara-alkol kullanma durumlarıdır. Gebelikte sigara-alkol kullanan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 52.17), sigara-alkol kullanmayanlardan (puan ortalaması 59.54) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelikte sigara-alkol kullanmayan gebelerin bebeklerine bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($t = - 2.283$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.6). Gebe kadınlar üzerinde yapılan çalışmalar sigara-alkol kullanmayan gebe kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir. (33,35). Yali ve Lobel'in 167 gebe kadınla yaptığı gebeliğe özgü sıkıntılarla başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; sigara-alkol kullanımının gebelikte yaşanan stresle başa çıkma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (156). Literatürdeki çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada gebeliğinde sigara-alkol kullanmayan gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin daha yüksek olması; gebeliğin istenildiğini, kadınların kendilerini ve bebeklerini korumaya daha istekli olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada kadınların bebeklerine bağlanmalarını etkileyen faktörlerden bir diğeri, gebelik durumu öğrenildiğinde gebe kadınların yaşadıkları duygu durumlarıdır. Gebelik durumu öğrenildiğinde yaşanan duygu ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Gebeliğini öğrendiğinde mutluluk yaşayan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin (puan ortalaması 60.68) , gebeliğini öğrendiğinde üzüntü yaşayan gebelere göre (puan ortalaması 53.43) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliğini öğrendiğinde mutlu olan gebelerin bebeklerine daha çok bağlandıkları saptanmıştır ($F = 9.034$, $p < 0.05$) (Tablo 4.3.5). Literatürde kadınların gebe kaldıklarını öğrendiklerinde yaşadıkları duygu durumları ile prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmada gebeliğini öğrendiğinde mutluluk yaşayan kadınların bebeklerine daha çok bağlanmasının; isteyerek gebe kalmaları, bu nedenle de anne olmaya daha istekli ve hevesli olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu çalışma, ülkemizde prenatal bağlanmaya ilişkin yapılan ilk çalışmalardan biri olması açısından önem taşımaktadır. Annelerin bebeklerine bağlanma düzeylerini etkileyen faktörler incelendiğinde; yaş, gebenin öğrenim düzeyi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin eş ile planlı olma durumu, gebelikle birlikte sağlık davranışlarında değişiklik durumu, gebelikte sigara-alkol kullanma durumu, daha önce yaşanmış gebelik kayıp nedeni, gebelik öğrenildiğinde yaşanan duygu olduğu belirlenmiştir (18,36,40,42). Bu araştırmada gebe olan kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek bulunması önemli bir bulgudur. Bu sonuç, bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hemşirelerin bakım verdikleri gebeleri değerlendirirken bu faktörlerin göz önünde bulundurulması açısından yol gösterici olacaktır. Böylece hemşirelerin, gebelerin bebeklerine bağlanmalarını artırmaya yönelik sorgulama, problem çözme gibi profesyonel ve bağımsız rolleri de gelişecektir. Aynı zamanda hemşireler bağlanması zayıf olan gebe kadınların, gebelikte sağlık davranışlarına ilişkin sorgulamaları daha etkin yapmalı ve gerekli eğitimler konusunda aktif rol oynamalıdır. Bu açıdan hemşireler; sağlık profesyonelleri içerisinde gebelerle en çok karşılaşan grup olmaları nedeniyle, gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerini artırma konusunda kilit role sahiptir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar üç grup altında incelenmiştir.

1. Gebe kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar,
2. Gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerini etkileyebilecek değişkenlere ilişkin sonuçlar,
3. Gebe kadınların prenatal bağlanma envanterinden aldıkları puan ortalamalarının prenatal dönemde bağlanmayı etkileyeceği düşünülen faktörlerle ilişkisine yönelik sonuçlar,
4. Regresyon analizine yönelik sonuçlar.

6.1.1. Gebe Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Kadınların %35'inin 20-24 yaş grubunda oldukları belirlenmiştir. %61.2'sinin il merkezinde yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %42.1'inin ilkokul mezunu olduğu, %97.7'sinin çalışmadığı, %93.5'inin sağlık güvencesinin olduğu, %69.8'inin çekirdek aile tipine sahip olduğu, %63.5'inin ekonomik düzeyinin orta seviyede olduğu saptanmıştır.

Kadınların eşlerinin %36'sının ilkokul mezunu olduğu, %96'sının çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

6.1.2. Gebe Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerini Etkileyebilecek Değişkenlere İlişkin Sonuçlar

Kadınların %58.7'sinin 19 yaş ve altında evlenmiş olduğu, %52.9'unun 1–5 yıl arasında evlilik yılının olduğu, %36.3'ünün görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak evlendiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).

Kadınların %53.7'sinin 1–2. gebelikleri olduğu, %68.3'ünün çocuk sahibi olduğu, %43.5'inin 1 çocuğunun olduğu, %79.8'inin gebeliğini eşi ile planladığı, %35.5'inin 36

hafta ve üzerinde gebelik haftası olduğu, %80'inin 3. trimesterde olduğu, %18.1'inin bulantı-kusma yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).

