



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

**KADINLARIN GEBELİK DÖNEMİNDE
YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR İLE
PRENATAL BAĞLANMA ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

AYLİN SARIYÜCE POLAT

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SİVAS-2022

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

**KADINLARIN GEBELİK DÖNEMİNDE
YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR İLE
PRENATAL BAĞLANMA ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

AYLİN SARIYÜCE POLAT

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NİLÜFER TUĞUT**

SİVAS-2022

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET
KADINLARIN GEBELİK DÖNEMİNDE
YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR İLE PRENATAL
BAĞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aylin SARIYÜCE POLAT

Yüksek Lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT

2022, 131 sayfa

Bu araştırma, kadınların gebelik döneminde yaşadıkları semptomlar ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Sivas Suşehri Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 01 Nisan–30 Eylül 2021 tarihleri arasında başvuran 18-40 yaş arası tüm gebe kadınlar oluşturmuş, örneklem büyüklüğü güç analizi kullanılarak hesaplanmıştır (n=265).

Araştırma, dâhil edilme kriterlerini taşıyan 272 gebe ile tamamlanmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Gebelikte Risk Değerlendirme Formu, Gebelik Semptomları Envanteri (GSE) ve Prenatal Bağlanma Ölçeği (PBÖ) kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında Sosyal Bilimler İstatistik Paketi (SPSS 22) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. Gebelerin GSE ve PBÖ düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi aracılığıyla incelenmiştir. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirlik düzeyinin belirlenmesi için cronbach's alpha analizi yapılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Gebelerin semptom yaşama sıklığı puan ortalaması $43,235 \pm 16,783$; semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalaması $66,728 \pm 12,385$ olarak belirlenmiştir. Kadınların en sık yaşadığı gebelik semptomları; sık idrara çıkma, yorgunluk ya da halsizlik, sırt ağrısı ve uyku bozukluğudur. Kadınların en az yaşadığı gebelik semptomları ise; vajinada pamukçuk,

hemoroid, baygınlık ve yüzde gebelik maskesidir. Gebelerin sıklıkla yaşadığı semptomların aynı zamanda günlük yaşamı çok kısıtladığı saptanmıştır. Kadınlarda gebelik semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları eğitim durumuna, gebelik haftasına, bebeğin cinsiyetine ve gebelikte düzenli kontrollere gitme durumuna; semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları ise ekonomik duruma, gebelik haftasına, küretaj öyküsüne ve düzenli kontrollere gitme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Prenatal bağlanma toplam puan ortalaması $91,140\pm11,395$ olarak saptanmıştır. Prenatal bağlanma toplam puan ortalaması kadınların yaşına, gebelik, doğum ve küretaj sayısına, eğitim, çalışma ve ekonomik durumuna, eşinin eğitim durumuna, sosyal güvencesinin olmasına, gebeliği isteme, gebelikte düzenli kontrollere gitme durumuna ve gebelikte kontrolleri yaptırdığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$). Gebelik semptomların günlük yaşamı sınırlaması ve prenatal bağlanma düzeyinin orta-yüksek düzey olduğu söylenebilir. GSE ile PBÖ alt boyutları arasında güçlü ve çok güçlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Gebelik, Gebelik Semptomları, Hemşire, Prenatal Bağlanma

ABSTRACT

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SYMPTOMS EXPERIENCED
BY WOMEN DURING PREGNANCY AND PRENATAL ATTACHMENT**

Aylin SARIYÜCE POLAT

Master's Thesis, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Consultant: Assoc. Dr. Nilufer TUĞUT

2022, 131 pages

This research was conducted as a descriptive study to determine the relationship between the symptoms experienced by women during pregnancy and prenatal attachment. The population of the study consisted of pregnant women aged 18-40 who applied to Sivas Suşehri State Hospital Gynecology and Obstetrics Polyclinic between April and September 2021. The sample size used in the study was calculated using power analysis (n=265).

For the sample of the study, 272 pregnant women who met the criteria to participate were selected. Personal Information Form, Pregnancy Risk Assessment Form, Pregnancy Symptoms Inventory (PSI) and Prenatal Attachment Inventory (PAI) were used as data forms in the study. The data obtained in the research were evaluated in the computer environment through the SPSS 22.0 statistical program. Frequency and percentage analyzes were used to determine the descriptive characteristics of the pregnant women participating in the study, and mean and standard deviation statistics were used in the analysis of the scale. Kurtosis and Skewness values were examined to determine whether the research variables showed a normal distribution. The relationships between the dimensions determining the PSI and PAI levels of pregnant women were examined through correlation analysis. T-test, one-way analysis of variance (Anova) and post hoc (Tukey, LSD) analyzes were used to examine the differences in scale levels according to the descriptive characteristics of the pregnant women. Cohen (d) and Eta squared (η^2) coefficients were used to calculate the effect size. The effect size indicates whether the difference between the groups is large enough to be considered significant. A value of $p < 0.05$ was accepted as statistical.

The mean frequency of experiencing symptoms in pregnant women was $43,235 \pm 16,783$; the mean score of limiting daily life of symptoms was determined as $66,728 \pm 12.385$. Pregnancy symptoms that women experience most often; frequent urination, fatigue or weakness, back pain and sleep disturbance. Pregnancy symptoms that women experience least; thrush in the vagina, hemorrhoid, fainting, chloasma. It has been determined

that the symptoms frequently experienced by pregnant women also very restrict daily life. Pregnancy symptom frequency mean scores in women were determined by educational status, gestational week, baby's gender and regular examinations during pregnancy; the mean scores of limiting daily life of symptoms were found to be statistically significant according to economic status, gestational week, abortion history and regular examinations during pregnancy ($p<0.05$).

The PAI total scoring average for was determined to be $91,140 \pm 11,395$. The PAI total score average was determined to be statistically significant based on women's age, number of pregnancy, birth and curettage, education, employment and economic status, spouse's educational status, social security, condition of requesting pregnancy, regular examinations during pregnancy and the place where the regular examinations during pregnancy ($p<0.05$). It can be said that pregnancy symptoms limit daily life and prenatal attachment level is medium-high. It was determined that there was a strong and very strong relationship between the PSI and PAI sub-dimensions.

Key words: Pregnancy, Prenatal Attachment, Nurse, Pregnancy Symptoms

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Sorusu	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelikte Yaşanan Fizyolojik Değişiklikler	4
2.1.1. Reprodüktif Sistemde Meydana Gelen Değişikler	4
2.2. Gebelikte Yaşanan Sistemik Değişiklikler	5
2.2.1. Kas-İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler	5
2.2.2. Ciltte Meydana Gelen Değişiklikler	6
2.2.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	8
2.2.4. Solunum Sistemi Değişiklikleri.....	9
2.2.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	9
2.2.6. Üriner Sistem Değişiklikleri.....	11
2.2.7. Endokrin Sistem Değişiklikleri	12
2.2.8. Hematolojik Değişiklikler	13
2.2.9. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri	14
2.2.10. Gebelikte Yaşanan Metabolik Değişiklikler.....	14
2.2.11. Gebelikte Yaşanan Psikolojik Değişiklikler	15
2.2.11.1. Birinci Trimesterde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler	16
2.2.11.2. İkinci Trimesterde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler.....	16
2.2.11.3. Üçüncü Trimesterde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler.....	16
2.3. Bağlanma Kuramı	17
2.3.1. Prenatal Bağlanma.....	17
2.3.2. Birinci Trimesterde Prenatal Bağlanma	19

2.3.3. İkinci Trimesterde Prenatal Bağlanma	19
2.3.4. Üçüncü Trimesterde Prenatal Bağlanma	19
2.3.5. Gebelikte Prenatal Bağlanma Düzeyini Etkileyen Faktörler	20
2.3.6. Prenatal Bağlanma Düzeyinin Anne-Bebek Üzerine Etkileri ve Önemi	22
2.3.7. Gebelikte Semptom Yönetiminde ve Prenatal Bağlanmada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni	25
3.4. Araştırmanın Örneklemi	25
3.5. Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri	25
3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	26
3.7. Veri Toplama Araçları.....	27
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF) (EK 1).....	27
3.7.2. Gebelikte Risk Değerlendirme Formu (GRDF) (EK 2)	27
3.7.3. Gebelik Semptom Envanteri (GSE) (EK 3)	27
3.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	28
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	77
7. KAYNAKLAR.....	79

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Kadınlara Uygulanan Bağımlı Değişkenlerin Normallik Analizi (GSE-PBÖ)	29
Tablo 2: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=272).....	31
Tablo 3: Kadınların Obstetrik Özelliğine Göre Dağılımı (n=272).....	32
Tablo 4: Kadınların Gebelikte Risk Değerlendirme Formuna Göre Dağılımı (n=272).....	33
Tablo 5: Kadınların Gebelik Sürecine İlişkin Diğer Değişkenlerin Dağılımı (n= 272).....	35
Tablo 6: Kadınların GSE ve PBÖ Puan Ortalamaları	36
Tablo 7: Kadınların GSE’de Belirtilen 42 Semptomun Sıklık Puan Ortalamalarının Dağılımı	37
Tablo 8: Kadınların GSE’de Belirtilen 42 Semptomun Günlük Yaşamı Sınırlandırma Durumu Puan Dağılımları ve Ortalamaları	39
Tablo 9: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GSE Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması.....	41
Tablo 10: Kadınların Obstetrik Özelliğine Göre GSE Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması.....	44
Tablo 11: Kadınların Gebelik Sürecine İlişkin Diğer Özelliklerine Göre GSE Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması.....	46
Tablo 12: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PBÖ Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması.....	48
Tablo 13: Kadınların Obstetrik Özelliğine Göre PBÖ Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması.....	53
Tablo 14: Kadınların Gebelik Sürecine İlişkin Diğer Özelliklerine Göre PBÖ Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması.....	57
Tablo 15 : Kadınların GSE ve PBÖ Puanları Arasında Korelasyon Analizi	59

KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde Oranı
ACOG	: American College of Obstetrician and Gynecologist
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
cm	: Santim
CO₂	: Karbondioksit
FSH	: Folikülü Stimüle Eden Hormon
gr	: Gram
GRDF	: Gebelikte Risk Değerlendirme Formu
GSE	: Gebelik Semptom Envanteri
GYSD	: Günlük Yaşamı Sınırlandırma Durumu
GYSS	: Gebelikte Yaşanan Semptom Sıklığı
HCG	: Human Koryonik Gonodotrop Hormon
HPL	: Human Plesantal Laktojen
KBF	: Kişisel Bilgi Formu
kg	: Kilogram
lbs	: Uluslar Arası Ağırlık Ölçü Birimi (1 lb = 0,45 kilogram)
LH	: Lutenize Edici Hormon
lt	: Litre
mg	: Miligram
ml/dk	: Mililitre/dakika
mm	: Minimetre
mm/Hg	: Milimetre Civa
MSH	: Melanosit Uyarıcı Hormon
O₂	: Oksijen Gazı
PBÖ	: Prenatal Bağlanma Ölçeği
PTH	: Paratiroid Hormonu
PTH-RP	: Paratiroid Hormona Bağlı Protein
Rh	: Kan Grubu Tayini İçin Rhesus Faktörü
SPSS	: Statistical Packege For The Social Sciences Version
α	: Alfa

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, doğal bir süreç olmakla birlikte kadının bedeninde birçok anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere yol açan, son menstural siklusun ilk gününden itibaren 280 gün (10 lunar ay) veya 40 hafta süren eşsiz bir yaşam deneyimidir (Mushambi, 2009; Moore ve Pereira, 2013; Soma Pillay ve ark., 2016; Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Gebelikte, gelişen fetüsün metabolik ihtiyaçlarını karşılamak, homeostazisi sağlamak, doğum eylemine ve puerperal döneme hazırlanmak için tüm sistemlerde adaptasyon yaşanır (Moore ve Pereira, 2013; Soma Pillay ve ark., 2016; Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020). Gebelikte fertilizasyonla başlayan bu değişimler, fetüs ve plasentanın oluşturduğu uyarılara cevap niteliğindedir. Yaşanan değişimler fetüsün gelişimini kolaylaştırır ve gebenin olağan fizyolojik fonksiyonunu sürdürmesini sağlar (Cunningham ve ark., 2018). Adaptasyon sonucu maternal yakınmalar, gebeden gebeye değişiklik oluşturabildiği gibi aynı kadının diğer gebeliklerinde farklılık gösterebilir (Moore ve Pereira, 2013). Gebelik semptomları gebenin yaşam kalitesini (Nazik ve Eryılmaz, 2014), iş hayatını olumsuz etkileyebilir, tıbbi müdahale gerektirebilir ve ekonomik yük oluşturabilir (Campolong ve ark., 2017; Liu ve ark., 2020). Semptomların prevalansı, kalıcı ve şiddetli olması; fetal gelişimi olumsuz etkileme, vajinal kanama, preeklampsi, erken doğum ve doğum sonrası komplikasyonlara neden olabilmektedir (Nazik ve Eryılmaz, 2014; Ertmann ve ark., 2019; Korhonen ve ark., 2019; Jonsdottir ve ark., 2020; Lee C-F ve ark., 2021).

Gebelerin %13,6'sının en az bir tane gebelik semptomu yaşadığı saptanmıştır (Dönmez ve ark., 2018). Gebeliklerde otuzdan fazla fiziksel, psikolojik semptom belirtilmiş ve sıklıkla bildirilen semptomlar; yorgunluk, idrar sıklığında artış, vajinal akıntı, ağrı (meme ağrısı, baş ağrısı veya sırt ağrısı gibi) ve uykusuzluktur (Campolong ve ark., 2017; Liu ve ark., 2020). Gebeliğin ilk trimesterinde sık idrara çıkma, üriner inkontinans, bulantı-kusma, yorgunluk, memelerde hassasiyet, kabızlık, burun tıkanıklığı, lökore yaşanırken; ikinci trimesterde hemoroid, sırt ağrısı, bacak krampları, varikoz ven problemi yaşanır. Son trimesterde ise yaşanan rahatsızlıklara ek solunum sıkıntısı, mide yanması, hazımsızlık, kasılmalar ve ödemdir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013; Taşkın, 2020; Terzioğlu, 2020).

Yapılan bir araştırmada kadınların gebelikte ilk trimesterde en sık yaşadığı üç şikâyet %87,8 bulantı-kusma, %77,9 yorgunluk ve %76,2 meme ağrısı-hassasiyet, ikinci ve üçüncü trimesterlerde ise %79,9 sık idrara çıkma, %75,6 yorgunluk ve %71,3 mide yanması olduğu

saptanmıştır (Nazik ve Eryılmaz, 2014). Başka bir çalışmada kadınların %99,8'i gebelikleri süresince en az bir semptom yaşamış ve en sık yaşadığı semptomlar %81 sık idrara çıkma, %66,1 bulantı ve kusma, %58,4 mide yanması, %53,7 sırt ağrısıdır (Özçelik ve Karaçam, 2014). Yapılan çalışmalarda en çok yaşanan semptomlar; mide yanması, sırt/bel ağrısı, sık idrara çıkma, halsizlik/yorgunluk ve bulantı/kusmadır (Coşar Çetin ve ark., 2017; Ertmann ve ark., 2019; Özyürek ve Özgül, 2021; Lee C-F ve ark., 2021).

Kadınlar gebelik döneminde fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşar ve bu değişimlere adapte olmakta zorlanabilir (Terzioğlu, 2020). Bu zorlanma prenatal bağlanmayı etkileyebilir. Gebelikte yaşanan semptomlara adaptasyon sürecinde gebe ile fetus arasında kurulan prenatal bağlanma; bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak gerçekleşen eşsiz bir bağ olarak tanımlanan çok önemli bir kavramdır (Bretherton, 1992; Condon, 1993; Pisoni ve ark., 2014). Prenatal bağlanma süreci gebelikte başlayan, doğum ve postpartum dönemleri süresince gelişim gösteren (Peppers ve Knapp, 1980; Muller, 1993; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013) ve fetal hareketlerin hissedilmesiyle artan pozitif ilişkinin olduğu bir süreçtir (Rubin, 1975). Gebenin bedeninde meydana gelen değişikliklere uyum sağlayarak olumlu duygu ve düşünceleri fetüse aktarması, gebelik ve annelik rolüne uyumu kolaylaştırırken, anne-bebek arasındaki bağlanmayı güçlendirmesi sebebiyle çok özeldir (Hammarberg ve ark., 2008; Erkal Aksoy ve ark., 2016; Koptur ve Emül, 2017; Koç Özkan ve ark., 2020).

Prenatal bağlanma düzeyi, doğumdan sonra ki bağlanma şeklini ve yeni doğan sağlığını dolayısıyla toplum sağlığını etkilemektedir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010). Prenatal dönemde güvenli bağlanmanın sağlanması, postnatal dönemde devam eden bağlanma davranışı içinde önem arz etmektedir. Yeterli düzeyde bağlanma olmazsa anne ve bebek için ileriki yaşam dönemlerinde fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir (Teskereci ve ark., 2021). Kadının gebelik dönemine adaptasyonu strese yol açabilir ve psikolojik durumu etkilenebilir. Yapılan çalışmalarda gebelikte yaşanan stres, depresyon ve anksiyetenin gebenin psikolojik iyilik halini ve yaşam doyumunu önemli düzeyde azalttığı saptanmıştır (Alvi ve ark., 2018). Kısaca kadınların gebelikte yaşadığı semptomların anneyi olumlu veya olumsuz etkilemesi prenatal bağlanmayı da etkileyebilmektedir (Akkoca, 2009).

Gebelikte ilgili semptomların erken tespiti, gebelikte maternal olumsuz etkileri en aza indirmeyi amaçlayan girişimler tasarlamak için önemlidir (Campolong ve ark., 2017; Özyürek ve Özgül, 2021). Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları gebelik semptomlarının etkisini tanımlanmak ve anne-çocuk sağlığına olumsuz etkilerini azaltmak ve önlenmek, hemşirelik

bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve gebelere daha etkin rehberlik edilmesi açısından önemlidir (Güleşen ve Yıldız, 2013; H.Lee ve ark., 2021). Sağlık profesyonelleri, prenatal bağlanma ve gebelik sürecinin doğru bir şekilde değerlendirmesinde, sağlıklı bir doğum sürecinin başlamasında ve doğumdan sonra sürdürülmesinde önemli sorumluluklara sahiptir (Güleşen ve Yıldız, 2013). Hemşireler; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde gebe ve bebeklere en yakın olan sağlık profesyonellerinden biridir. Bu yüzden bağlanmanın kurulduğu ve geliştiği prenatal dönemde bağlanmayı etkileyen faktörleri tanımak, kadını anneliğe hazırlamak, anne ve fetus arasında sevgi bağına başlatmak ve sürdürmek, perinatal ve yenidoğan sağlık sonuçlarının iyileştirmesi hemşirelerin önemli rol ve sorumluluklarındandır (Kavlak ve Şirin, 2007; Bekmezci ve Özkan, 2016; Koptur ve Emül, 2017; Baltacı ve Başer, 2020).

Literatürde gebelikte yaşam kalitesi, uyku kalitesi, cinsel yaşam, günlük yaşam, fiziksel aktivite, uyku bozukluğu, gebeliğe uyum, yorgunluk ve kaygı düzeyi ile gebelikte semptom yaşama ilişkisini araştıran pek çok çalışma (Akcan, 2019; Akmaz, 2021; Amanak, 2020; Aytekin Aydın, 2020; Bilge ve ark., 2021; Gür ve Pasinlioğlu, 2021; Güzel İnal, 2019; İncirkuş, 2021; Kaya Odabaş ve Taşpınar, 2020; Keskin, 2019; Mindell ve ark., 2015; Mutlu Güneş ve Mete, 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Özel ve Güngör Tavşanlı, 2020; Salbacak, 2021; Şen, 2020; Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu Süt, 2019) olmasına rağmen prenatal bağlanmayla ilgi çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle kadınların gebelik döneminde yaşadıkları semptomlar ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi hemşirelik bilimine katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma kadınların gebelik döneminde yaşadıkları semptomlar ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Sorusu

1. Kadınlar gebelik döneminde hangi semptomları yaşıyor?
2. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyi nedir?
3. Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları semptomları ile prenatal bağlanma arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Yaşanan Fizyolojik Değişiklikler

2.1.1. Reprodüktif Sistemde Meydana Gelen Değişikler

Uterus

Uterus son trimesterde genellikle sağa döner ve pelvisin sol tarafındaki rektosigmoidde rotasyona neden olur (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020). Fetal hareketlere Quickening denir. Fetal hareketler multipar kadınlarda 16.haftada hissedilebilirken, primiparlar kadınlarda 20.haftadan sonra farkedilebilir. Gebelik haftasıyla orantılı olarak fetal hareketler artar (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Serviks

Spesifik olarak progesteronun etkisiyle servikal glandlarda kristalize yapıda ve viskozitesi yüksek servikal kanalı tıkayan mukoz tıkaç oluşur. Tıkaç immünglobülin ve sitokinlerden oldukça zengindir. Böylece vajinadan uterusu ve fetüse geçebilecek patojenlere karşı fiziksel ve immünolojik bariyer sağlar. Bu tıkaç "nişane" ya da "kanlı işaret" olarak adlandırılır (Cunningham ve ark., 2018). Doğumun başlamasıyla nişane dışarı atılır (Taşkın, 2020).

Overler

Gebelik sırasında salgılanan östrojen ve progesteronun etkisiyle folikülü stimüle eden hormon (FSH) ve luteinize edici hormon (LH) baskılanır ve ovulasyon durur. Human karyonik gonodotrop (HCG) hormonunun etkisiyle korpus luteum devam eder ve endometriyumun devamlılığı için 10-12. haftaya kadar progesteron ve östrojen salgılar (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Vajina ve Vulva

Progesteron ve östrojenin etkisiyle vajinal epitel hücreleri ve kas tabakasında hipertrofi, hiperplazi ve vaskülarizasyonda artış gözlemlenir (Taşkın, 2020). Hiperplazi vajinada bulunan hücrelerin glikojen miktarını artırır. Artmış glikojenin kandida albicans için uygun besi yeri oluşturur. İnatçı fungal enfeksiyonlara ikinci ve üçüncü trimesterde sık rastlanabilir (Cunningham ve ark., 2018). Gebelikte vulva ve perinede vaskülarizasyon artması ve uterus baskısı varise eğilimi artırır. Gebelikte vulva ve perine esnek bir hale gelir. Pelvik konjesyon genellikle orgazmik periyodu ve cinsel isteği artırır (Taşkın, 2020).

Memeler

Gebeliğin erken safhalarında meme dokusunda dolgunluk hissi, parastezi ve hassasiyet oluşur. Memelerde yüzeysel lenf ağı cilt altından görünür hale gelir, nipple daha büyük ve erektile hale gelir, areola pigmentasyonu artar, areoladaki subkütanöz gland olan montgomery tüberkülleri

belirginleşir(Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020). Yağ bezi aktivitesi gebelikte artar, apokrin bezi aktivitesi ise azalır. Artan yağ bezi aktivitesi, meme uçlarına ve emzirme için areolalara yağlama sağlayan areolalar üzerinde küçük papüller olan Montgomery tüberküllerinin genişlemesini ve akne oluşumunu destekleyebilir (Geraghty ve Pomeranz, 2011; Van Onselen, 2012; Tyler, 2015).

Üreme Sistemi Semptomları ve Görülme Sıklığı

Lökore: Üreme sistemindeki yaygın semptomlardan biri olan vajinal akıntıda artmayı gebeler %26.7-%92.4 oranlarında yaşamaktadır (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Coşar Çetin ve ark., 2017; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Özyürek, 2019; Akcan, 2019; Marín-Jiménez ve ark., 2021; Özyürek ve Özgül, 2021).

Memelerde hassasiyet: Gebeler, 6.94-%72.8 oranlarında memelerde hassasiyet şikayeti belirtmişlerdir (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Coşar Çetin ve ark., 2017; Dönmez ve ark., 2018; Özyürek, 2019).

Memelerde ağrı: Memelerde ağrı gebeler tarafından sırasıyla %37.7, %46.7, %70.5 oranlarında yaşanmıştır (Oviedo-Caro ve ark., 2017 Akcan, 2019; Marín-Jiménez ve ark., 2021).

Libidoda Değişiklik: Gebeler cinsel istekte değişikliği sırasıyla %43.2, %36.2, %90.3, %61.9 oranlarında yaşamışlardır (Foxcroft ve ark., 2013; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Akcan, 2019; Özyürek, 2019).

Vajinada ağrılı varis: Vajende ağrılı varis şikâyetinin gebelerde görülme prevalansı %2.2-%14.2 oranlarında saptanmıştır (Foxcroft ve ark., 2013; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Özyürek, 2019; Akcan, 2019).

2.2. Gebelikte Yaşanan Sistemik Değişiklikler

2.2.1. Kas-İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Büyüyen uterus ve salgılanan gebelik hormonları kas ve iskelet sisteminde ligamentöz eklem gevşekliğine neden olur (Casagrande ve ark., 2015; Kalkwarf ve Specker, 2002). Büyüyen uterusa bağlı ağırlık merkezi alt ekstremitelere doğru yer değiştirir. Ağırlık merkezini tekrar geriye alabilmek için sakroiliak, sakrokoksigeal eklemler ve simfisiz pubisin artan mobilitesi ve eklemlerin yükünü artırarak lordosise sebep olur. Lumbodorsal lardoze uyum sağlayan gebenin boynunda öne doğru fleksiyon olur ve omuzlar protraksiyon oluşur (Casagrande ve ark., 2015; Cunningham ve ark., 2018). Başın anterior fleksiyonu sonucu ulnar ve median sinirlerin bası altında kalarak üst ekstremitelerde ağrı ve parestezi oluşmasına sebep olabilir. Vücudun dik duruşunu sağlamak için dizlerde hiperektansiyon görülür. Bu durum diz fleksör

ve kalça ekstansör kasının zayıflamasına yol açar. Özellikle son trimesterde kalça, bel, sırt ve diz ağrılarına rastlanabilir (Casagrande ve ark., 2015; Taşkın, 2020). El ve ayak bileğindeki ödem eklem hareket açıklığını azaltır ve sinir kompresyonları ‘Karpal Tünel Sendromu’na sebep olabilir (Taşkın, 2020).

Ligamentlerdeki gevşeme daha çok sakroiliak eklemi ve simfizis pubisi etkiler. Artan vücut ağırlığı ile sakrum öne, aşağıya doğru hareket eder ve sakrumun alt ucu yukarıya doğru yer değiştirir gebelik döneminde bağlardaki gevşeklik “Sakroiliak Eklem Disfonksiyonu” adı verilen ağrı ve instabiliteye ile sonuçlanır. Ağrı pelvisin posteriorunda, gluteal alanda ve uyluğun arka tarafına yayılabilir. Simfizis pubis gebelikte genişlemeyle hareket miktarında artış görülen bir eklemdir. İnstabilite yüzünden hareketteki aşırı artış “Simfizis Pubis Disfonksiyonu” neden olarak ağrı oluşturabilir, genellikle ilk trimesterin sonunda başlayarak 24-36. haftalarda maksimuma ulaşarak postpartum 6.ay civarında kendiliğinden kaybolur (Casagrande ve ark., 2015).

Kas İskelet Sistemi Semptomları ve Görülme Sıklığı

Bel ağrısı: Gebelerin bel ağrısı yaşama yüzdesi %9.72-%98.2 oranlarında değişmektedir (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Coşar Çetin ve ark., 2017; Dönmez ve ark., 2018; Akcan, 2019; Özyürek, 2019; Marín-Jiménez ve ark., 2021). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre kadınların %50’sinin bel ve pelviste ağrı yaşadıkları bulunmuştur (WHO, 2016).