Kadınların %72.8'inin daha önce gebelik kaybı yaşamadığı, gebelik kaybı yaşayanların %63.9'unun 1 kayıp yaşadığı, %63.9'unun düşük nedeni ile gebelik kaybı yaşadığı, %42.8'inin erkek bebek bekledikleri, %62.5'inin bebek cinsiyetine önem vermedikleri, %75.2'sinin gebeliğini öğrendiğinde mutluluk yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

Kadınların %97.5'inin gebeliğini ailesinin onayladığı, %93.2'sinin eş ve çevreden beklediği ilgiyi gördüğü, %99.5'inin bebek hareketlerini hissettiği, %95.5'inin gebeliği sonlandırma düşüncesinde hiç bulunmadığı, %92.9'unun kontrollere düzenli geldiği, %65'inin gebelikle birlikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik yaşadığı, %97'sinin sigara-alkol kullanmadığı, %75.8'inin anne olarak örnek aldığı kimsenin olmadığı, anne olarak rol model alanların %51'inin kendi anne ya da kayınvalidesini örnek aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

6.1.3. Gebe Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Prenatal Dönemde Bağlanmayı Etkileyeceği Düşünülen Faktörlerle İlişkisine Yönelik Sonuçlar

6.1.3.1. Prenatal bağlanma envanteri toplam puanlar

Gebe kadınların prenatal bağlanma envanterinden alabilecekleri maksimum puan “84” tür. Bu değer, gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin en yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Kadınların prenatal bağlanma envanterinden alabilecekleri minimum puan “21”dir. Bu değer ise, gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin en az düzeyde olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada kadınların prenatal bağlanma envanteri toplam puan ortalamasının 59.31, prenatal bağlanma envanterinden aldıkları minimum puanın “25”, maksimum puanın ise, “83” olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Bu sonuç, gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu araştırmamızın H₁ hipotezini desteklemektedir.

Kadınların 19 yaş ve altı PBE puan ortalamalarının (62.50), 20 – 24 yaş (59.10), 25 – 29 yaş (59.01) ve 30 yaş ve üzeri (58.52) puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların öğrenim düzeyleri ile PBE puan ortalamaları arasında ki ilişki incelendiğinde; lise ve üzeri öğrenim gören kadınların puan ortalamalarının (61.85), okuryazar olan kadınlara (57.34), ilkokul mezunu kadınlara (58.11) , ortaokul mezunu kadınlara (59.79) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelik sayısı ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 1–2. gebeliği olan kadınların puan ortalamalarının (60.73), 3–4. gebeliği olan kadınlara (57.95) ve 5 ve üzeri gebeliği olan kadınlara (56.90) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaşayan çocuk sayısı ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşayan çocuk sayısı 1 olan kadınların puan ortalamalarının (60.81), yaşayan çocuk sayısı 2 olan kadınlardan (58.15) ve yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzeri olan kadınlara (55.13) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebeliğin eş ile planlı olma durumu ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; gebeliğini eşi ile planlayan kadınların puan ortalamalarının (60.35), planlamayan kadınlara (56.20) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Daha önce yaşanmış gebelik kayıp nedenleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; düşük nedeni ile gebelik kaybı yaşayan kadınların puan ortalamalarının (58.93), dış gebelik nedeni ile gebelik kaybı yaşayan kadınlara (51.55) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelik durumu öğrenildiğinde yaşanan duygu ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; gebeliğini öğrendiğinde mutluluk yaşayan kadınların puan ortalamalarının (60.68), gebeliğini öğrendiğinde üzüntü yaşayan kadınlara (53.43) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelikte birlikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik durumu ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; olumlu sağlık davranış değişikliği yaşayan kadınların puan ortalamalarının (61.62), olumlu sağlık davranış değişikliği yaşamayan kadınlara (55.04) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelikte sigara-alkol kullanma durumu ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara-alkol kullanmayan kadınların puan ortalamalarının (59.54), sigara-alkol kullanan kadınlara (52.17) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.2, Tablo 4.3.4, Tablo 4.3.5, Tablo 4.3.6).

Bunun yanında kadınların yaşadıkları yer, sağlık güvencesi, aile tipi, gebenin çalışma durumu, ekonomik durum, eşin öğrenim düzeyi, eşin çalışma durumu, evlenme yaşı, evlilik yılı, evlenme şekli, çocuk sahibi olma durumu, gebelik haftası, gebelik kaybı, bebek cinsiyeti, gebeliğe ailenin onayı, eş ve çevreden beklediği ilgiyi görme, gebeliği sonlandırma düşüncesinde bulunma, anne olarak birini rol model alma durumunun PBE puan ortalamaları üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, bu değişkenlere göre PBE puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.3.2, Tablo 4.3.3, Tablo 4.3.4, Tablo 4.3.5, Tablo 4.3.6).

6.1.4. Regresyon analizine yönelik sonuçlar

Yapılan regresyon analizi sonucuna göre; gebeliğin planlı olması ve gebelikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklik ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.4).

6.2. Öneriler

Yapılan araştırma sonucunda, gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeyleri düşük olan gebe kadınların belirlenmesi amacıyla;

- Prenatal bakım sırasında; 30 yaş ve üzeri, öğrenim düzeyi düşük, gebelik ve çocuk sayıları fazla, gebeliği planlı olmayan, daha önce gebelik kaybı yaşayan, gebeliğini öğrendiğinde mutsuz olduğunu belirten, gebelikte olumlu sağlık davranışlarında bulunmayan ve sigara-alkol kullanan gebeler dikkatli biçimde değerlendirilmelidir.
- Bağlanma düzeyi düşük olan ve risk taşıyan gebeler tespit edilmeli, bu gebelerin bakımlarına öncelik verilmelidir.

- Gebe kadınların bebeklerine bağlanmalarının önemi konusunda bilinçlenmesi ve farkındalığın artırılmasına yönelik çalışmalar planlanıp, uygulanmalıdır.
2. İstenmeyen gebeliklerin ve fazla çocuğa sahip olmanın zayıf bağlanmaya neden olması ile kadınların aile planlaması yöntem seçiminde söz sahibi olmamaları nedeniyle;
- Kadınların aile planlaması hizmetleri ve yöntem seçiminin belirlenmesine yönelik çalışmalar planlanıp, uygulanmalıdır.
 - Kadınların aile planlaması yöntem seçimlerine yönelik düzenlenecek eğitim programları ile bilinçlendirilerek; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi sağlanmalıdır.
 - Aile planlaması eğitim programlarında yöntem seçimine kadın ve erkeğin birlikte katılımının sağlanması ve bilinçlendirilmesidir.
3. Gebelikte hem kadın hem de bebeğin sağlığını korumaya yönelik olumlu sağlık davranışlarının öneminin bilinmemesi nedeniyle;
- Gebelik eğitim sınıflarının oluşturulması ve katılımın sağlanması açısından destek mekanizmalarıyla iletişime geçilmelidir.
 - Eğitim sınıflarına kadın eşi ile birlikte katılımı sağlanarak farkındalık çift yönlü sağlanmalıdır.
 - Gebelikte olumlu sağlık davranışlarının önemi belirtilmeli, gerektiğinde risk grupları takip edilmelidir. Doğum öncesi bakıma yönelik gebeler cesaretlendirilmelidir.
 - Gebelikte sigara-alkol kullanımına yönelik önlemler alınmalı ve danışmanlık sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 1: Attachment (2.Ed-1982), New York: Basic Books., 1969.
2. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 2: Separation, New York: Basic Books, 1973.
3. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression, New York: Basic Books, 1980.
4. Bowlby J.A secure base: Parent-child attachment and healthy human development, New York: Basic Books, 1988.
5. Cranley MS. Development Of A Tool For The Measurement Of Maternal Attachment During Pregnancy.Nursing Research. 1981;30(5):4-281.
6. Muller ME. Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 1996;25:161-166
7. Robinson M, Baker L ve Nackerud L. The relationship of attachment theory and perinatal loss.Death Studies. 1999;23(3):70-257.
8. Muller ME.A questionnaire to measure mother- to- infant attachment.J Nurs Meas. 1994;2(2):41-129.
9. Kennell J. H., Slyter H. ve Klaus M. H.The mourning response of parents to the death of a newborn infant.The New England Journal of Medicine. 1970; 283(7): 344-349
10. Peppers LG ve Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. Psychiatry. 1980;43(2):155.
11. Lumley JM. Attitudes to the fetus among primigravidae.Australian Pediatric Journal 1982;18:106-109
12. Fonagy P, Steele H ve Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Development.1991;62:891-905.
13. Bloom KC, The development of attachment behaviors in pregnant adolescents.Nursing Research. 1995;44(5):284-289
14. Armstrong DS ve Hutti MH.Pregnancy after perinatal lose. Journal of obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing. 1998;27(2).

15. Siddiqui A ve Hagglof B.Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother- infant inreraction?. Early Human Development. 2000;59: 13-25
16. Porter RH, Winberg J ve Varendi H. Prenatal Preparation for Early Postnatal Olfactory Learning:Prenatal development of postnatal functions, Westborg: Praeger Publishers, 2005.
17. Cannella BL.Maternal-fetal attachment: an integrative review. Journal of Advanced Nursing.2005;50(1): 8-60
18. Kavlak O ve Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi., 2009;6(1): 188-202.
19. Yılmaz SD. Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010.
20. Yılmaz SD ve Beji NK. The effects of perinatal loss on the current pregnancy in Turkey.Midwifery, 2013;29:1272-1277.
21. Hazan C ve Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. Psychol Inquiry, 1994;1: 1-22.
22. Bartholomev K ve Shaver P, Methods of assessing adult attachment: Attachment Theory and Close Relationships, New York: Guildford, 1998.
23. Ainsworth MS ve Marvin RS. On the shaping of attachment theory and research.Monographs of the Society for Research in Child Development, 1995;60(2): 3-21.
24. SiddiquiA, Hagglof B ve Eisemann M. Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2000;18:67-74.
25. Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S ve ark. Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. J Child Psychol Psychiatry, 2007;48(3-4):262-287.
26. Terry A. Conceiving and Investigating Motherhood: The Decade's Scholarship. Journal of Marriage and the Family, 2000;62:1192-1207.
27. Sabuncuoğlu O ve Berkem M. Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. Turk Psikiyatri Derg, 2006;17:252-258.

28. Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E ve Wall S., Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, Oxford, England: Lavrence Erlbaum, 1978.
29. Lerum CW ve LoBiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 1989;16(1): 1-7.
30. Muller ME ve Ferketich S. Assessing the validity of the dimensions of prenatal attachment. *Maternal-Child Nursing Journal*, 1992;20(1):1-10.
31. Sitrin L. Parental coping after miscarriage, stillbirth, neonatal death and infant death. The California School of Professional Psychology,, Alameda, 1994.
32. Priel B ve Besser A. Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1999;18:240-253.
33. Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health*, 2001;24(3):203-217.
34. Brisch KH, Treating attachment disorders, New York: Guilford Press, 2002.
35. Lindgren K. A comprasion of pregnancy health practices of women in innercity and small urban communities. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2003;32: 321-313.
36. Yılmaz SD ve Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel tıp dergisi*, ;20(3):99-108, 2010.
37. Ainsworth MS ve Bowlby J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 1991;46(4):333-341.
38. Robin. R. Maternal tasks in pregnancy. *J Adv Nurs*, 1976;1(5):367-376.
39. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E ve Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*., 2005;8:88-99.
40. Kavlak O ve Şirin A. Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2007;23(2): 94-183.
41. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ ve Üstündağ MF. Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011;3(2):321-342.