Huzursuz bacak sendromu: Gebeler sırasıyla %30.3, %25.9, %41.4, %61.2 oranlarında huzursuz bacak sendromu yaşamaktadır (Foxcroft ve ark., 2013; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Özyürek, 2019; Mazrek 2020). Gebelikte yaşanan huzursuz bacak sendromu östrojen, progesteron, prolaktin gibi hormon miktarlarının artması, davranış değişiklikleri, uyku düzensizlikleri ve demir ve folik asit oranının değişiminin tetikleyebileceği düşünülmektedir. Bir çalışmada huzursuz bacak sendromu trimesterlere göre sırasıyla %9.7, %14.5 ve %19.5 olarak saptanmıştır (Çakmak ve ark., 2014).

Karpal tünel Sendromu: Gebelikte karpal tünel sendromu prevalansı %9.3-25 oranında saptanmıştır (Serarslan ve ark., 2008; Ercan, 2019).

2.2.2. Ciltte Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelikte hiperpigmentasyonundan melanosit stimulan hormon (MSH)’un sorumlu olduğu düşünülmektedir (Bieber ve ark., 2017). En sık ciltte meydana gelen değişiklikler hiperpigmentasyon, linea nigra, melazma/kloazma/gebelik maskesi, hirsutizm, stria gravidarum/stria distensa, spider anjiom, diazis rekti, palmar eritem ve postpartum

effluviumdur (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020). Derinin incilmesi ve gerilmesi sonucunda derialtı bağ dokusu elastikiyetini kaybeder yırtılma ve atrofiler oluşabilir. Karın duvarının yan taraflarında ve uyluklarda pembe/kırmızı çizgilere (stria gravidarum) yol açar. Stria gravidarum ikinci trimesterde memelerde, kalçalarda ve çoğunlukla abdomen üzerinde oluşur (Taşkın, 2020).

Simfizis pubisten umblikusa kadar orta hatta uzanan “linea nigra” denilen kahverengi-siyahımsı bir çizgi oluşur. “Kloazma (yüzde kahverengi koyulaşmalar; gebelik maskesi)” adıyla yüz veya servikal bölgede görülebilir. Vaskülarizasyonun artmasıyla arteriollerin genişlemesi ve cilt yüzeyinde görünür hale gelmesiyle spider anjiom/talenjektazi 2.aydan itibaren görülür. İlk trimesterde palmar eritem, avuç içinde benekli bir görünüm olarak oluşabilir (Pomeranz, 2011; Van Onselen, 2012; Cunningham ve ark., 2018). Örümcek anjiyomlar, telenjektaziler özellikle açık tenli gebelerde daha çok oluşabilir. Boyun, yüz, üst göğüs ve kollarda superior vena kava tarafından boşaltılan vücut bölgelerinde ortaya çıkabilirler (Geraghty ve Pomeranz, 2011; Fernandes ve Amaral, 2015).

Hemanjiyomlar vulvovajinal mukozada gelişebilir. Gebelikte konstipasyon ve ıkınma, hemoroide neden olabilir (Soutou ve Aractingi, 2015). Gebelikte saçların büyüme hızı ve istirahat fazındaki saç foliküllerinin sayısı azalır, postpartum dönemde istirahat fazındaki saç foliküllerinin sayısı artarak aşırı saç dökülmesi “postpartum effluvium” olarak adlandırılır (Gizlenti ve Ekmekci, 2014; Cunningham ve ark., 2018). Gebelerde %2-%40'ında tırnak değişikliklerinin olduğu bildirilmiştir (Erpolat ve ark., 2016).

Cilt Semptomları ve Görülme Sıklığı

Pigmentasyon artışı: Gebelerin %85-%90'ında cilt ile ilgili en yaygın görülen değişim hiperpigmentasyondur (Geraghty ve Pomeranz, 2011; Van Onselen, 2012; Fernandes ve Amaral, 2015; Tyler, 2015; Bieber ve ark., 2017).

Strialar: Gebelerde deride çatlak görülme prevalansı %16.6-%87.9 oranında değişmektedir (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Fernandes ve Amaral, 2015; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Coşar Çetin ve ark., 2017; Dönmez ve ark., 2018; Akcan, 2019; Özyürek, 2019). Bir araştırmada gebelerde linea nigra görülme oranı %54.75 saptanmıştır (Fernandes ve Amaral, 2015). Başka bir araştırmada kadınların; %18'inde gebelik maskesi, %33'ünde memede stria, %48,8'inde stria gravidarum saptanmıştır (Kartal ve ark., 2018).

Terleme: Gebeler %70.4 oranında terleme problemi yaşamaktadır (Coşar Çetin ve ark., 2017).

Gebelik dermatozları: İngiltere ve Avusturya'da üniversite hastanesinde 505 gebeyle yapılan araştırmada gebelerin %49,7'sinde gebelik egzeması saptanmıştır. Bir araştırmada gebelerde

melazma görülme oranı %54.03 saptanmıştır (Fernandes ve Amaral, 2015). Başka bir araştırmada ise kloazma %6 oranında saptanmıştır (Foxcroft ve ark., 2013).

Gebelikte tırnak değişikliği lökoşi %24.4, batık ayak tırnağı %9 ve onikoşizi %9 oranında saptanmıştır (Erpolat ve ark., 2016).

2.2.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kalp

Maternal kalp hızı üçüncü trimestere kadar dakikada 15-20 atım artar. Dolayısıyla kardiyak output(dakikada kalpten çıkan kan miktarı), kademeli olarak yükselir ve üçüncü trimesterde %30-50 oranında artar. Çoğul gebeliklerde, tekil gebeliklere kıyasla, kalp debisi %20 daha artar (Cunningham ve ark., 2018). Gebelik öncesi kardiyak debi yaklaşık 4,6 mL/dk iken gebelikte 8,7m L/dk'lara ulaşır. Doğum sonu erken evrede uterusu artan damar yatağının kalkması ve ekstraselüler sıvının dolaşıma dönmesi kalp hastası anneler için riskli bir durumdur (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Kan

Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde büyüyen uterus vena kava inferiora ve descending aortaya baskı oluşturarak venöz dönüşü engellen ve kalbe olan kan akımı azalır. Bu nedenle sistolik ve diyastolik basınçta azalma olur. Oturur pozisyonda brakial arter basıncı, lateral yatar pozisyonda olduğundan daha düşüktür. Sistolik kan basıncı ise lateral pozisyonlarda fleksiyonda oturma veya sırtüstü pozisyonlara göre daha düşüktür (Armstrong ve ark., 2011; Cunningham ve ark., 2018). Bradikardi, solgunluk, baş dönmesi, terleme ve senkop belirtileri ile sonuçlanan bu durum "supin hipotansif sendrom" ya da "vena kava sendrom" olarak adlandırılır (Lumbers ve Pringle, 2014; Cunningham ve ark., 2018). Büyüyen uterus inferior vena kava ve pelvik venler üzerinde meydana getirdiği oklüzyon nedeniyle alt ekstremitelerde kan dolaşımını azaltır; ödem, bacaklarda/vulvada varikoz venler, hemoroid ve derin ven trombozunun oluşmasına sebep olabilir (Cunningham ve ark., 2018).

Total Periferel Rezistans

Total periferel direnç gebeliğin 5.haftasında düşmeye başlar. 16.-34. gebelik haftalarında en düşük seviyeyi görerek terme yaklaştıkça normale döner. Vazodilatasyon ve uterusun mekanik baskısı venöz dönüşü engelleyerek vulva ve bacaklarda varikoz venlere ve venöz tromboz riskine sebep olabilir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Kardiyovasküler Sistem Semptomları ve Görülme Sıklığı

Çarpıntı: Gebelikte artan kan hacmi, kalp hızı gebelerin günlük yaşantısını olumsuz etkileyecek seviyede çarpıntı problemine yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalarda

gebelerde %10-%57 oranında gebeliklerinde çarpıntı problemi yaşadıklarını saptanmıştır (Al-Yaseen ve ark., 2013; Foxcroft ve ark., 2013; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Akcan, 2019; Özyürek, 2019).

Ödem: Son trimesterde gözlenen yaygın bir semptom olan ödem oluşmasında sıklıkla venöz dönüşün olumsuz etkilenmesi yatmaktadır. Ödem çok oturma veya sıkı kıyafetler ile ilişkili olabilmektedir (Can Gürkan, 2010). Gebeler, %15,2-%86,4 oranında ayak ve ellerde ödem problemi yaşamaktadır (Özçelik ve Karaçam, 2014; Coşar Çetin ve ark., 2017; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Kartal ve ark., 2018; Akcan, 2019; Özyürek, 2019).

Varikoz venler: Gebelerde varikoz venlerin görülme prevalansı %17-%66.7 oranında bulunmuştur (Foxcroft ve ark., 2013; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Kartal ve ark., 2018; Akcan, 2019; Özyürek, 2019).

2.2.4. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Östrojen ağız, burun, farenks ve larenkste vaskülarizasyon artışına yol açarak, gebeliğin ilk döneminde başlayan ve giderek artan hipersekresyon, hiperemi ve konjesyona sebep olabilir. Aynı zamanda epistaksis, kulakta konjesyon ve ses tonunda değişiklik olabilir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Solunum Sistemi Semptomları ve Görülme Sıklığı

Solunum sıkıntısı: Gebelerde %23.3-%87 oranında solunum sıkıntısı yaşandığı bilinmektedir (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Coşar Çetin ve ark., 2017; Akcan, 2019; Özyürek, 2019).

Horlama: Gebelik haftası ilerledikçe horlama şikâyeti artmaktadır. Gebeler sırasıyla %14.9, %21.3, %20.5 oranlarında horlama yaşadıklarını ifade etmiştir (Foxcroft ve ark., 2013; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Özyürek, 2019).

2.2.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Progesteron ve uterusun baskısı mide ve bağırsak peristaltizmini azaltır. Böylelikle besinlerin ve suyun emilimini artırarak fetüse yarar sağlar, anne için bulantı-kusma, konstipasyon ve hemoroide neden olabilir. Gebelikte artan östrojen seviyesi hidroklorik asit salgısının artırarak peptik ülser oluşumuna sebep olabilir. Gebelikte bulantı ve kusma gastrointesitinal sistem motilitesinin azalması, β -HCG, östrodiol ve progesteron gibi hormonların, artmış tiroid bezi fonksiyonlarının, beslenmeye ilişkin bozuklukların ve psikolojik bir takım etmenlerin sonucudur (Cunningham ve ark., 2018). Kalın barsak düz kaslarındaki gevşeme sonucu defekasyon sıklığında azalma ve sonucunda konstipasyon yaşanır. Konstipasyon ve büyümüş uterus altındaki venlerdeki basınç artışından hemoroid görülebilir.

Hormonların kaslar üzerine yaptığı gevşetici etkiden özefageal sfinkterin tonusu azalarak mide içeriğinin ösefagusa geçmesine reflü ve pyrosis oluşmasına sebep olur. Gebelikte iştahta artma gözlenebilir bu durum pika (toprak, kil, kahve telvesi gibi maddelere karşı oluşan istek) ve aşırma olabilir. Artmış vaskülarite, ödem ve bağ dokudaki zayıflama, dış kayıpları ile sonuçlanabilmektedir. Gebelikte tükürük glandları salgısında artmaya ptyalism adı verilir (Cunningham ve ark., 2018). Progesterondan dolayı tonüsü azalan ve hipotonik hale gelen safra kesesi taş oluşturma riski artar. Safra kesesinde tonüs azalarak safra tuzlarının retansiyonu sonucunda ise kaşıntı problemi oluşabilir (Taşkın, 2020). 18.-36. haftasında olan gebelerin %8'inde safra kesesi kumu veya taşları görüntülenmiştir (Ko ve ark., 2013).

Gastrointesitinal Sistem Semptomları ve Görülme Sıklığı

Bulantı- Kusma: Gebeliğin 6.-8. haftaları arasında başlayıp, 11.ve 12.haftalarda pik yapan ve 20.gebelik haftasına kadar devam etmesi normal kabul edilen bir durumdur (Can Gürkan, 2010). Kadınlar gebelikleri boyunca %20.1-%67.9 oranlarında sadece bulantı (Foxcroft ve ark., 2013; Coşar Çetin ve ark., 2017; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Akcan, 2019; Özyürek, 2019), % 4.16-%66.1 oranlarında bulantı ve kusma yaşamaktadır (Özçelik ve Karaçam, 2014; Dönmez ve ark., 2018; Kartal ve ark., 2018). Bulantı ve kusmanın 1. trimesterde %87.8 2.ve 3. trimesterlerde ise %37.6 ve %33 olduğu saptanmıştır (Can Gürkan, 2010).

Reflü: Gebeler %29,6-%99,4 oranlarında gastroözofageal reflü yaşamaktadır (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Özçelik ve Karaçam, 2014; Akcan, 2019; Özyürek, 2019). Gebeliğin son trimesterinde reflü görülme sıklığı artmaktadır (Can Gürkan, 2010).

Mide yanması: Gebeler %58.4 -%79.1 oranında mide yanması yaşamaktadır (Özçelik ve Karaçam, 2014; Coşar Çetin ve ark., 2017). İlk trimesterde %47.2 oranında takip eden trimesterlerde %73.3 ve %81.8 oranında mide yanması görülmektedir (Can Gürkan, 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kadınların %75'inin mide yanması yaşadıkları saptanmıştır (WHO, 2016).

Konstipasyon: Gebeler %5.55-%76.7 oranında konstipasyon şikâyeti yaşamışlardır (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Coşar Çetin ve ark., 2017; Dönmez ve ark., 2018; Akcan, 2019; Özyürek, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kadınların %78'inin kabızlık yaşadıkları saptanmıştır (WHO, 2016). Gebelikte konstipasyon problemi yaşayan gebe oranı; Güney Batı Nijerya'da %20,7, Güney Asya'da %24,5, Hindistan'da %24 ve Türkiye'de %13-38 oranında saptanmıştır (Odabaş ve Taşpınar, 2020).

Hemoroid: Gebeler %4.16-%37.9 oranlarında hemoroid problemi yaşamışlardır (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Coşar Çetin ve ark., 2017; Dönmez ve ark., 2018; Akcan, 2019; Özyürek, 2019). Üçüncü trimesterde bu oran %26.1'i bulmaktadır (Can Gürkan, 2010).

Diğer Gastrointestinal Sistem Semptomları

Gebeler dış eti kanaması %22.7-%64.8 oranlarında yaşamaktadır (Özçelik ve Karaçam, 2014; Coşar Çetin ve ark., 2017). Gebelikte iştahta değişiklik problemi %13.9-%37.5 oranlarında yaşanmaktadır (Foxcroft ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014). Gebelikte ağız kuruluğu semptomu %29.1,%43.8,%47 oranında saptanmıştır (Oviedo-Caro ve ark., 2017; Özyürek, 2019; Akcan, 2019). Gebelerle yapılan çalışmada iştahta artma %28.8, iştahta azalma %50.6 oranında saptanmıştır (Coşar Çetin ve ark., 2017).

2.2.6. Üriner Sistem Değişiklikleri

Mesane dokusu uterusun mekanik baskısı ve östrojenin etkisiyle erken dönemlerde sık idrara çıkmaya sebep olur. İkinci trimesterde abdominal kaviteye doğru yükselen uterus mesane üzerindeki baskısını kaldırır ve sık idrara çıkma azalabilir. Genişleyen sağ yumurtalık ven kompleksi ve rahim pelvisten tamamen çıktıktan sonra üreterlerin üzerine oturması, özellikle sağ üreterde idrar akışının engellenip (sol üreteri sigmoid kolon yastık görevi görür) üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlığı artırabilir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Gebelikte plazma volümü, kardiyak outputun artması ve fetal atıkların eliminasyonu glomerüler filtrasyonun hızını %50-80 artırır (Bramham ve ark., 2018; Cunningham ve ark., 2018). Artmış glomerüler filtrasyon hızı sonucu gebelikte normal kabul edilen glikozüri ve proteinüri oluşabilir. Bu durum fizyolojik olarak olabileceği gibi patolojik nedenlerden de olabilir. Gebeler mutlaka gestasyonel diyabet ve preeklamsi açısından incelenmelidir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Üriner Sistem Semptomları ve Görülme Sıklığı

Pollaküri: Gebeler sık idrara çıkma şikâyetinden %8.33-%95.2 oranında yakınmıştır (Can Gürkan, 2010; Foxcroft ve ark., 2013; Frederice ve ark., 2013; Özçelik ve Karaçam, 2014; Ölçer ve Bozkurt, 2015; Dönmez ve ark., 2018; Akcan, 2019; Özyürek, 2019).

Üriner inkontinans; Gebelerin %16.2-%57.7 oranında üriner inkontinans şikâyeti mevcuttur (Foxcroft ve ark., 2013; Keskin, 2019; Güzel İnal, 2019; Özyürek, 2019; Çıtak ve Demirtürk, 2021; Çelik, 2021).

Üriner sistem enfeksiyonu: Gebelerin %45'inde üriner sistem enfeksiyonu görülmüştür (Özçelik ve Karaçam, 2014).

2.2.7. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Hipofiz Bezi

Östrojen hormonu hipofiz bezini uyarak hacimce büyümesini tetikler. Hipofiz bezinin hacimce artışı anterior lobdan salgılanan prolaktin düzeyinde artışı da beraberinde getirir. Prolaktin laktasyonun başlangıcından sorumludur. Posterior lobdan salgılanan bir diğer hormon ise oksitosindir. Oksitosin uterus düz kaslarında kontraksiyon ve meme dokusundan süt dışarı atılmasından sorumludur. Posterior lobdan salgılanan oksitosin uterus kontraksiyonu ve memelerden sütün inmesini sağlar (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020). Maternal hipofiz bezi gebeliğin devamlılığı için elzem değildir. Gebeler hipofizektomi olduktan sonra, tiroid hormonu, telafi edici glukokortikoidler ve vazopressin alınarak hamileliği başarıyla tamamlamış ve doğuma girmişlerdir (Cunningham ve ark., 2018).

Tiroid Bezi

Tiroid bezi gebelik sırasında glandüler hiperplazi ve vaskülarite nedeniyle büyür (Moleti ve ark., 2014). Gebelikte tiroksin ve triiyodotironin üretimi %50 oranında artar (Alexander ve ark., 2017). Hiperemesis gravidarum 8-12. haftalarda görülen bulantı, kilo kaybı, kusma, yeme bozuklukları ve elektrolit denge bozuklukları ile karakterizedir (Durmuşoğlu, 2010). Tiroid stimulan hormon düzeyi, HCG'nin artmasına yanıt olarak ilk trimesterde hafif bir azalma gösterir fakat ilk trimester sonunda tekrar yükselir (Soma Pillay ve ark., 2016).

Paratiroid Bezi

Metabolik faaliyetler ve fetal ihtiyaçlar, kalsiyuma ihtiyacı artırır ve paratiroid bezini uyarır. Paratiroid hormonu (PTH) maternal kalsiyumun kemikten dolaşıma geçmesini sağlayarak barsaklardan kalsiyumun geri emilimini artırır (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020). Fetus mineralizasyon için özellikle üçüncü trimesterde yaklaşık 30 gr kalsiyuma ihtiyaç duyar (Sanz Salvador ve ark., 2015). PTH plazmada ilk trimesterde düşer ve ardından yükselir. PTH ya da PTH ile ilişkili bir proteinin olan (PTH-rP) plasental üretiminden aktif D vitamini üretimini yükseltir (Cunningham ve ark., 2018).

Adrenal Bezler

Gebelikte serbest kortizol düzeyi yükselir. Annenin enerji ihtiyacını karşılamak adına glikoz yetersiz ise glikoneogenezi uyarır (Tan ve Tan, 2013). Gebeliğin erken döneminde, dolaşımdaki adrenokortikotropik hormon (ACTH) seviyeleri azalır. Gebeliğin ilerlemesiyle ACTH ve serbest kortizol seviyeleri yükselir. Gebelikte, kortizol düzeyinin yükselmesinin diğer sebepleri; doğum ve emzirme sürecinde yaşanacak strese adaptasyon olduğu düşünülmektedir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Pankreas

Fetüs glikoz ihtiyacını, maternal alandan insülin ihtiyacını artırarak karşılar. Aminoasitten glikoz sentezini sınırlar, bulantı ve kusma olması hipoglisemi riskini doğurur. İkinci trimesterde HPL hormonu maternal hücrelerin insüline olan duyarlılığını azaltarak serum glikoz düzeyini yükseltir. Bu durum fetüsün besin ihtiyacının karşılanması ve pankreasın insülin üretimini stimüle etmesi açısından olumludur. Fakat pankreas bu ihtiyaca cevap veremezse diyabet ile sonuçlanabilmektedir (Taşkın, 2020).

Plesantal Hormonlar

Östrojen

Estriolün öncü maddelerinin %90'ı fetüsten geldiği için fetal sağlığın değerlendirilmesinde önemlidir. Östrojen fibrinojen ve trombosit düzeylerini artırır ve gebede venöz tromboz riski oluşturabilir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Progesteron

Progesteron, gebeliğin en önemli hormonudur, maternal desidual hücrelerin gelişmesini ve devamlılığını sağlar. Plesantanın salgıladığı progesteron maternal-plasental üniteden (desiduadan gelişen plasental doku) sentezlenir. Fetüsün değerlendirilmesinde bu hormon kullanılmaz (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Human Koryonik Gonodotrop Hormon (HCG)

Gebelikte B-HCG hormonu, embriyoyu çevreleyen trofoblastik hücreler tarafından üretilir. B-HCG'nin görevi, plasenta oluşana kadar, korpus luteumun progesteron ve östrojen üretmesi için stimülasyonunu sağlamaktır (Taşkın, 2020).

Human Plasental Laktojenik Hormon (HPL)

HPL hormonu implantasyondan hemen sonra sentezlenmeye başlar ve 36. haftada pik yapar. Maternal karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasına etkin rol alır. HPL, maternal hücrelerde insüline duyarlılığı düşürür ve enerji için gerekli olan yağ asitlerini metabolize ederek kullanılmasını sağlar. HPL memeleri laktasyon için hazırlamaya yardımcı olur ve büyüme hormonu olarak görev alır (Taşkın, 2020).

2.2.8. Hematolojik Değişiklikler

Gebelikte plazma volümünde %30-50 (1200-1300 ml) oranında artış olur, çoğul gebeliklerde %70'lere kadar ulaşır. Eritrosit oranındaki artış plazma volümündeki artışa oranla daha azdır. Gebelik haftaları ilerledikçe kandaki hemoglobin yoğunluğu ve hematokrit düşerek “dilüsyonel anemi” olarak adlandırılır (Cunningham ve ark., 2018; Tan ve Tan, 2013).Anemi

halsizlik, yorgunluk, letarji(patolojik uyku hali), hassasiyet, ayak bileğinde ödem gibi semptomlara sebep olabilir (Küçükgöz Güleç ve ark., 2013).

2.2.9. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri

Gebelik boyunca ve pospartum dönemde hafıza, dikkat ve konsantrasyonla ilişkin problemler ortaya çıkabilir (Cunningham ve ark., 2018). Gebelikte görülen fizyolojik değişimlerin yanı sıra streste nörolojik sistemi etkiler. Sık maruz kalınan stres kortizol miktarını artırır ve kortizol reseptörleri bakımından zengin olan hipokampusu olumsuz etkiler. Yer, zaman ve kelime hafızasında problem yaşanmasına yol açabilir (Kocatürk, 2000). Gebelikte sözel hatırlamada ve işleme hızında azalma olduğu saptanmıştır (Henry ve Sherwin, 2012; Farrar ve ark., 2014).

Nörolojik Sistem Semptomları ve Görülme Sıklığı

Baş ağrısı: Kadınların gebelikte %31.1-%80.3 oranında baş ağrısı yaşadığı bulunmuştur (Foxcroft ve ark., 2013; Coşar Çetin ve ark., 2017; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Akcan, 2019; Özyürek, 2019; Marín-Jiménez ve ark., 2021).

Bacak krampları: Kadınların gebelikte %15.27-%87 oranlarında bacak krampları yaşadığı saptanmıştır (Foxcroft ve ark., 2013; Coşar Çetin ve ark., 2017; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Dönmez ve ark., 2018; Akcan, 2019; Özyürek, 2019; Marín-Jiménez ve ark., 2021).

2.2.10. Gebelikte Yaşanan Metabolik Değişiklikler

Kilo Alımı

Gebelikte kilo alımı, uterus, memeler, genişlemiş kan damarları, ekstrasvasküler hücre dışı sıvı hacmi ve fetal organların büyümesine bağlanabilir. Daha az miktarda kilo alımını etkileyen kısım ise maternal rezervler, hücresel su, yağ ve protein birikimini destekleyen metabolik değişikliklerdir. Ortalama kilo alımı yaklaşık 12.5 kg veya 27.5 lbs'dir (Cunningham ve ark., 2018).

Sıvı Metabolizması

Gebelikte olağan görülen interstisyel kolloid ozmotik basınçtaki düşme de gebeliğin geç döneminde ödem oluşmasının sebebidir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Elektrolit Ve Mineral Metabolizması

Gebelikte serum magnezyum, kalsiyum düzeyleri azalır. Glomerüler filtrasyon hızındaki artış, plazma protein konsantrasyonundaki azalma, progesteron seviyesindeki artış sodyum atılımında artışa neden olur. Östrojen, kortizol, prolaktin ve aldosteron konsantrasyonlarının artışı da, sodyumun geri emilimini sağlar. Bu hormonlar sodyum dengesinin korunmasında görevlidir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Protein Metabolizması

Doğum ve involusyon sürecinde, loşia ve laktasyonda kaybedilen nitrojeni karşılamak adına gebelikte 900 gr protein depolanır. Gebenin dışarıdan gıdalarla yeterli miktarda protein alması bu sebeple önemlidir (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Karbonhidrat Metabolizması

Gebelikte ilk aylarda fetüsün glikoza olan talebi arttığı için anne hipoglisemiye yatkındır. Fetüs sürekli maternal aminoasit ve glikoz kullandığı için gebe baygınlık hissi yaşayabilir. Gebeliğin ilerlemesiyle insüline olan ihtiyaç artar. Östrojen, prolaktin, progesteron, HPL ve kortizol anne dokusunun insüline dirençli olmasına sebep olur (Cunningham ve ark., 2018; Taşkın, 2020).

Yağ Metabolizması

Gebeliğin birinci ve ikinci trimesterında yağ sentezi artar. Böylelikle maternal yağ depoları dolar. Son trimesterde ise lipolitik aktivite artarak yağ depolanması azalır. Kısaca artan insülin direnci ve östrojen gebelikte maternal hiperlipidemiye sebep olur. Lipid sentezinin artması ve gıda alımı, ilk iki trimesterde annede yağ birikimine neden olurken, üçüncü trimesterde yağ depolanması azalır. Sonucunda yağ asitlerinin oksidasyonundaki artma karaciğerde ketogenezisi ortaya çıkarır. Bu katabolik süreç sonucunda ketozise yatkınlık oluşur. Fetüse keton cisimlerinin geçmesi fetal sinir sistemi üzerinde olumsuz etkilerle sonuçlanabilir. Bu sebeple gebelikte sık sık, küçük porsiyonlarla karbonhidrat tüketimi oldukça önemlidir (Cunningham ve ark., 2018).

2.2.11. Gebelikte Yaşanan Psikolojik Değişiklikler

Gebeliğe uyum süreci birçok değişkene (sağlık durumu, yaş, eğitim, planlı gebelik olup olmaması, sosyo kültürel faktörler vb.) bağlıdır. Kadınların gebelik boyunca yaşadığı psikolojik değişimlerin şiddeti ve türü her trimesterde farklıdır (Taşkın, 2020). Prenatal anksiyete %13-21 arasında iken depresyon postnatal dönemde %8-15 arasında görülür. Anksiyete ve depresyon gebelik sürecinin haricinde doğum ve fetüs üzerine de olumsuz etkileri olur. Bunlar düşük ve erken doğumlar, düşük doğum ağırlığı ve preeklampsi olabilir. Gebelikte başlayan depresyon ve anksiyete, gebelik sonrası dönemde de devam edebilir (Matthey ve ark., 2004). Gebelikte stresli ve gergin olduğunda, salgılanan adrenalin ve katekolaminler plasentaya geçerek fetüsü olumsuz etkilemektedir (García González ve ark., 2018).