42. Yılmaz S. Prenatal-Fetal Attachment. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2013;10(3):28-33.
43. Laxton KM ve Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a women's experience of pregnancy and implications for the process of care. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2002;20:253-266.
44. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş A.H. ve Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008;45:85-91.
45. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. J Adv Nurs, 1976;1(5):367-376.
46. Şen S. Anneanne-anne-bebek bağlanması incelenmesi. Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, 2007.
47. Öztürk MO, Ruh sağlığı ve bozuklukları, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002.
48. Thompson RA, Attachment theory and research. In Child and Adolescent Psychiatry, 3rd Ed. (Ed M Lewis), Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins,, 2002.
49. Güleç D ve Kavlak O. Baba-bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. International Journal of Human Sciences, 2013;10(2): 81-170.
50. Ard NC. Prenatal and postnatal attachment in adolescent mothers. J Child Fam Nurs, 2000;3(5): 25-313.
51. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh, 2004;36(3): 32-226.
52. Bretherton I. "The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth". Developmental Psychology, 1992;28(5):759-775.
53. Mercer RT ve Ferketich SL. Maternal -infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. Nurs Res, 1994;43(6): 51-344.
54. Muller ME. Development of the Prenatal Attachment Inventory. Western J Nurs Res, 1993;15(2):199-211.
55. Condon JT ve Corkindale C. The Correlates of Antenatal Attachment in Pregnant Women. Br J Med Psychol, 1997;70(4):72-359.

56. Mikulincer S ve Shaver PR, Attachment in adulthood: Struchture, Dynamics and change, New York: Guilford Press, 2007.
57. Hazan C, Gur-Yaish N ve Campa M, What does it mean to be attachment. Adult attachment theory, research and clinical implications, New York: The Guilford Press, 2004.
58. Jeager E, Hahn N.B ve Weinraub M. Attachment in Adult Daughters of Alcoholic Fathers. *Addiction*, 2000;95(2):267-276.
59. Hazan C ve Shaver PR. Bağlanma: yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve. *Psychological Inquiry*, 1994;5(1):1-2.
60. Rholes WS ve ark. Adult Attachment Styles, the Desire to Have Children and Working Models of Parenthood. *Journal of Personality*, 1997;65(2):357-385.
61. Erdoğan A. Çocuğun Psikososyal Gelişiminde Babanın Rolü. *Yeni Symposium*, 2004;42(4):147-153.
62. Phoenix A, Woollett A ve Lloyd E. *Psychological Views of Mothering*, Motherhood: Gender and Psychology: meanings, Practices and Ideologies, ed, SAGE Publications, 1991.
63. Gewirtz JL ve Nogueras MP. Skinner's legacy to human infant behavior and development. *Am Psychol*.1992;11(47):1411-1422.
64. Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP ve ark. Adult attachment and adult child-order parent relationships. *Am J Orthopsychiatry*, 1993;63(4):606-613.
65. Akkoca Y. Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı., Ankara, 2009.
66. Ress C. Children's attachment. *Paediatrics and Child Health*, 2011;22(5):186- 192.
67. Alantar Z. ve Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008;9:97-104.
68. Waters E, Posada G, Crowell J ve ark. The development of attachment: from control system to working models. *Psychiatry*, 1994;57:32-42.
69. Lewis M, Models of developmental psychopathology. *Handbook of developmental psychopathology*, M Lewis, S Lewis (Ed), New York: Plenum Press, 1990.
70. Roe KV ve Drivas A. Planned coception and infant functioning at age three months: a cross-cultural study. *Am J Orthopsychiatry*, 1993;63(1):120-125.

71. Morgan CT, Psikolojiye Giriş: Ders Kitabı, Ç. S. Karakaş, Dü., Ankara: H.Ü. Psikoloji Bölümü. Meteksan, 1991.
72. Soysal AŞ, Ergenekon E ve Eroğlu D. Bebekleri tanı açısından yüksek-standart risk altında olan annelerin duygudurumlarının kısa süreli yardım grupları ile değerlendirilmesi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 2000;8:106-111.
73. Schaffer HR ve Emerson PE. The development of social attachments in infancy. Monographs of the Society For Research in Child Development, 1964;29(3).
74. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. Child Dev, 2000;71:690-694.
75. Kaplan N, Main M ve Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Monographs of the society for Research in Child Development, 1985;50(1-2):66-104.
76. Kobak RR ve Sceery A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. Child Dev, 1988;59(1):135-146.
77. Hazan C ve Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol, 1987;52(3):511-524.
78. Eder R ve Mangelsdorf S, The emotional basis of early personality development: Implications for the self concept, Handbook of Personality Psychology, ., Academic Press, 1997.
79. Can G., Anne- yenidoğan bağının önemi. Ekşi A. Ed. Ben hasta değilim- Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2010.
80. Şener S ve Karacan E., Anne –Bebek-Çocuk Etkileşiminde Olumlu ve Olumsuz Özellikler. Ed: Kişi A. Ben Hasta Değilim –Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, 35-44: Nobel Tıp Kitabevi, 1999.
81. Keskin G ve Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008;9:139-147.
82. Kaplan HI, Sadock BJ ve Grebb JA, Synopsis of Psychiatry, Baltimore: Mary Land Press, 1994.

83. Joseph R, *The Right Brain and the Unconscious Discovering the Stranger Within*. New York: Plenum Press., 1992.
84. Bowlby J, *The Making and Breaking of Affectional Bonds*, London: Tavistock Publications, 1979.
85. Rodriquez CM ve Tucker MC. Behind the cycle of violence, beyond abuse history: a brief report on the association of parental attachment to physical child abuse potential. *Violence Vict*, 2011;26(2):246-256.
86. Latzer Y, Hochdorf Z, Bachar E ve Canetti L. Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemp Fam Ther*, 2002;24(4):581-599.
87. Fonagy P., Introduction to attachment theory. In: P. Fonagy (editor). *Attachment theory and psychoanalysis.*, New York: Other Press, 2001.
88. Lee EJ. The attachment system throughout the life course: Review and criticisms of attachment theory. Çevrimiçi. Available: <http://www.personalityresearch.org/papers/lee.html>. Erişildi: 14. 12. 2014.
89. Bartholomew K ve Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*, 1991;61:226-244.
90. Karen R, *Becoming attached*, Oxford University Press, 1998.
91. Tutarel-Kışlak Ş ve Çavuşoğlu Ş. Evlilik uyumu, bağlanma biçimleri, yüklemeler ve benlik sayısı arasındaki ilişkiler. *Aile ve Toplum. Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2006;9:61-69.
92. Nakash-Eisikovits O, Dutra L ve Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002;41:1111-1123.
93. Fukunishi I, Sei H, Morita Y ve R. RH. Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999;46(6):579-589.
94. Troisi A, D'Argenio A, Peracchio F ve Petti P. Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001;189(5):311-316.
95. Montebanarcci O, Codispoti M, Baldaro B ve Rossi N. Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 2004;(36):499-507.

96. Wearden A, Cook L ve Vaughan-Jones J. Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003;55:341-347.
97. Şenkal İ. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2013.
98. Pollock PH ve Percy A. Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse Negl*, 1999;23(12):1345-1357.
99. Moncher FJ. The relationship of maternal adult attachment style and risk of physical child abuse. *J Interpers Violence*, 1996;11(3):335-350.
100. Figueiredo B., A. Bifulco, A. Pacheco, R. Costa ve R. Magarinho. Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development*, 2006;8(2).
101. Kökçü F ve Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*, 2010;21:309-318.
102. Eng W, Heimberg RG, Hart TA ve ark. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 2001;1:365-380.
103. Simpson JA, R. W. Campbell L ve ark. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 2003;84:1172-1187.
104. Myhr G, Sookman D ve Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed outpatients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*, 2004;109:447-456.
105. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N ve ark. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *Br J Psychiatry Suppl*, 2004;46:31-37.
106. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N ve ark. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationship, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord*, 2005;84:15-24.

107. Brown LS ve Wright J. The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence, psychology and psychopathology. Psychol Psychother, 2003;76:351-367.
108. Warren SL, Huston L, Egeland B ve Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997;36:637-644.
109. Çetin FÇ, Gelişimsel psikopatolojinin temel kavramları. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Eds FÇ Çetin, A Coşkun, E İşeri, R Uslu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008.
110. Carver C ve Scheier M, Perspectives on psychology, Cambridge University Press, 1998.
111. Holmes J, John Bowlby & Attachment Theory, Routledge, 1997.
112. Özkan H ve Polat S. Annelik davranışını öğrenme süreci ve hemşirelik desteği. Bozok Tıp Dergisi,, 2011;1(3).
113. Foster R, Humsberger M ve Anderson J, Family centered nursing care of children, London: WB. Saunders Company, 1990.
114. Weber DA. A Comparison of Individual Psychology and Attachment Theory. Journal of Individual Psychology, 2003;59(3):246-262.
115. Öksüz Y. Ergenin Kişilik Gelişiminde Ebeveynin Rolü. Milli Eğitim Dergisi:155-156, 2002.
116. Letherby G. Mother or Not, mother or What? Problems of Definition and Identity. Women's Studies International Forum, 1994;17(5):525-532.
117. Tucker JS. The New Future of Motherhood. Periodical, 2006;36(2).
118. Brunton PJ ve Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. Nat Rev Neurosci, 2008;9(1):11-25.
119. Eşel E. Anneliğin Nörobiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi , 2010;21(1):68-78.
120. Kinsley CH ve Lambert KG. Reproduction-induced neuroplasticity: natural behavioural and neuronal alterations associated with the production and care of offspring. J Neuroendocrinol, 2008;20(4):515-525.
121. Leckman JF ve Herman AE. Maternal behavior and developmental psychopathology. Biol Psychiatry, 2002;51(1):27-43.