2.2.11.1. Birinci Trimesterde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler

Menstrüasyonunun kesilmesi, bulantı- kusma, yorgunluk hali ve artmış uyuma isteği yaşayan kadının gebelikte ambivalan duyguları ortaya çıktığı dönemdir. Birinci trimesterde kadının sağlık profesyonelleri ve yakın çevresinin desteklenmesi önemlidir. Gebeliğin başlangıcında ambivalan duygular yaşanan kadın, gebeliğin ilerlemesi ile odak noktasını fetüse çevirir ve fetüs konusunda endişelenmeye başlar. Gebelikte depresyon ve anksiyete görülmesi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Matthey ve ark., 2004; Taşkın, 2020).

2.2.11.2. İkinci Trimesterde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler

İlk trimestere göre, yaşadığı fiziksel şikâyetleri hafifleyen ve 16-20. haftalar arasında bebeğinin hareketlerini hissetmeye başlayan kadında ambivalan duygular azalır. İlk trimesterin sonlarına doğru kadın yaşadığı fiziksel değişimleri kabul ederek, gebelikle ilgili şeylerden mutluluk duyar. Gebe görüntüsünün kazanılması beden imajını olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Annelik rolünü benimseyen kadın, bebek gelişimi, gebelik süreci ile ilgili konularda araştırma yapar. İkinci trimesterde gebeler birçok duygusal değişimler (aşırı alınganlık, ani öfkelenme, aşırı mutluluk vb.) yaşayabilmektedirler (Taşkın, 2020).

2.2.11.3. Üçüncü Trimesterde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler

Gebenin ve fetüsün kilosunun artması gebeliğe ilişkin şikâyetlerin tekrar ortaya çıkmasına ve günlük yaşamını zorlaştırmasına sebep olabilir. Bebeğe karşı olumsuz duyguyu gebe kendi üzerine alarak kötü hissedebilir. Aile üyelerinin ve eşin bebeğe ilişkin duygularını paylaşması, gebeyi desteklemesi önemlidir. Gebe son aydada ambivalan duygular yaşar, bebeği ister ama doğumdan da korkar (Taşkın, 2020).

Gebelikte hormonların düzeyindeki değişim hipofiz, hipotalamus adrenal eksenine baskı uygulayarak depresyona eğilimi artırabilir. Bu sebeple gebelik döneminde en sık psikiyatrik sorun depresyon ve anksiyetedir (Matthey ve ark., 2004; Karaçam ve Ançel, 2009). Hemşirenin gebeye duygularını ifade etmesi için destek olması, gebeliğin kadın için ne ifade ettiğini, ne zaman yardıma ve desteğe ihtiyaç duyacağını bilmesi önemlidir (Taşkın, 2020).

Psikolojik Semptomlar ve Görülme Sıklığı

Stres: Gebelerin birinci trimesterde stres yaşama oranı %19.8, ikinci trimesterde %24.7 ve üçüncü trimesterde %31.7'dir (Effati Daryani ve ark., 2018). Yapılan araştırmalarda, gebelik sırasında stres %11.2-%57.7 oranında saptanmıştır (Vijayaselvi ve ark., 2015; Nagandla ve ark., 2016; Ahmed ve ark., 2017; Engidaw ve ark., 2019; Eran ve ark., 2021).

Anksiyete: Gebelerde anksiyeteyi inceleyen çalışmaya göre, birinci trimesterde %17.3, ikinci trimesterde %12.2 ve üçüncü trimesterde %27.3 oranındadır (Effati Daryani ve ark., 2018).

Depresyon: Bir araştırmaya göre gebelerde; 12.–16. gebelik haftasında % 6.1, 22-26. gebelik haftasında %3.5 ve 32-36.gebelik haftasında %4.4 oranında depresif bozukluk saptanmıştır. Gebelik depresyonunun ise; birinci trimesterde %22.8, ikinci trimesterde %30.3 ve üçüncü trimesterde %36.6 oranında olduğu saptanmıştır (Effati Daryani ve ark., 2018). Başka bir çalışmada gebelerde %16.5'inde şiddetli depresyon saptanmıştır (Eren ve ark., 2021). Kore'de 136 gebeyle yapılan çalışmada depresif semptomlar düşük %70, orta %25 ve yüksek %5 düzeyde saptanmıştır (Lee H ve ark., 2021). Yorgunluk ve depresyon anne-bebek arasındaki zayıf bağlanma gibi, maternal-fetal sağlığı ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilecek gebelik komplikasyonları ile ilişkilendirilmiştir (Liu ve ark., 2020).

2.3. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kelimesinin temeli 13.yüzyıla dayanmaktadır. Bağlanma sağlıklı ilişkiler kurabilme, sürdürülebilir becerisi, bir göreve bağlılık ya da bu görevi gerçekleştirme olarak tanımlanır (Finkel ve Simpson, 2015; Çakır, 2019). Bağlanma, insanların önemsedikleri kişilere sağlıklı, güçlü ve duygusal ilişkiler kurma ve sürdürülebilir olarak da tanımlanmaktadır (Duyan ve ark., 2013). Bağlanma kuramını ilk kez İngiliz John Bowlby 'iki kişi arasında gelişen güçlü bir bağ' olarak kavramsallaştırmıştır (Muller, 1993; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Duyan ve ark., 2013; Güleç ve Kavlak, 2013).

Bağlanma kuramını John Bowlby ve Mary Ainsworth'un birlikte geliştirerek; anne ile bebek arasında haz ve memnuniyete dayanan; güçlü, kesintisiz, sıcak ilişki olarak tanımlanmıştır (Bowlby, 1969; Bretherton, 1992). Maternal-fetal bağlanma kavramını Cranley, 'gebelerin doğmamış çocuklarına sevgilerini, etkileşimini gösteren davranışların tümü' olarak tanımlamıştır (Cranley, 1981). Mary Muller anne ve bebek arasında gelişen yegâne ilişki şeklinde ifade etmiştir (Muller, 1993). Peppers ve Knapp bağlanmanın prenatal dönemde başladığı gebelik boyunca devam ettiği ve fetal hareketlerle pozitif ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (Peppers ve Knapp, 1980).

2.3.1. Prenatal Bağlanma

Prenatal bağlanma anneyle fetüs arasındaki ilişkiyi temsil eden, onunla birlikte olma arzusunun, korumasına ve tatmin etmesine yönelik davranışsal, bilişsel ve duygusal yaklaşımların yer aldığı soyut ve sevgi dolu eşsiz bir ilişki olarak tanımlanmıştır (Condon, 1993; Doan ve Zimmerman, 2008; Pisoni ve ark., 2014). Prenatal bağlanma fertilizasyonla başlayan, doğum ve postpartum evrede devam eden, gebede meydana gelen fizyolojik ve

psikolojik değişiklikler ile fetüsün oluşum ve gelişimini kapsayan prenatal dönemde başlar. Prenatal bağlanma fetal hareketlerin hissedilmesiyle artan pozitif bir ilişkidir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013 ; Erkal Aksoy ve ark., 2016; Taşkın, 2020). Prenatal bağlanma fetüsün fiziksel, bilişsel ve duygusal açıdan gelişimi için önemli yere sahiptir (Bowlby, 1969; Bretherton, 1992).

Prenatal bağlanma teorisinin temelleri ilk olarak hemşire Rubin tarafından atılmıştır. Chicago Üniversitesi'nde maternal bakım konusunda uzmanlaşan Rubin, anne-yenidoğan arasındaki bağın prenatal sürecin bir sonucu olduğunu bulmuştur. Gebelerin kalıcı annelik davranışları kazanması ve pospartum dönemde yenidoğanla arasındaki bağın oluşmasında prenatal sürecin önemini vurgulamış ve gebelerin prenatal dönemde dört davranış sergilediklerini gözlemlemiştir. Bu davranışlar; kendi ve bebeği için güvenli yol arama, bebeğin diğerleri tarafından kabul edildiğine emin olma, bağlanma ve kendinden ödün vermedir (Rubin, 1975; Brandon ve ark., 2009; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013). Rubin bağlanmayı etkileyen yedi davranıştan bahsetmiştir. Bunlar gebeliği planlama, gebeliğe uyum sağlama, gebeliği kabul etme, fetüs hareketlerini hissetme, fetüsü birey olarak görme, doğum eylemini gerçekleştirme, görme ve dokunmadır (Rubin, 1975). Muller, prenatal bağın fertilizasyonla başlayıp gebelik ilerledikçe geliştiğini savunmaktadır. İkinci trimesterde, bağlanma en yüksek seviyeye gelir ve pospartum evreye kadar böyle kalır, annelerin gebeliğe uyum sağlaması da önemlidir (Muller, 1993).

Gebelerin vücudunda meydana gelen hormonal, psikolojik ve fiziksel değişiklikler gebelerin anneliğe hazırlayarak prenatal bağlanma sürecini başlatmaktadır (Muller, 1993; Duyan ve ark., 2013; Koptur ve Emül, 2017). Gebelikte olumsuz yönde stres, anksiyete ve kaygı ile sonuçlanabilecek birçok durum eşlik edebilir, bu durum gebenin bağlanma sürecini etkileyebilmektedir (Muller, 1993; Hergüner ve ark., 2014; Akbarzadeh ve ark., 2016). Gebenin kaygısı, maternal kortizolünü yükseltir ve fetüste hipotalamik-hipofizeal-adrenal salgılanmasını arttırır, fetüsün kişilik özelliklerini etkileyebilir (Punamäki ve ark., 2006).

Prenatal bağlanma, gebenin fetüs için zihinsel ve fiziksel olarak gelişmesi için ihtiyaç duyduğu güveni ve sevgiyi sağlar. Çocukluk döneminde ortaya çıkan ve tüm hayatı boyunca devam eden davranışsal, duygusal bozukluklar, idrar kaçırma ve eğitim alanında başarısızlıklar zayıf prenatal bağlanma sonucu olabilmektedir (Brumariu ve ark., 2012; Toosi ve ark., 2014). Prenatal bağlanma, duygusal yönlü gibi gözüksede biyolojik bir temeli vardır. Annelerin bebekleriyle olan bu eşiz ilişkisinin kalitesi bebeklerin ruh sağlığının doğrudan etkilediği saptanmıştır (Franc ve ark., 2009; Lee G ve ark., 2013). Gebelikleri esnasında

bebeklerine bağlanmaları sınırlı olan kadınlar gelişimsel gecikmelerli olan bebek dünyaya getirmişlerdir (Alhusen ve ark., 2013; Akbarzadeh ve ark., 2016). 16-20. gebelik haftalarından önce fetal hareketlerin hissedilmemesi nedeniyle gebenin bebeğini tanıması ve kabul etmesi güç olduğu için bağlanmanın gebeliğin ikinci trimesterden sonra değerlendirilmesi daha uygun olduğu saptanmıştır (Cranley, 1981; Heidrich ve Cranley, 1989; Doan ve Zimerman, 2008; Lang, 2018).

2.3.2. Birinci Trimesterde Prenatal Bağlanma

Birinci trimesterde kadının kendisi ve yakın çevresi tarafından gebeliğinin kabul edilmesi önemli bir durumdur. Gebelik planlı olsa da gebeliğin kesinleşmesiyle, sonraki süreçte yönelik bebek sahibi olma ve bu durumun getireceği belirsizliklere karşı ambivalan duygular yaşanabilir (Dağlı, 2017). Gebeliğin kabullendiğini gösteren belirtiler şunlardır; gebelikten mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıklara iyi adapte olabilme, yakınları ve kendisinin gebelik ve doğumla baş edebileceğine özgüven duygusuna sahip olmasıdır.

Gebeliğin kabulünde problem yaşadığını gösteren belirtiler ise; üzüntü ve mutsuzluk, gebeliğin varlığıyla gelişen değişimlerden bunalma, gebeliğe dair sürekli bir pişmanlıktır (Dağlı, 2017; Taşkın, 2020). Gebelikte düşük riskinin en yüksek olduğu bu dönemde fizyolojik problemler ve düşük riski gebeliğe uyumu ve bağlanmayı zorlaştırabilmektedir. Bu dönemde gebeliğin kabullenilmesi, gebelik ve sonrasında pozitif bağlanma ve sağlıklı durumun sürdürülmesi için oldukça önemlidir (Canlı, 2020).

2.3.3. İkinci Trimesterde Prenatal Bağlanma

Fetüsün büyümesiyle ultrasonografide bebeğin görülmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi gebeliğin daha kolay benimsenmesi ve bağlanmanın daha kuvvetli olmasını sağlar. Bu dönemde anne, bebek ve kendisi ile ilgili araştırmalar yapar (Taşkın, 2020). İkinci trimesterde kadın fetüsü koruma konusunda endişe yaşayabilir. Kadın kendisi ve bebeği için sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmaya özen gösterir. Beslenmesine, giyim şekline, yaşadığı çevreye özen gösterir. Anne fetüs için olumlu bir çevre yaratmaya çabalamaktadır (Özkan, 2012; Dağlı, 2017; Canlı, 2020). Gebenin kilosunun artması ve vücudundaki değişimler bebeği vücudunun bir parçası değil, kendisine bağımlı ve kendinden ayrı bir birey olarak görmesini sağlar (Taşkın, 2020).

2.3.4. Üçüncü Trimesterde Prenatal Bağlanma

Üçüncü trimesterde gebe “ben anne olacağım” der ve annelik rolünü adapte olmaya başlar. Bu dönemde gebe artık doğum ve doğum sonu dönem için hazırlıklarını arttırarak bebeğinin kıyafetlerini hazırlar, odasını kurar ve bebeğine isim seçer (Taşkın, 2020). Doğum için

hazırlığın ve kaygıların başladığı bu dönemde gebenin fiziksel görünümünde değişme ve hareketleri yavaşlama duygusal dalgalanmalara neden olabilir (Canlı, 2020; Dağlı, 2017). Günlük yaşama uyumunun zorlaştığı bu dönemde doğum zamanını tam olarak bilmeme kaygısı, doğumun nasıl olacağı, çocuğun sağlıklı olup olmayacağı gibi durumlarda endişelerin arttığı belirtilmektedir (Arslan Koyutürk, 2018). Gebeye annesinin, eşinin ve sağlık personelinin desteği, gebenin bu problemlerle baş etmesine yardımcı olur (Dağlı, 2017).

2.3.5. Gebelikte Prenatal Bağlanma Düzeyini Etkileyen Faktörler

Fetal sağlığı değerlendirmek için yapılan ultrasonografide fetüsün görüntülenmesi, kalp seslerinin duyulması ailelerin endişesini giderir ve prenatal bağlanmayı olumlu yönde etkiler (Kızılkaya, 2017; Taşkın, 2020). Ultrasonografide fetüsün görüntülenmesi prenatal bağlanma arasında pozitif yönde güçlü ilişki belirtilmiştir (Sandbrook ve Adamson-Macoda, 2004; Yarcheski ve ark. 2009; Lindroos ve ark., 2015).

Gebeliğin planlı olması, prenatal bağlanma düzeyini etkilemektedir. Planlı gebelik yaşayan kadınlarda, prenatal bağlanma düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Janbakhıskov ve ark., 2013; Metin ve Pasinlioğlu, 2016; Çınar ve ark. 2017; Camarneiro ve Justo 2017; Kurnaz ve Türkmen Çevik, 2019). Fakat gebeliğin planlanma durumu ile prenatal bağlanma arasında ilişki olmadığını saptayan araştırmalarda vardır (Ossa ve ark., 2012; Elkin 2015; Koç Özkan ve ark., 2020).

Gebelerin iş hayatı ve maddi imkânları ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Bakır ve ark., 2014; Elkin 2015; Dağlı 2017; Aydın Kartal ve Karaman 2018; Küçükkaya ve ark., 2020). Eğitim düzeyleri, çalışma durumları ve gelir düzeyleri arttıkça, PBÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak arttığı saptanmıştır (Çağlayan, 2019). Fakat literatürdeki bir çalışmada, çalışan gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin daha düşük olduğunu saptanmıştır (Topaç Tunçel ve Süt 2019).

Gebenin yaşı prenatal bağlanmayı etkileyen bir faktör olmasına karşılık araştırmalarda tutarlılık olmadığı görülmüştür. Bazı araştırmada genç gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Ossa ve diğerleri, 2012; Abasi ve diğerleri, 2012). Gebe yaşı ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (Lingeswaran ve Bindu 2012; Akarsu ve Oskay 2017). Aralarında ters yönde ilişki olduğunu bildiren çalışmalarda vardır (Üstünsöz ve ark., 2010; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Barone ve ark., 2014; Elkin 2015; Badem ve

Zeyneloğlu, 2021). Yüksek riskli gebelerle yapılan çalışmada yaş arttıkça prenatal bağlanma puan ortalamasının arttığı saptanmıştır (Eswi ve Khalil, 2012).

Stres düzeyi yüksek olan gebenin fetüsle kurduğu duygusal ilişki azalabilmektedir. Bazı araştırmalarda düşük prenatal bağlanma ile yüksek stres seviyeleri ilişkili saptanmıştır (Çakır ve Can, 2011; Janbakhiskov, 2013; Berlin ve ark., 2013; Walsh ve ark., 2013; Hergüner ve ark., 2014; Boztaş ve Ungan, 2015; Srivastava ve Bhatnagar, 2019; Kural, 2021). Bir araştırmada birinci trimesterde gebelerde prenatal distres düzeyi arttıkça prenatal bağlanma düzeyi de artmakta, üçüncü trimesterde depresyon düzeyi arttıkça prenatal bağlanma azalmaktadır. Gebelik sürecinde anksiyete düzeyi arttıkça bağlanmanın arttığı saptanmıştır (Topaç Tunçel ve Süt 2019). Nath ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete bozukluğu olan gebelerin prenatal bağlanma puanları anlamlı olarak farklı bulunmamış, fakat tek başına anksiyete değil, anksiyete ve depresyon komorbiditesi olan annelerde olumsuz bağlanma bulguları saptanmıştır (Nath ve ark., 2019). Anksiyetli (Özdemir ve ark., 2020) ve depresyon yaşayan (Mcfarland ve ark., 2011) gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır.

Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada bağlanmayı en çok eşler arası ilişki ve sosyal desteğin etkilediği saptanmıştır (Yarcheski ve ark., 2009; Bouchard, 2011; Bekmezci ve Özkan, 2016; Karabulutlu ve ark., 2020; Küçükkaya ve ark., 2020). Gebelerin algıladıkları sosyal desteğin prenatal bağlanma düzeyine olumlu etki ettiği düşünülmektedir (Metin ve Pasinlioğlu, 2016; Aksoy ve ark., 2016). Fetüsün cinsiyetini öğrenmenin prenatal bağlanmayı pozitif olarak etkilediğini saptayan çalışmalar mevcuttur (Lewis, 2003; Abasi ve ark., 2012), fakat fetüs cinsiyeti ile PBÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptayan çalışmalarda vardır (Damato, 2003; Balaban, 2016; Erdemoğlu 2016; Koç Özkan ve ark., 2020).

Araştırmalarda prenatal bağlanma ile parite arasında ilişki olup olmadığına kanıtlayan zıt bulgular mevcuttur. Primipar gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğunu saptayan çalışma olduğu gibi (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Coşkun Potur ve ark., 2020) gebelik sayısı ile prenatal bağlanma arasında ilişki saptamayan ve tam tersini savunan çalışmalarda mevcuttur (Erkal Aksoy ve ark., 2016; Küçükkelepce ve ark., 2018). Bir araştırmada öğrenim düzeyi yüksek olan, çalışan, primipar ve primigravida gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu saptanmıştır (Höbek Akarsu ve Oskay, 2017). Multigravidaların prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu,

primigravidalarda üçüncü trimesterde prenatal bağlanma düzeyinin düşük olduğu görülmüştür (Turan ve ark., 2020).

Gebenin eğitim seviyesi yükseldikçe prenatal bağlanma düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (Üstünsöz ve ark., 2010; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Bakır ve ark., 2014; Akarsu ve Oskay 2017; Dağlı 2017; Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu Süt, 2019; Badem ve Zeyneloğlu, 2021) eğitim seviyesi ile prenatal bağlanma arasında ilişki olmadığını ve eğitim seviyesi düşük olan gebenin prenatal bağlanma düzeyinin daha yüksek saptandığı araştırmalarda mevcuttur (Ossa ve ark., 2012; Abasi ve ark. 2012; Mutlu ve ark., 2015; Erkal Aksoy ve ark., 2016; Küçükkelepce ve ark., 2018; Koç Özkan ve ark., 2020).

Bir araştırmada gebelikte değişen dış görünüşe göre PBÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı, çevreden gelen yorumlara karşı etkilenme durumuna göre prenatal bağlanma puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Batuhan Karaşın, 2021). Beden Kütle indeksi 30 ve üstü olan gebelerin PBÖ puan ortalaması, normal ve pre-obez gebelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Alan Dikmen ve Çankaya, 2018). Aralı'nın (2020) 314 gebe ile yaptığı araştırmada beden kütle indeksinin prenatal bağlanmayı etkilediği ve beden kütle indeksinin arttıkça prenatal bağlanmanın istatistiksel olarak anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (Aralı, 2020).

Gebelikte prenatal bağlanma üzerine yapılan diğer çalışmalar; uyku kalitesi (Nacar ve Taşhan, 2019), reflü (Akmaz, 2021), doğuma hazırlık sınıfına katılma durumu (Alan Dikmen ve Çankaya, 2018; Çıtak Bilgin ve ark., 2020; Güney ve Uçar, 2019), fetal hareketli sayma uygulaması (Güney ve Uçar, 2019; Demirkan ve ark., 2020), leopold manevrası uygulanması (Çelik ve Ergin, 2020), doğum korkusu (Kaya, 2020), eğitim ve danışmanlık hizmeti alma (Ekrami ve ark., 2019; Khalili ve ark., 2020), müzik dinleme (Chang ve ark., 2015), bilişsel davranışçı terapi uygulaması (Alhusen ve ark., 2021; Mojahed ve ark., 2019), yogadır (Höbek Akarsu ve Rathfisch, 2018; Kim ve Gim, 2019; Gheibi ve ark., 2020; Ağapınar Şahin 2021).

2.3.6. Prenatal Bağlanma Düzeyinin Anne-Bebek Üzerine Etkileri ve Önemi

Prenatal dönem, fertilizasyondan başlayan ve pospartum evrede devam eden bir süreci kapsar. Prenatal bağlanma, fetüsün dış dünyaya uyumunu ve gelecek yaşam sürecindeki ilişkilerini etkileyen önemli bir kavramdır. Gebeliğe uyum ve annelik rolünün benimsemesi, fetüsün gelişimini olumlu etkilerken doğum sonrası dönemde anne ve bebek arasındaki bağın devamlılığı açısından oldukça önemlidir (Alhusen ve ark., 2013; Höbek Akarsu ve ark., 2017).

Gebe ile fetüs arasında gelişen özel bağ, fetüsün zihinsel, fiziksel, davranışsal, bilişsel ve duygusal gelişimini destekler (Bowlby, 1969; Pisoni ve ark., 2014; Akbarzadeh ve ark., 2016). Prenatal dönemde fetüsün algılama, işittiği her türlü bilgiyi yakalama ve tepki gösterebilme yeteneklerinin olduğu belirtilmektedir. Anne gebelikte olumlu duygularını, sağlıklı yaşam davranışlarını bebeğine aktarması karnı üzerinden tensel temas kurmaya çalışması, bebeği ile konuşması, sevgisini bebeğe aktarmaya çalışması bağlanmanın kuvvetlenmesine katkı sağlamaktadır. Bebeğin duygusal ve sosyal yönü için zemin oluşturmaktadır (Kesebir ve ark., 2011).

Gebelerin prenatal bağlanma düzeyi; annelik davranışlarına kolay adapte olmayı, bebeğine şefkat ve sevgiyle yaklaşmasını, bebeğinin gereksinimlerine daha duyarlı olup kolay etkileşim kurmasını destekler (Duyan ve ark., 2013; Mutlu Güneş ve Mete, 2013) ve perinatal depresyona karşı koruyucudur (Vedova ve ark., 2008; Brandon ve ark., 2009; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Duyan ve ark., 2013; Bakır ve ark., 2014). Prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan kadınların bebeklerine daha olumlu davranışlar sergilediği gözlemlenmiştir. Gebelikte düşük düzeyde bağlanmaya yaşayan fetüs duygusal, fiziksel, sosyal, zihinsel gelişim ve dil gelişimi problemleri yaşayabilmekte ve bu bebekler ihmal ve istismar bakımından risk altında olabilmektedir (Muller, 1996; Vedova ve ark., 2008; Brandon ve ark., 2009; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Güleç ve Kavlak, 2013; Duyan ve ark., 2013; Bakır ve ark., 2014).

2.3.7. Gebelikte Semptom Yönetiminde ve Prenatal Bağlanmada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Gebelikte semptomlara uyum sağlamak sağlıklı bağlanma sürecinin ilk adımı olduğundan ebeveynlerin uyumuna destek olunması, danışmanlık yapılması ve bilinçlendirilmesi önemlidir (Çoban ve Saruhan, 2005). Gebeliğe uyum döneminde meydana gelen değişikliklere bağlı yakınmalar, trimesterlere göre farklılık göstermektedir (Sunal ve ark., 2009; Taşkın, 2021). Hemşireler, prenatal dönem başta olmak üzere her dönemde gebe ve ailesiyle en çok iletişim halinde olan ve onlarla birebir vakit geçiren en önemli sağlık profesyonelidir (Güleşen ve Yıldız, 2013).

Hemşireler annenin ve fetüsün sağlığını korumada, gelişimini sürdürmede, annenin semptomlar konusundaki yanlış alışkanlıklarını düzeltmede, doğrularını pekiştirmede ve yeni bilgiler kazandırmada, gebelikte meydana gelebilecek sorunları önlemede sağlık profesyonelleri içinde en önemli konumda yer almaktadır. Hemşirelerin, gebelerde oluşan fiziksel, psiko-sosyal ve cinsel değişiklikleri tanımlamada, gebelik semptomlarını

değerlendirmede, gebeleri semptomların sürecinin bir parçası olduğu konusunda bilinçlendirmede, gebelerin bu değişikliklerle baş etme becerisini geliştirmede, sağlık sorunu veya yüksek riskli durum oluştuğunda sevkini sağlamada, hastanede ve evde bakım izlemini yapmada, dolayısıyla yaşam kalitesini geliştirmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Özçelik ve Karaçam, 2014; Coşar Çetin ve ark., 2017; Taşkın, 2021). Hemşirelerin kadını gebeliğin olumlu yönlerine odaklamak, rahat bir deneyim sağlamak ve gebeleri desteklemek; gebeliğe ve gebelik semptomlarına olumlu katkı sağlayacaktır. Bu nedenle, etkili hemşirelik bakımını için hemşireler gebenin olumsuz duyguları tanınmasında ve kabul etmesinde, gebelik semptomlarının olumsuz yönlerini azaltmasında ve yeniden belirlenmesinde, gebenin olumlu tutumlarını güçlendirmesinde, gebeyi rahatlatan deneyimlerin teşvikinde önemli yere sahiptir (Nakamura, 2010).

Prenatal-antenatal bakım hizmeti sunan hemşirelerin gebelerin sağlık durumunu ve yaşanan gebelik semptomlarını dikkatli bir şekilde değerlendirmede/tespit etmede, gebelik ve sonraki dönemde yaşam kalitesini artırmada önemli sorumluluklarındandır. Hemşireler gebelik semptomlarının prenatal bağlanmaya etkisini değerlendirip, bakım hizmetlerini planlayarak sağlıklı bir doğum öncesi bağlanma sürecini başlatmış ve doğumdan sonra da sürecin sürdürülmesinde önemli katkı sağlamış olurlar (Çoban ve Saruhan, 2005; Güleşen ve Yıldız, 2013).