122. Keverne EB, Levy F, Poindron P ve ark. Vaginal stimulation: an important determinant of maternal bonding in sheep. *Science*, 1983;219(4580):81-83.
123. Fleming AS, Ruble D, Krieger H ve ark. Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and the puerperium in human mothers. *Horm Behav*, 1997;31(2):145-158.
124. De Bono M. Molecular approaches to aggregation behavior and social attachment. *J Neurobiol*, 2003;54(1):78-92.
125. Herman RA, Measday MA, Wallen K ve ark. Sex differences in interest in infants in juvenile rhesus monkeys: relationship to prenatal androgen. *Horm Behav*, 2003;43(5):573-583.
126. Maestripieri D ve Zehr JL. Maternal responsiveness increases during pregnancy and after estrogen treatment in macaques. *Horm Behav*, 1998;34(3):223-230.
127. Walker LO, Crain H ve Thompson E. Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. *Nursing Research*, 1996;35(6):352-355.
128. Niska K, Snyder M ve Hoagberg BL. Family ritual facilitates adaptation to parenthood. *Public Health Nursing*, 1998;15(5):329-337.
129. Grace JT. Mothers' self-reports of parenthood across the first 6 months postpartum. *Research in Nursing & Health*, 1993;16:431-439.
130. Horowitz JA ve Damato EG. Mothers' perceptions of postpartum stress and satisfaction. *Journal of Obstetric and Gynecologic Nursing*, 1999;28(6):595-605.
131. Hortaçsu N, İnsan İlişkileri, Ankara: İmge Kitapevi., 1991.
132. Klaus MH ve Kennel JH, Care of mother, father, and infant. In: Avroy A. Fanaroff, Richard J. Martin (eds) *Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of The Fetus and Infant*. 6st edition, Baltimore: Mosby Comp. Publ, 1997.
133. Zeanah CH, Boris NW ve Larriey JA. Infant development and developmantal risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1997;36:165-178.
134. Denham SA. Maternal emotional responsiveness and toddler's social-emotional competence. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993;34:715-728.
135. Casiddy J. Child-mother attachment and the self in six year olds. *Child Dev*, 1988;59:121-134.

136. Rijt-Plooij HHC ve Plooij FX. Distinct periods of mother infant conflict in normal development: Sources of progress and germs of pathology. J Psychol Psychiatr, 1993;34(2):229-245.
137. Dodson F, Çocuk Yaşken Eğilir: Doğundan Altı Yaşa Kadar Çocuk Bakımı ve Eğitimi, Ç. S. Selvi, Dü., İstanbul: Özgür Yayınları., 1995.
138. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C ve Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. Arch Womens Ment Health, 2006;9:273-278.
139. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P ve Sullivan M. A screening questionnaire for motherinfant bonding disorders. Arch Womens Ment Health, 2001;3:133-140.
140. Brockington IF, Fraser C ve Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. Arch Womens Ment Health, 2006;9: 233-242.
141. Gaffney KF. Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. Matern Child Nurs J, 1986;15:91-101.
142. Meredith PJ, Strong J ve JFeeney A. Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain.Eur J Pain, 2007;11:164-170.
143. Altuğ BF ve Özkan I. Bilişsel Süreçlerin Gelişimi. Psikiyatri Bülteni. 1996;4(2):58-64.
144. Kemp VH ve Page C. The psychosocial impact of a high-risk pregnancy on the familiy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs,1986;15(3):232-236.
145. Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. Gülhane Tıp Dergisi, 2008;50(4):294-298.
146. Tsartsara E ve Johnson MP. The impact of miscarriage on women's pregnancy-specic anxiety and feelings of Prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. J Psychosom Obstet Gynecol, 2006;27(17)
147. Armstrong DS.Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2004;33: 73-765.

148. Champagne FA ve Meaney MJ. Stress during gestation alters postpartum maternal care and the development of the offspring in a rodent model. *Biol Psychiatry*, 2006;59(12):1227-1235.
149. Proverbio AM, Brignone V, Matarazzo S ve ark. Gender differences in hemispheric asymmetry for face processing. *BMC Neurosci*, 2006;7(44).
150. Mikhail M., F. M. R. Merkatz, R. Polizzotto, E. Mazloom ve I. Merkatz. The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1991;165:988-991.
151. Lumley JM. Through a glass darkly: ultrasound and prenatal bonding. *Birth*, 1990;17(4): 214-217.
152. Damato EG. Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. *Adv Neonatal Care*, 2004;4(5): 274-291.
153. Taşkın L., Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara: Sistem ofset matbaacılık, 2012.
154. Koehn ML. Childbirth education outcomes: An integrative review of the literature. *The Cochrane Database*, 2002;11(3):10-19.
155. Yılmaz S. Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenirlilik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16(2).
156. Yali AM ve Lobel M. Coping and distress in pregnancy :an investigation of medically high risk women. *J. Psychosom Obstet Gynecol*, 1999;20:39-52.
157. Berryman JC ve Windridge KC. Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *J Reprod Infant Psychol.*, 1996;14(2):133-143.
158. Üstünöz A, G. G. Akyüz A ve Oflaz. Comparison of maternal- and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*, 2010;26:1-9.
159. Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le HN. Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behav Dev* 2011; 34(2): 50-339.
160. Körükcü Ö, Kukulu K. Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansıması. *Dicle Tıp Dergisi*. 2010;37(4): 429-433.

161. Öztürk R, Saruhan A. Prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir: 2010.

**GEBE KADINLARIN PRENATAL DÖNEMDE BEBEKLERİNE BAĞLANMA
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ
ANKET FORMU**

Anket No:.....

Sevgili Anne adayları,

Bu çalışmanın amacı “Gebe kadınların prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerinin belirlenmesi” dir. Anket sorularına vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından çok önemlidir. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Tüm sorulara yanıt veriniz. Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz. Lütfen adınızı soyadınızı yazmayınız.