Hemşireler anne adaylarının gebelik, doğum ve doğum sonrası duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine fırsat verilmeli, endişelerini dinlemeli, fetüs ve kendisi ile ilgili sorularını yanıtlamalı, gebenin annelik davranışlarını gözlemlemeli ve güçlendirmelidir. Gebelikte anne adayının gebeliğini benimsemesine, fetüsü ayrı bir birey olarak kabul etmesine ve iletişime geçmesine yardımcı olmalıdır. Hemşireler gebe kadınlara bağlanmanın önemini vurgularken, bebekleriyle konuşmanın, onlara dokunmanın ve hareketlerini saymanın bağlanmayı artırdığı bilgisini vermelidirler (Çoban ve Saruhan, 2005; Kavlak ve Şirin, 2007; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013; Bekmezci ve Özkan, 2016; Koptur ve Emül, 2017; Baltacı ve Başer, 2020; Akmaz, 2021).

Sonuç olarak hemşireler gebelik semptomlarıyla prenatal bağlanma arasındaki etkileşimi değerlendirmeli ve sonucunda risk grupları erken tespit etmeli, riskli grup için önlemler almalı, bakım ve eğitim planlanmalıdır (Çoban ve Saruhan, 2005; Kavlak ve Şirin, 2007; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013; Koptur ve Emül, 2017; Baltacı ve Başer, 2020; Akmaz, 2021). Böylelikle bütüncül hemşirelik bakım hizmetlerinin planlanmasına ve bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte araştırma özelliğindedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas Suşehri ilçesinde bulunan Suşehri Devlet Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinik odasında yapılmıştır. Sivas Suşehri Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinik odası, Kadın Hastalıkları ve Doğum servisi (altı oda), kadın doğum ameliyat odası, doğumhane birimi olarak dört temel birimden oluşmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde toplamda bir hekim ve 9 ebe görev yapmaktadır. Doğumhane birimi üç odadan oluşmakta olup normal doğumda aktif olarak yedi ebe görev yapmaktadır. Bu odalarda normal doğum yaptırılmakta olup odalarının ikisi aynı zamanda Nonstres test ve Kontraksiyon Stres test odası olarak kullanılmaktadır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünün verdiği hizmetler; gebelik takibinde kullanılan ultrasonografik inceleme, non-stres test, gebelik tarama testleri, endometrial biopsi ve smear işlemleri, aile planlaması yöntemleri ile ilgili gerekli danışmanlık hizmetleri, jinekolojik tanı ve tedavi işlemleri (pelvis değerlendirmesi, pap smear testi, biyopsiler, mikrobiyolojik tanı yöntemleri, tümör belirteçleri, jinekolojik ultrasonografi, laporoskopi, histereskopi vb), jinekolojik küçük cerrahi işlemler, gebelik ve yüksek riskli gebelik takibi, 4d ultrasonografi ve doğuma hazırlık eğitimidir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas Suşehri Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 01 Nisan–30 Eylül 2021 tarihleri arasında başvuran 18-40 yaş arası tüm gebe kadınlar oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğü güç analizi kullanılarak hesaplanmıştır. Dağlı'nın 'Gebelikte bebeğe yönelik yapılan hazırlıkların prenatal bağlanma ilişkisi' ile ilgili yaptığı araştırmanın verilerinden yararlanılarak etki büyüklüğü 0,2 kabul edilmiştir (Dağlı, 2017). Referans çalışmadaki bilgiler eşliğinde evreni temsil etmek üzere örneklem hacmi; $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde, $1 - \alpha = 0,95$ güven aralığında, $\beta = 0,10$ hata riski ile $1 - \beta = 0,90$ güçte her grup için toplamda 265 ($n=265$) katılımcının gerekli olduğu tespit edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri

- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan,
- Okuz-yazar olan,

- 18-40 yaş aralığında olan,
- 20. – 40. gebelik haftası aralığında olan ,
- Tek gebeliği olan,
- Kronik hastalık tanısı almamış (tiroit, hipertansiyon, diyabet vb.) olan,
- İletişime engel olacak işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olmayan gebeler çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik bağımsız değişkenler

- Yaş
- Öğrenim durumu
- İş durumu
- Eşin öğrenim durumu
- Eşin iş durumu
- Çalışma Durumu
- Ekonomik Durum
- Sosyal Güvence

Gebelik sürecine ilişkin bağımsız değişkenler

- Gestasyonel Hafta
- Doğurganlık Öyküsü
- Gebelik Planı
- Gebeliği İsteme Durumu
- Bebeğin Cinsiyeti
- Kontrollere Gitme Durumu
- Kontrolleri Gittiği Merkez

Bağımlı Değişkenler

- GSE semptom sıklığı puanı
- GSE semptomların günlük yaşamı sınırlama durumu puanı
- PBÖ toplam puanı
- Merak ve heyecan puanı
- Kabul ve coşku puanı
- Umut puanı

- Riskli gebelik durumu

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Gebelikte Risk Değerlendirme Formu (Ek 2), Gebelik Semptomları Envanteri (Ek 3) ve Prenatal Bağlanma Ölçeği (Ek 4) kullanılarak toplanmıştır:

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF) (EK 1)

Kişisel bilgi formu kadınların sosyo-demografik özellikleri belirlemek üzere araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu form gebelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, aylık gelir düzeyleri), obstetrik özellikleri, gebelik süreci ile ilgili diğer özellikler (gebeliğin planlı olması durumu, gebeliği isteme durumu, bebeğin cinsiyeti, kontrollere gitme durumu, kontrollere hangi merkeze gittiği) belirlemek amacıyla hazırlanmış yedi açık uçlu, 12 kapalı uçlu toplamda 19 sorudan oluşmaktadır. Formun cevaplama süresi 7-10 dakikadır.

3.7.2. Gebelikte Risk Değerlendirme Formu (GRDF) (EK 2)

Gebelikte Risk Değerlendirme Formu Perinatoloji Derneği tarafından hazırlanan “Hızlı Risk Değerlendirme Formu” revize edilerek “Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu” olarak oluşturulmuştur (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2009). Obstetrik öykü, mevcut gebelik ve genel tıbbi öykü olmak üzere üç bölümden oluşan bu form gebelerdeki riskli durumları saptar. Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, gebe riskli gebelik olarak değerlendirilmektedir.

3.7.3. Gebelik Semptom Envanteri (GSE) (EK 3)

Foxcroft ve arkadaşları tarafından (2013) geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Can Gürkan ve Ekşi Güloğlu (2018) tarafından yapılmıştır. Envanterin cronbach alfa değeri 0,82 saptanmıştır. Envanter 18-40 yaş aralığında, 12-40. gebelik haftası arasında tekiz gebeliği olan ve kronik hastalığı olmayan gebelere uygulanabilir. Bu envanterle, gebelikte yaşanan semptomların sıklığını ayrıca semptomların günlük yaşamı etkileme durumunu değerlendirmek amaçlanmıştır. GSE’de gebelikte yaşanan 42 semptom değerlendirir. Gebe kadınların, soruları son bir haftayı değerlendirerek doldurmaları istenir. İki bölümden oluşur, birinci bölümünde gebelikte yaşanan semptomların sıklığı 4’lü likert tipindeki skala ile değerlendirilir. Her semptom 0–3 arasında (asla (0), nadiren (1), ara sıra (2) ve sık sık (3)) puanlanır. GSE’nin birinci bölümünden alınan toplam puan 0-126 arasındadır. Puan arttıkça semptom yaşama sıklığının arttığından, puan azaldıkça semptom yaşam sıklığının azaldığından bahsedilir. GSE’nin ikinci bölümünde; semptomların günlük yaşamı sınırlama

durumu 3'lü likert tipindeki tablo kullanılarak değerlendirilir. Her semptomun günlük yaşamı sınırlama durumu 1-3 arasında (sınırlamaz (1), az sınırlar (2), çok sınırlar (3)) puanlanır. GSE'nin ikinci bölümünden alınan toplam puan 42-126 arasındadır. GSE'nin ikinci bölümünden alınan puan arttıkça, yaşanan semptomların günlük yaşamı sınırlandığından, puan azaldıkça semptomların günlük yaşamı sınırlanmadığından bahsedilir (Can Gürkan ve Ekşi Güloğlu, 2018). Bu araştırmada semptom yaşama sıklığı cronbach alfa değeri 0,851, semptomların günlük yaşamı sınırlandırması cronbach alfa değeri 0,879 bulunmuştur.

3.7.4. Prenatal Bağlanma Ölçeği (PBÖ) (EK 4)

Prenatal Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory) 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir (Muller 1993). Prenatal Bağlanma Ölçeğinin(PBÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkmen Çevik ve Kurnaz (2019) tarafından yapılmıştır. Prenatal bağlanma ölçeğinin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak bulunmuş ve gebelerde bebeğine bağlanma düzeyini ölçmek için güvenilir, geçerli bir araç olduğu belirlenmiştir. Ölçek 33 madde ve “merak ve heyecan”, “kabul ve coşku” ve “umut” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri üçlü derecelendirilmiş olup her bir maddede “kesinlikle katılıyorum” yanıtı üç ile kısmen katılıyorum yanıtı iki ile kesinlikle katılmıyorum yanıtı ise bir puan ile çarpılarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten yüksek puan alan kadınların prenatal bağlanma düzeyi yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Merak ve heyecan faktöründen alınabilecek puanlar 13-39 arasında; kabul ve coşku faktöründen 9-27 arasında ve umut faktöründen ise 11-33 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 33, en yüksek puan ise 99'dur (Türkmen Çevik ve Kurnaz, 2019). Bu araştırmada elde edilen cronbach alfa değerleri prenatal bağlanma toplam 0,974, merak heyecan ve planlama 0,956, kabul ve coşku 0,961, umut 0,968 saptanmıştır.

3.8. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri Sivas Suşehri Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 01 Nisan – 30 Eylül 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Etik kurul onayından sonra uygulama yapılacak birimden yazılı izin alınmıştır. Çalışma araştırmacı tarafından hafta içi hergün 09:00-16:00 saatleri arasında yürütülmüştür. Veri formları rutin kontrollerini yaptırmak amacıyla polikliniğe gelen gebeler gebe okuluna yönlendirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve dâhil edilme ölçütlerini sağlayan gönüllü gebelere, araştırmanın amacı açıklanmış, bilgilendirilmiş olur formu okutulup imzalatılarak yazılı onamları alınmıştır. Formlar katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Her gün polikliniğe gelen gebe sayısı 5 ile 20

arasında değişiklik göstermiştir. Araştırma sürecinde 397 kadın ile görüşölmüş, 60 kadın araştırmaya katılmayı reddetmiş, 45 kadın araştırmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılamadığı için anket çalışmasına alınmamış, 20 kadın anket sorularını tamamlamadığı için anket dışı sayılmıştır. Çalışmamız 272 kadının katılımı ile tamamlanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 1: Kadınlara Uygulanan Bağımlı Değişkenlerin Normallik Analizi (GSE-PBÖ)

	n	Basıklık	Çarpıklık
Semptom Yaşama Sıklığı	272	0,108	0,391
Semptomların Günlük Yaşamı	272	0,231	0,414
Prenatal Bağlanma Toplam	272	0,954	-1,021
Merak Heyecan ve Planlama	272	1,497	-1,444
Kabul ve Coşku	272	0,869	-1,437
Umut	272	1,302	-1,419

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması elde edilen verilerin normal dağılım olduğunu göstermektedir.

Gebelerin GSE ve PBÖ boyutları arasındaki ilişkiler korelasyon analizi aracılığıyla incelenmiştir. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc(Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2018). Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirlik düzeyinin belirlenmesi için cronbach's alpha analizi yapılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (2021-03/33 karar no ve 10.03.2021 tarihli) (Ek 8), Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni (E-76728045-604.02.02-1419 sayılı) (Ek 9) ve Sivas Suşehri Devlet Hastanesi'nden yazılı izin (Ek 10) alınmıştır. Çalışmaya katılacak gebelere çalışmaya başlamadan önce, gönüllülük esası alınarak yalnızca çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin alınacağı, alınan bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı, araştırmanın amacı ve süresi konusunda açıklama yapılarak kadınlardan yazılı onam alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar sadece bu araştırmadaki örneklem grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 2: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=272)

Gruplar	n	%
Yaş		
18-25	98	36
26-30	109	40,1
30-40	65	23,9
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	41	15,1
Ortaokul Mezunu	66	24,3
Lise Mezunu	82	30,1
Üniversite ve Üzeri	83	30,5
Çalışma Durumu		
Evet	54	19,9
Hayır	218	80,1
Ekonomik Durumunu Algılama Durumu		
Gelir Giderden Az	52	19,1
Gelir Gidere Denk	198	72,8
Gelir Giderden Fazla	22	8,1
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	49	18
Ortaokul Mezunu	47	17,3
Lise Mezunu	74	27,2
Üniversite ve Üzeri	102	37,5
Eşin Çalışma Durumu		
Evet	249	91,5
Hayır	23	8,5
Sosyal Güvence		
Evet	224	82,4
Hayır	48	17,6
BKİ		
Normal Kilolu	94	34,5
Fazla Kilolu	106	39
I.derece Obez	57	21
II. derece Obez	15	5,5

Kadınların %40,1'i 26-30 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Kadınların %30,5'inin yükseköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların %80,1'inin bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların %72,8'i gelir gidere denk olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin eğitim durumu %37,5'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin %91,5'i çalışıyor olarak belirlenmiştir. Kadınların %82,4'ünün sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Kadınların %39'unun BKİ değerine göre fazla kilolu olduğu bulunmuştur.

Tablo 3: Kadınların Obstetrik Özelliğine Göre Dağılımı (n=272)

Gruplar	n	%
Gebeliğin Riskli veya Sağlıklı Olma Durumu		
Riskli	163	59,9
Sağlıklı	109	40,1
Gebelik Haftası		
20-25	122	44,9
26-30	46	16,9
31-35	48	17,6
36-40	56	20,6
Gebelik Sayısı		
1	91	33,5
2	84	30,9
3	47	17,2
4 ve Üzeri	50	18,4
Doğum Sayısı		
Yok	103	37,9
1	103	37,9
2 ve Üzeri	66	24,2
Düşük Sayısı		
Yok	218	80,1
1 ve Üzeri	54	19,9
Küretaj Sayısı		
Yok	242	89
1 ve Üzeri	30	11
Ölü Doğum Sayısı		
Yok	265	97,4
1 ve Üzeri	7	2,6

Tablo 3 incelendiğinde, kadınların %59,9'u riskli gebelik olarak saptanmıştır. Kadınların %44,9'unun 20-25.hafta olduğu saptanmıştır. Kadınların %30,9'u iki gebelik yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %37,9'unun hiç doğum yapmadığı, %37,9'unun bir doğum yaptığı, yaptığı bulunmuştur. Kadınların %80,1'inin abortus öyküsünün olmadığı saptanmıştır. Kadınların %89'unun küretaj olmadığı belirlenmiştir. Kadınların %97,4'ünün ölü doğum yapmadığı, %2,6'sının bir ve üzeri ölü doğum yaptığı bulunmuştur.

Tablo 4: Kadınların Gebelikte Risk Değerlendirme Formuna Göre Dağılımı (n=272)

	n	%
Önceki Gebeliklerde Ölü Doğum veya Yeni Doğan Kaybı		
Evet	14	5,1
Hayır	258	94,9
3 veya Daha Fazla Ardı Ardına Spontan Düşük Öyküsü		
Evet	5	1,8
Hayır	267	98,2
Erken Doğum Öyküsü (22-37 Hafta Arası)		
Evet	14	5,1
Hayır	258	94,9
Anomalili Bebek Doğurma Öyküsü		
Evet	5	1,8
Hayır	267	98,2
Son Bebeğin Doğum Ağırlığı < 2500g		
Evet	23	8,5
Hayır	249	91,5
Son Bebeğin Doğum Ağırlığı > 4500g		
Evet	13	4,8
Hayır	259	95,2
Son Gebelik: Yüksek Tansiyon veya Pre-Eklampsi/Eklampsi		
Evet	4	1,5
Hayır	268	98,5
Üreme Organlarına Yönelik Daha Önce Geçirilmiş Operasyon (Miyomektomi, Septum Ameliyatı, Konizasyon, Klasik CS Servikal Serklaj) Durumu		
Evet	17	6,2
Hayır	255	93,8
Tanı Konmuş veya Şüpheli Çoğul Gebelik		
Hayır	272	100
18 Yaşından Genç		
Hayır	272	100
35 Yaş ve Üstü		
Evet	11	4
Hayır	261	96
Mevcut veya Önceki Gebeliklerde Rh Uygunsuzluğu		
Evet	26	9,6
Hayır	246	90,4
Vajinal Kanama		
Evet	25	9,2
Hayır	247	90,8
Pelvik Kitle		
Hayır	272	100
Diastolik Kan Basıncının 90 mmhg Üstünde Olması		
Evet	13	4,8
Hayır	259	95,2

Tablo 4: Kadınların Gebelikte Risk Değerlendirme Formuna Göre Dağılımı (Devamı)

Anemi Öyküsü		
Evet	51	18,8
Hayır	221	81,2
İnsülin Bağımlı Diyabet Hastası		
Hayır	272	100
Renal Hastalık		
Hayır	272	100
Kardiyovasküler Hastalık		
Hayır	272	100
Tiroid Hastalığı		
Hayır	272	100
Talasemi Taşıyıcılığı		
Hayır	272	100
Sigara, Alkol veya Diğer Madde Bağımlılığı		
Evet	5	1,8
Hayır	267	98,2
Diğer Ciddi Tıbbi Hastalık veya Durum		
Hayır	272	100
Yapılan Muayene Sonucuna Göre Tespit Edilen Riskli Durum		
Hayır	272	100

Kadınların %94,9'unun ölü doğum veya yenidoğan kaybı, %98,2'sinin 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü, %94,9'unun erken doğum öyküsü, %98,2'sinin anomalili bebek doğurma öyküsü yoktur. Kadınların %98,5'inin son gebeliğinde yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatmadığı saptanmıştır. Kadınların %93,8'inin üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon öyküsü bulunmamaktadır. Araştırmada 18 yaş altı olan, çoğul gebeliği olan ve kronik hastalığı olan gebeler olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5: Kadınların Gebelik Sürecine İlişkin Diğer Değişkenlerin Dağılımı (n= 272)

Gruplar	n	%
Gebeliğin Planlı Olması		
Evet	217	79,8
Hayır	55	20,2
Gebeliğin İstenme Durumu		
Evet	259	95,2
Hayır	13	4,8
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	93	34,2
Erkek	91	33,5
Bilmiyorum	88	32,3
Bebeğin Cinsiyetinden Memnun Olma Durumu		
Hayır	12	6,5
Evet	172	93,5
Gebelikte Düzenli Kontrollere Gitme Durumu		
Evet	259	95,2
Hayır	13	4,8
Gebelikte Kontrolleri Yaptırdığı Yer		
Devlet Hastanesi	258	94,8
Üniversite Hastanesi	4	1,4
Özel Hastanede	9	3,4
Özel Klinik	1	0,4

Kadınların %79,8'inin gebeliğinin planlı olduğu saptanmıştır. Kadınların %95,2'sinin gebeliğini istediği belirlenmiştir. Kadınların bebeğinin %34,2'si kız, %33,5'i erkek, %32,3'ünün cinsiyetini bilmediği bulunmuştur. Kadınların %93,5'inin bebeğinin cinsiyetinden memnun olduğu saptanmıştır. Kadınların %95,2'inin gebelikte düzenli kontrollere gittiği bulunmuştur. Kadınların %94,8'ü kontrollerini devlet hastanesinde yaptırdığı saptanmıştır.

Tablo 6: Kadınların GSE ve PBÖ Puan Ortalamaları

	n	Ort	Ss	Min.	Maks.
Semptom Yaşama Sıklığı	272	43,235	16,783	5	99
Semptomların Günlük Yaşamı Sınırlandırması	272	66,728	12,385	42	107
Prenatal Bağlanma Toplam	272	91,140	11,395	33	99
Merak Heyecan ve Planlama	272	34,504	5,173	13	39
Kabul ve Coşku	272	23,327	3,520	9	27
Umut	272	28,309	3,457	11	33

Kadınların “semptom yaşama sıklığı” puan ortalaması $43,235 \pm 16,783$, “semtomların günlük yaşamı sınırlandırması” puan ortalaması $66,728 \pm 12,385$, “prenatal bağlanma toplam” puan ortalaması $91,140 \pm 11,395$, “merak heyecan ve planlama” puan ortalaması $34,504 \pm 5,173$, “kabul ve coşku” puan ortalaması $23,327 \pm 3,520$, “umut” puan ortalaması $28,309 \pm 3,457$ olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Kadınların GSE’de Belirtilen 42 Semptomu Yaşama Sıklığı Puan Dağılımı ve Ortalamaları

	Asla		Nadiren		Bazen		Sık sık		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yorgunluk ya da Halsizlik	12	4,5	42	15,4	105	38,6	113	41,5	2,170	0,848
Bulantı	97	35,7	65	23,9	60	22,1	50	18,3	1,230	1,124
Kusma	140	51,5	52	19,1	42	15,4	38	14	0,920	1,107
Reflü	114	41,9	43	15,8	41	15,1	74	27,2	1,280	1,260
Kabızlık	153	56,2	59	21,8	36	13,2	24	8,8	0,750	0,994
Hemoroid(basur)	215	79	21	7,8	25	9,2	11	4	0,380	0,816
Ağız Kuruluğu	141	51,8	55	20,2	45	16,5	31	11,5	0,870	1,062
Aşırma	101	37,1	76	27,9	63	23,2	32	11,8	1,100	1,034
Uyku Bozukluğu	68	25	41	15,1	65	23,9	98	36	1,710	1,197
Huzursuz Bacak	120	44,1	34	12,5	58	21,3	60	22,1	1,210	1,223
Bacak Krampları	81	29,8	41	15,1	67	24,6	83	30,5	1,560	1,207
Horlama	176	64,7	37	13,6	33	12,1	26	9,6	0,670	1,021
Sık İdrara Çıkma	33	12,2	31	11,4	45	16,5	163	59,9	2,240	1,070
İdrar Kaçırma- Sızıntı Şeklinde İdrar Yapma	163	59,9	31	11,4	37	13,6	41	15,1	0,840	1,148
Vajinal Akıntıda Artma	74	27,1	57	21	53	19,5	88	32,4	1,570	1,201
Vajinada Pamukçuk	217	79,8	25	9,2	19	7	11	4	0,350	0,783
Cinsel İstekte Değişiklik	141	51,8	65	23,9	46	16,9	20	7,4	0,800	0,972
Vajinal Bölgede(haznede) Ağrılı Damarlar	175	64,3	42	15,4	32	11,8	23	8,5	0,640	0,988
Karpal Tünel(ellerde Uyuşma)	159	58,5	35	12,9	43	15,7	35	12,9	0,830	1,111
Syatık/bacağınızın Arkasından Aşağı Doğru Oluşan Ağrı	141	51,8	44	16,2	49	18	38	14	0,940	1,122
Sırt Ağrısı	59	21,7	44	16,2	74	27,2	95	34,9	1,750	1,150
Kalça veya Pelviste Ağrı	85	31,2	44	16,2	76	27,9	67	24,7	1,460	1,171
Memelerde Ağrı	106	39	58	21,3	59	21,7	49	18	1,190	1,139
Baş Ağrısı	117	43	56	20,6	57	21	42	15,4	1,090	1,120
Meme Ucunda Ağrı	138	50,7	54	19,9	50	18,4	30	11	0,900	1,061
Baş Dönmesi	145	53,4	67	24,6	46	16,9	14	5,1	0,740	0,918
Bayılma/baygınlık	241	88,6	20	7,4	8	2,9	3	1,1	0,170	0,514
Çarpıntı	183	67,2	38	14	29	10,7	22	8,1	0,600	0,971
Nefes Darlığı	118	43,4	51	18,8	63	23,2	40	14,6	1,090	1,118
Tat Alma/koku Alma Değişiklikleri	170	62,5	40	14,7	34	12,5	28	10,3	0,710	1,039
Unutkanlık	107	39,3	55	20,2	54	19,9	56	20,6	1,220	1,172
Depresif Hissetme	124	45,6	54	19,9	54	19,9	40	14,6	1,040	1,116
Endişe	87	32	52	19,1	67	24,6	66	24,3	1,410	1,171
Gerçekmiş Gibi Rüya Görme / Renkli Rüya Görme	186	68,4	40	14,7	27	9,9	19	7	0,560	0,932
Bedenini Algılamada Değişiklik	197	72,4	43	15,8	20	7,4	12	4,4	0,440	0,813
Ciltte Sivilcelenme	174	64	46	16,9	33	12,1	19	7	0,620	0,949
Varis	201	73,9	27	9,9	24	8,8	20	7,4	0,500	0,933

Tablo 7: Kadınların GSE’de Belirtilen 42 Semptomu Yaşama Sıklığı Puan Dağılımı ve Ortalamaları (Devamı)

Yüzde Gebelik Maskesi	218	80,1	24	8,9	19	7	11	4	0,350	0,782
Ciltte Kaşıntısı	141	51,8	50	18,4	38	14	43	15,8	0,940	1,136
Meme Uçlarında Değişiklik	74	27,2	44	16,2	46	16,9	108	39,7	1,690	1,248
Karında ve Kalçalarda Çatlak	102	37,5	45	16,5	48	17,6	77	28,4	1,370	1,247
Ellerde ve Ayaklarda Şişlik	103	37,9	40	14,7	55	20,2	74	27,2	1,370	1,241

Kadınların gebelik semptomları ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar incelendiğinde; %41,5'inin sık sık yorgunluk ya da halsizlik yaşadığı, %36'sının sık sık uyku bozukluğu yaşadığı, %30,5'inin sık sık bacak krampları yaşadığı, %59,9'unun sık sık idrara çıkma yaşadığı, , %32,4'ünün sık sık vajinal akıntıda artma yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %34,9'unun sık sık sırt ağrısı yaşadığı, %27,9'unun bazen kalça veya pelviste ağrı yaşadığı, %39,7'sinin sık sık meme uçlarında değişiklik olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: Kadınların GSE’de Belirtilen 42 Semptomun Günlük Yaşamı Sınırlandırma Durumu Puan Dağılımları ve Ortalamaları

	Hiçbirini Kısıtlamadı		Çok Az Kısıtladı		Çok Kısıtladı		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%		
Yorgunluk ya da Halsizlik	36	13,2	131	48,2	105	38,6	2,250	0,675
Bulantı	119	43,8	85	31,2	68	25	1,810	0,809
Kusma	156	57,4	64	23,5	52	19,1	1,620	0,788
Reflü	130	47,8	69	25,4	73	26,8	1,790	0,840
Kabızlık	183	67,3	63	23,2	26	9,6	1,420	0,661
Hemoroid(basur)	225	82,7	37	13,6	10	3,7	1,210	0,490
Ağız Kuruluğu	171	62,9	66	24,3	35	12,9	1,500	0,714
Aşırme	178	65,4	64	23,5	30	11	1,460	0,686
Uyku Bozukluğu	89	32,7	77	28,3	106	39	2,060	0,846
Huzursuz Bacak	140	51,5	67	24,6	65	23,9	1,720	0,825
Bacak Krampları	101	37,1	84	30,9	87	32	1,950	0,831
Horlama	199	73,2	43	15,8	30	11	1,380	0,676
Sık İdrara Çıkma	58	21,3	73	26,8	141	51,8	2,310	0,801
İdrar Kaçırma- Sızıntı Şeklinde	178	65,4	48	17,6	46	16,9	1,510	0,768
Vajinal Akıntıda Artma	112	41,2	84	30,9	76	27,9	1,870	0,822
Vajinada Pamukçuk	231	84,9	27	9,9	14	5,1	1,200	0,515
Cinsel İstekte Değişiklik	203	74,6	53	19,5	16	5,9	1,310	0,578
Vajinal Bölgede(haznede) Ağrılı	196	72,1	53	19,5	23	8,5	1,360	0,634
Karpal Tünel(ellerde Uyuşma)	178	65,4	53	19,5	41	15,1	1,500	0,744
Syatik/bacağınızın Arkasından	160	58,8	69	25,4	43	15,8	1,570	0,751
Sırt Ağrısı	73	26,8	95	34,9	104	38,2	2,110	0,800
Kalça veya Pelviste Ağrı	106	39	87	32,0	79	29	1,900	0,820
Memelerde Ağrı	145	53,3	77	28,3	50	18,4	1,650	0,773
Baş Ağrısı	148	54,4	71	26,1	53	19,5	1,650	0,787
Meme Ucunda Ağrı	172	63,2	63	23,2	37	13,6	1,500	0,724
Baş Dönmesi	171	62,9	81	29,8	20	7,4	1,440	0,629
Bayılma/baygınlık	249	91,5	20	7,4	3	1,1	1,100	0,330
Çarpıntı	201	73,9	44	16,2	27	9,9	1,360	0,656
Nefes Darlığı	133	48,9	76	27,9	63	23,2	1,740	0,810
Tat Alma/koku Alma	188	69,1	48	17,6	36	13,2	1,440	0,716
Unutkanlık	136	50	75	27,6	61	22,4	1,720	0,807
Depresif Hissetme	149	54,8	79	29	44	16,2	1,610	0,750
Endişe	115	42,3	71	26,1	86	31,6	1,890	0,855
Gerçekmiş Gibi Rüya Görme /	215	79	34	12,5	23	8,5	1,290	0,615
Bedenini Algılamada Değişiklik	226	83,1	37	13,6	9	3,3	1,200	0,478
Ciltte Sivilcelenme	206	75,7	48	17,6	18	6,6	1,310	0,589
Varis	221	81,2	35	12,9	16	5,9	1,250	0,552
Yüzde Gebelik Maskesi	236	86,8	27	9,9	9	3,3	1,170	0,453
Ciltte Kaşıntısı	176	64,7	58	21,3	38	14	1,490	0,729
Meme Uçlarında Değişiklik	173	63,6	51	18,8	48	17,6	1,540	0,777

Tablo 8: Kadınların GSE’de Belirtilen 42 Semptomun Günlük Yaşamı Sınırlandırma Durumu Puan Dağılımları ve Ortalamaları (Devamı)

	Hiçbirini Kısıtlamadı		Çok Az Kısıtladı		Çok Kısıtladı		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%		
Karında ve Kalçalarda Çatlak	139	51,1	73	26,8	60	22,1	1,710	0,806
Ellerde ve Ayaklarda Şişlik	127	46,7	66	24,3	79	29	1,820	0,854

Kadınların %38,6'sında yorgunluk ya da halsizliğin günlük yaşamını çok kısıtladığı, %39'unda uyku bozukluğunun günlük yaşamını çok kısıtladığı, %32'sinde bacak kramplarının günlük yaşamını çok kısıtladığı saptanmıştır. Kadınların %51,8'inde sık idrara çıkmanın günlük yaşamını çok kısıtladığı, %38,2'sinin sırt ağrısının günlük yaşamını çok kısıtladığı belirlenmiştir. Kadınların %31,6'sının endişenin günlük yaşamı çok kısıtladığı saptanmıştır.