Aysun Badem

A) SOSYODEMOGRAFİK BAZI ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ SORULAR

1. Kaç yaşındasınız?
2. Medeni durumunuz nedir?
 1. Bekâr (4.soruya geçiniz)
 2. Evli
 3. Birlikte yaşıyor (4.soruya geçiniz)
 4. Diğer..... (4.soruya geçiniz)
3. (Evli iseniz) evlenme şeklinizi belirtiniz?
 1. Görücü usulü ile birbirlerini önceden tanımadan
 2. Görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak
 3. Tanışıp anlaşılarak
 4. Diğer.....
4. Yaşadığınız yerleşim yeri aşağıdakilerden hangisidir?
 1. İl (açık yazınız).....
 2. İlçe
 3. Köy
5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 1. Gelirim giderimden az
 2. Gelirim giderime denk
 3. Gelirim giderimden fazla
6. Sizin ve eşinizin öğrenim durumunu belirtiniz. İlgili kutucuğa (X) işareti koyunuz.

Öğrenim Durumu	Kendiniz	Eşiniz
Okur-yazar değil		
Okur-yazar		
İlkokul mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise mezunu		
Üniversite-yüksekokul mezunu		

7. Sizin ve eşinizin aşağıdaki durumlarınızı belirtiniz.

	Kendiniz	Eşiniz
Çalışıyor musunuz?		
Sosyal güvenceniz var mı?		
Mesleğiniz	1. Ev Hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5. Serbest Meslek 6. Diğer(.....)	1. İşsiz 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5. Serbest Meslek 6. Diğer(.....)

8. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisine uyumludur?

1. Çekirdek aile (anne, baba ve/veya çocukların birlikte yaşadığı aile)
2. Geniş aile (anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabalarının birlikte yaşadığı aile)
3. Diğer.....

B) DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ SORULAR

9. Kaç yaşında evlendiniz?.....

10. Kaç yıllık evlisiniz?.....

11. Gebelik sayınız kaçtır? (bu gebeliğiniz dahil)

12. Yaşayan çocuk sayınızı yazınız

..... tane erkek çocuk () Hayır, başka çocuğum yok

..... tane kız çocuk

13. Şu anki gebelik haftanız nedir?.....

14. Şu anki bebeğinizin cinsiyeti nedir?

() Erkek (16. Soruya geçiniz) () Kız (16. Soruya geçiniz) ()Bilmiyorum

15. Bebeğinizin cinsiyetinin ne olmasını isterdiniz?

() Erkek () Kız () Fark etmez

16. Bu gebeliğinizde gebe kaldığınızı öğrendiğinizde ne hissettiniz?.....

17. Aileniz gebeliğinizi onayladı mı?

() Evet () Hayır

18. Bu gebeliğinizi ailenize kaç haftalıkken söylediniz?.....

19. Gebeliğinize, isteyerek ve eşinizle ortak karar vererek mi sahip oldunuz?

() Evet () Hayır

20. Gebeliğiniz sırasında eşinizden ve çevrenizden beklediğiniz ilgiyi görüyor musunuz?

() Evet () Hayır (Hayır ise nedeni).....

21. Şu anki gebeliğinizde bebeğin hareketlerini hissettiniz mi?

() Evet () Hayır

22. Gebeliğinizi sonlandırmayı düşündünüz mü?

() Evet () Hayır

23. Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı ?

() Evet Evet ise kaç kez?..... () Hayır

Kayıp nedeni nedir?.....

24. Gebeliğinizde kontrollerinize düzenli olarak geliyor musunuz?
() Evet () Hayır
25. Gebeliğiniz sırasında aşağıdaki rahatsızlıklardan en çok hangilerini yaşadınız?
(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() Bulantı- kusma
() İştahsızlık
() İdrar yolu enfeksiyonu/ sık idrara çıkma / idrarda yanma
() Mide sorunları-hazımsızlık, mide yanması
() Kabızlık- ishal
() Aşırı kilo alımı(12,5 kilo üstü)
() Deride çatlama, dökülme, renk değişiklikleri
() Halsizlik- yorgunluk
() Memelerde aşırı dolgunluk ve hassasiyet
() Saç dökülmeleri
() Kalp çarpıntısı- nabız ve tansiyon değişiklikleri
() Vajinal akıntı
() Psikolojik değişiklikler.....
() Diğer.....
26. Gebeliğinizle birlikte yaşam biçiminizde ve sağlık davranışlarınızda olumlu değişiklikler oldu mu?
() Evet () Hayır
27. Gebeliğinizde sigara-alkol kullanma durumunuzla ilgili olarak aşağıdakilerden size uygun olanı işaretleyiniz
1. Sigara-alkol hiçbir zaman kullanmadım
2. Sigara veya alkol kullanıyordum, azalttım/ bıraktım
3. Sigara-alkol kullanmıyordum, şu an kullanıyorum
4. Diğer.....
28. Anne olarak rol model (örnek) aldığınız kişiler var mı ?
() Evet (evet ise kimler).....
() Hayır

EK- 2

PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Sevgili Anne adayları,

Bu ölçekteki cümleler, sizin *gebelik döneminizde bebeklerinize bağlanma düzeylerinizin belirlenmesi* amacıyla hazırlanmıştır. Sonuçlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu cümlelerden hiçbirinin kesin bir cevabı yoktur. Her cümle ile ilgili görüş, kişiden kişiye değişebilir. Bunun için vereceğiniz cevaplar sizin kendi görüşünüzü yansıtmalıdır. Her cümle ile ilgili görüşünüzü belirtirken, önce cümleyi dikkatlice okuyunuz, sonra cümlede belirtilen düşüncenin, sizin düşüncenin, sizin düşünce ve duygularınıza ne derecede uygun olduğuna karar veriniz.