Tablo 9: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GSE Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması

Demografik Özellikler	n	Semptom Yaşama Sıklığı Ort±SS	Semptomların Günlük Yaşamı Sınırlandırması Ort±SS
Yaş			
18-25	98	45,071±16,631	67,735±12,344
26-30	109	42,385±16,796	65,927±12,147
30-40	65	41,892±17,004	66,554±12,919
F		0,934	0,557
p		0,394	0,574
Eğitim Durumu			
İlkokul Mezunu	41	44,659±17,585	68,024±12,674
Ortaokul Mezunu	66	41,152±16,190	67,182±12,711
Lise Mezunu	82	40,281±15,999	64,427±11,464
Üniversite ve Üzeri	83	47,108±17,058	68,000±12,758
F		2,814	1,421
p		0,040	0,237
PostHoc		4>2, 4>3 (p<0.05)	
Çalışma Durumu			
Evet	54	46,167±16,956	65,833±13,979
Hayır	218	42,509±16,699	66,950±11,983
t		1,437	-0,592
p		0,152	0,554
Ekonomik Durumunu Algılama Durumu			
Gelir Giderden Az	52	44,808±17,353	68,519±13,515
Gelir Gidere Denk	198	43,076±16,476	67,056±11,834
Gelir Giderden Fazla	22	40,955±18,574	59,546±12,622
F		0,439	4,421
p		0,645	0,013
PostHoc			1>3, 2>3 (p<0.05)
Eşin Eğitim Durumu			
İlkokul Mezunu	49	41,163±18,372	66,714±14,806
Ortaokul Mezunu	47	45,277±18,547	67,809±12,872
Lise Mezunu	74	42,946±13,687	66,878±9,941
Üniversite ve Üzeri	102	43,500±17,295	66,128±12,633
F		0,494	0,201
p		0,687	0,896
Eşin Çalışma Durumu			
Evet	249	43,273±16,832	66,787±12,503
Hayır	23	42,826±16,604	66,087±11,265
t		0,122	0,259
p		0,903	0,796
Sosyal Güvence			
Evet	224	42,656±16,271	66,277±11,909
Hayır	48	45,938±18,944	68,833±14,356

Tablo 9: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GSE Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Semptom Yaşama Sıklığı Ort±SS	Semptomların Günlük Yaşamı Sınırlandırması Ort±SS
t		-1,230	-1,299
p		0,220	0,195
BKİ			
Normal Kilolu	94	39,915±16,611	64,947±11,623
Fazla Kilolu	106	44,264±17,462	68,123±13,925
I.derece Obez	57	44,702±15,334	67,544±10,984
II.derece Obez	15	51,200±15,261	64,933±9,625
F		2,679	1,288
p		0,047	0,279
PostHoc		4>1 (p<0.05)	

Kadınların semptom yaşama sıklığı ve semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında yaşa, çalışma durumuna, eşin eğitim durumuna, sosyal güvencesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kadınların eğitim durumuna göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=2,814$; $p=0.04<0.05$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, lise mezunu ve ortaokul mezunu olanlara göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların eğitim durumuna göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınların ekonomik durumuna göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=4,421$; $p=0.013<0.05$). Ekonomik durumu gelir giderden az olanların, gelir giderden fazla olanlara göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Ekonomik durumu gelir gidere denk olanların, gelir giderden fazla olanlara göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların ekonomik durumuna göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların BKİ değerine göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=2,679$; $p=0.047<0.05$). II.derece obez olanların, normal kilolu olanlara göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların BKİ değerine göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).



Tablo 10: Kadınların Obstetrik Özelliğine Göre GSE Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması

Obstetrik Özellikler	n	Semptom Yaşama Sıklığı Ort±SS	Semptomların Günlük Yaşamı Sınırlandırması Ort±SS
Gebeliğin Riskli veya Sağlıklı Olma Durumu			
Riskli	163	44,172±16,664	67,092±12,327
Sağlıklı	109	41,835±16,938	66,184±12,509
t		1,126	0,592
p		0,261	0,554
Gebelik Haftası			
20-25	122	39,787±16,324	64,574±12,431
26-30	46	43,870±19,231	67,935±14,124
31-35	48	45,229±16,670	67,042±11,700
36-40	56	48,518±14,243	70,161±10,586
F		3,938	2,879
p		0,009	0,036
PostHoc		4>1 (p<0.05)	4>1 (p<0.05)
Gebelik Sayısı			
1	91	45,539±16,593	66,824±12,292
2	84	42,286±17,244	66,119±13,411
3	47	39,681±17,100	65,787±11,869
4 ve Üzeri	50	43,980±15,804	68,460±11,373
F		1,403	0,483
p		0,242	0,694
Doğum Sayısı			
Yok	103	45,388±16,972	66,816±12,657
1	103	42,369±16,252	66,408±11,794
2 ve Üzeri	66	41,227±17,181	67,091±13,020
F		1,462	0,065
p		0,234	0,937
Düşük Sayısı			
Yok	218	42,729±16,335	66,257±12,205
1 ve Üzeri	54	45,278±18,505	68,630±13,033
t		-0,999	-1,262
p		0,319	0,208
Küretaj Sayısı			
Yok	242	42,793±16,699	66,165±12,338
1 ve Üzeri	30	46,800±17,313	71,267±12,017
t		-1,235	-2,142
p		0,218	0,033
Ölü Doğum Sayısı			
Yok	265	43,332±16,923	66,815±12,417
1 ve Üzeri	7	39,571±10,212	63,429±11,458
t		0,584	0,713
p		0,559	0,476

Kadınların semptom yaşama sıklığı ve semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında riskli gebelik durumuna, gebelik sayısına, doğum sayısına, düşük sayısına, ölü doğum sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınların gebelik haftasına göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,938$; $p=0.009<0.05$). Gebelik haftası 36-40 olanların, gebelik haftası 20-25 olanlara göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların gebelik haftasına göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($F=2,879$; $p=0.036<0.05$). Gebelik haftası 36-40 olanların, gebelik haftası 20-25 olanlara göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Küretaj olmayanların ($x=66,165$), küretaj sayısı bir ve üzeri olanlara göre ($x=71,267$) semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($t=-2,142$; $p=0.033<0.05$).

Tablo 11: Kadınların Gebelik Sürecine İlişkin Diğer Özelliklerine Göre GSE Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması

Gebelik Sürecine İlişkin Özellikler	n	Semptom Yaşama Sıklığı Ort±SS	Semptomların Günlük Yaşamı Sınırlandırması Ort±SS
Gebeliğin Planlı Olması			
Evet	217	42,853±16,759	66,438±12,282
Hayır	55	44,746±16,944	67,873±12,834
t		-0,747	-0,767
p		0,456	0,444
Gebeliğin İstenme Durumu			
Evet	259	43,031±16,224	66,525±12,063
Hayır	13	47,308±26,132	70,769±17,801
t		-0,896	-1,207
p		0,569	0,411
Bebeğin Cinsiyeti			
Kız	93	46,387±18,392	68,333±13,954
Erkek	91	44,473±15,432	67,418±11,295
Bilmiyorum	88	38,625±15,478	64,318±11,437
F		5,376	2,619
p		0,005	0,075
PostHoc		1>3, 2>3 (p<0.05)	
Bebeğin Cinsiyetinden Memnun Olma Durumu			
Hayır	12	46,417±19,052	69,333±13,839
Evet	172	45,372±16,879	67,779±12,636
t		0,206	0,410
p		0,837	0,683
Gebelikte Düzenli Kontrollere Gitme Durumu			
Evet	259	42,695±16,495	66,324±12,219
Hayır	13	54,000±19,468	74,769±13,436
t		-2,391	-2,420
p		0,018	0,016
Gebelikte Kontrolleri Yaptırdığı Yer			
Devlet Hastanesi	258	43,330±16,680	66,814±12,371
Diğer	14	41,500±19,170	65,143±13,020
t		0,397	0,491
p		0,692	0,624

Kadınların semptom yaşama sıklığı, semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında gebeliğin planlı olmasına, gebeliğin istenme durumuna, bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumuna, gebelikte kontrolleri yaptırdığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Bebeğin cinsiyetine göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=5,376$; $p=0.005<0.05$). Bebeğin cinsiyeti kız ve erkek olanların, cinsiyetini bilmeyenlere göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bebeğin cinsiyetine göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Gebelikte düzenli kontrollere gidenlerin, düzenli kontrollere gitmeyenlere göre semptom yaşama sıklığı ve semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).



Tablo 12: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PBÖ Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması

Demografik Özellikler	n	Prenatal Bağlanma Toplam Ort±SS	Merak Heyecan ve Planlama Ort±SS	Kabul ve Coşku Ort±SS	Umut Ort±SS
Yaş					
25 ve Altı	98	91,143±11,494	34,480±5,174	28,316±3,609	28,347±3,593
26-30	109	93,193±9,945	35,578±4,575	28,853±3,067	28,762±2,966
30 Üzeri	65	87,692±12,787	32,739±5,682	27,462±3,953	27,492±3,894
F		4,879	6,380	3,236	2,790
p		0,008	0,002	0,041	0,063
PostHoc		2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	2>3 (p<0.05)	
Eğitim Durumu					
İlkokul	41	84,976±15,954	32,000±6,531	26,488±5,177	26,488±5,105
Ortaokul	66	86,697±14,470	32,212±6,306	27,258±4,497	27,227±4,454
Lise Mezunu	82	93,854±7,528	35,646±3,815	29,171±2,216	29,037±2,202
Üniversite ve	83	95,036±5,042	36,434±3,049	29,253±1,674	29,349±1,427
F		13,854	14,619	10,187	10,704
p		0,000	0,000	0,000	0,000
PostHoc		3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)
Çalışma Durumu					
Evet	54	94,630±5,819	36,296±3,424	29,204±1,946	29,130±1,705
Hayır	218	90,275±12,252	34,060±5,437	28,110±3,783	28,106±3,742
t		2,539	2,883	2,056	1,959
p		0,000	0,000	0,003	0,003
Ekonomik Durumunu Algılama Durumu					
Gelir Giderden	52	87,327±15,244	32,769±6,391	27,308±4,726	27,250±4,623
Gelir Gidere	198	91,854±10,533	34,889±4,865	28,480±3,269	28,485±3,210
Gelir Giderden	22	93,727±4,783	35,136±3,846	29,364±1,217	29,227±1,307
F		3,951	3,709	3,379	3,538
p		0,020	0,026	0,036	0,030
PostHoc		2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)
Eşin Eğitim Durumu					
İlkokul	49	85,122±16,416	32,061±6,923	26,327±5,328	26,735±5,139
Ortaokul	47	88,787±12,260	33,128±5,648	28,021±3,692	27,638±3,790
Lise Mezunu	74	92,189±9,610	34,932±4,482	28,649±2,821	28,608±2,974
Üniversite ve	102	94,353±7,333	36,000±3,715	29,196±2,230	29,157±2,091
F		8,841	8,400	8,291	6,592
p		0,000	0,000	0,000	0,000
PostHoc		3>1, 4>1, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 4>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 4>2 (p<0.05)	3>1, 4>1, 4>2 (p<0.05)

Tablo 12: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre PBÖ Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Prenatal Bağlanma Toplam Ort±SS	Merak Heyecan ve Planlama Ort±SS	Kabul ve Coşku Ort±SS	Umut Ort±SS
Eşin Çalışma Durumu					
Evet	249	91,530±10,736	34,671±4,992	28,442±3,302	28,418±3,228
Hayır	23	86,913±16,730	32,696±6,704	27,087±5,291	27,130±5,303
t		1,868	1,759	1,773	1,715
p		0,206	0,181	0,240	0,264
Sosyal Güvence					
Evet	224	91,625±11,373	34,862±5,116	28,384±3,530	28,380±3,435
Hayır	48	88,875±11,343	32,833±5,163	28,063±3,497	27,979±3,576
t		1,521	2,489	0,573	0,727
p		0,129	0,013	0,567	0,468
BKİ					
Normal Kilolu	94	92,351±9,592	34,798±4,832	28,755±2,742	28,798±2,769
Fazla Kilolu	106	90,632±11,929	34,453±5,094	28,113±3,865	28,066±3,683
I.derece Obez	57	89,632±13,486	33,877±5,979	27,965±4,088	27,790±4,126
II.derece Obez	15	92,867±9,133	35,400±4,718	28,533±2,973	28,933±2,631
F		0,871	0,531	0,811	1,400
p		0,457	0,662	0,489	0,243

Kadınların eşin çalışma durumu ve BKİ değerine göre prenatal bağlanma toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku, umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınların yaşa göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=4,879$; $p=0.008<0.05$). Yaşı 26-30 olanların, yaşı 30 üzeri olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların yaşa göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=6,380$; $p=0.002<0.05$). Yaşı 25 ve altı olanların, yaşı 30 üzeri olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların yaşa göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($F=3,236$; $p=0.041<0.05$). Yaşı 26-30 olanların, yaşı 30 üzeri olanlara göre kabul ve coşku puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların yaşa göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınların eğitim durumuna göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=13,854$; $p=0<0.05$). Eğitim durumu lise mezunu olanların, ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların eğitim durumuna göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=14,619$; $p=0<0.05$). Eğitim durumu lise mezunu olanların eğitim durumu ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, eğitim durumu ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Kadınların eğitim durumuna göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=10,187$; $p=0<0.05$). Eğitim durumu lise mezunu olanların, eğitim durumu ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, eğitim durumu ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların eğitim durumuna göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=10,704$; $p=0<0.05$). Eğitim durumu lise mezunu olanların, eğitim durumu ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, eğitim durumu ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($t=2,539$; $p=0<0.05$; $d=0,386$). Çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=2,883$; $p=0<0.05$; $d=0,438$). Çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=2,056$; $p=0.003<0.05$; $d=0,313$). Çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=1,959$; $p=0.003<0.05$; $d=0,298$).

Kadınların ekonomik durumunu algılamasına göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=3,951$; $p=0.02<0.05$). Ekonomik durumu gelir gidere denk olanların, gelir giderden az olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Ekonomik durumu gelir giderden fazla olanların, gelir giderden az olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların ekonomik durumunu algılamasına göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=3,709$; $p=0.026<0.05$). Ekonomik durumu gelir gidere denk olanların, ekonomik durumu gelir giderden az olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların ekonomik durumunu algılamasına göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=3,379$; $p=0.036<0.05$). Ekonomik durumu gelir gidere denk olanların, ekonomik durumu gelir giderden az olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik durumu gelir giderden fazla olanların, ekonomik durumu gelir giderden az olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların ekonomik durumunu algılamasına göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3,538$; $p=0.03<0.05$). Ekonomik durumu gelir gidere denk olanların, ekonomik durumu gelir giderden az olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik durumu gelir giderden fazla olanların, ekonomik durumu gelir giderden az olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Eşin eğitim durumuna göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($F=8,841$; $p=0<0.05$). Eşin eğitim durumu lise mezunu olanların, ilkokul mezunu olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Eşin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eşin eğitim durumuna göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında anlamlı istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($F=8,400$; $p=0<0.05$). Eşin eğitim durumu lise mezunu olanların, ilkokul mezunu olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Eşin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Eşin eğitim durumuna göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=8,291$; $p=0<0.05$). Eşin eğitim durumu ortaokul mezunu olanların, ilkokul mezunu olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Eşin eğitim durumu lise mezunu olanların, ilkokul mezunu olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eşin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, ilkokul ve ortaokul mezunu kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Eşin eğitim durumuna göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($F=6,592$; $p=0<0.05$). Eşin eğitim durumu lise mezunu olanların, ilkokul mezunu olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eşin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Eşin çalışma durumuna göre prenatal bağlanma toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku, umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınlardan sosyal güvencesi olanların, sosyal güvence olmayanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=2,489$; $p=0.013<0.05$; $d=0,396$). Kadınların sosyal güvencesine göre prenatal bağlanma toplam, kabul ve coşku, umut puanları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınların BKİ değerine göre prenatal bağlanma toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku, umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 13: Kadınların Obstetrik Özelliğine Göre PBÖ Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması

Obstetrik Özellikler	n	Prenatal Bağlanma Toplam Ort±SS	Merak Heyecan ve Planlama Ort±SS	Kabul ve Coşku Ort±SS	Umut Ort±SS
Gebeliğin Riskli veya Sağlıklı Olma Durumu					
Riskli	163	90,699±12,112	34,282±5,377	28,239±3,745	28,178±3,763
Sağlıklı	109	91,798±10,250	34,835±4,858	28,459±3,167	28,505±2,946
t		-0,779	-0,863	-0,503	-0,763
p		0,437	0,389	0,615	0,446
Gebelik Haftası					
20-25	122	91,393±10,224	34,377±4,970	28,533±3,024	28,484±3,016
26-30	46	93,783±8,011	35,783±3,717	29,152±2,422	28,848±2,403
31-35	48	88,729±14,380	33,750±6,159	27,333±4,623	27,646±4,569
36-40	56	90,482±13,006	34,375±5,646	28,054±4,034	28,054±3,942
F		1,634	1,317	2,406	1,169
p		0,182	0,269	0,068	0,322
Gebelik Sayısı					
1	91	95,110±6,555	36,517±2,919	29,297±2,415	29,297±2,292
2	84	91,869±10,220	34,810±4,793	28,524±3,106	28,536±3,040
3	47	88,957±13,003	33,638±5,780	27,872±3,871	27,447±3,855
4 ve Üzeri	50	84,740±15,068	31,140±6,490	26,660±4,749	26,940±4,723
F		10,657	13,916	6,799	6,567
p		0,000	0,000	0,000	0,000
PostHoc		1>2, 1>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)	1>2, 1>3, 1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)	1>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)	1>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)
Doğum Sayısı					
Yok	103	94,320±7,799	36,204±3,391	29,019±2,793	29,097±2,557
1	103	91,641±10,403	34,534±5,124	28,641±2,977	28,466±3,086
2 ve Üzeri	66	85,394±15,038	31,803±6,352	26,758±4,700	26,833±4,623
F		13,671	16,191	9,526	9,339
p		0,000	0,000	0,000	0,000
PostHoc		1>3, 2>3 (p<0.05)	1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)
Düşük Sayısı					
Yok	218	91,729±10,738	34,803±4,903	28,477±3,333	28,450±3,274
1 ve Üzeri	54	88,759±13,588	33,296±6,046	27,722±4,173	27,741±4,099
t		1,721	1,925	1,413	1,351
p		0,139	0,094	0,159	0,178
Küretaj Sayısı					
Yok	242	92,318±9,841	35,008±4,632	28,690±3,006	28,620±3,014
1 ve Üzeri	30	81,633±17,425	30,433±7,248	25,400±5,544	25,800±5,372
t		5,059	4,747	5,042	4,352
p		0,002	0,002	0,003	0,008

Tablo 13: Kadınların Obstetrik Özelliğine Göre PBÖ Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması (Devamı)

Obstetrik Özellikler	n	Prenatal Bağlanma Toplam Ort±SS	Merak Heyecan ve Planlama Ort±SS	Kabul ve Coşku Ort±SS	Umut Ort±SS
Ölü Doğum Sayısı					
Yok	265	91,434±11,071	34,626±5,027	28,415±3,442	28,393±3,374
1 ve Üzeri	7	80,000±18,000	29,857±8,415	25,000±5,000	25,143±5,178
t		2,649	2,429	2,559	2,478
p		0,145	0,185	0,121	0,149

Kadınların sağlıklı ve riskli gebelik durumuna, gebelik haftasına, düşük sayısına, ölü doğum sayısına göre prenatal bağlanma toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku, umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınların gebelik sayısına göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=10,657$; $p=0<0.05$). Gebelik sayısı bir olanların, gebelik sayısı iki-üç-dört ve üzeri olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelik sayısı iki olanların, gebelik sayısı dört ve üzeri olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların gebelik sayısına göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=13,916$; $p=0<0.05$). Gebelik sayısı bir olanların, gebelik sayısı iki-üç-dört ve üzeri olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelik sayısı iki olanların, gebelik sayısı dört ve üzeri olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelik sayısı üç olanların, gebelik sayısı dört ve üzeri olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Kadınların gebelik sayısına göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=6,799$; $p=0<0.05$). Gebelik sayısı bir olanların, gebelik sayısı üç-dört ve üzeri olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelik sayısı iki olanların, gebelik sayısı dört ve üzeri olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların gebelik sayısına göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=6,567$; $p=0<0.05$). Gebelik sayısı bir olanların, gebelik sayısı üç-dört ve üzeri olanlara göre umut puan

ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelik sayısı iki olanların, gebelik sayısı dört ve üzeri olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların doğum sayısına göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=13,671$; $p=0<0.05$). Doğum yapmayanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum sayısı bir olanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların doğum sayısına göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=16,191$; $p=0<0.05$). Hiç doğum yapmayanların, doğum sayısı bir- iki ve üzeri olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Doğum sayısı bir olanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların doğum sayısına göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=9,526$; $p=0<0.05$). Hiç doğum yapmayanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Doğum sayısı bir olanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre kabul ve coşku puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların doğum sayısına göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=9,339$; $p=0<0.05$). Hiç doğum yapmayanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Doğum sayısı bir olanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Küretaj olmayan kadınların($x=92,318$), küretaj sayısı bir ve üzeri olan kadınlara($x=81,633$) göre prenatal bağlanma toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=5,059$; $p=0.002<0.05$; $d=0,979$). Küretaj olmayan kadınların($x=35,008$), küretaj sayısı bir ve üzeri olan kadınlara($x=30,433$) göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=4,747$; $p=0.002<0.05$; $d=0,919$). Küretaj olmayan kadınların($x=28,690$), küretaj sayısı bir ve üzeri olan kadınlara($x=25,400$) göre Kabul ve coşku puan ortalaması

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=5,042$; $p=0.003<0.05$; $d=0,976$). Küretaj olmayan kadınların($x=28,620$), küretaj sayısı bir ve üzeri olan kadınlara($x=25,800$) göre umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=4,352$; $p=0.008<0.05$; $d=0,842$).



Tablo 14: Kadınların Gebelik Sürecine İlişkin Diğer Özelliklerine Göre PBÖ Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırması

Gebelik Sürecine İlişkin Özellikler	n	Prenatal Bağlanma Toplam Ort±SS	Merak Heyecan ve Planlama Ort±SS	Kabul ve Coşku Ort±SS	Umut Ort±SS
Gebeliğin Planlı Olması					
Evet	217	91,751±10,651	34,760±4,941	28,516±3,272	28,475±3,215
Hayır	55	88,727±13,801	33,491±5,944	27,582±4,319	27,655±4,252
t		1,765	1,631	1,765	1,576
p		0,134	0,104	0,138	0,186
Gebeliğin İstenme Durumu					
Evet	259	91,556±10,817	34,707±5,000	28,440±3,318	28,409±3,258
Hayır	13	82,846±18,407	30,462±6,948	26,077±6,116	26,308±6,088
t		2,721	2,927	2,382	2,153
p		0,116	0,004	0,191	0,240
Bebeğin Cinsiyeti					
Kız	93	92,269±10,623	35,258±4,672	28,516±3,503	28,495±3,272
Erkek	91	91,165±11,904	34,473±5,433	28,363±3,662	28,330±3,612
Bilmiyorum	88	89,921±11,649	33,739±5,342	28,091±3,413	28,091±3,509
F		0,960	1,967	0,335	0,309
p		0,384	0,142	0,716	0,734
Bebeğin Cinsiyetinden Memnun Olma Durumu					
Hayır	12	85,417±19,815	31,583±8,185	27,250±6,166	26,583±6,345
Evet	172	92,163±10,362	35,099±4,725	28,523±3,334	28,541±3,129
t		-2,024	-2,354	-1,195	-1,922
p		0,266	0,168	0,493	0,311
Gebelikte Düzenli Kontrollere Gitme Durumu					
Evet	259	91,645±10,628	34,745±4,925	28,452±3,290	28,448±3,205
Hayır	13	81,077±19,717	29,692±7,521	25,846±6,336	25,539±6,346
t		3,323	3,508	2,633	3,005
p		0,078	0,033	0,166	0,126
Gebelikte Kontrolleri Yaptırdığı Yer					
Devlet Hastanesi	258	90,884±11,622	34,364±5,259	28,275±3,592	28,244±3,532
Diğer	14	95,857±3,416	37,071±1,900	29,286±1,490	29,500±0,941
t		-1,595	-1,916	-1,046	-1,326
p		0,000	0,000	0,037	0,001

Kadınların gebeliğinin planlı olmasına, bebeğin cinsiyetine, bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumuna göre PBÖ toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku, umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebeliği isteyenlerin, gebeliği istemeyenlere göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=2,927$; $p=0.004<0.05$; $d=0,832$). Kadınların gebeliğin istenme durumuna göre prenatal bağlanma toplam, kabul ve

coşku, umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebelikte düzenli kontrollere giden kadınların, düzenli kontrollere gitmeyenlere göre merak heyecan ve planlama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=3,508$; $p=0.033<0.05$; $d=0,997$). Gebelikte düzenli kontrollere gitme durumuna göre prenatal bağlanma toplam, kabul ve coşku ve umut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Devlet hastanesinde kontrollerini yaptıranların, diğer hastanelerde kontrollerini yaptıranlara göre sırasıyla prenatal bağlanma, merak heyecan-planlama, kabul-coşku ve umut toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=-1,595$; $p=0<0.05$; $d=0,438$)($t=-1,916$; $p=0<0.05$; $d=0,526$)($t=-1,046$; $p=0.037<0.05$; $d=0,287$)($t=-1,326$; $p=0.001<0.05$; $d=0,364$).

Tablo 15 : Kadınların GSE ve PBÖ Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Semptom Yaşama Sıklığı	Semptomların Günlük Yaşamı Sınırlandırması	Prenatal Bağlanma Toplam	Merak Heyecan ve Planlama	Kabul ve Coşku	Umut
Semptom Yaşama Sıklığı	r	1,000					
	p	0,000					
Semptomların Günlük Yaşamı Sınırlandırması	r	0,770**	1,000				
	p	0,000	0,000				
Prenatal Bağlanma Toplam	r	-0,008	-0,074	1,000			
	p	0,902	0,226	0,000			
Merak Heyecan ve Planlama	r	0,010	-0,048	0,936**	1,000		
	p	0,864	0,434	0,000	0,000		
Kabul ve Coşku	r	-0,035	-0,095	0,935**	0,776**	1,000	
	p	0,562	0,119	0,000	0,000	0,000	
Umut	r	-0,004	-0,075	0,944**	0,799**	0,901**	1,000
	p	0,942	0,218	0,000	0,000	0,000	0,000

(*<0,05; **<0,01; Korelasyon Analizi)

Semptom yaşama sıklığı, semptomların günlük yaşamı sınırlandırma, prenatal bağlanma toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku, umut puan ortalaması arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; semptomların günlük yaşamı sınırlandırma ile semptom yaşama sıklığı arasında $r=0.77$ pozitif ($p=0,000<0.05$), merak heyecan ve planlama ile prenatal bağlanma toplam arasında $r=0.936$ pozitif ($p=0,000<0.05$), kabul ve coşku ile prenatal bağlanma toplam arasında $r=0.935$ pozitif ($p=0,000<0.05$), kabul ve coşku ile merak heyecan ve planlama arasında $r=0.776$ pozitif ($p=0,000<0.05$), umut ile prenatal bağlanma toplam arasında $r=0.944$ pozitif ($p=0,000<0.05$), umut ile merak heyecan ve planlama arasında $r=0.799$ pozitif ($p=0,000<0.05$), umut ile kabul ve coşku arasında $r=0.901$ pozitif ($p=0,000<0.05$) korelasyon saptanmıştır. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

5. TARTIŞMA

Gebelikte, gelişen fetüsün metabolik ihtiyaçlarını karşılamak, homeostazisi sağlamak, doğum eylemine ve puerperal döneme hazırlanmak için tüm sistemlerde adaptasyon yaşanır (Moore ve Pereira, 2013; Soma Pillay ve ark., 2016). Gebelikte yaşanan semptomlara adaptasyon sürecinde, gebe ile fetüs arasında kurulan prenatal bağlanma, bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak gerçekleşen eşsiz bir bağdır (Bretherton, 1992; Condon, 1993; Pisoni ve ark., 2014). Gebenin bedeninde meydana gelen değişikliklere uyum sağlayarak olumlu duygular ve düşünceleri fetüse aktarması, gebelik ve annelik rolüne uyumu kolaylaştırırken, anne-bebek arasındaki bağlanmayı güçlendirmesi sebebiyle çok özel bir yere sahiptir (Hammarberg ve ark., 2008; Erkal Aksoy ve ark., 2016). Prenatal bağlanma düzeyi, doğumdan sonra ki bağlanma şeklini ve yeni doğan sağlığını dolayısıyla toplum sağlığını etkilenmektedir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010).

Araştırmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğu 26-30 yaş aralığında olup, çoğunluğu lise ve üniversite mezunudur. Kadınların yarısından fazlasının ekonomik durumunu gelir gidere denk algıladığı, çoğunluğunun bir işte çalışmadığı ve büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Kadınların bir kısmı BKİ değerine göre fazla kilolu saptanmıştır. Genel olarak kadınların eşleri lise ve üniversite mezunu olup, yarısından fazlası bir işte çalışmaktadır (Tablo 2). Obstetrik özelliklerine bakıldığında kadınların yarısından fazlası riskli gebelik olup, çoğunluğunun 20-25.gebelik haftasında olduğu, çoğunluğunun ilk gebeliği olduğu tespit edilmiştir. Kadınların büyük kısmının düşük yapmadığı ve küretaj olmadığı bulunmuştur (Tablo 3). Kadınların hepsinin 18 yaş ve üstü olduğu, çoğul gebeliği olmadığı ve kronik hastalığı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Çoğunun gebeliğinin planlı olduğu ve gebeliği istediği belirlenmiştir. Kadınların büyük kısmının gebeliklerinde düzenli kontrollere gittiği ve kontrolleri devlet hastanesinde yaptırdığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Kadınların gebelikte yaşanan semptom sıklığından (GYSS) alabileceği puan aralığı 0-126 olduğu düşünüldüğünde araştırmamızda GYSS puan ortalamalarının 43.235 olması orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Gebelikte semptomların günlük yaşamı sınırlandırma durumundan (GYSD) alınabilecek puan 42-126 aralığında olduğundan yine gebelerin puan ortalamalarının 66.728 olması düşük düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 6). Çiftçi Mutlu'nun (2021) yaptığı çalışmada GYSS ve GYSD puan ortalamalarının sırasıyla 45.31 ve 68.18, Ağapınar Şahin'in (2021) yaptığı çalışmada GYSS ve GYSD puan ortalamalarının sırasıyla 53.88 ve 41.09 olduğu, Bakır ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada deney

grubunda GYSS ve GYSD puan ortalamalarının sırasıyla 39.20 ve 47.86 olduğu bulunmuştur (Ağapınar Şahin, 2021; Çiftçi Mutlu, 2021; Bakır ve ark., 2021). Araştırmamızda semptom yaşama sıklığı ve yaşanan semptomların günlük yaşamı sınırlama durumu orta-düşük düzeyde olup literatürdeki diğer çalışmalar sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Araştırmamızda kadınların gebelikte sıklıkla yaşadığı semptomlar; yorgunluk ve halsizlik, uyku bozukluğu, bacak krampları, sırt ağrısı, sık idrara çıkma, vajinal akıntıda artma, meme uçlarında değişiklikler (Tablo 7). Literatürdeki diğer araştırmalarda sıklıkla yaşanan semptomlar benzer saptanmıştır (Campolong ve ark., 2017; Oviedo-Caro ve ark., 2017; Coşar Çetin ve ark., 2017; Akcan, 2019; Liu ve ark., 2020; Özyürek ve Özgül, 2021). Araştırmamızda kadınların gebelikte sık yaşadığı semptomların günlük yaşamlarını da çok kısıtladığı bulunmuştur (Tablo 8). Literatürdeki diğer araştırmalarda günlük yaşamı sınırlandıran semptomlar benzer saptanmıştır (Oviedo-Caro ve ark., 2017; Akcan, 2019; Özyürek ve Özgül, 2021). Araştırmamız ve literatür sonuçları birbirini destekler niteliktedir. Araştırmamızda yaş, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence gibi özelliklerin gebelerin semptom yaşama sıklığını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 9). Ağapınar Şahin'in (2021) yaptığı çalışmada kontrol grubuna dâhil ettiği gebelerde yaş, eğitim durumu, gelir durumu gebelikte yaşanan semptomların sıklığını etkilemediği belirlenmiştir (Ağapınar Şahin, 2021). Çiftçi Mutlu'nun (2021) yaptığı çalışmada yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, ekonomik durumun gebelikte yaşanan semptomların sıklığını etkilemediği belirlenmiştir (Çiftçi Mutlu, 2021). Araştırmamız ve literatürdeki diğer çalışmalar sonuçlarımızı desteklemektedir.

Araştırmamızda kadınların yaş, eğitim ve çalışma durumu, BKİ, eşin eğitim ve çalışma durumu ve sosyal güvencenin olması durumuna göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırmasını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 9). Ağapınar Şahin'in (2021) yaptığı çalışmada kontrol grubuna dâhil ettiği gebelerde yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, çalışma durumuna göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırmasının etkilenmediği bulunmuştur (Ağapınar Şahin, 2021). Çiftçi Mutlu'nun (2021) yaptığı çalışmada yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, ekonomik durumun semptomların günlük yaşamı sınırlandırmasını etkilemediği belirlenmiştir (Çiftçi Mutlu, 2021). Araştırmamızda kadınların eğitim durumuna ve BKİ'ye göre gebelikte yaşanan semptom sıklığının etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça kadınların çalışma oranının artmasının ve dinlenme saatinin azalmasından dolayı semptom yaşama sıklığını artırdığını düşündürmektedir. BKİ değeri yüksek olan gebelerin semptom yaşama

sıklığının daha yüksek olmasının sebebinin ise obezitenin daha az hareket etmeye ve kiloya bağlı olarak gebelik komplikasyonları artmış olabilir.

Kadınların ekonomik durum algısının semptomların günlük yaşamı sınırlandırmasını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9). Ekonomik durumu yüksek olanların semptomların günlük yaşamı sınırlandırması daha düşük bulunmuştur. Ekonomik düzey arttıkça gebenin sosyalleşmesi, günlük işlere yardımcı olacak kişilerin olması ve baş etme becerilerinin artması semptomların günlük yaşamı sınırlandırmasını azaltmış olabilir. Çiftçi Mutlu'nun (2021) yaptığı çalışmada BKİ'ye göre (Çiftçi Mutlu, 2021), Akcan'nın (2019) yaptığı çalışmada eğitim durumuna göre gebelikte yaşanan semptomların sıklığının etkilendiği bulunmuştur. Akcan'nın (2019) yaptığı çalışmaya göre ekonomik durumun günlük yaşamı sınırlamasını etkilediğini bulunmuştur (Akcan, 2019). Literatür ve araştırma sonuçlarımız uyumlu bulunmuştur. Ayrıca literatürde sosyal güvence durumu ile GSE arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sınırlıdır. Araştırmamızın bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kadınların gebelik, doğum, düşük, küretaj ve ölü doğum sayısına göre semptom yaşama sıklığının etkilenmediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Kadınların gebelik haftasının semptom yaşama sıklığını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 10). Araştırmamızda 36-40. gebelik haftasında olan gebelerin 20-25. gebelik haftasında olan gebelere göre semptom yaşama sıklığının yüksek olması fetüsün büyümesiyle fizyolojik değişimlerin artması semptom yaşama sıklığını artırmış olabilir. Çiftçi Mutlu'nun (2021) yaptığı çalışmada gebelik sayısının, gebelik haftasının ve yaşayan çocuk sayısının gebelikte yaşanan semptomların sıklığını etkilemediği, gebelik haftasının semptomların günlük yaşamı sınırlamasını etkilediğini bulunmuştur (Çiftçi Mutlu, 2021). Akcan'nın (2019) yaptığı çalışmada gebelik haftasının gebelikte semptom yaşama sıklığını etkilediğini bulunmuştur (Akcan, 2019). Literatür ile çalışma verilerimiz uyumludur.

Araştırmamızda kadınların sağlıklı ve riskli gebelik durumunun semptom yaşama sıklığını ve semptomların günlük yaşamı sınırlandırma durumunu etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 10). Araştırmamıza kronik hastalığı olan riskli gebeleri dâhil etmediğimiz için GSE'nin etkilenmediğini göstermektedir. Literatürde GSE ve risk durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sınırlıdır, bu açıdan araştırmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebeliğin planlı olmasına, gebeliğin istenme durumuna, bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumuna, gebelikte kontrolleri yaptırdığı yere göre semptom yaşama sıklığının etkilenmediği bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 11). Ağapınar Şahin'nin (2021)

yaptığı çalışmada deney grubundaki gebe kadınların gebeliği planlama durumunun gebelik semptom yaşama sıklığını etkilemediğini bulmuştur (Ağapınar Şahin, 2021). Bebeğin cinsiyetine ve gebelikte düzenli kontrollere gitmeye göre semptom yaşama sıklığının etkilendiği saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 11). Bebeğin cinsiyetini bilen gebelerin bebeği için hazırlık yapması, psikolojik olarak daha rahat olması, semptomlarla başa çıkarak semptom yaşama sıklığının azalmasına neden olmuş olabilir. Gebelikte düzenli kontrollere giden kadınların bakım almaya erken başlaması ve düzenli olarak bakım almasının semptom sıklığını azaltarak etki etmiş olabilir.

Araştırmamızda gebeliğin planlı olmasına, gebeliğin istenme durumuna, bebeğin cinsiyetine, bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumuna ve gebelikte kontrolleri yaptırdığı yere göre semptomların günlük yaşamı sınırlama durumunun etkilenmediği bulunmuştur ($p>0.05$). Gebelerin kontrollere gitmenin semptomların günlük yaşamı sınırlama durumunun etkilendiği saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 11). Gebelikte düzenli kontrollere giden kadınların bakım almaya erken başlaması ve düzenli olarak bakım almasının semptomların günlük yaşamı sınırlama durumunu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Akcan'nın (2019) yaptığı çalışmada gebeliğin planlı olmasına, düzenli kontrole gitmeye, gebelikte kontrolleri yaptırdığı yere göre yaşanan semptomların sıklığı ve semptomların günlük yaşamı sınırlaması etkilenmiştir (Akcan, 2019). Araştırma sonuçlarımız ve Akcan'nın (2019) araştırma verileri birbirini desteklemektedir.

Prenatal Bağlanma Ölçeği toplam puan ortalaması 91.14, merak heyecan ve planlama puan ortalaması 34.50, kabul ve coşku puan ortalaması 23.32, umut puan ortalaması 28.30 olarak saptanmıştır. PBÖ alınabilecek puan aralığı 33-99, merak ve heyecan faktöründen 13-39, kabul ve coşku faktöründen 9-27 ve umut faktöründen ise 11-33 olduğu düşünüldüğünde gebelerin PBÖ ve diğer faktörlerin puan ortalamalarının yüksek düzey olduğu söylenebilir (Tablo 6). PBÖ puan ortalaması Saral'ın (2021) yaptığı çalışmada 94,29 , Alkaş'ın (2022) yaptığı çalışmada 91,51 olarak saptanmıştır (Alkaş, 2022; Saral 2021). Farklı ölçekle yapılan Prenatal bağlanma puan ortalamaları Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji'nin (2010) yaptığı çalışmada 60.70, Erkal Aksoy ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada 56.76, Alan Dikmen ve Çankaya'nın (2018) yaptığı çalışmada 61.24, Coşkun Potur ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada 62.21, Demir Yıldırım ve Hotun Şahin'nin (2020) yaptığı çalışmada 61.52, Batuhan Karaşın'ın (2021) yaptığı çalışmada 62.56, Karataş'ın (2021) yaptığı çalışmada 76.02 Akmaz'ın (2021) yaptığı çalışmada 43 olarak saptanmıştır (Erkal Aksoy ve ark., 2016; Alan Dikmen ve Çankaya, 2018; Demir Yıldırım ve Hotum Şahin, 2020; Coşkun Potur ve

ark., 2020; Karataş, 2021; Batuhan Karaşın, 2021; Akmaz, 2021). Çalışmamızda PBÖ puanlarının yüksek oluşu gebelerin büyük çoğunluğunun primipar olması, gebeliğin planlı ve isteniyor olmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kadınların yaşının PBÖ toplam puan, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku puan ortalamaları etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 12). Yaşı 26-30 olanların yaşı 30 üzeri olanlara göre PBÖ toplam puan, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku puan, ortalamaları yüksek bulunmuştur. Yaşı 25 ve altı olanların, yaşı 30 üzeri olanlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalamaları yüksek belirlenmiştir. Yaş ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptayan çalışmalar vardır (Abasi ve ark., 2012; Ossa ve ark., 2012; Elkin, 2015; Bekmezci, 2015). Alan Dikmen ve Çankaya'nın (2018) çalışmasında gebelik yaşı arttıkça bağlanmanın azaldığını, Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji'nin (2010) çalışmasında 35 yaş ve üzeri olan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğunu, Bakır ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında 18-30 yaş arasındaki gebelerin prenatal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğunu, Ağapınar Şahin'in (2021) çalışmasında 25 yaş ve altı gebelerin prenatal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğunu, Saral'ın (2021) çalışmasında genç yaştaki gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin ileri yaş gebelere göre daha yüksek olduğunu ve Koç Özkan ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında 30 yaş üstü gebelerin prenatal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Bakır ve ark., 2014; Alan Dikmen ve Çankaya, 2018; Koç Özkan ve ark., 2020; Ağapınar Şahin 2021; Saral 2021). Araştırmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğunun genç yaş primipar gebelerden oluştuğu ve bebeklerine olan merak, heyecan ve ilgisinin fazla olduğu için PBÖ düzeyini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Eğitim durumunun kadınların PBÖ toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku ve umut puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 12). Bazı araştırmalar eğitim düzeyi ile prenatal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirlemişlerdir (Ossa ve ark. 2012; Abasi ve ark., 2013; Elkin, 2015, Erkal Aksoy ve ark., 2016; Alan Dikmen ve Çankaya 2018; Çağlayan 2019; Batuhan Karaşın 2021; Ağapınar Şahin, 2021). Bazı araştırmalar da gebelerin eğitim seviyesi arttıkça prenatal bağlanma düzeylerinin arttığını belirtmiştir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Özgen, 2016; Höbek Akarsu ve Oksay 2017; Dağlı, 2017; Kaya, 2020; Küçükkaya ve ark., 2020; Yılmaz, 2021; Demir Yiğit, 2021; Saral, 2021; Alkaş, 2022). Eğitim düzeyi düşük olan kadınların PBÖ puanları daha yüksek bulunmuştur (Koç Özkan ve ark., 2020). Çalışmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe PBÖ düzeyinin artması, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların

bilgiye daha rahat ulaşabilmesi, daha çok araştırıp bebekleri konusunda bilinçli oldukları, bebeğine olan farkındalığın arttığı ve bu sayede prenatal bağlanma sürecinin olumlu etkilemiş olabilir.

Kadınların çalışma durumunun PBÖ toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku ve umut puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 12). Bazı araştırmalar kadınların çalışma durumu ile PBÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirlemişlerdir (Bekmezci, 2015; Kaya, 2020; Batuhan Karaşın 2021; Kural, 2021). Gebelerin çalışma durumu ile PBÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu belirleyen çalışmalarda mevcuttur (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Bakır ve ark. 2014; Elkin,2015; Dağlı, 2017; Alan Dikmen ile Çankaya 2018; Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu Süt 2019; Demir Yiğit, 2021; Yılmaz 2021; Coşkun Potur ve ark., 2020). Bazı araştırmalarda ise kadınların çalışma durumu ile PBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif ilişki bulunmuştur (Ağapınar Şahin,2021). Araştırmamızda çalışma yaşamı ile gebenin kendinde daha fazla güven duygusu oluşturduğu, ekonomik düzeyin artışı, bilgi düzeyinin artışı ve sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanarak bebekleri ile daha fazla etkileşim içinde olmalarının PBÖ düzeyine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların ekonomik durum algısının PBÖ toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku ve umut puanlarını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 12). Araştırmamızda ekonomik durum algısı yükseldikçe PBÖ toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku ve umut puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalar gebelerin ekonomik durumu ile PBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptarken (Ossa ve ark., 2012; Elkin, 2015; Alan Dikmen ve Çankaya, 2018; Çağlayan, 2019; Coşkun Potur ve ark., 2020; Demir Yiğit, 2021; Yılmaz, 2021) bazı çalışma sonuçları ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Bakır ve ark., 2014; Koç Özkan ve ark., 2020; Kaya 2020; Batuhan Karaşın, 2021; Kural, 2021). Gebelerin prenatal bağlanma ile ekonomik durumu arasında negatif yönde ilişki saptayan çalışma da vardır (Ağapınar Şahin; 2021). Gelir düzey algısı yüksek olan gebelerin kendi ve bebeğinin ihtiyaçlarını rahat karşılaması, sağlık hizmetlerine yeterince ulaşabilmesi, gebelik ve doğum süreçlerinde kendi istediği ve tercih ettiği sağlık kuruluşundan destek alabilmesi sebebiyle PBÖ düzeyini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların eşinin eğitim durumunun PBÖ toplam puan, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku umut puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 12). Eşlerin eğitim seviyesi yükseldikçe PBÖ ve diğer alt boyut puanları da yükselmiştir. Kadınların eşinin çalışma durumuna PBÖ toplam puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 12). Üstünöz ve ark (2010) ve Bekmezci (2015) çalışmalarında gebelerinin eşlerinin eğitim seviyeleri yükseldikçe PBÖ düzeyinin arttığı bildirilmiştir (Üstünöz ve ark., 2010; Bekmezci, 2015). Kaya'nın (2020) yaptığı çalışmada eşin eğitim durumunun PBÖ puanlarını etkilediği ve çalışma durumunun PBÖ puanlarını etkilemediği, Batuhan Karaşın'ın (2021) yaptığı çalışmada eşin eğitim ve çalışma durumunun PBÖ puanlarını etkilemediği, Çağlayan'ın (2021) yaptığı çalışmada eşin çalışma durumunun PBÖ puanlarını etkilemediği, Kural'ın (2021) yaptığı çalışmada eşin eğitim durumunun PBÖ puanlarını etkilemediği, Yılmaz'ın (2021) yaptığı çalışmada eşin eğitim durumunun PBÖ puanlarını etkilediği ve çalışma durumunun PBÖ puanlarının etkilemediğini bulmuştur (Kaya, 2020; Batuhan Karaşın, 2021; Kural, 2021; Çağlayan, 2021; Yılmaz, 2021). Araştırmamızda gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça PBÖ düzeyinin olumlu etkilenmesi eşlerindeki duygu durum değişikliklerinin farkında olmalarını ve eşlerine yeterli destek verebilmelerini etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda sosyal güvence durumunun merak heyecan ve planlama puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 12). Kadınların sosyal güvence durumunun PBÖ toplam, kabul coşku ve umut puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 12). Literatürdeki çalışmalarda sosyal güvencenin prenatal bağlanma üzerinde etkili olmadığını belirlenmiştir (Bakır ve ark 2014, Dağlı 2017). Demir Yiğit'in (2021) yaptığı çalışmada gebelerden sosyal güvencesi olanların PBÖ düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Demir Yiğit, 2021). Literatür ve araştırma verilerimiz arasındaki farkın sebebi sosyal güvencesi olan gebelerin sağlık bakımına kolay ulaşma, gebelik kontrollerine düzenli gitme, bebeği hakkında bilgi edinme ve gelecekle ilgili plan yapma prenatal bağlanmayı olumlu etkilemesi ile açıklanabilir.

Araştırmamızda kadınların BKİ değerinin PBÖ toplam, merak heyecan- planlama, kabul-coşku ve umut puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 12). Alan Dikmen ve Çankaya'ın (2018) yaptığı çalışmada obez gebelerin normal ve pre-obez gebelere göre PBÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (Alan Dikmen ve Çankaya, 2018). Aralı'nın (2020) yaptığı çalışmada BKİ arttıkça PBÖ puan ortalamalarının düştüğünü bulmuştur (Aralı, 2020). Çalışmamızda, BKİ değerine göre obez gebelerin

sayısının az olmasından dolayı prenatal bağlanma düzeyinin etkilenmemesine neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda kadınların gebelikte risk durumunun PBÖ toplam, merak heyecan-planlama, kabul-coşku ve umut puan etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 13). Özgen'in (2016) çalışmasında riskli gebelerde, sağlıklı gebelere göre PBÖ toplam puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır (Özgen, 2016). Caycı Esen'in (2019), Karaahmetoğlu'nun (2021), Alkaş'ın (2022) çalışmasında gebelerin risk durumunun prenatal bağlanma düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını saptamıştır (Caycı Esen, 2019; Karaahmetoğlu, 2021; Alkaş, 2022). Şentürk'ün (2019) çalışmasında riskli gebelerin, sağlıklı gebelere göre PBÖ toplam puanlarının düşük olduğu bulmuştur (Şentürk, 2019). Araştırmamıza kronik hastalığı olmayan riskli gebeler dahil edildiği için gebelikte risk durumunun PBÖ düzeyini etkilemediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların gebelik haftasının PBÖ toplam, merak heyecan-planlama, kabul-coşku ve umut puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 13). Literatürde gebelik haftası ile prenatal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu saptayan çalışmalar mevcuttur. Gebelik haftası ilerledikçe prenatal bağlanma düzeyinin arttığını bulan çalışmalar vardır (Elkin, 2015; Dağlı, 2017; Coşkun Potur ve ark., 2020; Batuhan Karaşın, 2021; Ağapınar Şahin, 2021; Demir Yiğit, 2021). Araştırmamızı destekleyen gebelik haftası ile prenatal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamayan çalışmalarda vardır (Bakır ve ark., 2014; Erkal Aksoy ve ark., 2016; Akarsu ve Oskay, 2017; Çağlayan, 2019; Kaya, 2020; Koç Özkan ve ark., 2020; Badem ve Zeyneloğlu, 2021; Kural, 2021; Yılmaz, 2021). Araştırmamızda gebelik haftasının prenatal bağlanma düzeyini etkilememesinin sebebi, 20 hafta ve üzeri gebelerle araştırmanın yapılmış olması ve fetüsün hareketlerin çoktan hissedilmiş olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda kadınların gebelik sayısının PBÖ toplam puan, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku ve umut puanlarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 13). Gebelik sayısı ile PBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamayan çalışmalar mevcuttur (Çağlayan, 2019; Batuhan Karaşın, 2021). Araştırmamızla uyumlu ilk gebeliği olan kadınların, ikinci ve daha fazla gebeliği olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu saptayan çalışmalar vardır (Kaya, 2020; Badem ve Zeyneloğlu, 2021; Kural, 2021; Yılmaz, 2021). Bazı araştırmalarda üç ve daha fazla gebelik yaşayan kadınların PBÖ puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Koç Özkan ve Ark., 2020). Araştırmamızda kadınların doğum sayısının PBÖ toplam, merak heyecan ve planlama, kabul

ve coşku, umut puanlarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 13). Bir çok çalışmada gebelerin doğum sayısı arttıkça prenatal bağlanma düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Eswi ve Khalil, 2012; Akarsu ve Oskay, 2017; Batuhan Karaşın, 2021; Yılmaz, 2021). Araştırmamızda sahip olunan çocuk sayısının arttıkça bebekle olan vakit geçirme, hayaller kurma ve heyecanlanma gibi bağlanmayı etkileyen davranışların daha az yaşandığı için gebelik ve doğum sayısının PBÖ düzeyini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların düşük ve ölü doğum sayısının PBÖ toplam, merak heyecan-planlama, kabul-coşku ve umut puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 13). Literatürde gebelerin düşük sayısı ile PBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Akarsu ve Oskay, 2017; Dağlı, 2017; Çağlayan, 2019; Koç Özkan ve ark., 2020; Batuhan Karaşın, 2021; Yılmaz, 2021). Kaya'nın (2020) yaptığı çalışmada düşük ve ölü doğum öyküsü ile PBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğunu bulmuştur (Kaya, 2020). Araştırmamızda düşük ve ölü doğum yapan gebe oranının düşük olması PBÖ düzeyini etkilememiş olabilir.

Araştırmamızda küretajın PBÖ toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku ve umut puanlarını etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 13). Literatürde yapılan araştırmalar sonucunda küretaj olma ile PBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (Dağlı, 2017; Akarsu ve Oskay, 2017; Koç Özkan ve ark., 2020; Batuhan Karaşın, 2021; Yılmaz, 2021). Araştırmamızda kadınların önceki gebeliklerinde yaşadıkları olumsuz duyguları tekrar yaşama ve bebeklerini kaybetme düşüncesiyle yeni bebeğe bağlanmaya korktukları için küretaj yaptıran gebelerin PBÖ düzeyinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebeliğin planlı olmasının PBÖ toplam, merak heyecan-planlama, kabul-coşku ve umut puanlarının etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 14). Bazı araştırmalarda gebeliğin planlı olmasının PBÖ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur (Ossa ve ark 2012; Bakır 2014, Elkin 2015, Erkal Aksoy 2016; Dağlı, 2017; Koç Özkan ve ark., 2020; Yılmaz, 2021; Kural, 2021; Kartal, 2021; Badem ve Zeyneloğlu, 2021). Ancak bazı araştırmalarda gebeliği planlı olan kadınların PBÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Abasi ve ark., 2012; Çağlayan, 2019; Coşkun Potur ve ark., 2020; Koç Özkan ve ark. 2020; Demir Yiğit, 2021; Ağapınar Şahin, 2021). Araştırmamızda gebeliğin planlı olma durum ile PBÖ arasında farklılığın çalışmaya katılan kadınların kişisel ve sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebeliği istemenin merak heyecan ve planlama puanını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 14). Kadınlarda gebeliğin istenmenin PBÖ toplam, kabul-coşku ve umut puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 14). Gebeliği isteyenlerin PBÖ düzeyinin yüksek olduğunu saptayan çalışmalar vardır (Özgen, 2016; Alan Dikmen ve Çankaya, 2018; Coşkun Potur ve ark., 2020; Kaya, 2020; Koç Özkan ve ark., 2020; Batuhan Karaşın, 2021). Araştırmamızda gebeliğin istenmesi, gebenin anneliğe kendini hazır bulması ve gebenin ailesi tarafından onaylanması gebelik sürecini olumlu etkileyerek PBÖ düzeyini olumlu etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda bebeğin cinsiyetinin ve bebeğin cinsiyetinden memnun olmanın PBÖ toplam, merak heyecan-planlama, kabul-coşku ve umut puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 14). Bebeğin cinsiyeti veya bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumu ile PBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu saptayan çalışmalar vardır (Abasi ve ark., 2012; Çağlayan, 2019; Kaya, 2020; Özkan ve ark., 2022; Yılmaz, 2021; Koç Özkan ve ark., 2020; Batuhan Karaşın, 2021; Demir Yiğit, 2021). Literatür ile çalışmamız arasındaki farklılığın sebebinin araştırmamızda herhangi bir tercihi sorgulayan bir seçeneğin bulunmaması ve kadınların sosyokültürel özelliklerinden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda düzenli kontrollere gitmenin merak heyecan ve planlama puanını etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 14). Kadınların düzenli kontrollere gitmesinin PBÖ toplam, kabul ve coşku, umut puanlarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 14). Düzenli kontrollere giden gebelerin PBÖ düzeyinin yüksek olduğunu saptayan araştırmalar mevcuttur (Kaya, 2020; Badem, 2015; Bekmezci, 2015). Düzenli kontrollere giden gebelerin merak heyecan ve planlama puanının yüksek çıkması, gebelerin kendi sağlığına ek bebeğinin de sağlığı düşünerek devamlı prenatal bakım almasını etkileyip sağlıklı davranışlarda bulunduğu böylece bebeklerine daha fazla bağlanmasını sağlamış olabilir.

Araştırmamızda devlet hastanesinde kontrollerini yaptıran kadınların diğer hastanelerde kontrollerini yaptıranlara göre PBÖ toplam merak heyecan ve planlama kabul ve coşku ve umut puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 14). Özel hastane ve özel kliniklerde primer bakım olması ve gebenin sağlık profesyonelleriyle daha fazla vakit geçirmesinin PBÖ düzeyini olumlu etkilediği düşünülmektedir. Araştırmamızda gebelik semptomların günlük yaşamı sınırlaması ve prenatal bağlanma düzeyinin orta-yüksek düzey olduğu söylenebilir. GSE ile PBÖ alt boyutları arasında güçlü ve çok güçlü ilişki olduğu, her iki ölçek toplam puan arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 15).

Araştırmamızla ilgili benzer çalışmalara literatürde rastlanmamıştır. Bu açıdan araştırmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları semptomlar ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Gebelerin %40,1'inin 26-30 yaşında olduğu, %30,1'inin lise mezunu olduğu, %39'unun BKİ değerine göre fazla kilolu olduğu, %80,1'inin çalışmadığı, %72,8'inin ekonomik durumunu gelir gidere denk algıladığı, %82,4'ünün sosyal güvencesi olduğu, %37,5'inin eşinin eğitim düzeyi yükseköğretim olduğu ve %91,5'inin eşinin çalıştığı saptanmıştır (Tablo 2).
- Kadınların %59,9'unun riskli gebelik, %40,1'inin sağlıklı gebelik olduğu, %44,9'unun 20-25. gebelik haftasında olduğu, %33,5'inin ilk gebeliği olduğu, %80,1'inin düşük yapmadığı, ve %89'unun küretaj olmadığı bulunmuştur (Tablo 3).
- Kadınların hepsinin 18 yaş ve üstü olduğu, tekiz gebelik olduğu ve kronik hastalığı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Kadınların %79,8'inin gebeliğinin planlı olduğu, %95,2'inin gebeliği istediği, %32,3'ünün bebeğin cinsiyetini bilmediği, %93,5'inin bebeğin cinsiyetinden memnun olduğu, %95,2'inin düzenli kontrollere gittiği, %94,8'inin kontrolleri devlet hastanesinde yaptırdığı, saptanmıştır (Tablo 5).
- Kadınların gebelikte yaşanan semptomların sıklık puan ortalaması 43.235, gebelikte semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalaması 66.728 bulunmuştur. Kadınların PBÖ toplam puan ortalaması 91,140, merak heyecan ve planlama puan ortalaması 34,504, kabul ve coşku puan ortalaması 23,327, umut puan ortalaması 28,309 olarak bulunmuştur (Tablo 6).
- Kadınlarının %41,5'inin yorgunluk ya da halsizliği sık sık yaşadığı, %36'sının uyku bozukluğunu sık sık yaşadığı, %30,5'inin bacak kramplarını sık sık yaşadığı, %59,9'unun sık idrara çıkmayı sık sık yaşadığı, %34,9'unun sırt ağrısını sık sık yaşadığı saptanmıştır (Tablo7).
- Kadınların %48,2'sinin yorgunluk ya da halsizliğin günlük yaşamını çok az kısıtladığı, %39'unun uyku bozukluğunun günlük yaşamını çok kısıtladığı, %32'sinin bacak kramplarının günlük yaşamını çok kısıtladığı, %51,8'inin sık idrara çıkmanın günlük yaşamını çok kısıtladığı, %38,2'sinin sırt ağrısının günlük yaşamını çok kısıtladığı, %39'unun kalça veya pelviste ağrının günlük yaşamını hiç kısıtlamadığı saptanmıştır (Tablo 8).

- Kadınların yaşına, çalışma ve ekonomik durumuna, eşin eğitim ve eşin çalışma durumuna, sosyal güvencenin olması durumuna göre gebelik semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 9).
- Kadınların eğitim durumuna göre gebelik semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,814$; $p=0.04<0.05$). Eğitim düzeyi yükseldikçe semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 9).
- Kadınların BKİ değerine göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,679$; $p=0.047<0.05$). II.derece obez olanların, normal kilolu olanlara göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 9).
- Kadınların yaşına, eğitim ve çalışma durumuna, BKİ değerine, eşin eğitim ve eşin çalışma durumuna, sosyal güvencenin olması durumuna göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 9).
- Kadınların ekonomik durumunu algılamasına göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,421$; $p=0.013<0.05$). Ekonomik durum algısı düştükçe semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 9).
- Kadınların gebelik, doğum, düşük, küretaj ve ölü doğum sayısına göre gebelik semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 10).
- Kadınların gebelik haftasına göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,938$; $p=0.009<0.05$). Gebelik haftası 36-40 olanların, gebelik haftası 20-25 olanlara göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 10).
- Kadınların gebelik, doğum, düşük ve ölü doğum sayısına göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 10).
- Kadınların gebelik haftasına göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,879$; $p=0.036<0.05$). Gebelik haftası 36-40 olanların, gebelik haftası 20-25 olanlara göre

semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

- Kadınlarda küretaj olmayanların, küretaj sayısı bir ve üzeri olanlara göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($t=-2,142$; $p=0.033<0.05$; $d=0,415$, Tablo 10).
- Kadınların sağlıklı gebelik ve riskli gebelik durumuna göre semptom yaşama sıklığı, semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 10).
- Kadınlar gebeliğinin planlı olması durumuna, gebeliğini isteme durumuna, bebeğinin cinsiyetinden memnun olma durumuna, gebelikte kontrolleri yaptırdığı yere göre gebelik semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 11).
- Kadınların bebeğinin cinsiyetine göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=5,376$; $p=0.005<0.05$). Bebeğin cinsiyeti kız olanların, bebeğin cinsiyetini bilmeyenlere göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bebeğin cinsiyeti erkek olanların, bebeğin cinsiyetini bilmeyenlere göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 11).
- Kadınlardan gebelikte düzenli kontrollere gidenlerin, gebelikte düzenli kontrollere gitmeyenlere göre semptom yaşama sıklığı puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($t=-2,391$; $p=0.018<0.05$; $d=0,679$, Tablo 11).
- Kadınların gebeliğinin planlı olmasına, gebeliğini isteme durumuna, bebeğinin cinsiyetine, bebeğinin cinsiyetinden memnun olma durumuna, kontrollerin yapıldığı yere göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 11).
- Gebelikte düzenli kontrollere giden kadınların, gebelikte düzenli kontrollere gitmeyen kadınlara göre semptomların günlük yaşamı sınırlandırma puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($t=-2,420$; $p=0.016<0.05$; $d=0,688$, Tablo 11).
- Kadınların yaşına göre PBÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,879$; $p=0.008<0.05$). Yaşı 26-30 olanların, yaşı 30 üzeri olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

- Kadınların eşinin çalışma durumuna ve BKİ değerine göre PBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 12).
- Kadınların eğitim durumuna göre prenatal bağlanma toplam puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir ($F=13,854$; $p=0<0.05$). Eğitim düzeyi yükseldikçe prenatal bağlanma toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 12).
- Çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($t=2,883$; $p=0<0.05$; $d=0,438$). Çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre kabul ve coşku puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($t=2,056$; $p=0.003<0.05$; $d=0,313$). Çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre umut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($t=1,959$; $p=0.003<0.05$; $d=0,298$, Tablo 12).
- Kadınların ekonomik durumunu algılamasına göre PBÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,951$; $p=0.02<0.05$). Ekonomik durumu gelir giderine denk olanların, ekonomik durumu gelir giderden az olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Ekonomik durumu gelir giderden fazla olanların, ekonomik durumu gelir giderden az olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 12).
- Kadınların eşinin eğitim durumuna göre PBÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=8,841$; $p=0<0.05$). Eşinin eğitim durumu lise mezunu olanların, eşinin eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Eşinin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, eşinin eğitim durumu ilköğretim mezunu olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Eşinin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların, eşinin eğitim durumu ortaokul mezunu olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 12).
- Kadınlardan sosyal güvencesi olanların merak heyecan ve planlama puan ortalamaları, sosyal güvencesi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($t=2,489$; $p=0.013<0.05$; $d=0,396$). Kadınların sosyal güvencesine göre prenatal bağlanma toplam, kabul ve coşku, umut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 12).

- Kadınların gebelik haftasına, düşük sayısına, ölü doğum sayısına göre PBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 13).
- Kadınların gebelik sayısına göre PBÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=10,657$; $p=0<0.05$). Gebelik sayısı az olanların PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 13).
- Kadınların doğum sayısına göre PBÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=13,671$; $p=0<0.05$). Daha önce doğum yapmayanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Doğum sayısı bir olanların, doğum sayısı iki ve üzeri olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 13).
- Küretaj olmayan kadınların, küretaj sayısı bir ve üzeri olanlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($t=5,059$; $p=0.002<0.05$; $d=0,979$, Tablo13).
- Kadınların sağlıklı ve riskli gebelik durumuna göre PBÖ toplam, merak heyecan ve planlama, kabul ve coşku, umut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 13).
- Kadınların gebeliğinin planlı olmasına, bebeğinin cinsiyetine, bebeğinin cinsiyetinden memnun olma durumuna, gebelikte düzenli kontrollere gitme durumuna göre PBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo14).
- Kadınlardan gebeliği isteyenlerin, gebeliği istemeyenlere göre merak heyecan ve planlama puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($t=2,927$; $p=0.004<0.05$; $d=0,832$). Kadınların gebeliği isteme durumuna göre PBÖ toplam, kabul ve coşku, umut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 14).
- Kadınlardan gebelikte düzenli kontrollere gidenlerin, gebelikte düzenli kontrollere gitmeyenlere göre merak heyecan ve planlama puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($t=3,508$; $p=0.033<0.05$; $d=0,997$). Kadınlar gebelikte düzenli kontrollere gitme durumuna göre prenatal PBÖ toplam, kabul ve coşku, umut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo14).
- Kadınlardan devlet hastanesinde kontrollerini yaptıranların, diğer hastanelerde kontrollerini yaptıranlara göre PBÖ toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($t=-1,595$; $p=0<0.05$; $d=0,438$). Devlet hastanesinde kontrollerini yaptıranların, diğer

hastanelerde kontrollerini yaptıranlara göre merak heyecan ve planlama puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($t=-1,916$; $p=0<0.05$; $d=0,526$). Devlet hastanesinde kontrollerini yaptıranların, diğer hastanelerde kontrollerini yaptıranlara göre kabul ve coşku puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($t=-1,046$; $p=0.037<0.05$; $d=0,287$). Devlet hastanesinde kontrollerini yaptıranların, diğer hastanelerde kontrollerini yaptıranlara göre umut puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($t=-1,326$; $p=0.001<0.05$; $d=0,364$, Tablo 14).

- Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, gebelik semptomların günlük yaşamı sınırlandırması ve prenatal bağlanma düzeyinin orta-yüksek düzey olduğu, GSE ile PBÖ alt boyutları arasında güçlü ve çok güçlü ilişki olduğu, her iki ölçek toplam puan arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 15).

6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Hemşireler tarafından gebelere ve eşlerine gebelikte meydana gelen değişiklikler konusunda eğitimlere daha fazla yer verilmesi,
- Gebelik döneminde semptom yaşama sıklığını ve semptomların günlük yaşamı sınırlandırma durumunu ve prenatal bağlanma düzeylerini etkileyen sosyo-demografik, obstetrik ve diğer özelliklerin her gebeye özgü olarak hemşireler ve sağlık profesyonelleri tarafından iyi değerlendirilmesi,
- Gebelik döneminde prenatal bağlanmayı olumlu ve olumsuz etkileyebilecek gebelik semptomları sıklığı ve semptomların günlük yaşamı sınırlandırma durumu belirlenerek, prenatal bağlanma düzeyi riskli olan gebeler belirlemeli, değerlendirilmeli ve prenatal bağlanma düzeylerini arttırmaya yönelik girişimler planlanmalı,
- Gebelikte fiziksel sağlığın korunması ve geliştirilmesinin yanı sıra özellikle kadınların gebelik semptom yaşama sıklığını etkileyen (gebenin eğitim durumu, gebelik haftası, BKİ değeri, bebeğin cinsiyeti, düzenli kontrollere gitme durumu), gebelik semptomlarının günlük yaşamı sınırlandırma durumunu etkileyen (düzenli kontrollere gitme durumu, ekonomik durum algısı, gebelik haftası, küretaj olma durumu) faktörlerin dikkate alınması,
- Araştırmamızın pandemi sürecinde yapılması ve PBÖ toplam puanın yüksek olması gebelerin eşleriyle daha fazla beraber vakit geçirmesi, gebelerin riskli grupta olmasından dolayı eşleri ve aileler tarafından daha çok ilgi görmelerine dolayısıyla bebeklerine daha fazla bağlanmasına neden olduğu düşünülmektedir. Prenatal bağlanma sürecinin olumlu etkileyeceği bakım vericiler tarafından unutulmamalıdır.
- Gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin artırılması için gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeyinin yükseltilmesinin öneminin vurgulanması,
- Gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin artırılması için kadınların gebelik yaşının öneminin vurgulanması,
- Gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin artırılması için gelir durum algısı düşük gebelere bakım veren hemşirelerin gebe izlemlerinde daha sık değerlendirme yapması,
- Gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin artırılması için gebeliği planlı olmayan, doğum sayısı fazla olan ve gebeliğini istemeyen, sosyal güvencesi olmayan gebelere

bakım veren hemşirelerin gebe izlemlerinde bu grupta yer alan gebeleri daha dikkatli gözlemlemesi ve bakım verilmesi,

- Hemşireler için gebelerin semptom yaşama sıklığını, semptomların günlük yaşamı sınırlandırma durumunu ve prenatal bağlanma düzeyini değerlendiren önlem alınmasına yönelik hizmet içi eğitim çalışmalarının planlanması,
- Türkiye'nin farklı bölge ve sosyokültürel kesimlerinden kadınlarla, gebelik semptomları, semptomların günlük yaşamı sınırlandırma durumu ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Abasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M. ve Nasırı, T.G. (2012). Assessment On Effective Factors Of Maternal-Fetal Atteachment İn Pregnant Women. *Life Science Journal*, 9, 68-75.
- Abdullah, H.R., Nagappa, M., Siddiqui, N., Chung, F. (2016). Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea During Pregnancy. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 29(3), 317-324.
- Ağapınar Şahin, S. (2021). Kahkaha Yogasının Gebelik Semptomları, Mental İyi Oluş ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi
- Ahmed, A.E., Albalawi, A.N., Alshehri, A.A., Al Blaihed, R.M., Alsalamah, M.A. (2017). Stress And Its Predictors İn Pregnant Women: A Study İn Saudi Arabia. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 97-102.
- Akarsu, H., Oskay, Ü. (2017). Yüksek Riskli Gebelerin Tehlike Belirtileri Hakkında Bilgi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(2): 16-26.
- Akbarzadeh, M., Dokuhaki, A., Joker, A., Pishva, N., Zare, N. (2016). Teaching Attachment Behaviors to Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial of Effects on Infant Mental Health from Birth to the Age of Three Months. *Annals of Saudi Medicine*, 36(3), 175-183.
- Akcan, K. (2019). Perinatoloji Kliniğinde Yatan Gebelerin Gebelik Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Akkoca, Y. (2009). Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi
- Akmaz, D. (2021). Gebelikte Yaşanan Reflü İle Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Aksoy, Y., Yılmaz, S., Aslantekin, F. (2016). Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 1(3),163-9
- Alan Dikmen, H., Çankaya, S. (2018). Maternal Obezitenin Prenatal Bağlanma Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 118-123.
- Alexander, E.K., Pearce, E.N., Brent, G.A., Brown, R.S., Chen, H., Dosiou, C., Grobman, W. A., Laurberg, P., Lazarus, J.H., Mandel, S.J., Peeters, R.P., Sullivan, S. (2017). 2017

- Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*, 27(3), 315-389.
- Alhusen, J.L., Hayat, M.J., Borg, L. (2021). A Pilot Study of a Group-Based Perinatal Depression Intervention on Reducing Depressive Symptoms and Improving Maternal-Fetal Attachment and Maternal Sensitivity. *Archives of Women's Mental Health*, 24(1), 145-154.
- Alhusen, J.L., Hayat, M.J., Gross, D. (2013). A Longitudinal Study of Maternal Attachment and Infant Developmental Outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 521-529.
- Alkaş, Ü. (2022). Primipar Gebelerde Anksiyete ve Prenatal Bağlanma: Pandemi Sürecinin Etkileri. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- Alvi, S.M., Ali, S.A.E.Z., Shah, R.A., Jabeen, T., Gul, N., Afridi, M. (2018). Internalizing Psychological Problems As Predictor Of Mental Wellbeing And Life Satisfaction Among Pregnant Women. *Pakistan Journal of Physiology*, 14(3) ,28-32.
- Al-Yaseen, E., Al-Na'ar, A., Hassan, M., Al-Ostad, G., Ibrahim, E. (2013). Palpitation in Pregnancy: Experience in One Major Hospital in Kuwait. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 27(1), 31-34.
- Amanak, K. (2020). Gebelikte Yaşanan Reflünün Yaşam Kalitesi ve Gebelik Uyumuna Etkisi: Vaka-Kontrol Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 188-194.
- Ambros Rudolph, C.M., Müllegger, R.R., Vaughan-Jones, S.A., Kerl, H., Black, M.M. (2006). The Specific Dermatoses of Pregnancy Revisited and Reclassified: Results of A Retrospective Two-Center Study on 505 Pregnant Patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54(3), 395-404.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013) ACOG Committee opinion. Obesity in Pregnancy. 106(3): 671-675.
- Arali, M. (2020).Gebelik Öncesi Beden Kütle İndeksinin Prenatal Bağlanma ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Armstrong, S., Fernando, R., Columb, M., Jones, T. (2011). Cardiac Index in Term Pregnant Women in the Sitting, Lateral, and Supine Positions: An Observational, Crossover Study. *Anesthesia & Analgesia*, 113(2), 318-322.

- Aslan Koyutürk, Ö. (2018). Acil Servise Başvuran Kanamalı Gebelerde Durumluk Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Aydın Kartal, Y., Karaman, T. (2018). Doğuma Hazırlık Eğitiminin Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon Riski Üzerine Etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 85-91.
- Aytekin Aydın, T. (2020). Erken Gebelik Döneminde Solunum Egzersizinin Bulantı Kusma ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi
- Badem, A. (2015). Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Badem, A., Zeyneloğlu, S. (2021). Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 37-47.
- Baghdari, N., Sahebzad, E.S., Kheirkhah, M., Azmoude, E. (2016). The Effects Of Pregnancy-Adaptation Training On Maternal-Fetal Attachment And Adaptation In Pregnant Women With A History Of Baby Loss. *Nurs Midwifery Stud*, 5(2), e28949.
- Bakır, N., Demir, C., Şener, N. (2021). Gebelerin Yaşadığı Stres ve Gebelik Semptomları Arasındaki İlişki. *Karya J Health Sci*, 2(3): 71-76 71
- Bakır, N., Ölçer, Z., Oskay, Ü. (2014). Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*; 1(1):26-37.
- Balaban, S. (2017). Gebelikteki Sağlık Uygulamalarının Prenatal Bağlanmayla İlişkisi ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Baltacı, N., Başer, M. (2020). Riskli Gebelerde Yaşanan Anksiyete, Prenatal Bağlanma ve Hemşirenin Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 206-212.
- Barone, L., Lionetti, F., Dellagiulia, A. (2014). Maternal-Fetal Attachment And Its Correlates In A Sample Of Italian Women: A Studyusingthe Prenatal Attachment Inventory. *Journal Of Reproductive and infant psychology*, 32(3), 230-239.

- Batuhan Karaşın, F. (2021). Gebelikte Beden İmaji Algisi ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Abd. Yüksek Lisans Tezi
- Bekmezci, H. (2015). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma ile İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- Berlin, L.J., Dodge, K.A., Reznick, J.S. (2013). Examining Pregnant Women's Hostile Attributions About Infants as a Predictor of Offspring Maltreatment. *Jama Pediatrics*, 167(6), 549-553.
- Bieber, A.K., Martires, K.J., Stein, J.A., Grant-Kels, J.M., Driscoll, M.S., Pomeranz, M.K. (2017). Pigmentation and Pregnancy: Knowing What Is Normal. *Obstetrics and Gynecology*, 129(1), 168-173.
- Bilge, Ç., Mecdi Kaydırak, M., Öner, Ö., Balkaya, N. A. (2021). Gebelikte Cinsel İşlev ve Cinsel Memnuniyetin Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 684-693.
- Bouchard, G. (2011). The Role Of Psychosocial Variables İn Prenatal Attachment: An Examination Of Moderational Effects. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 3(29), 197-207.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. Vol 1: Attachment (2.Ed-1982). Basic Books: New York.
- Boztaş, S., Urgan, M. (2015). Üçüncü Trimester Sağlıklı Gebelerde Aile Hekimliği Gözüyle Prenatal Anne-Bebek Bağlanmasının Araştırılması Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Bramham, K., Hall, M., Nelson Piercy, C. (Ed.). (2018). *Renal Disease in Pregnancy* (2. bs). Cambridge University Press.
- Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W.H., Stringer, C.A., Evans, H.M. (2009). A History of the Theory of Prenatal Attachment. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 23(4), 201-222.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
- Brumariu, L.E., Kerns, K.A., Seibert, A. (2012). Mother-Child Attachment, Emotion Regulation, and Anxiety Symptoms in Middle Childhood. *Personal Relationships*, 19(3), 569-585.

- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., Köklü, N. (2018). Sosyal Bilimler İçin İstatistik. Ankara: Pegem Akademi
- Camarneiro, A.P.F., Miranda Justo, J.M.R. (2017). Prenatal Attachment And Sociodemographic And Clinical Factors İn Portuguese Couples. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 35(3), 212-222.
- Campolong, K., Jenkins, S., Clark, M.M., Borowski, K., Nelson, N., Moore, K. M., Bobo, W.V. (2017) . The Association Of Exercise During Pregnancy With Trimester-Specific And Postpartum Quality Of Life And Depressive Symptoms İn A Cohort Of Healthy Pregnant Women. *Archives of Women's Mental Health*; 21, 215–224
- Can Gürkan, Ö. (2010). Gebeliğe Fizyolojik ve Psikolojik Uyum II. N. Kömürcü içinde, Perinatoloji Hemşireliği. İstanbul Sağlık Müdürlüğü Yayınları.yayın no:767.ss. 107-122.
- Can Gürkan, Ö., Ekşi Güloğlu, Z. (2018). Gebelik Semptom Envanteri'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2):298-303.
- Canlı, A. (2020). Gebelerin Beden Benlik Algılarının Prenatal Bağlanma Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- Casagrande, D., Gugala, Z., Clark, S.M., Lindsey, R.W. (2015). Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy: *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 539-549.
- Cayci Esen, N. (2019). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ve Prenatal Bağlanmanın Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi
- Celik, M., Ergin, A. (2020). The Effect on Pregnant Women's Prenatal Attachment of a Nursing Practice Using the First and Second Leopold's Maneuvers. *Japan Journal of Nursing Science: Jjns*, 17(2).
- Chang, H.C., Yu, C.H., Chen, S.Y., Chen, C.H. (2015). The effects of music listening on psychosocial stress and maternal-fetal attachment during pregnancy. *Complement Ther Med*, 23:509-515.
- Condon, J. T. (1993). The Assessment of Antenatal Emotional Attachment: Development of a Questionnaire Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167-183.

- Coşar Çetin, F., Demirci, N., Yeşilçiçek Çalık, K., Çil Akıncı, A. (2017). Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4).
- Coşkun, A.M., Okcu, G., Arslan, S. (2019). Gebelikte Distres Durumunun Prenatal Bağlanmaya Etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 27(2), 49-55.
- Coşkuner Potur, D., Doğan Merih, Y., Demirci, N. (2020). Primipar ve Multipar Gebelerin Prenatal Bağlanmalarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Jaren*;6(1):132-40.
- Cranley, M.S. (1981).Development Of A Tool For The Measurement Of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*, 30 (5), 281- 284.
- Cunningham, F. G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B. (2018). *Williams Obstetrics, 25th Edition*.
- Çağlayan, N. (2019). Gebelikte Prenatal Bağlanma Davranışları ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Çakır, E. (2019). Radyal Arter Kateterizasyonuna İlişkin Konfor ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Çakır, L., Can, H. (2011). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Turkish Family Phycsian*, 3(2),35-40.
- Çakmak, B., Metin, Z., Karataş, A., Özsoy, Z., Demirtürk, F. (2014) Gebelikte Huzursuz Bacak Sendromu. *Perinataloji Dergisi*.1(22): 1-5.
- Çelik, M. (2021). Gebelikte Üriner İnkontinans ve Etkileyen Faktörler. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Çınar, N., Caka, S.Y., Topal, S., Yuvaci, H.U., Erkorkmaz, U. (2017). Therelation Of Health-Relatedpractices of Pregnantwomen, Fatigueand Prenatal Attachment. *Journal Of Thecollege Of Physiciansandsurgeons-Pakistan*, 27(11), 693-698.
- Çıtak Bilgin, N., Ak, B., Ayhan, F., Öztürk Koçyiğit, F., Yorgun, S., Topçuoğlu, M. A. (2020). Effects of Childbirth Education on Prenatal Adaptation, Prenatal and Maternal Attachment. *The Anatolian Journal of Family Medicine*, 3(2), 128-135.
- Çıtak, G., Demirtürk, F. (2021). Urinary Incontinence During Pregnancy And Determination Of The Factors Affecting It. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 5(3), 36-42.

- Çiftçi Mutlu, E.M. (2021). Gebelik Semptomlarının Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi. Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Çoban, A., Saruhan, A. (2005). Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2), 89-96.
- Dağlı, K. (2017). Gebelikte Bebeğe Yönelik Yapılan Hazırlıkların Prenatal Bağlanma ile İlişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Damato, E.G. (2004). Predictors Of Prenatal Attachment İn Mothers Of Twins. *Journal Of Obstetric, Gynecologic And Neonatal Nursing*, 33, 436-445.
- Demir Yiğit, E. (2021). Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Prenatal Bağlanma İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Demirkan, L. T., Tastan, K., Dane, S. (2020). Effectiveness of Fetal Movement Counting and Imagining Fetus Position to Prenatal Attachment and Depressive Symptoms in Pregnant Women in 24-28th Gestational Week. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 8(4), 5.
- Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
- Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 103-109.
- Doan, H. M., Zimmerman, A. (2008). Prenatal Attachment: A Developmental Model. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20(1/2), 20-28.
- Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara - 2009. ss: 9-41.
- Dönmez, A., Er, M., Karaçam, Z. (2018). Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaşadığı Gebeliğe Bağlı Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Life Sciences*, 13(1), 1-10.
- Durmuşoğlu, F. (2010). Hiperemesis Gravidarum. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik - Özel Konular*, 3(1), 16-19.

- Duyan, V., Gül Kapısıız, S., Yakut, H.İ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 10(39), 1609-1614.
- Effati Daryani, F., Mohommed Alizadeh Charandabi, S., Zarei, S., Mohammedi, A., Mirghafourvand, M. (2018). Depression, Anxiety And Stress İn The Various Trimesters Of Pregnancy İn Women Referring To Tabriz Health Centres, 2016. *International of Journal Culture and Mental Health*.11: 1-9
- Ekrami, F., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., Babapour Kheiroddin, J., Mirghafourvand, M. (2019). The Effect of Counselling on Depression and Anxiety of Women with Unplanned Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Community Mental Health Journal*, 55(6), 1047-1056.
- Elkin, N. (2015). Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(6), 230-237.
- Engidaw, N.A., Mekonnen, A.G., Amogne, F.K. (2019). Perceived Stress And İts Associated Factors Among Pregnant Women İn Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *BMC Research Notes*, 12 (1), 356.
- Ercan, S. (2019). Gebelik Döneminde Sık Karşılaşılan Kas-İskelet Sistemi Yaralanmaları, Kaplan Ş, editör. Kadın ve Spor. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Erdemoğlu, Ç. (2016). Fetüsün Cinsiyetinin Prenatal Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkisinin Saptanması. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Ana Bilim Dalı .Yüksek Lisans Tezi
- Eren, E.C., Şanlı, S.G. (2021). COVID-19 Pandemisinin Hamilelerin Depresyon, Kaygı ve Stres Düzeylerine Etkisi/Hamile Kadınlarda COVID-19 Pandemisinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Bağcılar Tıp Bülteni*, 6 (3), 306.
- Erkal Aksoy, Y., Yılmaz, S., Aslantekin, F. (2016). Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Turkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences*, 1(3), 163-169.
- Erpolat, S., Eser, A., Kaygusuz, I., Balci, H., Kosus, A., Kosus, N. (2016). Nail alterations during pregnancy: A clinical study. *International Journal of Dermatology*, 55(10).
- Ertmann, R. K., Nicolaisdottir, D. R., Kragstrup, J., Siersma, V., Lutterodt, M. C., Bech, P. (2019). Physical Discomfort in Early Pregnancy and Postpartum Depressive Symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(3), 200-206.

- Eswi, A. S., Khalil, A. (2012). Prenatal Attachment and Fetal Health Locus of Control among Low Risk and High Risk Pregnant Women. *World Applied Sciences Journal*, 18(4), 462-471.
- Farrar, D., Tuffnell, D., Neill, J., Scally, A., Marshall, K. (2014). Assessment of Cognitive Function Across Pregnancy Using Cantab: A Longitudinal Study. *Brain and Cognition*, 84(1), 76-84.
- Fernandes, L. B., Amaral, W. N. (2015). Clinical Study of Skin Changes in Low and High Risk Pregnant Women. *Anais Brasileiros De Dermatologia*, 90(6), 822-826.
- Finkel, E., Simpson, J. (2015). Editorial Overview: Relationship Science. *Current Opinion in Psychology*, 1:5–9.
- Foxcroft, K.F., Callaway, L.K., Byrne, N.M., Webster, J. (2013). Development and Validation of a Pregnancy Symptoms Inventory. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 3.
- Franc, N., Maury, M., Purper-Ouakil, D. (2009). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (adhd): How Is Attachment Related? adhd and Attachment Processes: Are They Related? *L'encéphale*, 35(3), 256-261.
- Frederice, C. P., Amaral, E., Ferreira, N. (2013). Urinary Symptoms and Pelvic Floor Muscle Function During the Third Trimester of Pregnancy in Nulliparous Women: Pregnant Nulliparous Urinary Symptoms. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(1), 188-194.
- García González, J., Ventura Miranda, M. I., Requena Mullor, M., Parron Carreño, T., Alarcón Rodríguez, R. (2018). Effects of Prenatal Music Stimulation on State/Trait Anxiety in Full-Term Pregnancy and Its Influence on Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(8), 1058-1065.
- George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Geraghty, L. N., Pomeranz, M. K. (2011). Physiologic Changes and Dermatoses of Pregnancy. *International Journal of Dermatology*, 50(7), 771-782.
- Gheibi, Z., Abbaspour, Z., Haghighizadeh, M. H., Javadifar, N. (2020). Effects of a Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program on Maternal-Fetal Attachment: A Randomized Controlled Trial Among Iranian Pregnant Women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 41, 101226.

- Gizlenti, S., Ekmekci, T. R. (2014). The Changes in the Hair Cycle During Gestation and the Post-Partum Period. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(7), 878-881.
- Güleç, D., Kavlak, O. (2013). Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10(2), 170-181.
- Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 177-182.
- Güney, E., Uçar, T. (2019). Effect of the Fetal Movement Count on Maternal-Fetal Attachment. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(1), 71-79.
- Gür, E. Y., Pasinlioğlu, T. (2021). Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği: Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 482-497.
- Güzel İnal, C. (2019). Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi
- Hammarberg, K., Fisher J.R., Wynter, K.H. (2008). Psychological And Social Aspects Of Pregnancy, Childbirth And Early Parenting After Assisted Conception: A Systematic Review. *Hum Reprod Update*, 14(5):395–414.
- Heidrich, S.M., Cranley, M.S. (1989). Effect of Fetal Movement, Ultrasound Scans, and Amniocentesis on Maternal-Fetal Attachment. *Nursing Research*, 38(2), 81-84.
- Henry, J.F., Sherwin, B.B. (2012). Hormones and Cognitive Functioning During Late Pregnancy and Postpartum: A Longitudinal Study. *Behavioral Neuroscience*, 126(1), 73-85.
- Hergüner, S., Çiçek, E., Annugar, A., Hergüner, A., Ors, R. (2014). Association of Delivery Type with Postpartum Depression, Perceived Social Support and Maternal Attachment. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 15-20.
- Herrera, E., Ortega-Senovilla, H. (2014). Lipid Metabolism During Pregnancy and Its Implications for Fetal Growth. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 15(1), 24-31.

- Höbek Akarsu, R., Rathfisch, G. (2018). The Effect of Pregnancy Yoga on the Pregnant's Psychosocial Health and Prenatal Attachment. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 17(4), 9.
- Höbek Akarsu, R., Oskay, Ü. (2017). Yüksek Riskli Gebelerin Tehlike Belirtileri Hakkında Bilgi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(2), 16-26.
- Höbek Akarsu, R., Tuncay, B., Yüzer Alsaç, S. (2017). Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 275-279.
- İncirkuş, H. (2021). Son Trimester Gebelerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı .Yüksek Lisans Tezi
- Janbakhishov, C.E. (2013). Gebelerde Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali İlişkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi
- Jones, R.E., Lopez, K.H. (2014). Human Reproductive Biology (Fourth Edition). Academic Press. 175- 204.
- Jonsdottir, S.S., Swahnberg, K., Thome, M., Oskarsson, G.K., Bara Lydsdottir, L., Olafsdottir, H., Sigurdsson, J.F., Steingrimsdottir, T. (2020). Pregnancy Complications, Sick Leave and Service Needs of Women Who Experience Perinatal Distress, Weak Social Support and Dissatisfaction in Their Partner Relationships. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 167-180.
- Kalkwarf, H.J., Specker, B.L. (2002). Bone Mineral Changes During Pregnancy and Lactation. *Endocrine*, 17(1), 49-54.
- Karaahmetoğlu, N. (2021). Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma Düzeyinin Belirlenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Karabulutlu, Ö., Beydağ, K.D., Lazoğlu, M. (2020). Prenatal Attachment Levels and Affecting Factors of Pregnant Women Living in İstanbul and Kars. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 10(1), 24-31.
- Karaçam, Z., Ançel, G. (2009). Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population. *Midwifery*, 25(4), 344-356.

- Karaçam, Z., Özçelik, G. (2014). Gebelikte Sık Karşılaşılan Yakınmalar, Fiziksel, Ruhsal ve Cinsel Sağlık Sorunları, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi İle İlişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(3), 1-18.
- Karataş, A. (2021). Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Kaygı ve Prenatal Bağlanma Düzeyine Etkisi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Kartal, B., Kızılırmak, A., Zedelenmez, A., Erdem, E. (2018). The Effect of Physical Changes in Pregnancy on Women's Body Image. *Journal of Contemporary Medicine*, ;8(4):356-360
- Kartal, Z. (2021). Sigara İçen ve İçmeyen Gebelerde Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Kavlak, O., Şirin, A. (2007). Anne ve Babaya Ait Bağlanma ve Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23(2), 183-194.
- Kaya Odabaş, R., Taşpınar, A. (2020). Gebelikte Konstipasyon Görülme Durumu ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 249-256.
- Kaya, A. (2020). Gebelerde doğum korkusu ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Kesebir, S., Özdoğan Kavzoğlu, S., Üstündağ, M.F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321-342.
- Keskin, E. (2019). Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı .Yüksek Lisans Tezi.
- Khalili, Z., Navaee, M., Shakiba, M., Navidian, A. (2020). The Effect of a Supportive-Educational Intervention on Maternal-Fetal Attachment of Pregnant Women Facing Domestic Violence: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(1), Article 1.
- Kızılkaya, T. (2017). Sezaryen Öncesi Annenin Açlık Süresinin, Konfor ve Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul.

- Kim, M.J., Gim, W.S. (2019). Development and Effects of a Loving-Kindness and Compassion Meditation Program to Improve Maternal-Fetal Attachment. *Korean Journal of Stress Research*, 27(4), 353-364.
- Ko, C., Napolitano, P., Lee, S., Schulte, S., Ciol, M., Beresford, S. (2013). Physical Activity, Maternal Metabolic Measures, and the Incidence of Gallbladder Sludge or Stones During Pregnancy: A Randomized Trial. *American Journal of Perinatology*, 31(1), 39-48.
- Kocatürk, P. A. (2000). Strese Cevap. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 53(1).
- Koç Özkan, T., Şimşek Küçükkeleşçe, D., Aydın Özkan, S. (2020). Gebelikte Prenatal Bağlanma ve Vücut Algısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 49-54.
- Koptur, A., Güner Emül, T. (2017). Fetüs ve Yenidoğanda Bağlanmanın İki Yüzü: Maternal ve Paternal Bağlanma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 138-152.
- Korhonen, L.S., Karlsson, L., Scheinin, N.M., Korja, R., Tolvanen, M., Mertsola, J., Peltola, V., Karlsson, H. (2019). Prenatal Maternal Psychological Distress and Offspring Risk for Recurrent Respiratory Infections. *The Journal of Pediatrics*, 208, 229-235.e1.
- Kural, D. (2021). Gebelerde Prenatal Bağlanma İle Prenatal Dstres Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Kurnaz, F., Türkmen Çevik, F. (2019). Prenatal Attachment Scale: Reliability and Validity Study. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 1-27.
- Küçükgöz Güleç, Ü., Tuncay Özgünen, F., Evrücke, İ.C., Demir, S.C. (2013). Gebelikte Anemi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(3), 300-316.
- Küçükkaya, B., Kahyaoglu Süt, H.K., Öz, S., Altan Sarıkaya, N. (2020). Gebelik Döneminde Çiftler Arası Uyum ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 102-110.
- Küçükkeleşçe, D.Ş., Özkan, S.A., Özkan, T.K. (2018). Gebelikte Beden İmajı Algısı ve Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23-24.
- Lang, C. (2018). Bağlanma Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi. 1. Basım. N Üzel, S Özbacı. Ankara Modern Tıp Kitabevi.
- Lateef, O., Akintubosun, M. (2020). Sleep and Reproductive Health. *Journal of Circadian Rhythms*, 18(1), 1-11.

- Lee, C.F., Wen, F.H., Hsiung, Y., Huang, J.P., Chang, C.W., Chen, H.H. (2021). Identifying Patterns of Symptom Distress in Pregnant Women: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6333.
- Lee, G., McCreary, L., Breitmayer, B., Kim, M.J., Yang, S. (2013). Promoting Mother-Infant Interaction and Infant Mental Health in Low-Income Korean Families: Attachment-Based Cognitive Behavioral Approach: Mother-Infant Interaction and Infant Mental Health. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18(4), 265-276.
- Lee, H., Kim, K.E., Kim, M.Y., Park, C.G., Han, J.Y., Choi, E.J. (2021). Trajectories of Depressive Symptoms and Anxiety during Pregnancy and Associations with Pregnancy Stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2733.
- Leifer, M. (1977). Psychological Changes Accompanying Pregnancy And Motherhood. *Genetik Psychology Monographs*, 95, 55-96.
- Leung, A.M. (2012). Thyroid Function in Pregnancy. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 26(2-3), 137-140.
- Lewis, M. (2003). Maternal-Fetal Bonding Among Pregnant Women Attending Prenatal Care: An Ecological Model.
- Lindroos, A., Ekholm, E., Pajulo, M. (2015). Maternal Fetal Attachment During Pregnancy Possibility and Challenge for Antepartal Care. *Duodecim*, 131(2), 143-149.
- Lingeswaran, A., Bindu, H. (2012). Validation Of Tamil version Of Cranley's 24-Item Maternal-Fetal attachment scale In Indian pregnant women. *The journal Of Obstetrics and gynecology Of India*, 62(6), 630-634.
- Liu, N., Wang, J., Chen, D., Sun, W., Li, P., Zhang, W. (2020). Effects of Exercise on Pregnancy and Postpartum Fatigue: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 253, 285-295.
- Lumbers, E.R., Pringle, K.G. (2014). Roles of the Circulating Renin-Angiotensin-Aldosterone System in Human Pregnancy. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 306, 91-101.
- Marín Jiménez, N., Borges-Cosic, M., Ocón-Hernández, O., Coll Risco, I., Flor Alemany, M., Baena García, L., Castro Piñero, J., Aparicio, V.A. (2021). Association of Self-Reported Physical Fitness with Pregnancy Related Symptoms the Gestafit Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3345.

- Matthey, S., Phillips, J., White, T., Glossop, P., Hopper, U., Panasetis, P., Petridis, A., Larkin, M., Barnett, B. (2004). Routine Psychosocial Assessment of Women in the Antenatal Period: Frequency of Risk Factors and Implications for Clinical Services. *Archives of Women's Mental Health*, 7(4), 223-229.
- Mazrek, H. (2020). Gebelerde Huzursuz Bacak Sendromunun Yorgunluk Düzeyi ve Uyku Kalitesi İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Ebelik Anabilim Dalı .Yüksek Lisans Tezi
- McFarland, J., Salisbury, A.L., Battle, C.L., Hawes, K., Halloran, K., Lester, B.M. (2011). Major Depressive Disorder During Pregnancy and Emotional Attachment to the Fetus. *Archives of Women's Mental Health*, 14(5), 425-434.
- Metin, A., Pasinlioğlu T. (2016). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*,5.
- Mindell, J.A., Cook, R.A., Nikolovski, J. (2015). Sleep Patterns and Sleep Disturbances Across Pregnancy. *Sleep Medicine*, 16(4), 483-488.
- Mojahed, S., Dafei, M., Dehghani, A., Shayegh, Z. (2019). Evaluation of the Effect of Midwifery Counseling with Cognitive- Behavioral Approach on Maternal-Fetal Attachment in the Pregnant Women with Abortion History. *Issue S*, 9(2), 7.
- Moleti, M., Trimarchi, F., Vermiglio, F. (2014). Thyroid Physiology in Pregnancy. *Endocrine Practice*, 20(6), 589-596.
- Moore, L.E., Pereira, N. (2013). Physiological Changes of Pregnancy. İçinde M. van de Velde, H. Scholefield, L.A. Plante (Ed.), *Maternal Critical Care* (ss. 107-119). Cambridge University Press.
- Motosko, C.C., Bieber, A.K., Pomeranz, M.K., Stein, J.A., Martires, K. J. (2017). Physiologic Changes of Pregnancy: A Review of the Literature. *International Journal of Women's Dermatology*, 3(4), 219-224.
- Muller, M. E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199-215.
- Muller, M. E. (1996). Prenatal and Postnatal Attachment: A Modest Correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: Jognn*, 25(2), 161-166.
- Mushambi, M.C. (2009). Physiology of pregnancy. İçinde T. Smith, C. Pinnock, T. Lin, & R. Jones (Ed.), *Fundamentals of Anaesthesia* (3. bs, C. 14, ss. 484-498). Cambridge University Press.

- Mutlu Güneş, E., Mete, S. (2013). Gebelikte Bulanti Kusma, Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 8-14.
- Mutlu, C., Yorbik, Ö., Tanju, I.A., Çelikel, F., Sezer, R.G. (2015). Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Doğum Sonrası Etkenlerin Annenin Bağlanması ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(6).
- Nacar, G., Timur Taşhan, S. (2019). Gebelerin uyku özelliklerinin prenatal bağlanma ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(3), 164-171.
- Nagandla, K., Nalliah, S., Yin, L.K., Majeed, Z.A., Ismail, M., Zubaidah, S., Ragavan, U.D., Krishnan, S.G. (2016). Prevalence And Associated Risk Factors Of Depression, Anxiety And Stress İn Pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5 (7), 2380-2388.
- Nakamura, Y. (2010). Nursing İntervention To Enhance Acceptance Of Pregnancy İn First-Time Mothers: Focusing On The Comfortable Experiences Of Pregnant Women. *Japan journal of Nursing Science*, 7 (1) 29-36.
- Nath, S., Pearson, R.M., Moran, P., Pawlby, S., Molyneaux, E., Challacombe, F.L., Howard, L.M. (2019). The Association Between Prenatal Maternal Anxiety Disorders and Postpartum Perceived and Observed Mother-Infant Relationship Quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, 102148.
- Nazik, E., Eryilmaz, G. (2014). Incidence of Pregnancy-Related Discomforts and Management Approaches to Relieve Them Among Pregnant Women. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1736-1750.
- Nott, J.P., Bonney, E.A., Pickering, J.D., Simpson, N.A.B. (2016). The Structure and Function of the Cervix During Pregnancy. *Translational Research in Anatomy*, 2, 1-7.
- Odabaş, R.K., Taşpınar, A. (2020). Gebelikte Konstipasyon Görülme Durumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 250-258.
- Ossa, X., Bustos, L., Fernandez, L. (2012). Prenatal Attachment And Associated Factors During The Third Trimester Of Pregnancy İn Temuco. *Chile Midwifery*, 28(5), 689–696.
- Oviedo Caro, M.A., Bueno-Antequera, J., Munguía Izquierdo, D. (2017). Spanish Version of Pregnancy Symptoms Inventory: Transcultural Adaptation and Reliability. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(18), 2185-2192.
- Ölçer, Z., Bozkurt, G. (2015). Uyku Kalitesinin Doğuma ve Doğum Ağrısına Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 334-344.

- Özdemir, K., Çevirme, A., Başkaya, Y. (2020). Anxiety And Prenatal Attachment Levels İn Pregnancy And İnfluencing Factors. *Cukurova Med J.* 45(2):502-510.
- Özel, İ.E., Güngör Tavşanlı, N. (2020). Gebelikte Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 6(2), 134-150.
- Özgen, D. (2016). Sağlıklı ve Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Özkan, Z. (2012) Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Özyürek, B. (2019). Gebelik Semptom Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirliği ve Trimesterlere Göre Semptomların İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi
- Özyürek, B., Özgül, S. (2021). Turkish Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Psychometric Validation of the Pregnancy Symptoms Inventory: An Instrument to Assess the Full Spectrum of Pregnancy Symptoms. *Midwifery*, 97, 102962.
- Pavlova, M., Sheikh, L.S. (2011). Sleep in women. *Seminars in Neurology*, 31(4), 397-403.
- Peppers, L.G., Knapp, R.J. (1980). Maternal Reactions to Involuntary Fetal/Infant Death. *Psychiatry*, 43(2), 155-159.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., Balottin, U., Manzoni, P., Stronati, M. (2014). Risk and Protective Factors in Maternal–Fetal Attachment Development. *Early Human Development*, 90, S45-S46.
- Punamäki, R.L., Repokari, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Tiitinen, A., Sinkkonen, J., Tulppala, M. (2006). Maternal Mental Health and Medical Predictors of Infant Developmental and Health Problems from Pregnancy to One Year: Does Former Infertility Matter? *Infant Behavior and Development*, 29(2), 230-242.
- Reddy, S., Jim, B. (2019). Hypertension and Pregnancy: Management and Future Risks. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 26(2), 137-145.
- Robinson, M., Baker, L., Nackerud, L. (2010). The Relationship of Attachment Theory and Perinatal Loss. *Death Studies*, 23(3), 257-270.
- Rubin, R. (1975). Maternal Tasks in Pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4(3), 143-153.

- Salbacak, B. (2021). Gebelik Stresinin Uyku Kalitesine Etkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi
- Sandbrook, S.P., Adamson Macedo, E.N. (2004). Maternal-fetal attachment: Searching for a new definition. *Neuroendocrinology Letters*, 25 (1), 169-182.
- Sangsawang, B. (2014). Risk Factors for the Development of Stress Urinary Incontinence During Pregnancy in Primigravidae: A Review of the Literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 178, 27-34.
- Sanz Salvador, L., García Pérez, M.Á., Tarín, J.J., Cano, A. (2015). Endocrinology in Pregnancy: Bone Metabolic Changes During Pregnancy: A Period of Vulnerability to Osteoporosis and Fracture. *European Journal of Endocrinology*, 172(2), R53-R65.
- Saral, S. (2021). Annelerin Bağlanma Stilleri ile Bebeğine Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Serarslan, Y., Melek, G.M., Duman, T. (2008). Karpal Tünel Sendromu. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 1, 45-49.
- Soma Pillay, P., Nelson Piercy, C., Tolppanen, H., Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89-94. 1
- Soutou, B., Aractingi, S. (2015). Skin Disease İn Pregnancy. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(5), 732-740.
- Srivastava, A., Bhatnagar, P. (2019). Maternal Foetal Attachment And Perceived Sterss During Pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8 (9), 3750-3756.
- Sunal, N., Demiryay, A. (2009). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*;4(12):99-110.
- Şahan, Ö. (2012). Erken Gebelik Döneminde Yaşanan Bulantı Kusma Sıklığı ve Bulantı Kusmanın Yaşam Kalitesine Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- Şen, G. (2020). Gebelikte Görülen Yakınmaların Uyku Kalitesine Etkisi. Adnan Meneres Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Şentürk, K.M. (2019). Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma ve Doğum Korkusu Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi

- Şimşek Şahin, E. (2019). Gebelik Yogasının Gebelik Semptomlarına Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics (sixth ed.) Pearson Education, Boston.
- Tan, EK., Tan, E.L. (2013). Alterations in Physiology and Anatomy During Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(6), 791-802.
- Taşkın, L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (16. bs). Akademisyen Kitabevi.
- Terzioğlu, F. (2020). Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. L. Taşkın (Ed), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği içinde (174-184 ss).Akademisyen Kitabevi
- Teskereci, G., Ünal, A., Özbek, N., Koçak, B. (2021). Prenatal Bağlanmayı Destekleyici Bakım Uygulamaları. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 13(4), 805-819.
- Toosi, M., Akbarzadeh, M., Zare, N., Sharif, F. (2014). Comparison of the Effects of Attachment Behavior and Relaxation Training on Maternal Fetal Attachment and Infant in Prime Pregnant Women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 16(62), 142-149.
- Topaç Tunçel, N., Kahyaoğlu Süt, H. (2019). Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 9-17.
- Turan, Z., Kurt, G., Arslan, H. (2020). Graviditenin Sosyal Destek Algısı ve Prenatal Bağlanma Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. *Çukurova Medical Journal*, 45(3), 1126-1136.
- Tyler, K.H. (2015). Physiological Skin Changes During Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58(1), 119-124.
- Üstünsoz, A., Güvenc, G., Akyüz, A., Oflaz, F. (2010). Comparison Of Maternal And Paternal Fetal Attachment İn Turkish Couples. *Midwifery*, 26(2), e1-e9.
- Van de Waarsenburg, M.K., Withagen, M.I.J., Grob, A.T.M., Schweitzer, K.J., Van Veelen, G.A.,Van der Vaart, C.H. (2016). Mean Echogenicity and Area of Puborectalis Muscle in Women with Stress Urinary Incontinence During Pregnancy and After Delivery. *International Urogynecology Journal*, 27(11), 1723-1728.
- Van Onselen, J. (2012). Skin Changes During Pregnancy. Part 1. *The Journal of Family Health Care*, 22(6), 28-30.

- Vedova, A.M.D., Dabrassi, F., Imbasciati, A. (2008). Assessing Prenatal Attachment in a Sample of Italian Women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 86-98.
- Vijayaselvi, R., Beck, M.M., Abraham, A., Kurian, S., Regi, A., Rebekah, G. (2015). Risk Factors For Stress During Antenatal Period Among Pregnant Women In Tertiary Care Hospital Of Southern India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9 (10)
- Walsh, J., Hepper, E., Bagge, S., Wadephul, F., Jomeen, J. (2013). Maternal-Fetal Relationships And Psychological Health: Emerging Research Directions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 490-499.
- WHO Recommendations On Antenatal Care For A Positive Pregnancy Experience. (2016): WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland,
- Winkler, J., Hrdinová, J., Kukla, L. (2000). Maternal Bonding and a Healthy Life Style During Pregnancy. *Casopis Lekaru Ceskych*, 139(3), 71-73.
- Yarcheski, A., Mahon M.E., Yarcheski T.J., Hanks M.M., Canella B.L. (2009). A Meta Analytic Study of Predictors of Mathernal Fetal Attachment. *International Journal of Nursing Studies*. 46(5):708-715.
- Yılmaz, H. (2021). İleri Yaş Gebeliklerin Prenatal Bağlanmaya Etkisi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . Yüksek Lisans Tezi
- Zeeman, G.G., Hatab, M., Twickler, D.M. (2003). Maternal Cerebral Blood Flow Changes in Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(4), 968-972.