Aşağıdaki cümleler size;

Hiç uygun değilse.....“**Hiçbir Zaman**”

Ara sıra uygun ise“**Bazen**”

Genellikle uygunsa.....“**Sık Sık**”

Uygunsa..... “**Her Zaman**” kutusundaki harfi yuvarlak içine alınız.

Bir cümleyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz ve **lütfen bütün cümleleri işaretlemeyi unutmayınız**. Lütfen aşağıda verilen örnekteki gibi, size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

Örnek:

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Her zaman
Bebğimle sırlarımı paylaşırım.	①	2	3	4

Katkınız için teşekkür ederim.

Aysun BADEM

PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

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

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

Bu ölçek, 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiş, 2010 yılında Sema Dereli Yılmaz tarafından Türkçeye çevrilip geçerlilik- güvenirlik çalışması yapılmıştır.

EK- 3

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kahramanmaraş İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

26 Aralık 2013

010532

SAYI : 65130477
KONU : Tez Çalışma İzni

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsüne

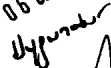
İLGİ: 29/11/2013 tarih ve 2076 sayılı yazımız.

İlgi tarih ve sayılı yazımızla Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Aysun BADEM' in Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi de 01/12/2013-31/05/2014 tarihleri arasında "Gebe kadınların Prenetal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi" Konulu yüksek lisans tezini yapabilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.


Dr. Karim TÜRKMEN
Genel Sekreter

06 Ocak 2014



Adres : K.Maraş-Gaziantep Karayolu 14. Km. Karacasu Mevki Necip Fazıl Şehir Hastanesi Yöneticiliği 8.Dünyesi Kat:3
Telefon : (344) 228 28 00 (pbx) Dahili : 2015 Belgegeçer : (344) 251 51 01
Elektronik Ağ : <http://www.kmaraskhb.gov.tr> Elektronik Posta : bilgi@kmaraskhb.gov.tr [Ayrıntılı Bilgi İçin](#)
F.KOZAK

EK- 4

KAHRAMANMARAŞNECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ EK HİZMET BİNASINDA GEBE İZLEM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GEBE KADINLARIN BEBEKLERİNE BAĞLANMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

HASTA ONAY FORMU

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Aysun BADEM tarafından yapılacak olan Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi gebe izlempolikliniğine başvuran gebe kadınların bebeklerine bağlanma düzeylerinin belirlenmesi konulu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Araştırmacı, çalışma sırasında hiçbir invaziv girişim yapılmayacağını, tedavimi olumsuz etkilemeyeceğini, araştırma sonuçlarını istersem elde edebileceğimi bildirmiştir. Tarafımdan alınan bilgi bu çalışma ve ilgili bilimsel faaliyetlerde kullanabilecekleri, bunun için benden para talep edilmeyeceği ve bana para ödenmeyeceği ayrıca bu çalışmaya katılmak zorunda olmadığımı açıklanmıştır.

Katılımcı Adı:Araştırmacı Adı:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

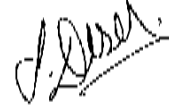
17.07.2013

Sayın Aysun BADEM,

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yapmayı planladığınız "Gebe Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı bilimsel çalışmanızda, araştırma materyalinin toplanması amacıyla 2010 yılında tarafımdan geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanan "Prenatal Bağlanma Envanteri" ni kullanmanızda herhangi bir sakınca olmadığını bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla

Doç. Dr. Sema Derceli YILMAZ.



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 19.11.2013 /392	Tarih: 19.11.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkez/lerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir	
	Sağlık Bakanlığına Bildirilecek	Evet ☐ Hayır ☒
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
CALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	M
Prof. Dr. Vedat DAVUTIOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	M
Prof. Dr. Ercan SIVANLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	esi
Prof. Dr. Mehmet KILIKIN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	U
Prof. Dr. İlker SİÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	U
Doç. Dr. Mesut ÖZKAYA	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Doç. Dr. Yasemin ZER	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Doç. Dr. Beyhan ÇENGİZ	ELZYLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Yrd. Doç. Dr. Kemal USTUN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Doç. Dr. Sevil KILIÇ	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Uzm. Dr. Cahide ERTÜRK	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
İşup ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	
Bahar Günhan GÜNGÖRDE	İNŞA MÜH (sivil Üye)	GASKİ	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	

*: Toplantıda Bulunma

Aysun BADEM

A'dan teslim aldu.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	392		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözlemsel ilaç çalışması		☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐		
	Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YHİİK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
DİĞER	☐					

[Handwritten signatures and initials]

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1987 yılında Ankara’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Ankara’da tamamladıktan sonra 2006 yılında Gazi üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’na girmiş ve 2010 yılında mezun olmuştur. Araştırmacı, 2010 yılında Adana Acıbadem Hastanesinde hemşire olarak çalışmaya başlamıştır. Aynı yıl içerisinde Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmaya başlamıştır. Araştırmacı 2014 yılında Kayseri Erciyes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine geçiş yapmıştır ve halen burada hemşire olarak çalışmaktadır. Araştırmacı 2012 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Yüksek Lisans Programı kapsamında yüksek lisans eğitimine başlamış ve 2015 yılında yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır.