

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

**GEBELİK DÖNEMİNDE OPTİMALİTE DÜZEYİ İLE ANNE
BEBEK BAĞLANMASI İLİŞKİSİ**

EBRU GÜL DUMAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER

AYDIN-2023

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici, destek olan ve beni en iyi anlayan değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA ve Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN'a,

İlgisini ve desteğini hep üzerimde hissettiğim, her zaman yanımda olan, hayatım boyunca attığım her adımda bana güvenen, beni destekleyen, cesaretlendiren canım anneme, babama ve kardeşlerime

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM....

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Perinatal Dönem	3
2.2. Gebelik Döneminde Kanıt Temelli Bakım Uygulamaları.....	4
2.3. Optimalite Kavramı	6
2.4. Perinatal optimalite.....	6
2.4.1. Dünyada Perinatal Optimal Bakımın Sağlanması Uygulanan Programlar.....	8
2.4.2. Türkiye’de Perinatal Optimal Bakımın Sağlanması Uygulanan Programlar.....	12
2.5. Bağlanma Kavramı	15

2.6. Bağlanma Teorisi ve Bağlanma Stilleri.....	16
2.7. Maternal Bağlanma.....	17
2.7.1. Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Şekli.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	21
3.6. Veri Toplama Araçları.....	22
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1).....	22
3.6.2. Optimalite İndeksi Türkiye (OI-TR) Vaka Rapor Formu (Ek-2).....	22
3.6.3. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) (Ek-3).....	23
3.7. Verilerin Toplanması.....	23
3.8. Verilerin Analizi	24
3.9. Araştırmanın Güçlükleri.....	24
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	33
5.1. Gebelik Döneminde Optimalite Düzeyinin Tartışılması	33
5.2. Gebelik Döneminde Anne Bebek Bağlanması Düzeyinin Tartışılması	35

5.3. Gebelik Dönemindeki Optimalite Düzeyinin Anne Bebek Bağlanmasıyla İlişkisinin Tartışılması	36
5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
6.1. Sonuçlar	38
6.2. Öneriler	38
KAYNAKLAR	40
EKLER	52
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu	52
Ek-2 Optimalite İndeksi –TR	57
Ek-3: Prenatal Bağlanma Envanteri	60
Ek-4: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı	62
Ek-5: T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Resmi İzin Yazısı	63
BİLİMSEL ETİK BEYANI	64
ÖZ GEÇMİŞ	65

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği)
AOB	: Acil Obstetrik Bakım
APHP	: The Alberta Perinatal Health Program (Alberta Perinatal Sağlık Programı)
ASM	: Aile Sağlığı Merkezleri
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
CIMS	: The Coalition for Improving Maternity Services (Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu)
COVID- 19	: Coronavirus-19 Disease (Koronavirüs-19 Hastalığı)
CPSP	: Comprehensive Perinatal Services Program (Kapsamlı Perinatal Hizmet Programı)
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HPP	: Homeless Perinatal Program (Evsiz Perinatal Programı)
IU	: International Unit (Uluslararası birim)
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulama
Kg	: Kilogram
m	: Metre
m²	: Metrekare
MORE^{OB}	: Managing Obstetrical Risk Efficiently (Obstetrik Riski Etkin Bir Şekilde Yönetme Programı)
NST	: Nonstres Test
OÇG	: Optimalite Çalışma Grubu
OI	: Optimality Index (Optimalite İndeksi)
PÖİ	: Prenatal Özgeçmiş İndeksi

OI-US	: Optimality Index-United States
PASW22.0 SPSS	: Predictive Analytics Software-IBM Version 22.0 Statistical Package for the Social Sciences
PPCP	: Perinatal Palliative Care Program (Perinatal Palyatif Bakım Programı)
PRAMS	: New Hampshire Prenatal Program (Gebelik Risk Değerlendirmesi İzleme Sistemi)
SS	: Standart Sapma
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TDK	: Türk Dil Kurumu
USG	: Ultrasonografi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	20
Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Parite Durumlarına Göre Dağılımı.....	25
Tablo 3. Gebelerin Obstetrik ve Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özellikleri ile Parite Durumlarına Göre Dağılımları	27
Tablo 4. Son Gebelikte Anne-Bebek Bağlanmasına Yönelik Özellikler ve Parite Durumlarına Göre Dağılımı	29
Tablo 5. PÖİ, Doğum Öncesi Dönem (DÖD), PBE Ölçek Puan Ortalamaları ve Parite Durumuna Göre Farkı	30
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Gebelerde PÖİ, DÖD ve PBE Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	31
Tablo 7. Primipar Gebelerde PÖİ, DÖD ve PBE Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	31
Tablo 8. Multipar Gebelerde PÖİ, DÖD ve PBE Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	32

ÖZET

GEBELİK DÖNEMİNDE OPTİMALİTE DÜZEYİ İLE ANNE BEBEK BAĞLANMASI İLİŞKİSİ

Duman E.G. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2023.

Amaç: Bu araştırma, gebelik döneminde optimalite düzeyinin anne bebek bağlanmasıyla ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve yöntem: Araştırma analitik-kesitsel tiptedir. T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini; rutin gebelik izlemelerini yaptırmak üzere 01 Aralık 2021-01 Aralık 2022 tarihleri arasında hastaneye başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem evrenden gelişigüzel örneklem ile seçilen, 20-42 haftalar arasında gebeliği olan, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan, 75 primipar ve 75 multipar olmak üzere toplam 150 gebe alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından literatüre dayalı hazırlanan 'Kişisel Bilgi Formu', 'Optimalite İndeksi Türkiye Vaka Rapor Formu'nun Perinatal Özgeçmiş ve Doğum Öncesi Dönem Optimalite İndeksi bölümleri' ile 'Prenatal Bağlanma Envanteri' kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ile ifade edilmiş; ki-kare, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U ve korelasyon analizleri ile test edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların Perinatal Özgeçmiş İndeksi %84,69, doğum öncesi dönem optimalite indeksi %82,75'tir. Perinatal Özgeçmiş İndeksi primiparlarda %88,12 ve multiparlarda %81,25 olup, aralarında istatistiksel açıdan fark saptanmıştır ($t=-3,730$, $p<0,05$). Doğum öncesi dönem optimalite indeksi primiparlarda %82,55 ve multiparlarda %82,95'tir. Katılımcıların Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması $59,31\pm9,23$ olup, primiparlarda $60,72\pm9,49$ ve multiparlarda $57,91\pm8,79$ 'dur. Primipar ve multipar gebelerin doğum öncesi dönem optimalite indeksi ve Prenatal Bağlanma Envanteri puanları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Perinatal Özgeçmiş İndeksi ile Prenatal Bağlanma Envanteri puanları arasında istatistiksel açıdan tüm katılımcılarda zayıf ($r=0,239$, $p<0,001$) ve primiparlarda orta düzeyde ($r=0,397$, $p<0,001$) ilişki saptanmıştır. Tüm katılımcılarda,

primiparlar ve multiparlarda doğum öncesi dönem optimalite indeksi ve Prenatal Bağlanma Envanteri puanları arasında istatistiksel açıdan ilişki olmadığı belirlenmiştir ($r=-0,072$, $p>0,05$; $r=-0,004$, $p>0,05$; $r=-0,138$, $p>0,05$).

Sonuç: Gebelerin optimalite indekslerinin ve Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalamalarının ölçeklerden alınabilecek en yüksek puana yakındır. Tüm katılımcılarda ve primiparlarda Perinatal Özgeçmiş İndeksi arttıkça Prenatal Bağlanma Envanteri'nden alınan puanlar artmaktadır. Doğum öncesi dönem optimalite indeksi ile Prenatal Bağlanma Envanteri'nden alınan puanları arasında ilişki yoktur.

Anahtar kelimeler: Bağlanma, Ebelik, Gebelik, Optimalite



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN OPTIMALITY LEVEL AND MOTHER- INFANT ATTACHMENT DURING PREGNANCY

Duman, E.G. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Department of Midwifery Master's Thesis, Aydın, 2023.

Objective: This study was conducted to investigate the relationship between the level of optimality during pregnancy and mother-infant attachment.

Materials and methods: The study is of analytical-cross-sectional type. It was carried out at the Aydın Women's Birth and Child Diseases Hospital of the Ministry of Health of Turkey. The universe of the study consisted of pregnant women who applied to the hospital for routine pregnancy follow-ups between December 1, 2021 and December 1, 2022. A total of 150 pregnant women, including 75 primiparous and 75 multiparous, who were between 20-42 weeks pregnant and met the inclusion criteria of the study, were selected from the universe by convenience sampling. Data were obtained using the 'Personal Information Form', 'Optimality Index Turkey Case Report Form Perinatal Background and Prenatal Period Optimality Index sections' and 'Prenatal Attachment Inventory' prepared by the researchers based on the literature. The data obtained from the research were expressed with descriptive statistics (number, percentage, average, standard deviation); chi-square, significance test between two averages in independent groups, Mann-Whitney U and correlation analyses were tested.

Results: The participants' Perinatal Background Index was 84.69%, and their prenatal period optimality index was 82.75%. The Perinatal Background Index was 88.12% in primiparous women and 81.25% in multiparous women, and a statistically significant difference was found between them ($t=-3.730$, $p<0.05$). The prenatal period optimality index was 82.55% in primiparous women and 82.95% in multiparous women. The average score of the participants' Prenatal Attachment Inventory was 59.31 ± 9.23 , with 60.72 ± 9.49 in primiparous women and 57.91 ± 8.79 in multiparous women. No statistically significant difference was found between the prenatal period optimality index and Prenatal Attachment Inventory scores

of primiparous and multiparous pregnant women ($p>0.05$). A statistically significant weak ($r=0.239$, $p<0.001$) relationship was found between the Perinatal Background Index and Prenatal Attachment Inventory scores in all participants and a moderate ($r=0.397$, $p<0.001$) relationship in primiparous women. It was determined that there was no statistically significant relationship between the prenatal period optimality index and Prenatal Attachment Inventory scores in all participants, primiparous and multiparous women ($r=-0.072$, $p>0.05$; $r=-0.004$, $p>0.05$; $r=-0.138$, $p>0.05$).

Conclusion: The average scores of pregnant women's optimality indices and Prenatal Attachment Inventory are close to the highest score that can be obtained from scales. As the Perinatal Background Index increases in all participants and primiparous women, the scores obtained from Prenatal Attachment Inventory increase. There is no relationship between prenatal period optimality index and scores obtained from Prenatal Attachment Inventory.

Keywords: Attachment, Midwifery, Pregnancy, Optimality.

1. GİRİŞ

Perinatal bakım süreci, antenatal, innatal ve postnatal dönemleri içine alan süreçleri kapsar. Perinatal döneme ait bakım ihtiyaçları gebelikten önceki dönemde aile planlaması hizmetleriyle başlayıp güvenli ebeveynliğe hazırlanmayı sağlayan doğumdan sonra da annenin ve yenidoğanın bakımı ile birlikte kadını her yönüyle ele alan tam anlamıyla kadın merkezli bir hizmet sunumudur (Coşkun, 1996; Demir Yıldırım ve Oskay, 2020).

Optimalite kavramı en uygun, en iyi, en üst anlamlarıyla ilişkilendirilip birbirinin yerine kullanılır ve sağlık hizmetlerinin en iyi düzeyde sonuca ulaşmasını hedef edinir (Yücel, 2012; Demir Yıldırım ve Oskay, 2020). Optimalite indeksi annelik bakımının sağlanmasında yer alan başta ebeler olmak üzere sağlık profesyonellerin düşük ve orta riskli kadınlar için annelik bakımının hem süreçlerini hem de bu sürecin sonuçlarını değerlendirebilecekleri bir araç olarak görülmektedir (Thompson ve diğerleri, 2018).

Gebelik döneminde sağlık profesyonelleri tarafından gebelere yeterli bakımın verilmesi kadının yaşadığı gebelik sürecini olumlu algılaması ve bunu bebeğine yansıtabilmesi için önemlidir. Bir kadın gebe olduğunu öğrendiği andan itibaren bebeğiyle duygusal bir bağ kurmaya başlamaktadır. Gebe optimal olarak hizmet aldığı bakım, olumlu deneyimler ve bilgi birikimleri ile doğum öncesi dönemde de bebeğiyle bağ kurabilmektedir. Bu nedenle ebelerin kanıta dayalı optimal düzeyde en iyi bakımı sağlaması ile bebeğine bağlanması ilişkili olabilmektedir (Wiegers ve diğerleri,1996; Thompson ve diğerleri, 2018).

Gebelik dönemindeki sağlık hizmetlerinde optimalitenin sağlanması için, ülkelerde yetkili organlarca yürütülen birçok perinatal program bulunmaktadır. Bu programlar kadınların gereksinimlerine, hizmetin daha kaliteli, planlı ve düzenli yürütülmesine, kanıta dayalı uygulamalara ve doğum öncesi ve sonrası verilen eğitimlere göre belirlenmektedir. Türkiye’de de bu kapsamda; Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Programı, Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Programı, Anne Dostu Hastane Programı, Gebe Okulu/Gebe Bilgilendirme Sınıfları, Doğum-Sezaryen Programı, Doğum Sonu Bakım Programı, Anne Ölümleri İzleme Programı, Acil Obstetrik Bakım (AOB) Yönetim Rehberi, Riskli Gebelik Yönetim Rehberi, Misafir Anne Projesi ve buna benzer çeşitli programlar bulunmaktadır (Demir Yıldırım ve Oskay, 2020).

Optimalite sağlanmasında çeşitli uygulamalar, programlar ve belirlenen hedefler bulunsun da önemli hedeflerinden biri de anne ve bebeğinin sevgi dolu bağ kurmasının

sağlanmasıdır. Bağlanma tanım olarak bebek ile bakım veren kişi, çoğunlukla anne arasında gelişen ve bebekte başta güven duygusu olmak üzere sevgiyi yerleştiren güçlü bir bağ denilebilir (Soysal ve diğerleri, 2005; Karakulak Aydemir ve Alparslan, 2016; Teskereci ve diğerleri, 2021). Kavlak (2004) anne bebek bağlanmasını, yineleyen olumlu anne-bebek etkileşiminin sonucu olarak ortaya çıkan bir güven duygusu olarak tanımlamaktadır. Çocuk büyüüp geliştiği süreçte, bakım veren kişinin çocuğa verdiği uyaran ve tepkiler bazında çocuğun bakım veren kişiye ve kendisine ilişkin oluşturduğu zihinsel örnekler ömür boyu değişmez nitelikte oluşu ve tüm dönemlerde ilişkilerin özelliğini belirlediği öne sürülmektedir (Bowlby, 1973; Bowlby, 1982; Karakaş ve Şahin Dağlı, 2019).

Güven duygusu kapsamında perinatal dönemdeki optimal bakımın ilişkisiyle ele alınan bağlanma, anne bebek açısından sonraki zamanlarda ilişkilerinin pekişmesi, kendilerine olan benlik saygısının devamlılığı nedenleriyle ebeler tarafından bu husus göz ardı edilmemeli, ötelenmemeli aksine aile teşvik edilmeli, bireylere bu konuda detaylı olarak eğitimler sunulmalıdır (Dereli Yılmaz, 2013; Bilgin ve Alpar, 2018).

1.1. Araştırmanın Amacı

Gebelik döneminde optimalite düzeyinin anne bebek bağlanmasıyla ilişkisini incelemektir.

1.2. Araştırmanın Soruları

- 1- Gebelik döneminde optimalite düzeyi nedir?
- 2- Gebelik döneminde anne bebek bağlanması düzeyi nedir?
- 3- Gebelik dönemindeki optimalite düzeyinin anne bebek bağlanmasıyla ilişkisi var mıdır?
- 4- Primipar ve multipar gebelerde optimalite düzeyi ve anne bebek bağlanması arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Gebelik döneminde sağlık profesyonelleri tarafından gebelere yeterli bakımın verilmesi, kadının yaşadığı gebelik sürecini olumlu algılaması ve bunu bebeğine yansıtabilmesi için önemlidir. Bir kadın gebe olduğunu öğrendiği andan itibaren bebeğiyle duygusal bir bağ kurmaya başlamaktadır. Gebe optimal olarak hizmet aldığı bakım ile olumlu deneyimler ve bilgi birikimleri ile doğum öncesi dönemde de bebeğiyle bağ kurabilmektedir. Bu nedenle ebelerin kanıta dayalı optimal düzeyde en iyi bakımı sağlaması ve bebeğine bağlanması ilişkili olabilmektedir (Yücel ve diğerleri, 2015).

2.1.Perinatal Dönem

Gebelik, kadının sahip olabileceği fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden en farklı deneyimdir. Gebeliğin oluşumunun 20. haftasından sonra doğum ve doğum sonrası bir haftaya kadar geçen süreyi içine alan perinatal dönem anne ve fetus için fazlasıyla önemlidir. Bu perinatal dönemde sağlık personelleri; gebe ve fetus başta olmak üzere onların çevresindeki her bir bireye bakım hizmetini vermek adına önemli bir rol üstlenmişlerdir (Coşkun, 1996; Kennedy,2006; Forster ve diğerleri, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Normal doğumun parametrelerini tanımlamış olup doğal bir süreç olan doğuma müdahale etmek için olağandışı durumlarla karşı karşıya kalındığında gerektiği ilkesini benimsemektedir. Bu doğrultuda, kadının sahip olduğu bedeni fizyolojik olarak herhangi bir sorun ile karşılaşmadığı sürece, gebeliğin ve doğumun üstesinden gelme yetisine sahiptir (WHO,1997; Kennedy, 2006).

Gebelik süreci, doğum ve doğum sonrasındaki dönemler olağan durumlar olmasına karşın, sağlık hizmetlerinin gereksinimlerinin arttığı ve bu artan ihtiyaçların tam teşekküllü bir şekilde karşılanması gereken dönemlerdir. (Tirkeş, 2012; Arslan ve diğerleri, 2019; Aslan, 2019). Gebelikteki bu ihtiyaçların karşılanmasında büyük öneme sahip olan prenatal bakım yaklaşımlarının, son zamanlarda kanıta dayalı uygulamalara yönelimi söz konusu olmuştur. Bu doğrultuda herhangi bir kanıt düzeyi olmayan, sonuçları hem gebe hem fetus için olumsuz olaylara yol açabilen geleneksel uygulamalardan uzaklaşmıştır (Gregory ve diğerleri, 2009; Fullerton ve diğerleri, 2011).

2.2. Gebelik Döneminde Kanıt Temelli Bakım Uygulamaları

Kanıt Dayalı Uygulama (KDU), bir klinik problemin çözümüne yaklaşımda bakım verilen yerlerdeki uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen en iyi ve en güncel kanıtlarla hastalara en iyi bakım hizmetini vermek için bir araya getiren karar verme süreci olarak tanımlanırken gebelik dönemine özgü kanıt dayalı uygulamalardan da söz edilmektedir (Kocaman, 2003; Berghella, 2009; Merih ve diğerleri, 2017).

Uygulanan kanıtlar sürekli bir gelişim ve değişim içindedir. Tanı, bakım ve tedavi süresince kanıtların kullanılması önemle ve dikkatle karar verildiği müddetçe en iyi sonuçları vermektedir. Uzun yıllardır süregelen geleneksel uygulamalar ve kişilerin deneyimlediği uygulamalar yerine KDU kullanılması, bakım sürecinde gereksiz uygulama ve istenmeyen sonuçların oluşmamasını ve bakım alan bireylerin memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır (Başgöl ve Oskay, 2012; Bastarcan Ç ve Hotun Şahin N. 2022).

Kanıt dayalı olmayan uygulamalardan gebeler ve bebekler zarar görebilmektedir. Bu nedenle, KDU'ların kullanımının olabildiğince yaygınlaştırılması gerekmektedir. KDU'ların kullanılması sonucu; en iyi bakım kalitesine dolayısıyla hasta sonuçlarına ulaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda mevcut olan bölgeden bölgeye uygulama farklılıkları azalmaktadır. Sağlık personelinin donanımı özgüvenini artıracak için mesleki tatmini artmakta ve kendisini saha içerisinde daha güçlü hissetmektedir (Mazurek ve Fineout-Overholt, 2011; Çifçi, 2019).

Gebelik döneminde uygulanan kanıt temelli bakımın amacı kadının sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesini kapsamaktadır. Bu amaç doğrultusunda; Gebe izlem sıklığı, Gebelikte rutin ultrason kullanımı, Demir ve folik asit kullanımı ve daha birçok uygulama mevcuttur (Bastarcan ve Hotun Şahin, 2022).

Gebe izlem sıklığı

DSÖ (2016) antenatal bakım rehberi yayınlamıştır. Rehber, gebelerin bakım kalitesini iyileştirmesi ve perinatal mortalitesinin azalması amacıyla kadınların gebeliği boyunca en az sekiz kez izlem için sağlık kuruluşlarına müracaat etmesi gerektiğini söylemektedir. Aynı doğrultuda ülkemizde de Sağlık Bakanlığının (2014) yayınlamış olduğu doğum öncesi bakım rehberinde; ilk izlemin gebeliğin 14. haftası içerisinde, ikinci izlemin gebeliğin 18-24. haftaları arasında, üçüncü izlemin gebeliğin 28-32. haftaları arasında ve son izlemin gebeliğin 36-38. haftaları arasında olmak üzere gebelikte toplamda en az dört izlem yapılması

gerektiğini önermektedir. Dünyada her gün gebelik ve doğumun komplikasyonlarına bağlı olarak kadın, gebe, anne, fetüs ve yenidoğan ölümleri gerçekleşmektedir. Doğum öncesi bakımdaki izlemler, bu ölümlerin önlenmesinde önemli bir yer tutmaktadır (Durusoy ve diğerleri, 2011).

Gebelikte rutin ultrasonografi kullanımı

Gebe ve fetüs sağlığını değerlendirmek için kullanılan obstetrik ultrasonografi (USG) gebelik hakkında kıymetli bilgiler verirken birçok hastalığın tanısının konulmasında da oldukça önemlidir. Ayrıca USG kullanımı ile gestasyonel hafta, fetüs sayısı, plasentanın gelişimi, konumu, prezantasyonu ve amniyon sıvısının miktarı gebelik süresince değerlendirilebilmektedir. Sağlık bakanlığının (2014) doğum öncesi bakım rehberinde de önerilen izlemlerinde ultrasona sıklıkla yer verilmiştir (Mete ve Okumuş, 2014; Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2014; Akça ve diğerleri, 2018).

Demir ve folik asit kullanımı

Gebelikle beraber annede görülen fizyolojik değişimler, fetüs ve fetüs eklerinin gelişimi enerji, makro ve mikro besin öğeleri gereksiniminin artışına neden olmaktadır. Dolayısıyla vücudun bu ihtiyaçlardan kaynaklı doğum sonrası gerçekleşme ihtimali olan sepsis, anemi, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonların önlenmesi gerekmektedir (Şimşek ve diğerleri, 2021).

Anemi, gebelikte sık görülen bir hastalıkken gebelikte birçok faktör de anemiye neden olmaktadır. Demir eksikliği ise gebelikte meydana gelen aneminin en sık nedenidir. Demir eksikliği anemisi maternal-perinatal mortalite ve morbidite artışına sebep olurken yenidoğan ve ileri çocukluk döneminde de mental sağlığın gelişim geriliği gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Vural ve diğerleri. 2016; Gel, 2018).

Folat öncelikle nöral tüp defekti ve megaloblastik anemi olmak üzere, postpartum depresyon, psikoz, düşük doğum ağırlığı, çocukluk çağı alerjik hastalıkları, immünoloji hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları vb. sağlık sorunları ile yakından ilgilidir (Dayı ve Pekcan, 2019).

Demir ve folik asit eksikliğinde gerçekleşebilecek sorunların erken evrede önlenmesi için kadının gebelik döneminde anemi varlığı söz konusu değil ise 16.gebelik haftasından itibaren 60 mg demir desteği ve gebelik planlayan her kadının gebelikten en az 1 ay önce başlamak üzere 0,4 mg folik asit desteği önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014; DSÖ, 2016a).

Çoğul gebeliklerde yatak istirahati

Kanıtlar, çoğul gebeliği olan kadınlarda yatak istirahati konusunda yetersiz kalmaktadır. Örneğin çoğul gebelikte preterm riskini azaltmak için yatak istirahati uygulanmasının yararı olduğuna dair herhangi bir kanıt yoktur. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği [The American College of Obstetricians and Gynecologists] (ACOG) tarafından, çoğul gebelerde yatak istirahati uygulamasının tromboz riski olması ve kanıtlanmış bir yararının olmaması nedeniyle önerilmemesi gerektiği bildirilmektedir (Başgöl ve Oskay, 2012; ACOG, 2014; Aktepe ve Büyükkayacı Duman, 2020).

Kanıtla dayalı bakım uygulamaları etkili kullanıldığında obstetrik müdahalelerin azalması, maternal bakımın sağlanması, sağlıklı perinatal sonuçların elde edilmesine neden olmaktadır. Uygulamaların bu süreçte kadının en iyi, en uygun sonuç alması optimaliteyle açıklanabilmektedir (Kennedy, 2006).

2.3. Optimalite Kavramı

“Optimality” kelimesinin Türkçe karşılığı “en uygun”dur. Türkçede sık karşılaşılan bir terim olmamakla beraber daha çok ekonomi alanında kullanılan terimdir. Yabancı kaynaklarda sağlık alanında çoğunlukla kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu (TDK, 2019) Sözlüklerine göre optimal kelimesi “En uygun” şeklinde tanımlanmıştır. Optimalite kavramı, en iyi/ uygun/en üst anlamında kullanılırken normallik anlayışının dışında riskli ve istenmeyen olaylara değil, öngörülen en iyi sonuçlara odaklanmaktadır. Optimalite, istendik ya da optimal durum açısından kriterleri tanımlayarak normal olan durumları normal olmayan durumlardan ayırt etmede yarar sağlamaktadır (Wiegers, 1996; Yücel, 2012).

2.4. Perinatal optimalite

Prechtl, 1960’lı yıllarda perinatal alanda pozitif değerlendirme araçlarının yokluğunda karşılaştırmalı bilimsel çıkarımlar yapmamızı sağlayan bir yöntem olan 'optimalite kavramından' ilk kez bahseden olmuştur. Optimaliteyi perinatal alanda bahsederken ‘yaşama mükemmel başlangıç’ yapan bebeklerde ‘optimalite ilkesi’ni kullanmıştır. Bu ilkesinde ise minimum müdahale ile sağlıklı bir anne, sağlıklı bir bebek ve gereksiz hiçbir müdahale olmaksızın doğumun gerçekleşmesi temel hedefi olmuştur (Prechtl, 1980; Büyükkal, 2019).

Optimalite yaklaşımı, sağlıklı olan ve herhangi bir majör riski bulunmayan gebelerin büyük bir bölümünün, her geçen gün gelişen ve karmaşık hal alan teknolojilerin birçoğuna ihtiyacı olmayan gebelerin rutin müdahalelerden kaçınan bir bakım hizmeti almaları

gerektiğini desteklemektedir. Perinatal sağlıkta optimalite kavramı, kadının toplumsal, tıbbi ve obstetrik geçmişinin mevcudiyetine yapılan minimum sayıda girişim ile maksimum en iyi sonucu gerçekleştirmeyi amaç edinen bakım hizmetini tanımlamaktadır. Perinatal bakımda optimalite; gebenin ve dolayısıyla gebelik sonucunda meydana gelen evrelere ait optimum düzeyde sonuçlar elde etmeye odaklanmaktadır. Bakım hizmetinde optimal yaklaşım, karşılaşılan olayda olumsuz sonuçlardan uzaklaşarak olumlu yönlerini ele almaktadır. (Kennedy, 2006; Şahin ve Yılmaz, 2007; Yücel, 2012).

Normal fizyolojik bir olay olan gebelik ve doğum, çoğunlukla obstetrik ve biyomedikal müdahale gerektirmemektedir. Obstetrik bakım hizmeti veren Sağlık profesyonellerinin de “Kadın bedenine ve doğal sürecine en az girişimde bulunularak en iyi sonuçları elde etmesi” felsefesini benimsemesi optimalite kavramıyla örtüşmektedir (Murphy ve Fullerton, 2001; Murphy ve Fullerton, 2006).

Ebeler, hemşireler, gebeler ve refakatçıları iş birliği içinde olup gebelere gebelik süresince minimum müdahale gerektiren tekniklerin uygulanması kadınların gebelik serüveninde yüksek hasta memnuniyeti ile gerçekleştirmelerine yardımcı olacaktır (Gökdoğan Keleş ve Altınkaya, 2022).

Kanıt dayalı uygulamaların hâkim olduğu bakım hizmetleri, bakım sürecinden alınan verimi artırmakta ve bakımdan alınan sonuçların ölçümüne odaklanmayı sağlamaktadır. Perinatal bakımın ve obstetride yapılan müdahalelerin bu çatı altında olması güvenilir literatüre dayandığı için “en iyi uygulamalar” kapsamındadır. “En iyi uygulamalar” da perinatal bakım sürecinde sıkça kullanılan ölçüm araçlarından Optimalite İndeksi-United States (Optimalite İndeksi-US) ile örtüşmektedir (Fullerton ve diğerleri, 2011; Yücel, 2012).

Wigers perinatal ölçüm aracı olan Optimalite İndeksi-US geliştirmiştir fakat daha sonra Murphy ve Fullerton, obstetrik müdahalelerin optimal olmadığı anlayışına dayanarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde uygulanmak üzere tekrardan uyarlamışlardır. Böylece Optimalite İndeksi-US 2001 yılında ilk kez yayınlanmış ve 2008’de ise genel kullanıma açılmasına kadar bir grup araştırmacı ve klinisyenin oluşturduğu Optimalite Çalışma Grubu (OÇG) tarafından ölçüm aracının değişimi devam etmiştir (Fullerton ve diğerleri, 2011).

Perinatal bakım programlarını; kadının yaşı, ilk gebelik yaşı, çalışma durumu, gebelik ve çocuk sayısı, kendinin ve eşinin öğrenim durumu, ailenin maddi durumu, bakım hizmetlerine ulaşım gibi birçok faktör etkilemektedir. Etkileyen bu faktörlerin de varlığıyla

optimalitenin sağlanabilmesi için Türkiye’de ve Dünyada özel programlar geliştirilerek etkinliğinin arttığı görülmüştür. (Başar ve Çiçek, 2018; Demir Yıldırım ve Oskay, 2020).

2.4.1. Dünyada Perinatal Optimal Bakımın Sağlanmasında Uygulanan Programlar

Kadınların, gebelerin, yenidoğanların, lohusaların ve gebelik sürecine eşlik eden ailelerin artan ihtiyaçlarının karşılanması, etkili hizmetin sunulmasıyla ve kaliteli bakımın sağlanmasıyla gerçekleşebilmektedir. Bu ihtiyaçlar başta olmak üzere verilen hizmetlerin geliştirilmesi amacı, kanıt temelli uygulamalar ve mesleki eğitimler birtakım programların şekillenmesine sebep olmuştur. Dünyada perinatal optimal bakımın sağlanması adına her ülkenin kendi ihtiyaçlarından doğan programlar mevcuttur. Bu programlardan bazıları Alberta Perinatal Sağlık Programı, Alaska Perinatal Sağlık Programı (Alaska Perinatal Health Program), Antenatal Eğitim Sınıfları Programları (Antenatal Education Class Program), Anne Dostu Hastane Modeli, Evsiz Perinatal Programı (Homeless Perinatal Program-HPP) ve Kapsamlı Perinatal Hizmet Programı (Comprehensive Perinatal Services Program)’dır (Demir Yıldırım ve Oskay, 2020).

Alberta Perinatal Sağlık Programı (The Alberta Perinatal Health Program-APHP)

Alberta Perinatal Sağlık Programı, Kanada'nın Alberta eyaletindeki tüm doğumlar için doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrası dönemlerde ayrıntılı maternal, obstetrik ve yenidoğan bilgilerini toplayan yerleşik bir perinatal veri tabanıdır. Veriler, gestasyonel diyabet varlığının rutin olarak kaydedildiği il doğum kayıtlarından toplanmaktadır (Bowker ve diğerleri, 2017).

Alaska Perinatal Sağlık Programı (Alaska Perinatal Health Program)

Alaska perinatal sağlık programı, anne ve bebeklerinin sağlığını korumak için oluşturulmuş bir organizasyondur. Alaska eyaletinin sağlık sisteminin perinatal sağlık hizmetleri 3. düzey bakım sistemine geçilerek düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda mortalite hızını düşürmek amaçlanmıştır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti bulunan hastanenin perinatoloji servisinde veya dağlık bölgelerde yaşayan riskli gebe ve yenidoğan için uçak ile nakilleri sağlamaktadır. Çalışma periyodunda, Alaska'da gebenin veya bebeğin üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna nakledilmesi için yaygın olarak kabul edilen standart, en az 24 haftalık gebeliğe sahip olması ki bunun nedeni fetüsün yaşayabilirliğidir. (Bradford ve Pam, 2001; Demir Yıldırım ve Oskay, 2020)

Antenatal Eğitim Sınıfları Programları (Antenatal Education Class Program)

Günümüzde bilinçli aileler ve medyanın etkisiyle doğum öncesi, doğum, doğum sonu dönem deneyimleri ve yenidoğanın bakımına ilişkin doğru ve güncel bilgiye ulaşma isteği, antenatal hazırlık sınıflarına olan ilgiyi artırmaktadır (Bayram ve Şahin, 2010).

Anne Dostu Hastane Modeli

Amerika Birleşik Devletleri'nde gebelik, doğum ve emzirme gibi konuları içeren ve neredeyse 3 yıl devam eden, 26'dan fazla kuruluşun ortak çabalarıyla gerçekleşen toplantılar sonucunda kanıta dayalı "Anne Dostu Doğum Girişimleri" nin temeli oluşturulmuştur. 1996 yılında ise "Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu" (The Coalition for Improving Maternity Services- CIMS) ülkemizin de içinde bulunduğu birçok Avrupa ülkesinde faaliyette olan "anne dostu hastane" kavramını tanımlamıştır. Bu koalisyonun ana felsefesi, doğum sürecinin doğal bir evre olmasıyken amaç ve hedefleri; artan sezaryen sayılarını en aza indirmek, normal doğumun artışı için kadınları teşvik etmek, kanıta dayalı uygulamaları artırmak, kadının kendi doğumunda aktif rol alması için kadını cesaretlendirmekten ibarettir. Ülkemizde de bir CIMS felsefesi olan "anne dostu hastane" unvanı için Sağlık Bakanlığı (2013), hastanelerin sağlaması gereken on adımdan bahsetmektedir (Ak ve diğerleri, 2018; Mestanlı, 2019).

Evsiz Perinatal Programı (Homeless Perinatal Program-HPP)

Evsiz perinatal Programı, 1989'dan beri San Francisco'daki evsizler ve düşük gelirli aileler için çalışan kâr amacı gütmeyen bir kuruluştur. 4 binden fazla aileye barınma, doğum öncesi ve ebeveynlik ile ilgili programlar sağlamıştır. Düşük gelirli ailelerin doğumdan sonra emzirmeye katılıp katılmadığını araştırarak Sağlıklı Beslenme Girişimi'nin emzirme programı başarısını değerlendirmek istemişlerdir. Evsiz perinatal Programının sarf malzemeleri sağlama yöntemleri, emzirme danışmanlığı, özel emzirme odaları ve damgalamayı azaltan sınıflarla beraber anneleri emzirmeye teşvik etmede ulusal ortalamaya kıyasla başarısının fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Ovrebo ve diğerleri, 1994; Biver ve Erikson, 2019).

Kapsamlı Perinatal Hizmet Programı (Comprehensive Perinatal Services Program)

California halk sağlığı birimi tarafından gebe hastaları beslenme, sağlık eğitimi ve psikoloji alanlarında değerlendirmek, eğitmek ve geliştirmek için Kapsamlı Perinatal Hizmet Programı (Comprehensive Perinatal Services Program-CPSP) ortaya çıkarılmıştır (Ardalan ve diğerleri, 2009).

Kırsal Alanda Perinatal Bakım Programı

Dünyanın birçok ülkesinde, kentsel alanlara kıyasla kırsal alanlarda perinatal bakım hizmetini yeteri kadarıyla sunmada zorluk yaşamaktadır (Hwang, 2022). Yaşanan bu zorluğun temel nedenlerinden biri, kırsal alanlardaki sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve kurumların eksikliğidir. Kırsal bölümlerdeki kadınlar, ihtiyaçları olan perinatal bakımların hizmetini elde etmek için genellikle daha uzaklara seyahat etmek zorunda kalırlar. Hizmetlere erişmek için bir saatten fazla seyahat etmesi gereken kırsal kesimde doğuran kadınların stres ve kaygı yaşama olasılığı oldukça yüksektir (Kornelsen ve diğerleri, 2011). Hizmet tesislerinin kurulması tipik olarak büyük yatırım gerektirir ve geniş kapsamlı ve kalıcı bir sosyoekonomik etkiye sahiptir. Bu etkilerin en aza indirilmesi nedeniyle yeni tesisler için yer seçimi önemli bir stratejik karar olacaktır (Jang ve Lee, 2015).

MORE^{OB} (Managing Obstetrical Risk Efficiently) Program

2001 yılında, Kanada Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği'nin Hasta Güvenliği Bölümü, Kanada hastane doğum birimlerinde hasta güvenliği performansını iyileştirmek için Obstetrik Riski Etkin Bir Şekilde Yönetme Programı (Managing Obstetrical Risk Efficiently-MORE^{OB}) başlığı altında yeni bir program başlatıp geliştirdi. Programın vizyonu hasta güvenliğini ilke haline getirmek misyonu ise, hasta güvenliğinin herkes için öncelikte olmalıdır, tüm sağlık çalışanlarına güven ve saygı duyulmalıdır, etkili iletişim oldukça değerlidir, bakım modelinde multidisipliner çalışmalara odaklanılmalıdır (Milne ve Lalonde, 2007; Milne ve diğerleri, 2013).

Gebelik Risk Değerlendirmesi İzleme Sistemi (New Hampshire Prenatal Program- PRAMS)

Gebelik Risk Değerlendirmesi İzleme Sistemi (PRAMS), gebelikten önce, gebelik sırasında ve gebelikten kısa bir süre sonraki zaman diliminde anne davranışlarının, tutumlarının ve deneyimlerinin sürekli olarak toplandığı devlete dayalı bir gözetim sistemidir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) Üreme Sağlığı Birimi tarafından eyalet sağlık departmanlarıyla iş birliği içinde yürütülen, karma modlu posta ve telefon anketinden oluşan bir sistemdir. PRAMS, zaman içinde izlenebilen anne ve çocuk sağlığı göstergeleri için duruma dayalı veriler sağlamaktadır. Anne özelliklerine göre sınıflandırma, çok çeşitli sağlık göstergeleri üzerindeki farklılıkların incelenmesine olanak tanımaktadır (Shulman ve diğerleri, 2018).

Perinatal Palyatif Bakım Programı (Perinatal Palliative Care Program-PPCP)

Pediyatrik palyatif bakım, yaşamı tehdit eden koşullara sahip çocukların yaşam kalitesini artırmaya yönelik aktif ve bütüncül bir bakım yaklaşımı ve aileye destek veren uygulamalar bütünüdür. PPCP ihtiyaç duyan, ancak bu programa kayıtlı olmayan çocuklar, genellikle koordine edilmemiş akut bakım kabulleri ve bazı evde bakım alanları yoluyla mümkün olan bakıma erişirler. PPCP karmaşık bakım planları ve değişen hasta ihtiyaçları, bireyselleştirilmiş destek sistemleri içinde bakım programının koordinasyonunu gerektirmektedir (Conte ve diğerleri, 2015). Düssel ve diğerlerinin (2009) çalışmasında, PPCP'lere kayıtlı çocuklar arasında daha az hastaneye yatış ve bu tür programlarda kanser hastaları arasında daha az planlı hastaneye yatış olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde 2013 yılında Arland ve diğerlerinin yaptığı çalışmada da PPCP' lere kayıtlı çocukların daha az hastaneye yattığı bulunmuştur (Arland ve diğerleri, 2013).

Perinatal Ağız Sağlığı Programı (Perinatal Oral Health Program)

Gebelikte ağız boşluğundaki sert ve yumuşak dokularda fizyolojik pek çok değişiklik görülmektedir. Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi ilkelerine göre; gebelik sırasında uygun koruyucu tedaviler, diş hekimliği profilaksileri, lokal anestezi yapılarak uygulanan tüm diş tedavisi işlemleri her trimesterde güvenle uygulanabilmekte fakat en uygun dönemin ikinci trimester olduğu da savunulmaktadır (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016). Bu nedenle Perinatal Ağız Sağlığı Programı, doğum öncesi dönem ve erken çocukluk döneminde bu hizmetlerin etkili sunulması, bir annenin ve daha sonra çocuklarının ağız sağlığının değerlendirilmesine yardımcı olmak amacıyla yürütülen bir programdır (Jackson ve diğerleri, 2015). Gebelik döneminde ağız ve diş sağlığının korunması ve iyileştirilmesi annenin kendi sağlığı ile yeni doğan bebeğin sağlığı ve gelişimde önemli yer tutmaktadır. Diş çürüğü olan annenin ağız boşluğundan iletilen kariyojenik bakteriler bebeğinin ağzına taşınarak çocukta çürük oluşum sıklığını ciddi derecede artırabilmektedir. Ağız sağlığı hizmetlerinin hem anneler hem de yeni doğanlar için olumsuz sonuçlar doğurabileceğine ilişkin yeterli kanıt bulunmamaktadır (Tozar ve Almaz, 2021).

The DOOR

Amerika'da 1972 yılında kurulmuş olan, New York'ta bulunan The Door gençlere yönelik perinatal programdır. Gebe gençlere erişilebilmekte ve kapsamlı, yüksek kaliteli doğum öncesi hizmetler sunmaktadır. Bu program; bütüncül, aile merkezli, gençlik gelişimi yaklaşımıyla, annenin ve oluşacak yeni ailesinin yakın ve uzun vadeli geleceğini iyileştirmeyi,

erken doğum ve çocuk yetiştirmenin olumsuz tıbbi risklerine ve psikososyal sonuçlarına karşı koymayı amaçlamaktadır (Deward ve Zaengle, 2000; Demir Yıldırım ve Oskay, 2020).

2.4.2. Türkiye’de Perinatal Optimal Bakımın Sağlanmasında Uygulanan Programlar

Perinatal optimal bakımın sağlanmasında geçmişten günümüze oldukça fazla uygulamalar ve hizmet bütünü mevcuttur. Dünya genelinde uygulanan programların yanında ülkemizde de optimal bakımın sağlanmasında etkili Anne Dostu Hastane Programı, Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Programı, Doğum-Sezaryen Programı, Doğum Sonu Bakım Programı ve Gebe Okulu/Gebe Bilgilendirme Sınıfları/Doğuma Hazırlık Programı gibi birçok program bulunmaktadır (Demir Yıldırım ve Oskay, 2020).

Acil Obstetrik Bakım (AOB)

Acil Obstetrik Bakım (AOB); gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası 42 günlük bir süre içerisinde acil müdahale gerektiren durumlarda uygulanan hizmetler toplamıdır. AOB, Güvenli Annelik yaklaşımları için oldukça önemli olup kadın sağlığının etkinliğini artırmakta ve dolayısıyla anne ölüm oranlarını azaltmaktadır. DSÖ tarafından, obstetrik komplikasyonların önlenmesi ile anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında Acil obstetrik bakımın önemli olduğu vurgulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007; DSÖ, 2016b). Anne ölümlerinin önlenmesinde kaliteli, uygulanabilir, standart, güvenli ve özellikli AOB hizmetlerinin sunulması ve multidisipliner iş birliği gerekmektedir. Acil obstetrik bakım ekibi içerisinde ebelerin bulunması da misyonları gereği yeterli bilgi ve beceriye sahip olması; görev, yetki ve sorumlulukların bilincinde olması nedenleriyle kadın sağlığına hizmette amaca ulaşmayı kolaylaştırmaktadır (Karakoç ve Özerdoğan, 2018).

Anne Dostu Hastane Programı

Amerika’ da başlatılan ve Türkiye’de de uygulamaya geçilen “anne dostu hastane” kavramı amaç olarak kadına uygulanan gereksiz girişimlerin azaltılması ve kanıta dayalı uygulamaların model alınması ile ana-çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesini benimsemiştir. 1996 yılında Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) tarafından bakımda anne dostu modeli benimseyerek kanıt temelli bakım rehberleri hazırlanmıştır ve böylece Anne Dostu Hastane programları yaygınlaşmıştır. Ülkemizde de müdahaleli doğumların ve sezaryen doğumların artması ile birlikte perinatal optimalite için yürütülen Anne Dostu Hastane modeli vardır (Lothian 2007; Hotelling 2007; Başgöl ve Oskay, 2014).

Anne Ölümleri İzleme Programı

Anne ölümü, gebelikten itibaren doğumdan sonraki 42. Günü kapsayacak şekilde, kaza ve rastlantısal nedenlerden olmayan, gebelik veya gebeliğin yönetimiyle ilgili olan veya bunların ağırlaştırdığı herhangi bir sebeple kadının ölmesidir (Şencan ve diğerleri, 2016). Anne ölüm oranları, ülkelerin ekonomisinin, kültürünün ve sağlık sisteminin gelişmişliğini gösteren en önemli, en kapsamlı halk sağlığı göstergesi haline gelmiştir. Sürdürülebilir kalkınma hedeflerinden Birleşmiş Milletler Milenyum Kalkınma Hedeflerine göre; ülkelerin anne ölüm oranının %75 azaltılması hedeflenmiştir. Ülkemiz, dünyada bu hedefi gerçekleştirebilmiş 16 ülkeden biri olarak DSÖ verilerine göre anne ölüm oranını %83,5 oranında azaltmayı gerçekleştirmiştir. Anne ölümleri merkez inceleme komisyonu, ölüm nedenlerinin ve gecikme modellerinin nihai olarak kararını vermek, önlenabilir anne ölüm sayılarını en aza indirmek amacıyla belli aralıklarla toplanmaktadır (Şimşek ve Çakmak, 2019).

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Programı

Doğum öncesi bakım (DÖB); anne ve bebek sağlığını koruma/geliştirmede anne ve fetüsün gebelik boyunca düzenli olarak muayenesinin, kontrollerinin yapılması, sağlık profesyonelleri tarafından izlenmesi ve gerektiğinde tavsiyelerde bulunulması hizmetlerini kapsamaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından gebe sağlığı hizmetlerinin uygulanabilirliğini sağlamak ve daha nitelikli DÖB'ü vermek için “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” hazırlanmıştır. Bu rehber DÖB'in dört izlemden oluşması gerektiğini savunmaktadır. Bu rehbere göre gebeliğin 14. haftasından önce ilk izlem, 18-24. haftaları arasında ikinci izlem, 28-32. haftaları arasında üçüncü izlem ve 36-38. haftaları arasında dördüncü izlem yapılmalıdır (Çatak, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014; Kıssal ve Kartal, 2019). DÖB'ün temeli gebelikte karşılaşılabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmak, komplikasyonlarda uygulanacak müdahaleleri tanımak, kadının ve bebeğin sağlık bütünlüğünü sağlamaktır (Bucak ve Nebioğlu, 2021).

Doğum-Sezaryen Programı

Ülkemizde sezaryen doğum sayısı DSÖ'nün önerdiği (%5–15) yüzdenin üstündedir. Sağlık bakanlığı normal doğumun artırılması, sezaryen doğumun ise zorunlu olmadığı sürece önüne geçilmesi için çalışmalarda bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği'nde “Kadın doğum uzmanları ve asistanları ile ebelere normal doğumu teşvik

amacıyla, sağlık tesisi puan ortalamasına kadar normal doğum teşvik ek puanı verilebilir. Normal doğum teşvikine yönelik çalışmaların usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.” maddesinin yer alması Sağlık Bakanlığının sezaryen doğumların önlenmesinde hayata geçirdiği birçok çalışmadan biridir (Şimşek ve Çakmak, 2019; Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği, 2022).

Doğum Sonu Bakım Programı

Doğum sonu bakım programı, hastanede ve kadının doğumdan sonra evinde doğum sonu bakımını içeren kapsamlı bir programdır. Doğum sonrası bakımı, annenin bireysel ihtiyaçlarını, bulunduğu konumu ve sağlık hizmetine ulaşılabilirliği dikkatle ele alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı da Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberinde detaylı olarak kadınların izlem sıklığı, bakımları ve alabilecekleri danışmanlıkları belirtmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2010; Can, 2015).

Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Programı

Demir eksikliğinde gerçekleşebilecek sorunların erken evrede önlenmesi için kadının gebelik döneminde anemi varlığı söz konusu değil ise 16.gebelik haftasından itibaren 60 mg demir desteği önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014; DSÖ, 2016a). Gebelerdeki D vitamini eksikliğinin önüne geçilebilmesi adına Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından 2011 yılında başlatılan bir uygulamada tüm gebelere günde tek doz 1200 IU (9 damla) D vitamini gebeliğin ikinci trimesterinden sonra başlanarak doğum sonrası altı ay boyunca toplam 12 ay verilmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011; Kürklü ve Ayaz, 2015)

Gebe Okulu/Gebe Bilgilendirme Sınıfları/Doğuma Hazırlık Programı

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı” hayata geçirilmiştir. Üreme sağlığı hizmetlerine erişimin sağlanması ve kullanımın yaygınlaştırılması, hizmette verimin yükseltilmesi amaçları doğrultusunda önemli gelişmeler olmuştur. Gebe Bilgilendirme Sınıfı programına ulaşabilen tüm gebelerin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemleriyle ilgili bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır. Doğum eğitimi 50 yıldan fazla süredir varlığını sürdürürken bu zaman diliminde de oldukça fazla eğitim modeli geliştirilmiştir. Doğum öncesi eğitim sınıflarında gebelere doğuma hazırlık için doğum ağrısının azaltılmasında, baş edilmesinde veya yönetilmesinde etkili olan Dick-Read, Bradley, Lamaze, Hipnoz uygulamaları öğretilmektedir (Bayram ve Şahin, 2010; Günaydın, 2015).

Misafir Anne Projesi

Misafir Anne Projesi, ikamet ettikleri yerde hastane bulunmayan veya sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı bölgelerde yaşayan gebelerin, doğumlarına 10 gün kala en yakın yerleşim yeri merkezine ulaşımını sağlanıp kamu kurumları misafirhanelerinde konaklamaları ve doğumları hastanede gerçekleştirilerek evlerine geri dönmelerini sağlamaktadır. Anne ve bebek arasındaki bağın gelişimi ve annede süt üretiminin artışı faktörleri, annelerin bebeklerinden uzakta kalmaması gerekçesini ortaya çıkararak hastanelerde anne otellerinin ve misafir anne projesinin hayata geçmesini zorunlu kılmıştır (Yarar ve Bağcıoğlu, 2017; Şimşek ve Çakmak, 2019).

Riskli Gebelik Yönetim Rehberi

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık personellerinin uygulamalarında bir standardizasyon sağlaması amacıyla düzenlenen riskli gebelik yönetim rehberi; gebelikte venöz tromboembolizm yönetimi, gebelik ve kardiyovasküler hastalıklar yönetimi, diyabetik gebe yönetimi, epileptik gebe yönetimi ve astımlı gebe yönetimi konularını içermektedir. Bu rehber verilen hizmetin kalitesinin ve verimliliğinin artmasını, riskli gebelikler sonucu anne ölümlerinin en aza indirilmesini sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelik Yönetim Rehberi, 2014).

Dünyada ve ülkemizde perinatal optimal bakımın sağlanmasında uygulanan programlar aracılığıyla kadınlara minimum müdahale ile maksimum faydayı elde etmek mümkün olmuştur. Elde edilen fayda ile beraber annenin gebeliğinde oluşabilecek problemlere odaklanmaktan ziyade bebeği ile güçlü bağlar kurmaya yönelecektir (Bowlby, 1982).

2.5. Bağlanma Kavramı

Kökeni 13. Yüzyıla dayanan Bağlanma terimi, “to attach”, “bağ” etimolojik kelime anlamı bir misyona bağlılık veya o misyonun yerine getirilmesi şeklinde tanımlanır. Bowlby bağlanmayı birkaç tanımda belirtmiştir. İlki rahatlık, güvenlik ve destek duygularını kapsayan duygusal bir bağlıdır. Diğer tanım ise; bireyin en ihtiyaç duyduğu anda yakınında hissedebileceği, ilişki kurabileceği güçlü istekler bütünüdür. Bağlanma eyleminin faaliyete geçmesi kişinin tehlikede olması, bilinmezlikte olması veya yalnızlık hissetmesi gerekmektedir (Bowlby, 1982; Kavlak ve Şirin, 2007; Keler, 2008; Nacar ve Gökkaya, 2019).

Bağlanma, fetüs, bebek veya çocuk ile bakımı üstlenen kişi arasındaki yoğun duyguların bir araya geldiği, istikrarlı bir şekilde devam eden bağ şeklinde tanımlanmaktadır (Kesebir ve diğerleri, 2011). Başka bir deyişle bağlanma, bebek ile birincil bakım veren kişi, çoğunlukla anne arasında gelişen ve bebekte başta güven duygusu olmak üzere sevgiyi yerleştiren güçlü bir bağ denilebilir (Soysal ve diğerleri, 2005; Karakulak Aydemir ve Alparslan, 2016; Teskereci ve diğerleri, 2021).

Bağlanma ve bağ kurma kavramlarının beraber kullanılmasıyla Klaus ve Kendell (1984) iki farklı terim ortaya atmışlardır. “Bonding” anne ve babanın bebek ile yaşadıkları duygusal bağlanmasını ifade ederken “Attachment” ise bebeğin anne ve baba ile kurduğu bağı tanımlamaktadır.

2.6. Bağlanma Teorisi ve Bağlanma Stilleri

Bağlanma teorisi John Bowlby ve Mary Ainsworth'un birlikte yürüttüğü çalışmanın ürünüdür (Bretherton, 1992). İngiliz psikanalist ve teorisyen John Bowlby 1950'li yıllarda, bebekler ve küçük çocuklarda yapmış olduğu çalışmalar neticesinde anne sevgisi ve ilgisini yetersiz alanların yetişkinlik dönemlerinde bireyler arasında kurdukları ilişkilerin olumsuz olduğunu görmüştür ve bu bağlanma kuramının temelini oluşturmuştur (Tonkuş ve Muslu, 2021).

Ainsworth (1979) çalışmalarında bağlanma davranışında bireysel farklılaşmaların söz konusu olduğundan bahsetmiştir. Annelerin bağlanma içgüdüsündeki farklılıkların beraberinde farklı bağlanma stillerini ortaya çıkardığını söylemektedir. Ainsworth bu söylemlerine dayanarak bağlanmayı üç grupta toplamıştır. Güvenli bağlanma stiline sahip bebeklerin, bağlanmayı gerçekleştirdikleri kişilere, annelere, güvenli bir yer misyonu yükledikleri görülmektedir. Bebeklerin keşif ve merak duygularının sonucu kendilerini huzursuz ve tehlikede hissettiklerinde bebekler, güvenli bağlanma stili ile oluşturdukları güvenli yerlerine yöneleceklerdir.

Kaygılı bağlanma stiline sahip bebekler, sahip oldukları keşif duygusu, merak giderme iç dürtüsü ile güvenli yer olarak benimsedikleri bakım veren kişinin alanından ayrılması ve bakım veren kişiye karşı sergilemiş oldukları davranış ve tutumların değişiklik göstermesiyle kaygılı-kararsız bir bağlanma stili oluşturmaktadırlar (Ainsworth, 1979; Nacar ve Gökkaya, 2019).

Ainsworth (1979)'un bağlanma stiline bir diğer grubu ise kaçınan bağlanma stiline sahip olan bebeklerdir. Bakım verenleri ile beraber olduklarında etrafı keşfetmeyi sürdürürken bakım verenleri ile etkileşimde olmadıkları görülmektedir. Bu tip bağlanma stiline sahip olan bebekler bakım verenleri ortamda olmadığında herhangi bir kaygı, huzursuzluk ve rahatsızlık hissetmemektedirler.

2.7. Maternal Bağlanma

Maternal bağlanma, kadının gebeliği planlamasıyla veya kadının gebe olduğunu öğrenmesiyle başlayan ve yaşamı boyunca annelik içgüdüğü yaşaması, bu içgüdüğün beraberinde getirdiği bağlılık duygusudur (Yılmaz, 2013; Höbek Akarsu ve diğerleri, 2017). Maternal bağlanma; Bowlby'e göre, anne ve çocuğu arasındaki aralıksız devam eden, sıcak ve samimi bir ilişkinin sağlanması ve bu ilişkiden annenin ve çocuğun karşılıklı doyum aldığı bağıdır. Muller, olumlu bir anne bağlanmasında, annenin ve bebeğinin arasında gelişen her geçen gün sonsuzlaşan benzersiz bir sevgi bağı kurulmasının önemli bir bölümünü annenin rolünün oluşturduğunu savunmaktadır (Türk, 2022).

Bağlanma ile yaşanan bu duygular; annelik kimliğinin gelişmesine, anneliğe uyum sağlamaya ve annenin bebeğini korumasına, beslemesine, bebeğine ilgi, sevgi ve şefkat göstermesine ve bebeği ile etkileşim kurmasına ve bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamada duyarlı olmasına olanak sağlar. Gebelik ilerledikçe kadın, fetüsü yaşamsal olarak kendisine bağımlı ama kendi bedeninden bağımsız büyüyen, gelişen, yeni bir birey olarak algılamakta ve fetüs hem kadının bir parçası hem de ayrı bir birey olarak benimsemektedir. Anne ile fetüs arasında maternal bağlanmanın olduğu, bebeğini gebelikte veya doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı şiddetli yas ile açıkça görülmektedir (Kennell ve diğerleri, 1970; Elkin, 2015).

Rubin, bağlanmayı prenatal sürecin sonucunda gelişen postpartum evredeki yenidoğan ve anne arasındaki bağ şeklinde nitelemiştir. Bu bağın da dört önemli görevi olduğundan söz etmiştir. Kadınların doğumdan önce kendisi ve bebeği için güvenli bir alan sağlama, bebeklerinin diğer insanlar için de gelişen, büyüyen bir birey olduğunun farkına varılmasını isteme, bebeğe bağlanma ve kadınların ilgilerini hatta kendilerini bebeğine yöneltme görevlerinin olduğundan bahsetmiştir (Rubin, 1976).

Kavlak (2004) anne bebek bağlanmasını, yineleyen olumlu anne-bebek etkileşiminin sonucu olarak ortaya çıkan bir güven duygusu olarak tanımlamaktadır. Bir diğer ifadeye göre ise anne-bebek bağlanması, bebeğin ve ebeveynlerinin arasında başlayan güven ilişkisiyle beraber gelişen duygusal bağıdır. Anne bebek arasındaki bu bağlanma duygusu prenatal

dönemde başlar doğumdan sonraki sürece kadar gelişerek devam etmekte hatta yaşamın ilerleyen zamanlarında da bireylerde bağlanmanın içgüdüğü görülmektedir (Lang, 2018; Çataloluk ve diğeri, 2021; Özkan ve diğeri, 2021). Anne bebek bağlanmasının olabildiğince erken evrede başlaması ve etkili bir şekilde sürdürülmesinin sağlanması bu bebeklerin yetişkinlik dönemlerinde psikolojik olarak sağlıklı, dışa dönük, özgüvenli ve sorumlulukların bilincinde bireyler olmasını beraberinde getirmektedir. Bu bağlanmayı etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır (Çilesiz, 2021).

2.7.1. Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler

Anne bebek bağlanmasının olumlu etkilerinin oldukça fazla olduğu bilinirken bu bağlanmayı gebelik sürecinin farklı dönemlerinde etkileyebilen faktörler mevcuttur. Gebelikte, kadınlar fetus ile emosyonel ve zihinsel bir bağ kurar. Kadınların gebelik planlaması, gebe olduklarının laboratuvar testleri ve uzman hekimler tarafından kanıtlanması, çeşitli ultrasonografik görüntüleme yöntemleri ile bebeğini görmesi, bebeğin kalp atımlarının duyması ve fetal hareketleri hissetmeye başlaması annenin bebeğine bağlanmasını güçlendirmektedir. Ebeveynlerin planlı ve istenen bir gebelik sürecine girmeleri, anne bebek bağlanmasını artırırken doğum gerçekleşmemiş olmasına rağmen fetusu bir birey olarak görmek bağlanmayı güçlendirmektedir. Maternal bağlanması gelişmiş olan kadınların doğum sonrasında güvenli bağlanma stilleri yaşayacakları ve maternal bağlanma seviyesi yüksek olan fetusların, anne karnındaki gelişimlerini daha erken tamamladıkları bildirilmektedir. Doğum öncesi bakımla beraber oluşan maternal bağ, doğumdan sonra ebeveynlik, sağlıklı bebek davranışı ve sağlıklı bebek gelişimine katkıda bulunur. (Alhusen ve diğeri, 2013; Hicks ve diğeri, 2018; Çilesiz, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma gebelik döneminde optimalite düzeyinin anne bebek bağlanmasıyla ilişkisini incelemek amacıyla yapılmış olup, analitik- kesitsel tiptedir. Kesitsel çalışmalarda hastalar, kişiler, gebeler veya olaylar zamanın bir noktasında incelenir. Kesitsel çalışmalar neden sonuç ilişkisini aynı düzlemde inceleyen çalışmalar olmasının yanında göreceli olarak hızlı sonuçlandırılan çalışmalardır (Çaparlar ve Dönmez, 2016).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde, gebelik izlemi için poliklinik/Nonstres Test (NST) birimine başvuran, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan, 20-42. gebelik haftaları arasında olan gebeler ile gerçekleştirilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi; Aydın Devlet Hastanesi bünyesinde hizmet vermekte iken; yeni hizmet binasında 2011 senesinde hizmete başlamış olup, günümüzde 256 yatakla, Aydın ilindeki Kadın hastalıkları ve doğuma ilişkin tek dal hastanesi olarak hizmet vermektedir. Hastanede acil sağlık hizmetleri, Kadın-Doğum ve Çocuk Acil Servis olarak iki bölümden oluşmaktadır ve 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Kliniklerde; Çocuk Cerrahi, Çocuk Servisi, Süt Çocuğu, Jinekoloji, Yenidoğan, Obstetri, Doğum Salonu, Yenidoğan Yoğun Bakım, Genel Yoğun Bakım, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Palyatif Bakım Merkezi (Yetişkin ve Çocuk) olmak üzere hizmet verirken polikliniklerde ise Algoloji, Çocuk Cerrahi, Çocuk Nöroloji, Çocuk Psikiyatri, Çocuk Kardiyoloji, Çocuk Alerji ve İmmünoloji, Çocuk Hematoloji, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Tıbbi Genetik ve Dahiliye poliklinikleri hizmet vermektedir. Hastanede Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının uygun gördüğü gebeler NST biriminde NST çekmektedirler. NST birimi ve kadın doğum poliklinikleri hastanenin zemin katında bulunmaktadır. Hastanede kadın doğum polikliniğinde 13 kadın doğum uzmanı çalışmakta, NST birimi iki ebe ile faaliyetlerine devam etmekte ve dört adet NST cihazı bulunmaktadır. Hastane 1991 yılında anne dostu, 2015 yılında bebek dostu unvanı almıştır.

3.3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırma Eylül 2021-Temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zamanı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Eylül 2021
Tez önerisinin hazırlanması	Eylül-Ekim 2021
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul	
Başkanlığı’ndan ön onayın alınması	27 Ekim 2021
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Yönetim Kurulu tarafından tez önerisinin kabulü	25 Kasım 2021
Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırma izninin alınması	21 Aralık 2021
Araştırmanın verilerinin toplanması	Aralık 2021- Aralık 2022
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi	Aralık 2022- Ocak 2023
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul	
Başkanlığı’ndan onay alınması	12 Ocak 2023
Tez raporunun yazımı	Ocak-Temmuz 2023

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’ne 1 Aralık 2021-1 Aralık 2022 tarihleri arasında, izlem için başvuran gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi; T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’ne 1 Aralık 2021-1 Aralık 2022 tarihleri arasında, gebelik izlemi için başvuran, evrenden gelişigüzel örnekleme ile seçilen, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 150 gebe oluşturmuştur. Örneklemenin hesaplanmasında GPower 3.1.9.2 programı kullanılarak araştırma kapsamındaki gebelerin Optimalite İndeksi düzeyi ile prenatal bağlanma envanterinden aldıkları puanları test etmede kullanılan korelasyon analizi için daha önce benzer çalışma olmadığından etki gücü orta

düzey $p=0,3$ alınarak, %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için örneklem sayısı 138 olarak hesaplanmıştır. Kayıp olasılıkları göz önüne alınarak %10 ekleme yapılmış, elde edilen sayı yuvarlanarak 150 gebe araştırmaya davet edilmiştir. Optimalite İndeksi Türkiye (OI-TR) Vaka Rapor Formu primipar ve multipar gebelerde ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Bu nedenle primipar ve multipar gebelerde optimalite düzeyi ile anne bebek bağlanması arasındaki farkı ortaya koyabilmek için örnekleme alınan 150 gebenin 75'i primipar, 75'i multipar gebelerden oluşturulmuştur.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Evrenden seçim yapılırken aşağıda belirlenen araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebeler dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- 20.-42. gebelik haftaları arasında gebeliği olan,
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- Riskli gebelik tanısı olmayan,
- Gebeliği sırasında anne ve bebek sağlığını etkileyecek tıbbi bir komplikasyonu olmayan,
- Veri toplama formlarını doldurmaya engel fiziksel ya da ruhsal herhangi bir engelle sahip olmayan gebe kadınları kapsamaktadır.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmanın herhangi bir safhasında çalışmadan çekilmek istemedir.

Araştırma için veri toplanan günlerde hastaneye dahil edilme kriterlerine uyan 185 gebe başvurmuştur. Bu gebelerden 6'sı Türkçe bilmediği, 1'i okur-yazar olmadığı için araştırmaya davet edilmemiştir. Araştırmaya davet edilen gebelerden 26'sı çeşitli nedenlerle

araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, 2'si ağrısı olduğu için görüşme yapamayacağını söylemiş, araştırma için yeterli primipar ve multipar gebe sayısına ulaşana kadar veri toplama işlemi devam etmiştir. Araştırmadan çıkarılma kriterlerine ilişkin herhangi bir durum ile karşılaşmadığından görüşme yapılan tüm gebeler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan kişisel bilgi formu, Optimalite İndeksi Türkiye (OI-TR) Vaka Rapor Formu ve Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacılar tarafından gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri ile gebelerin obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır (Kartal, 2021; Kavlak, 2004;). Bu form gebeler ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 7, gebelerin obstetrik özelliklerini sorgulayan 24 olmak üzere toplam 31 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Optimalite İndeksi Türkiye (OI-TR) Vaka Rapor Formu (Ek-2)

Optimalite İndeksi Amerika Birleşik Devletleri (OI-US) Vaka Rapor Formu, 1960'lı yıllarda oluşturulmuş, günümüzde Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de kullanılmaktadır. Yücel ve diğerleri tarafından 2012 yılında Optimalite İndeksi-US'nin Türkçe'ye uyarlanma çalışması yapılmıştır. Türkçe uyarlaması olan OI-TR'de, Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (OI) olmak üzere iki bölüm vardır. Oİ; Doğum Öncesi Dönem, Doğum, Yenidoğan ve Doğum Sonu Dönem olmak üzere dört alt bölümden oluşmaktadır. İndekste yer alan her bir bölüm ayrı ayrı değerlendirilerek kullanılabilir (Yücel ve diğerleri, 2012). Bu araştırmada PÖİ ve OI'nın doğum öncesi dönem bölümleri kullanılmıştır.

PÖİ, 18 sorudan oluşmakta olup, kadının obstetrik özelliklerine yönelik durumunu sorgulamaktadır. Oİ, doğum öncesi dönemi sorgulayan 26 sorudan oluşmaktadır. Optimalite İndeksi Türkiye Vaka Rapor Formu; Primipar ve multipar gebelerde ayrı ayrı kullanılmakta ve her bir bölüm ayrı olarak puanlanabilmektedir (Yücel ve diğerleri, 2012).

İndekste bulunan maddeler için optimal (1 puan) ya da optimal olmayan (0 puan) olarak kodlanarak puanlandırılmaktadır. İndeksin hesaplanması; 1 puan verilen madde

sayısının değerlendirilen madde sayısına bölünerek, yüzde oranının hesaplanmasıyla bulunur. Oİ-TR klinimetrik bir ölçme aracı olduğu ve maddelerin klinik yönden birden fazla durumu yansıtmasına bağlı homojen dağılım göstermediği için Cronbach alpha değeri hesaplanamamaktadır. Ölçeğin her bir maddesi kanıtlara dayandırılmaktadır. Bu bağlamda indeksin kanıt düzeyini güncel tutulabilmesi için ABD’de Optimal Çalışma Grubu oluşturulmuştur. Bir grup araştırmacı ve klinisyenden oluşan grup, literatürde değerlendirmeler yaparak indeksin güncel halini sunmaktadırlar (Yücel, 2012).

3.6.3. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) (Ek-3)

Muller tarafından, gebelik boyunca kadınların yaşadığı düşünce, duygu ve durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla 1990 yılında geliştirilmiş 21 maddelik ölçektir (Mercer ve Ferketich, 1990; Muller, 1993). PBE’nin Türkçe’ye uyarlanması Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji tarafından 2013 yılında yapılmıştır (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013). PBE, her madde 1-4 arasında puan alabilen 4’lü likert tiptedir. PBE, 20 hafta ve üzeri gebeliği olanlarda uygulanmaktadır. Envanterden en az 21, en fazla 84 puan alınabilmekte, kesim noktası bulunmamaktadır. PBE’de gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2013) tarafından Türkçeye uyarlanan PBE’nin Cronbach’s alpha güvenirlik katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach’s alpha değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Gebelik döneminde optimalite düzeyinin anne bebek bağlanmasıyla ilişkisini incelemek amacıyla bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde, 1 Aralık 2021-1 Aralık 2022 tarihleri arasında, 75 primipar ve 75 multipar olmak üzere toplam 150 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar gelişigüzel örnekleme yöntemi ile araştırmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanması hastaneye gebelik izlemleri için poliklinik ya da NST birimine başvuran, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan gebeler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar görüşme öncesinde araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş, sözlü onamları alınmıştır. Araştırma sorularının yer aldığı veri toplama formunu doldurmak için gebenin mahremiyetinin sağlandığı boş bir odada veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir. Kişisel bilgi formu ile Oİ-TR’nin ilgili bölümleri araştırmacı tarafından, PBE kendini bildirim ölçeği olduğundan katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Görüşmeler yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Covid-19 pandemisi

göz önünde bulundurularak sosyal mesafe ve maske kurallarına özenle uyulmuştur. Elde edilen veriler araştırmanın istatistiksel değerlendirmesinde kullanılmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Örneklem sayısının hesaplanmasında GPower 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler Predictive Analytics Software-IBM SPSS Version 24.0 (PASW 24.0) programı ile analiz edilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin analiz edilebilmesi için normal dağılım gösterip göstermedikleri Skewness ve Kurtosis değerleri ile belirlenmiştir. Skewness ve Kurtosis değerlerinin -2-+2 arasında olduğu durumlarda ölçümün normal dağıldığı kabul edilmiştir (George ve Mallery, 2010). Araştırmadan elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ile ifade edilmiş; ki-kare, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U ve korelasyon analizleri ile test edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri

Çalışma esnasında veri toplarken Covid-19 pandemisinin sürmesi katılımı etkilemiş; sosyal mesafeye uyulması, maske kullanılması gebeler ile yapılan görüşmede duygu aktarımını güçleştirmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolüne Araştırmanın yapılabilmesi için önce Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından onay verilmiştir (Ek-4, 12 Ocak 2023, 294766). Araştırmanın T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır (Ek-5, 21 Aralık 2021, 113844). Araştırmaya dahil edilen tüm gebelere araştırmanın amacı ve araştırma sonuçlarının sağlayacağı yararlar konusunda bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Gebelerin araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve parite durumlarına göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Parite Durumlarına Göre Dağılımı

Özellik	Primipar (n=75)		Multipar (n=75)		Toplam (n=150)		df	p
	Sayı	%*	Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim durumu							4	0,003
İlkokul	10	6,7	12	8,0	22	14,7		
Ortaokul	17	11,3	33	22,0	50	33,3		
Lise	17	11,3	20	13,3	37	24,7		
Üniversite	29	19,3	9	6,0	38	25,3		
Yüksek lisans/doktora	2	1,3	1	0,7	3	2,0		
Eşin Eğitim durumu							6	0,002
Okur-Yazar değil	-	0,0	1	0,7	1	0,7		
Okur-yazar	1	0,7	3	2,0	4	2,7		
İlkokul	9	6,0	9	6,0	18	12,0		
Ortaokul	17	11,3	37	24,7	54	36,0		
Lise	14	9,3	14	9,3	28	18,7		
Üniversite	32	21,3	10	6,7	42	28,0		
Yüksek lisans/doktora	2	1,3	1	0,7	3	2,0		
Çalışma durumu							1	0,002
Çalışan	23	15,3	7	4,7	30	20,0		
Çalışmayan	52	34,7	68	45,3	120	80,0		
Eşin Çalışma durumu							1	0,745
Çalışan	69	46,0	71	47,3	140	93,3		
Çalışmayan	6	4,0	4	2,7	10	6,7		
Gelir durumu							2	0,94
Düşük	11	7,3	20	13,3	31	20,7		
Orta	60	40,0	54	36,0	114	76,0		
Yüksek	4	2,7	1	0,7	5	3,3		
Yaşadığı yer							3	0,010
Büyükşehir	41	27,3	27	18,0	68	45,3		
Şehir	4	2,7	-	0,0	4	2,7		
İlçe	26	17,3	39	26,0	65	43,3		
Köy	4	2,7	9	6,0	13	8,7		
Özellik	Ortalama	SS†	Ortalama	SS	Ortalama	SS	t	p
Yaş	26,7	5,03	28,3	4,39	27,5	4,77	2,021	0,045

*%: Yüzde

†SS: Standart Sapma

Araştırma kapsamındaki tüm katılımcıların en çok %33,3'ünün ortaokul mezunu olduğu, %80'inin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı, %76'nın gelir durumunu orta düzeyde algıladıkları ve %45,3'ünün büyükşehirde yaşadığı saptanırken, katılımcıların eşlerinin ise en çok %36'sının ortaokul mezunu olduğu ve %93,3'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı, tespit edilmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan primipar gebelerin en çok %19,3'ünün üniversite mezunu olduğu, %34,7'sinin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı, %40'ının gelir durumunu orta düzeyde algıladıkları ve %27,3'ünün büyükşehirde yaşadığı, eşlerinin ise en çok %21,3'ünün üniversite mezunu olduğu ve %46'sının gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmaya dahil edilen multipar gebelerin en çok %22'sinin ortaokul mezunu olduğu %45,3'ünün gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı, %36'nın gelir durumunu orta düzeyde algıladıkları ve %26'sının ilçede yaşadığı bulunurken, eşlerinin ise en çok %24,7'sinin ortaokul mezunu olduğu ve %47,3'ünün gelir getiren herhangi bir işte çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Gebelerin ve eşlerinin eğitim ($p<0,05$, $p<0,05$), herhangi bir işte çalışma durumları ($p<0,05$) ve yaşadıkları yerin ($p<0,05$) paritelerine göre istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Parite açısından değerlendirildiğinde gebelerin eşlerinin herhangi bir işte çalışma durumları ($p>0,05$) ve algıladıkları gelir durumları istatistiksel açıdan benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 2).

Primipar katılımcıların yaş ortalaması $26,74\pm5,03$; multipar katılımcıların $28,30\pm4,39$ ve tüm katılımcıların yaş ortalaması ise $27,52\pm4,77$ bulunmuştur. Primipar ve multipar gebelerin yaşları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Obstetrik ve Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özellikleri ile Parite Durumlarına Göre Dağılımları

Özellik	Primipar (n=75)		Multipar (n=75)		Toplam (n=150)		df	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İzlem Sıklığı								
Ayda bir	42	28,0	39	26,0	81	54,0	3	0,001
On beş günde bir	18	12,0	7	4,7	25	16,7		
Kendimi riskli hissettiğimde	9	6,0	6	4,0	15	10,0		
Ebe/doktor çağırdığında	6	4,0	23	15,3	29	19,3		
İzlem yeri (n=200*)								
Devlet hast	56	14,0	22	5,6	100	66,7	1	0,370
ASM†	32	8,0	25	6,2	57	38,2		
Özel Hast	22	5,6	9	2,2	31	20,7		
Üniversite	9	2,2	3	0,8	12	8,0		
Doğum eğitimi								
Alan	19	12,7	25	16,7	44	29,3	1	0,370
Almayan	56	37,3	50	33,3	106	70,7		
Özellik	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	t/Z	P
Gebelik Sayısı	1,00	0,00	2,97	1,15	1,99	1,28	-11,399	0,000
Doğum Sayısı (n=68)†	-		1,52	0,66	1,52	0,66		
Yaşayan (n=65) †	-		1,57	0,73	1,57	0,73		
Ölü doğum (n=6) †	-		1,17	0,41	1,17	0,41		
Düşük (n=21) †	-		1,29	0,56	1,29	0,56		
Küretaj (n=11) †	-		1,36	0,51	1,36	0,51		
Gebelik Öncesi Kilo (kg)	62,96	12,34	66,77	15,98	64,87	14,35	1,636	0,104
Şimdiki Kilo (kg)	73,51	12,26	75,97	15,18	74,74	13,80	0,095	0,275
Boy (m)	1,62	0,06	1,61	0,06	1,62	0,06	-0,437	0,663
VKİ	24,02	4,30	25,59	5,62	24,81	5,05	1,919	0,057
Kilo farkı (kg)	10,55	6,79	9,20	5,65	9,87	6,26	1,320	0,189
İzlem Sayısı	9,25	3,25	7,60	2,73	8,43	3,11	-3,372	0,001
Gebelik Haftası	33,15	5,30	35,53	2,60	34,34	4,33	-2,764	0,006

* Sorulan soruya birden fazla cevap verildiğinden sayı artmış, bu nedenle parite durumuna göre fark analiz edilememiştir.

† Primipar gebelerde obstetrik öyküde doğum, ölü doğum, düşük ve küretaj deneyimi olmadığından multipar gebelerle olan farkı hesaplanamamıştır.

‡ ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik ve şimdiki gebeliğe ilişkin özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Obstetrik özellikleri açısından ele alındığında; gebelik sayısı ortalaması $1,99 \pm 1,28$ olup gebelik sayıları bir ile yedi arasındadır. Gebelerin %50'si en az bir kez,

%20,7'si en az iki kez gebe kalmıştır. Doğum sayısı ortalaması ise $1,52 \pm 0,66$ olup en çok %25,3'ü en az bir doğum deneyimlemiş, doğum sayılarının bir ile dört arasında değiştiği belirlenmiştir. Daha önce doğum deneyimi olanların çocuk sayıları bir ile dört arasında değişmekte olup yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,57 \pm 0,73$ ve en çok %53,8'inin (35 gebe) yaşayan en az bir çocuğu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %4,0'ü (6 gebe) en az bir kez ölü doğum, %14,0'ü (21 gebe) en az bir kez düşük ve %7,3'ü (11 gebe) en az bir kez küretaj deneyimlediğini ifade etmiştir. Ölü doğum sayısı ortalaması $1,17 \pm 0,41$, düşük sayısı ortalaması $1,29 \pm 0,56$, küretaj sayısı ortalaması $1,36 \pm 0,51$ 'dir (Tablo 3).

Şimdiki gebeliğe ilişkin özellikleri incelendiğinde; %99,3'ü gebe kalmak için herhangi bir tedavi görmediğini ifade etmiş, çoğu (%14,7) 38. ve (%14,0) 36. gebelik haftalarında olup, gebelik haftası ortalama $34,34 \pm 4,33$ hafta (en az 20 hafta, en çok 40 hafta)'dır. Gebelerin şimdiki gebeliklerinde izlem sayısı ortalama $8,43 \pm 3,11$ olup, en çok %54,0'ü ayda bir izlem yaptırdığı, %66,7'sinin izlemlerini devlet hastanesinde yaptırdığı ve %70,7'sinin doğum eğitimi almadığı belirlenmiştir. Gebeler, son gebeliklerinde gebelik öncesi kilolarının ortalama $64,87 \pm 14,35$ kg ve gebelik süresince ortalama $9,87 \pm 6,26$ kg kilo artışlarının olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Katılımcıların parite durumuna göre özellikleri değerlendirildiğinde primipar gebelerin; görüşmelerin gerçekleştiği gebelik haftalarının ortalama $33,15 \pm 5,30$ ve izlem sayılarının ortalama $9,25 \pm 3,25$ olduğu, en çok ayda bir izlem yaptıranların %28,0'ini, devlet hastanesinde izlem yaptıranların %14,0'ünü ve doğum öncesi eğitim almayanların %37,3'ünü oluşturdukları saptanmıştır. Şimdiki gebelik özellikleri incelendiğinde ise gebelik öncesi kilo ortalamasının; $62,96 \pm 12,34$ kg ve gebelik süresince $10,55 \pm 6,79$ kg'lık kilo artışlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Multipar gebelerin ise, ortalama $35,53 \pm 2,60$ gebelik haftalarında görüşme gerçekleştirilmiş olup, gebelik sayıları ortalama $2,97 \pm 1,15$, izlem sayıları ortalama $7,60 \pm 2,73$ 'tür. Gebelik izlemleri açısından değerlendirildiğinde multipar gebeler en çok ayda bir izlem yaptıranların %26,0'sını, ASM'de izlem yaptıranların %6,2'sini ve devlet hastanesinde izlem yaptıranların %5,6'sını, doğum eğitimi almayanların %33,3'ünü oluşturmuşlardır. Gebelik öncesi kilo ortalamaları $66,77 \pm 15,98$ kg ve gebelikleri süresince aldıkları ortalama kilo $9,20 \pm 5,65$ kg'dır (Tablo 3).

Primipar gebelerin obstetrik öykülerinde doğum, düşük ve küretaj deneyimi olmadığından multipar gebelerden farkı hesaplanamamıştır. Ancak araştırma kapsamındaki

primipar ve multipar gebelerin doğum öncesi eğitim alma ($p>0,05$), gebe kalmak için tedavi yöntemleri kullanma ($p>0,05$) durumları ile gebelik öncesi kilo ($p>0,05$), şimdiki kilo ($p>0,05$), vücut kitle indeksi ($p>0,05$) ve gebelik süresince aldıkları kilo ($p>0,05$) açısından istatistiksel olarak benzer oldukları hesaplanmıştır. Gebelerin izlem sıklığı ($p<0,05$), ortalama doğum sayıları ($p<0,05$), gebelik haftaları ($p<0,05$) ve izlem sayıları ($p<0,05$) açısından parite durumlarına göre aralarında istatistiksel açıdan fark olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Son Gebelikte Anne-Bebek Bağlanmasına Yönelik Özellikler ve Parite Durumlarına Göre Dağılımı

Özellik	Primipar (n=75)		Multipar (n=75)		Toplam (n=150)		df	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Son Gebeliği isteme							1	0,000
İsteyen	74	49,3	56	37,3	130	86,7		
İstemeyen	1	0,7	19	12,7	20	13,3		
Son Gebeliği planlama							1	0,010
Planlayan	57	38,0	41	27,3	98	65,3		
Planlamayan	18	12,0	34	22,7	52	34,7		
Gebelikte ilk hissedilen (n=159*)								
Sevindim	35	23,4	28	18,6	63	42,0		
Mutlu oldum	27	18,0	21	14,0	48	32,0		
Üzüldüm	1	1,7	2	1,3	3	2,0		
Ağladım	6	4,0	3	2,0	9	6,0		
Bilemedim	10	6,7	15	10,0	25	16,7		
Şaşırdım	4	2,7	7	4,6	11	7,3		
Eşin Hisleri (n=150*)								
Aşırı Mutlu oldu	57	38,1	37	24,6	94	62,7		
Mutlu oldu	10	6,7	23	15,3	33	22,0		
Normal karşıladı	-	-	2	1,3	2	1,3		
Tepki vermedi	1	0,7	7	4,6	8	5,3		
Şaşırdı	7	6,7	6	2	13	8,7		
Bebek hazırlığı							2	0,103
Henüz yapmayan	3	2,0	8	5,3	11	7,3		
Yapmamış ama başlayacak olan	1	0,7	4	2,7	5	3,3		
Yapan	71	47,3	63	42,0	134	89,3		

* Sorulan soruya birden fazla cevap verildiğinden sayı artmış, bu nedenle parite durumuna göre fark analiz edilememiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin son gebeliklerinde anne-bebek bağlanmasına yönelik özellikleri Tablo 4'te verilmiştir. Araştırma kapsamındaki tüm katılımcıların son gebeliklerinde; %86,7'sinin gebeliği istediği, %65,3'ünün gebeliği planladıkları, %80,7'sinin

gebelikte sağlık problemi yaşamadığı, %89,3'ünün bebeği için hazırlık yaptığı saptanmıştır. Katılımcılar gebe olduklarını öğrendiklerinde en çok sevindiklerini (%42,0) ve mutlu olduklarını (%32,0); eşlerinin ise en çok aşırı mutlu olduğunu (%62,7) ifade etmişlerdir (Tablo 4). Son gebeliklerinde bebeklerinin ilk hareketini hissettikleri zaman $17,64 \pm 1,19$ 'uncu gebelik haftasıdır.

Katılımcılardan son gebeliğini isteyenlerin %49,3'ünün, son gebeliğini planlayanların %38,0'inin, sağlık problemi yaşamayanların %41,3'ünün, bebeği için hazırlık yapanların %47,3'ünün, gebe olduklarını öğrendiklerinde sevinenlerin %23,4'ünün ve eşlerinden aşırı mutlu olanların %38,1'inin primipar olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Primipar gebeler anne karnında bebeklerinin hareketini ilk kez ortalama $18,53 \pm 4,11$. gebelik haftasında hissettiklerini bildirmişlerdir.

Multiparlar ise en çok son gebeliğini isteyenlerin %37,3'ünü, son gebeliğini planlayanların %27,3'ünü, sağlık problemi yaşamayanların %39,3'ünü, bebeği için hazırlık yapanların %42,0'sini, gebe kaldığını öğrendiğinde sevinenlerin %18,6'sını ve eşleri aşırı mutlu olanların %24,6'sını oluşturmuşlardır (Tablo 4). Araştırma kapsamındaki multipar gebeler bebeklerinin hareketini ortalama $16,75 \pm 4,09$. gebelik haftasında hissetmişlerdir.

Parite açısından ele alındığında katılımcıların son gebeliklerini isteme ($p < 0,05$) ve planlama durumları ($p < 0,05$) ile bebeklerinin anne karnındaki ilk hissettikleri gebelik haftası ortalamaları ($p < 0,05$) arasında istatistiksel açıdan fark saptanmıştır (Tablo 4).

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelikte sağlık sorunu gelişmesi ($p > 0,05$) ve bebekleri için hazırlık yapma durumlarının istatistiksel açıdan benzer olduğu hesaplanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. PÖİ, Doğum Öncesi Dönem (DÖD), PBE Ölçek Puan Ortalamaları ve Parite Durumuna Göre Farkı

Ölçek	Primipar (n=75)		Multipar (n=75)		Toplam (n=150)		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
PÖİ	88,12	10,48	81,25	12,02	84,69	11,75	-3,730	0,000
DÖD	82,55	10,83	82,95	11,40	82,75	11,08	0,220	0,826
PBE	60,72	9,49	57,91	8,79	59,313	9,23	-1,883	0,062

Optimalite indeksinin PÖİ ve doğum öncesi dönem bölümlerinden alınan puanlar ile PBE puanlarının ortalamaları Tablo 5'te verilmiştir. Elde edilen puanlar hesaplamada yüz ile

çarpılarak yüzde (%) olarak ifade edilmektedir. Bu doğrultuda araştırmaya dahil edilen primiparlarda PÖİ %88,12, multiparlarda %81,25 ve tüm katılımcılarda %84,69'dur. Primiparlarda doğum öncesi dönem optimalite indeksi %82,55, multiparlarda; %82,95 ve tüm katılımcılarda %82,75'tir. PBE puanlarına bakıldığında ise primiparlarda ortalama $60,72 \pm 9,49$, multiparlarda ortalama $57,91 \pm 8,79$ ve tüm katılımcılarda ortalama $59,313 \pm 9,23$ bulunmuştur.

PÖİ'nin primipar ve multiparlarda istatistiksel olarak aralarında fark olduğu, primiparlarda PÖİ'nin multiparlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 5).

Multiparlarda DÖD, primiparlarda PBE puan ortalamalarının daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan aralarında fark olmadığı hesaplanmıştır ($p > 0,05$, $p > 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Gebelerde PÖİ, DÖD ve PBE Ölçek Puanları Arasındaki İlişki (n=150)

Ölçek		PBE
PÖİ	r	0,239*
	p	0,003
DÖD	r	-0,072
	p	0,382

* $p < 0,01$

Araştırmaya katılan tüm gebelerde; PÖİ ile doğum öncesi dönem optimalite indeksi ($r = 0,191$, $p < 0,05$) ve PBE puanları arasında istatistiksel olarak zayıf ilişki ($r = 0,239$, $p < 0,05$) saptanmıştır. Ancak doğum öncesi dönem optimalite indeksi ile PBE puanları arasında istatistiksel açıdan ilişki olmadığı saptanmıştır ($r = -0,072$, $p > 0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Primipar Gebelerde PÖİ, DÖD ve PBE Ölçek Puanları Arasındaki İlişki (n=75)

Ölçek		PBE
PÖİ	r	0,397*
	p	0,000
DÖD	r	-0,004
	p	0,973

* $p < 0,01$

Primipar gebelerin PÖİ ile PBE puanı arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = 0,397$, $p < 0,01$). Ancak doğum öncesi dönem optimalite indeksi ile PBE puanı arasında istatistiksel açıdan ilişki bulunmamıştır ($r = -0,004$, $p > 0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Multipar Gebelerde PÖİ, DÖD ve PBE Ölçek Puanları Arasındaki İlişki (n=75)

Ölçek		PBE
PÖİ	r	0,027
	p	0,818
DÖD	r	-0,138
	p	0,238

Multipar gebelerde ise; PÖİ ve doğum öncesi dönem optimalite indeksi arasında istatistiksel olarak orta düzeyde ilişki vardır ($r=0,250$, $p<0,05$). Ancak; PÖİ ve doğum öncesi dönem optimalite indeksi ($r=0,027$, $p>0,05$) ile PBE puanları ($r=-0,138$, $p>0,05$) arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Gebelik döneminde sağlık profesyonelleri tarafından gebelere yeterli bakımın verilmesi kadının yaşadığı gebelik sürecini olumlu algılaması ve bunu bebeğine yansıtabilmesi için önemlidir. Bir kadın gebe olduğunu öğrendiği andan itibaren bebeğiyle duygusal bir bağ kurmaya başlamaktadır. Gebe; optimal olarak hizmet aldığı bakım, olumlu deneyimler ve bilgi birikimleri ile doğum öncesi dönemde de bebeğiyle bağ kurabilmektedir. Bu nedenle ebelerin kanıta dayalı optimal düzeyde en iyi bakımı sağlaması ile bebeğine bağlanması ilişkili olabilmektedir (Wiegers ve diğerleri,1996; Thompson ve diğerleri, 2018). Bu ilişkiyi ele alan bu araştırmadan elde edilen bulgular, mevcut literatüre dayalı olarak “Gebelik döneminde optimalite düzeyi”, “Gebelik döneminde anne bebek bağlanması düzeyi”, “Gebelik dönemindeki optimalite düzeyinin anne bebek bağlanmasıyla ilişkisi” başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Gebelik Döneminde Optimalite Düzeyinin Tartışılması

Bu araştırmaya katılan gebelerin PÖİ ve DÖD optimalite düzeylerinin %80’in üzerinde olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgusu Yücel ve diğerlerinin (2012) çalışmasındaki sağlıklı gebelerin PÖİ %88,05 bulunan sonuçları ile uyum göstermektedir. Bu uyumun temel nedeninin çalışmaların aynı sosyokültürel yapı içerisinde olması, ülkemizdeki sağlık politikalarının getirdiği gebelikte izlem sıklığının yeterli olması, gebelik izlemlerin belirli sayıda olması ve her iki çalışmada da katılımcıların benzer oranlarda eğitim düzeyine sahip olmasından kaynaklanabilmektedir.

Sheridan ve Sandall (2010), OI-US’de bulunan sağlık sistemi ve toplum standartlarındaki farklılıklar nedeniyle, bazı OI-US maddelerinde farklılıklar ortaya çıkmakla beraber PÖİ %80,59 olarak bulmuşlardır. Sheridan ve Sandall’ın çalışmasından elde edilen yüzde ile bu araştırmanın primipar katılımcılarından elde edilen PÖİ yüzdesi farklı sonuç gösterirken multiparlardan elde edilen PÖİ yüzdesi benzer sonuçlar göstermektedir. Obstetrik risk durumunun, bölgeler veya ülkeler arasında değişkenlik göstermesi, sosyal yoksunluk, ruh sağlığı koşulları, aile içi şiddet ve kadınların sağlık sistemini kullanabilme durumunu etkileyen konularda ve mevcut haliyle PÖİ’nin, ABD’deki gebe popülasyonuna yoğunlaşarak hazırlanmış olması nedeniyle Sheridan ve Sandall’ın (2010) çalışması ile bu araştırmada farklılıkların görülmesi muhtemeldir.

Sten (2017), Finlandiya’da doğumda verilen bakımı ve sonucunu değerlendirmek amacıyla Finli gebeler ile Rus, Kürt ve Somali kökenli göçmen gebelerin sonuçlarının karşılaştırarak ve Optimalite İndeksi’nin Fince form ölçeği kullanarak bir çalışma yapmıştır. Sten, çalışmasında primipar ve multipar gebeler ayrı ele alınmış; primipar Finli gebelerin PÖİ indeks puanının %83,33, Rus gebelerin %83,33, Kürt gebelerin %83,33 ve Somalili gebelerin ise %66,67 olduğu sonucuna ulaşırken, multipar Finli gebelerin PÖİ indeks skoru %90,91, Rus gebelerin %83,33, Kürt gebelerin %80,91, Somalili gebelerin ise %75,00 olduğunu bulmuştur. Primipar Finli gebelerin Oİ puanı %85,19, Rus gebelerin %86,96, Kürt gebelerin %85,19, Somalili gebelerin ise %81,48 olduğu; multipar Finli gebelerde Oİ %91,30, Rus gebelerin %92,59, Kürt gebelerin %88,89, Somalili gebelerin ise %88,89 olduğu sonucuna varmıştır (Sten, 2017). Sten’in çalışması (2017), farklı etnik kökenlere sahip gebeler arasında yapıldığından farklı sonuçları da beraberinde getirmiştir. Sten’in çalışması ve bu araştırma ile benzer optimal puanlarla karşılaşılmıştır. Türkiye’de uygulanan sağlık programlarından bazılarının Finlandiya’da da uygulanıyor olması, danışmanlık hizmetlerinin yeterliliği ve gebelik izlemlerinin büyük çoğunluğunun hemşire/ebe tarafından sağlanıyor olmasından kaynaklı araştırmalar arasında benzer sonuçlara ulaşılmış olabilir. Sten (2017)’in araştırmasında bu araştırma bulgularından farklı olarak Somali kökenli gebelerin PÖİ ve Oİ’lerinin düşük olması kültürel farklılıklar ile göçmen kadınların sağlık hizmeti kullanımındaki yetersizliklerin etkisi olarak açıklanabilir.

Thompson ve diğerlerinin 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada PÖİ, primipar ve multipar gebelerde sırasıyla %92,61 ve %91,44; ebe destekli bakım alan gebeler için ortalama PÖİ %92,66 bulunmuştur (Thompson ve diğerleri, 2018). Thompson ve diğerlerinin (2018) çalışması ile bu araştırmadan elde edilen indeks yüzdelerinin benzer değerlere sahip olma sebepleri, Hollanda’nın birinci basamak kurumlarında ebelerin gebe olan sağlıklı kadınlara bakım verdiği ve komplikasyonları veya anomalili durumu olan kadınları obstetrik bakım için yönlendirmesi olabilir. Bu çalışmaya katılan gebeler, sadece ebelerden bakım almak yerine farklı kurumlardan ve farklı sağlık çalışanlarından hizmet almakta, sadece bir kurum ya da sağlık çalışanı tarafından izlenmemektedir. Thompson ve diğerlerinin (2018) çalışma sonuçlarına göre ebe destekli bakım alma optimal bakımın sağlanmasında ve artırılmasında önemlidir.

Ülkemizde Oİ-TR kullanılarak yapılan Yücel ve diğerlerinin (2012) kadın sağlığı ve eğitim araştırma hastanesinde verilen perinatal bakım uygulamalarının araştırıldığı çalışmada, sağlıklı gebelerin PÖİ puanının %88,05 olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırma ile Yücel

ve diğerlerinin araştırmasından elde edilen puanların birbirine yakın olma sebepleri; araştırmaya dahil edilen katılımcıların aynı sosyokültürel özelliklere sahip popülasyon içerisinde yer alması, her iki çalışmada da araştırmaya dahil edilen katılımcıların benzer eğitim düzeyine sahip olması ve sağlık bakım hizmetlerine erişimde eşit şartlarda hak sahibi olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada; PÖİ puanının primiparlarda yüksek olmasının sebebi, daha önce gebelik geçirmeyen kadın oranının yüksek olması nedeniyle multipar gebelerdeki öyküde yer alan ve optimalite düzeyinin düşmesine neden olan özellikler ile eğitim durumunun daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.2. Gebelik Döneminde Anne Bebek Bağlanması Düzeyinin Tartışılması

Araştırmada PBE bağlanma puanlarının; primiparlarda ve multiparlarda yüksek bağlanma düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Karaşın Batuhan'ın 2021 yılındaki gebelerin beden imajı algısı ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapmış olduğu çalışmasında araştırmaya katılan gebelerin PBE puan ortalaması $62,56 \pm 12,00$ olarak bulmuştur (Karaşın Batuhan, 2021). Karaşın Batuhan'ın çalışmasından elde ettiği PBE puan ortalaması ve bu araştırmadan elde edilen PBE puan ortalamasının alınabilecek en yüksek puana yakın olmasının sebebi; her iki çalışmada da araştırmaya katılan gebelerin büyük çoğunluğunun isteyerek gebe kalmasından, eğitim durumlarının ve yaş ortalamalarının benzer oluşundan kaynaklanıyor olabilir.

Öztürk'ün (2019) gebelerin prenatal bağlanma ve durumluk anksiyete düzeyinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada gebelerin PBE toplam puan ortalaması incelendiğinde $63,98 \pm 9,57$ puan ile yüksek bir bağlanma gösterdikleri bulunmuştur. Potur ve diğerlerinin 2020 yılında yaptıkları çalışmada prenatal bağlanma envanter puanının ortalama $62,21 \pm 10,66$ olduğu saptanırken primiparların prenatal bağlanma düzeyinin multiparlardan daha yüksek bulunduğu ve aralarında ileri derecede anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Potur ve diğerleri, 2020). Badem (2015)'in prenatal dönemdeki gebelerin bebeklerine bağlanma düzeylerinin belirlenmesi amacıyla çalıştığı araştırmasında gebelerin PBE puan ortalamasını $59,31 \pm 11,06$ olarak bulmuştur. Günay (2015) çalışmasında gebe kadınlarda prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili değişkenleri incelemiş olup gebelerin PBE puan ortalamasını $59,74 \pm 10,775$ bulmuştur. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma

düzeylerini inceleyen Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010)'nin çalışmasında gebelerin PBE puan ortalaması $60,70 \pm 10,1$ olduğu saptanmıştır.

Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010)'nin, Badem (2015)'in, Günay (2015)'in ve Potur ve diğerlerinin (2020) çalışma sonuçlarının bu araştırma ile benzer puan ortalamalarına sahip olması katılımcıların aynı sosyokültürel yapı içerisinde bulunmalarından, çoğunlukla gebeliklerini planlamış ve istemiş olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bekmezci'nin 2015 yılında gebelerin psikososyal sağlık durumlarının prenatal bağlanma ile ilişkisini ve etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında PBE toplam puan ortalaması $56,97 \pm 11,58$ olduğu ve gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Bekmezci, 2015). Bu araştırmadan ve Bekmezci'nin 2015 yılında gerçekleştirdiği araştırmadan elde edilen puanların farklı olması; araştırmaya katılan gebelerin farklı yaş gruplarında olmasından, araştırmaların ülkenin doğusu ve batısı olmak üzere farklı bölgelerde gerçekleşmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Siddiqui ve diğerlerinin (2000) İsveçli kadınlar ile yaptıkları çalışmada PBE puan ortalaması $57,42 \pm 8,89$ olup orta düzeyde bulunmuştur. Eswi ve Khalil'nin 2012 yılında, Mısır'da yapmış oldukları çalışmada PBE puan ortalamasını $50,7 \pm 9,9$ olarak bulmuşlardır (Eswi ve Khalil, 2012). Bu araştırma ile Eswi ve Khalil'nin (2012) çalışmalarındaki puanın farklı olmasındaki temel sebep katılımcıların sosyokültürel açıdan ayrı bölgelerde yer alması olabilir.

5.3. Gebelik Dönemindeki Optimalite Düzeyinin Anne Bebek Bağlanmasıyla İlişkisinin Tartışılması

Gebeler optimal bakım hizmetinin sağlanması, olumlu deneyimler ve bilgi birikimleri ile doğum öncesi dönemde bebeğiyle yeterli bağı kurabilmektedir. Bu nedenle ebelerin kanıta dayalı optimal düzeyde en iyi bakımı sağlaması, gebelik döneminde anne adayının bebeğine bağlanması ile ilişkili olabilmektedir (Wiegers ve diğerleri, 1996; Thompson ve diğerleri, 2018). Ancak, literatürde gebelik dönemindeki optimalite düzeyinin anne bebek bağlanmasıyla ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmaya katılan tüm gebelerde, PÖİ ile DÖDOİ ve PBE puanları arasında istatistiksel açıdan zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre gebelerin özgeçmişindeki özellikler doğum öncesi dönemde hizmet almalarını ve gebeliğe yönelik

izlemlerini yeterli düzeyde sağlamaları ile bebeklerine bağlanmalarını etkilemektedir. Ancak doğum öncesi dönemde sağlanan bakım ile prenatal bağlanma arasında ilişki bulunmamıştır. Elde edilen bu bulgular doğrultusunda; kültürel özelliklerin, gebelerin eğitim durumları, gebeliğe hazır oluşları, anneliğe ve bebek sahibi olmaya verilen değer gibi özelliklerin gebelik döneminde yeterli bakım almayı ve prenatal bağlanmayı etkileyebileceği söylenebilir.

Primipar gebelerin PÖİ ile PBE puanı arasında istatistiksel açıdan orta düzeyde anlamlı ilişki saptanırken doğum öncesi dönem optimalite indeksi ile PBE puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Multipar gebelerde ise; PÖİ ve doğum öncesi dönem optimalite indeksi arasında istatistiksel olarak orta düzeyde ilişki varken PÖİ ve doğum öncesi dönem optimalite indeksi ile PBE puanları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Primipar gebeler daha önce doğum deneyimi yaşamamış olmasından dolayı PÖİ ile PBE puanı arasında ilişkiden söz edilirken multipar gebelerin önceki gebeliklerinde yaşadığı her türlü olumlu veya olumsuz deneyimler, PÖİ ve doğum öncesi dönem optimalite indeksi ile PBE puanları arasında ilişkinin olmamasına neden olmuş olabilir.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlarda ilki; çalışmanın niteliği ve kullanılan ölçeklerin kendini bildirim ölçeği olması nedeniyle sonuçlar genellenemez. İkincisi ise veriler Covid-19 pandemisi sırasında toplandığından gebelerin verdiği cevapların ve gebelik izlemlerine ilişkin özelliklerin pandemi koşullarından etkilenmiş olabileceğidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelik döneminde optimalite düzeyi ile anne bebek bağlanması ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin;

- Optimalite indeksinden alınabilecek en yüksek puana yakın bir optimalite indekse sahip olduğu,
- Prenatal bağlanma düzeylerinin iyi olduğu,
- Primiparlarda PÖİ'nin multiparlardan daha yüksek olduğu,
- DÖD ve prenatal bağlanmanın primipar ve multiparlarda benzer olduğu,
- PÖİ arttıkça prenatal bağlanmanın artacağı,
- Doğum öncesi dönem optimalite indeksi ile prenatal bağlanma arasında ilişki olmadığı,
- Primiparlarda PÖİ arttıkça prenatal bağlanmanın artacağı, multiparlarda PÖİ ve DÖD ile prenatal bağlanma arasında ilişki olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Optimal bakımın sağlanmasında en temel unsurun kanıta dayalı uygulamalar olduğu gerçeği yadsınamaz ölçüdedir. Kanıta dayalı uygulamaların kullanımının yaygınlaşması gebe ve bebeğinin prenatal dönemde bağlarının güçlenmesine olanak sağlayacaktır. Kanıta dayalı uygulamaların kullanılabilirliğinin artırılması için sağlık personellerine gerekli hizmet içi eğitimlerinin verilmesi, bu konuda teşviklerin gerçekleştirilmesi ve multidisipliner ortamın oluşturulması sağlanmalıdır.

Gebelerin optimal şekilde gebelik sürecini geçirebilmelerinde hospitalizasyonun ve medikalizasyonun en aza indirilmesi esas alınmalıdır. Primipar ve multipar gebelerin optimalite indeksinin doğum sonrası dönemde anne bebek bağlanmasının etkilerini inceleyen çalışmaların yürütülmesi,

Gebelere uygulanan bakımın ebe destekli olması ve mümkün olduğunca her gebeye aynı bir ebe bakım verecek şekilde politikaların geliştirilmesi, gebelik döneminde optimalite düzeyi ile anne bebek bağlanması ilişkisini değerlendiren kapsamlı çalışmaların yürütülmesi ve bu tür çalışmalara öncülük edilmesi,

Özellikle göçmen gruplar ve farklı kültürlerde optimalite düzeyi ve prenatal bağlanma ilişkisinin karşılaştırıldığı çalışmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- ACOG (2014). Multifetal gestations: twin, triplet, and high-order multifetal pregnancies. *ACOG Practice Bulletin No 144. Obstet Gynecol*, 123,1118-28.
- Ainsworth, S.M.D. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34 (10), 932-937
- Ak, P. S., Vardar, O., Özkan, S. (2018). Anne Dostu Hastanelerin Yaygınlaşması Türkiye İçin Neden Önemlidir?. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 25-29.
- Akça, E., Sürücü, Ş. G. & Akbaş, M. (2018). Obstetrik Ultrason Kullanımının Tarihçesine İlişkin Bir Değerlendirme ve Ebenin Rolü. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 8 (1), 47-53.
- Aktepe T., Büyükkayacı Duman N. (2020). Preterm Doğum Riski Olan Gebeliklerin Yönetiminde Kanıta Dayı Yaklaşımlar. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 17(1)
- 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.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2016). Guideline on perinatal and infant oral health care. *Pediatr Dent*, 38(5), 54-58.
- Ardalan, M., Burwick R., Kjos, S. (2009). 619: Kapsamlı Perinatal Hizmetler Programı (CPSP) yoksul, hamile bir popülasyonda aşırı kilolu ve obez kadınları tespit ediyor mu ve beslenme müdahalesi annenin aşırı kilo alımını azaltıyor mu? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(6), 227.
- Arland L.C, Hendricks-Ferguson V.L, Pearson J, et al. (2013). Beyin tümörlerinden ölen pediatrik hastalar için evde standartlaştırılmış bir yaşam sonu tedavi programının geliştirilmesi. *Journal Spec Pediatr Nurse*, 18, 144- 57.
- Arslan, S., Okcu, G., Coşkun, A., Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192.

- Aslan, Y. (2019). *Gebelik öncesi uygulanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve gebelik döneminde uygulanan sağlık uygulamaları arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
- Badem, A. (2015). *Kadınların Prenatal Dönemde Bebeklerine Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Bastarcan Ç, Hotun Şahin N. (2022). Perinatal Bakım Uygulamalarında Optimalite Yaklaşımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(2), 219-226.
- Başar, F., Çiçek, S. (2018). Annelerin yeterli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 2574-2596.
- Başgöl Ş, Oskay Ü. (2012). Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences*, 9(2), 1524-1534.
- Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2014). Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesinde Anne Dostu Hastane Modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2), 125-129.
- Bayram, G.O., Şahin, N.H. (2010). Childbirth education models and current approaches/Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7 (3). 36+
- Bayram, G.O., Şahin, N.H. (2010). Doğum eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar/Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7 (3), 36+.
- Bekmezci, H. (2015). *Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma ile İlişkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Berghella, V. (2009). Obstetric evidence based guidelines. Gezer, A., Güralp, O. (Eds). *Doğum Bilgisi Kanıta Dayalı Klinik Kılavuzlar*, Medikal Yayıncılık, İstanbul, s. 6-7.
- Bilgin, Z., Alpar, Ş. (2018). Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi (HSP)*, 5(1), 6-15
- Biver, L., Erikson, E. (2019, Ocak). *Evsiz Prenatal Programının Sağlıklı Beslenme Girişimi Emzirme Oranlarının Bir Program Değerlendirmesi*. George Washington Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Poster Sunumları, Washington

- Bowker, S. L., Savu, A., Lam, N. K., Johnson, J. A., & Kaul, P. (2017). Validation of administrative data case definitions for gestational diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 34(1), 51-55.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. In *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect, *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 578-751.
- Bradford, D., Pam, T. (2001). Perinatal care regionalization and low birth weight infant mortality rates in Alaska. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(3), 623-628. doi: 10.1067/mob.2001.1176 63
- Bretherton, I. (1992). Bağlanma teorisinin kökenleri: John Bowlby ve Mary Ainsworth. *Gelişimsel Psikoloji*, 28(5), 759-775.
- Bucak, F. K., Nebioğlu, M. (2021). Gebe Kadınların Doğurganlık Özellikleri Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı. *Euroasia Journal Of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences*, 8(14), 15-23.
- Büyükkal, T. (2019). *Doğum Şeklinin Optimalite Düzeyine ve Konfora Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Can, H. Ö. (2015). Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 40-47.
- Conte, T., Mitton, C., Trenaman, LM, Chavoshi, N., & Siden, H. (2015). Pediatrik palyatif bakım programlarının, yaşamı tehdit eden koşullara sahip çocuklar arasında sağlık hizmetleri kaynak kullanımı ve maliyetleri üzerindeki etkisi: karşılaştırmalı çalışmaların sistematik bir incelemesi. *Kanada Tabipler Birliği Açık Erişim Dergisi*, 3,1, E68-E75.
- Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4(3), 181-184.
- Çaparlar, C. Ö., Dönmez, A. (2016). Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılır. *Turk Journal Anaesthesiol Reanim*, 44(4), 212-8.

- Çatak, B., Öner, C., Oğuz, İ., Gülay, M., Özbek, R., Baştürk, S. (2014). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 63-69.
- Çataloluk, A., Kahraman, A., Alparslan, Ö. (2021). Türkiye’de Anne/Baba-Bebek Bağlanmasını Belirlemeye Yönelik Kullanılan Ölçekleri İnceleme. *Pediatric Practice and Research*, 9(1), 11-17.
- Çifçi, A. (2019). *Bir Üniversite Hastanesinde Verilen Perinatal Bakım Uygulamalarının ve Annelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çilesiz, E. (2021). *Postpartum Dönemdeki Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Tokat.
- Dayı, T., Pekcan, G. (2019). Gebelerde folik asit desteği ve güncel yaklaşımlar. *Food and Health*, 5(2), 128-138.
- Demir Yıldırım, A., ve Oskay, Ü. (2020). Dünyada ve Türkiye’de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 45-52.
- Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe’ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2).
- Dewart, T., Zaengle, D. (2000). The Door’s perinatal program for pregnant and parenting teens. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), 39–46.
- Durusoy, R., Davas, A., Ergin, I., Hassoy, H. & Aksu Tanık, F. (2011). İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Turkish Journal of Public Health*, 9 (1), 1-15. DOI: 10.20518/tjph.173051
- Düssel V, Kreichbergs U, Hilden J.M, et al. (2009). Çocukların öldüğü yerin ötesine bakmak: Bir çocuğun ölüm yerini planlamanın belirleyicileri ve etkileri. *Journal Ağrı Belirti Yönetimi*, 37, 33-43.
- Elkin, N. (2015). Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(6), 230-237.

- Esawi, A., 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.
- Ferketich, L.S. & Mercer, R.T. (1990). Predictors of Parental Attachment During Early Parenthood. *Journal of Advanced Nursing*. 15, 268–280.
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., ... & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 28.
- Fullerton, J. T., Low, L. K., Shaw-Battista, J., ve Murphy, P. A. (2011). Measurement of perinatal outcomes: a decade of experience and a future vision for the Optimality Index-US. *International Journal of Childbirth*, 1(3), 171-178.
- Gel, Ö. (2018). *Gebelerde Demir Eksikliği Anemisi Sıklığı, İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Anemi Konusundaki Bilgi Düzeyleri Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
- George D., Mallery M. (2010). SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed) Pearson, Boston.
- Gökdoğan Keleş, M. Altınkaya, S.Ö. (2022, Mayıs 9-10). Doğum Eyleminde İndüksiyon Teknikleri [Sözel Bildiri]. 1.Uluslararası 1.Ulusal Sivas Ebelik Kongresi, Sivas, Türkiye.
- Gregory, K. D., Fridman, M., Shah, S., ve Korst, L. M. (2009). Global measures of quality and patient safety-related childbirth outcomes: Should we monitor adverse or ideal rates?. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 200(6), 681.e1-681.e7.
- Günay, P. (2015). *Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanma Düzeyi ile İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi*. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Günaydın, S. (2015). Gebe Eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1 (1), 68-76.
- Hicks, L.M., Dayton, C.J., Brown, S., Muzik, M., Raveau, H. (2018). Mindfulness moderates depression and quality of prenatal attachment in expectant parents. *Mindfulness*, 9(5), 1604-1614.

- Hotelling, B.A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. *Journal Perinat Education*, 16(2), 38-43.
- Höbek Akarsu, R., Tuncay, B., Yüzer Alsaç, S. (2017). Anne-Bebek Bağlanması Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4), 275-279.
- Hwang, K., Asif, T.B., Lee, T. (2022). Sağlık tesisi yerleşim sorunu için seçime dayalı konum tahsis modeli. *Esnek Hizmetler ve İmalat Dergisi*, <https://doi.org/10.1007/s10696-021-09441-8>
- Jackson, J.T., Quinonez. R.B., Kerns. A.K., Chuang, A., Eidson, R.S., Boggess, K.A., Weintraub, J.A. (2015). Implementing a prenatal oral health program through interprofessional collaboration. *Journal of Dental Education*, 79 (3), 241-248.
- Jang, H. ve Lee, T. (2015). Kademeli kapsama sahip sorunları kapsamak için talep noktası toplama yöntemi. *Bilgisayarlar ve Yöneyim Araştırması*, 60, 1-13.
- Karakaş NM, Şahin Dağlı F. (2019). The importance of attachment in infant and influencing factors. *Türk Pediatri Arşivi*, 54(2), 76-81
- Karakoç, H., Özerdoğan, N. (2018). Acil obstetrik bakım ekibi içerisinde ebe. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 162-166.
- Karakulak, H. A., Alparslan, Ö. (2016). Anne-bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması: Aydın örneği. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(3), 188-199.
- Karaşın Batuhan, F. (2021). *Gebelikte Beden İmajı Algısı ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki*. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Kavlak, O. (2004). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması. Yayınlanmış Doktora Tezi. İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 16-22.
- Kavlak, O., Şirin, A. (2007). Anne ve Babaya Ait Bağlanma ve Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23(2), 183-194.
- Keler, H. (2008). *Liseli Ergenlerin Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kennedy, H. P. (2006). A concept analysis of optimality in perinatal health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), 763-769.

- Kennell, J.H., Klaus, M.H. (1984). Mother-infant bonding: Weighing the evidence, *Developmental Review*, 4, (3), 275-282.
- Kennell, J.H., Slyter, H., Klaus, M.H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *The New England Journal of Medicine*, 283(7), 344-349.
- Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., & Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321-342.
- Kıssal, A., Kartal, B. (2019). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım içeriğinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 35-41.
- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 61-69.
- Kornelsen, J., Stoll, K., Grzybowski S. (2011). Kırsal kesimde doğum yapan kadınlar için doğum hizmetlerine erişim eksikliği ile ilişkili stres ve kaygı, *Avustralya Kırsal Sağlık Dergisi*, 19(1), 9-14.
- Kürklü, N. S., Ayaz, A. (2015). D Vitamini ve gestasyonel diyabet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 454-467.
- Lang, C. (2018). Bağlanma, doğum öncesi ve sonrası dönemde bağlanmanın güçlendirilmesi. Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
- Lothian, J.A. (2007). Discussion: The Coalition for Improving Maternity Services. *Journal Perinat Education*, 16(1), 89-92.
- Mazurek, MB., Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence based practice in nursing & healthcare a guide to best practice second edition. London; Wolters Kluwer, 4-5.
- Merih, Y. D., Potur, D. C., & Esencan, T. Y. (2017). Doğum sonu kliniklerinde çalışan ebe ve hemşireler kanıta dayalı uygulamaların neresinde. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(4), 8-14.
- Mestanlı, Ö. (2019). *Anne Dostu Hastane Uygulaması ve Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Korkusu ve Konforu ile İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

- Mete S. (2014). Gebelikte Yapılması Gereken Testler ve İzlemler. Okumuş H, Mete, S., (Ed.), *Anne Babalar için Doğuma Hazırlık Sağlık Profesyonelleri için Rehber* içinde ss. (32-35). İstanbul: Deomed.
- Milne, J.K. ve Lalonde, A.B. (2007). Kadın sağlığı hizmetlerinde hasta güvenliği: profesyonel kolejler bir fark yaratabilir. Kanada Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği MOREOB programı. *En İyi Uygulama ve Araştırma Klinik Obstetrik ve Jinekoloji*, 21 (4), 565-579.
- Milne, J.K., Walker, D.E. ve Vlahaki, D. (2013). Kanada MOREOB obstetrik risk yönetimi programı üzerine düşünceler. *En İyi Uygulama ve Araştırma Klinik Obstetrik ve Jinekoloji*, 27 (4), 563-569.
- Muller, M. E. (1990). The development and testing of the Müller Prenatal Attachment Inventory. (Doctoral dissertation, University of California, San Francisco, 1989).
- Muller, M.E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western of Journal Nurse Research*, 15(2), 199–215.
- Murphy, P. A., ve Fullerton, J. T. (2001). Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 46(5), 274–284.
- Murphy, P. A., ve Fullerton, J. T. (2006). Development of the optimality index as a new approach to evaluating outcomes of maternity care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(6), 770–778.
- Nacar, E., Gökkaya, F. (2019). Bağlanma ve Maternal Bağlanma Konusunda Bir Derleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(1), 50-56. doi: 10.35365/ctjpp.19.1.06
- Ovrebø, B., Ryan, M., Jackson, K., Hutchinson, K. (1994). Evsiz Doğum Öncesi Programı: Evsiz Hamile Kadınları Güçlendirmek İçin Bir Model. *Sağlık Eğitimi ve Davranışı*, 21 (2), 187–198. <https://doi.org/10.1177/109019819402100205>
- Özkan, H. A., Arık, B., Keleş, A. (2021, Haziran 14-15-16). *Anne-Bebek Bağlanmasında Covid-19 Yansımaları*. Dünyada ve Ülkemizde Covid-19 Pandemisinin Hemşireliğe ve Hemşirelik Vizyonuna Etkileri, İstanbul, Türkiye.
- Öztürk, B. (2019). *Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Durumluk Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas

- Potur, D., Doğan Merih, Y., Demirci, N., (2020). Evaluation of Factors Affecting Prenatal Attachment In Primipara and Multipara Women. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(1), 132-140
- Prechtl, H. F. (1980). The optimality concept. *Early Human Development*, 4(3), 201.
- Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 1(5), 367-376.
- Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği. (2022, 12 Ağustos). Resmî Gazete, (Sayı: 31921). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/08/20220812-9.htm>
- Sheridan M, Sandall J. (2010). Measuring the best outcome fort he least intervention: can the optimality index-us be applied in the UK, *Midwifery*. 26, E9-E15.
- Shulman HB, D'Angelo DV, Harrison L, Smith RA, Warner L. (2018). The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): Overview of Design and Methodology. *American of Journal Public Health*. Oct, 108(10), 1305-1313.
- Siddiqui, A., Hägglöf, B., Eisemann, M. (2000). Own Memories Of Upbringing As A Determinant Of Prenatal Attachment İn Expectant Women. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 18, 67–74.
- Soysal AS, Bodur S, İşeri E, Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(2):88-99
- Sten J. (2017). *Feasibility of the OI-FI to measure the process and outcome of the finnish maternity care: a comparison between Finns and migrant women of Russian, Kurdish, and Somali origin*. Master's Thesis. University of Tampere Faculty Of Social Sciences.
- Şahin, N. H., ve Yılmaz, S. (2007, Haziran 20-22). *Perinatal bakımda optimalite* [Bildiri]. 1. Ulusal Ebelik Kongresi-EBKO 2007, İstanbul.
- Şencan, İ., Üstün, Y. E., Sanisoğlu, S., Özcan, A., Karaahmetoğlu, S., Keskin, H. L., ... & Keskinçilic, B. (2016). 2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümlerinin Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2), 45-47.
- Şimşek, A.Ç., Çakmak, D. (2019). Ülkemizde yürürlükte olan kadın sağlığını koruma politikaları mevzuatı. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 45-50.

- Şimşek, H., Karaağaç, Y., Tunçer, E., & Yardımcı, H. (2021). Gebelikte Folik Asit, B12 Vitamini, D Vitamini ve İyot Destekleri Kullanımı Gerekli Midir? Riskler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16 (3), 439-447.
- T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2011). Gebelere D Vitamini Destek programı (Yayın No: 2011/34) Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Anne-Dostu Doğum Hastaneleri.. <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/.../803-anne-dostu-hastane-programi.html>. Adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, (2014). Riskli gebelikler yönetim rehberi (Yayın No:926) Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2010). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (Yayın No: 925). Ankara. <https://erzurumism.saglik.gov.tr/Eklenti/58251/0/dogumsonubakim08-01-20191pdf.pdf> adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. 2014. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (Yayın No: 924). Ankara:.. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> adresinden erişildi.
- TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2007). Türkiye Üreme Sağlığı Programı No: 3-A. Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara, s. 3-130. ISBN 978-975-590-211-1.
- Teskereci, G., Ünal, A., Özbek, N., Koçak, B. (2021). Prenatal Bağlanmayı Destekleyici Bakım Uygulamaları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 805-819 doi: 10.18863/pgy.883104
- Thompson, S.M., Nieuwenhuijze, M.J., Budé, L., Vries, R., Low, L.K. (2018). Optimallik İndeksi Oluşturma – Hollanda: bir doğrulama çalışması, *BMC Pregnancy and childbirth*, 18(100). doi: 10.1186/s12884-018-1735-z
- Tirkeş, D. (2012). *Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Sivas.

- Tonkuş, M.B., Muslu, S.N. (2021). Maternal Bağlanma ve İlişkili Faktörler. *Journal of Medical Sciences*, 2(2), 32-40.
- Tozar, K.N., Almaz, M.E. (2021). Hamilelikte ve Yeni Doğan Çocuklarda Ağız Dış Sağlığı. *Dental and Medical Journal-Review*, 3 (1), 55-67.
- Türk Dil Kurumu [TDK], (2019). Türk Dil Kurumu Sözlükleri, 2022. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Türk, B.Ö. (2022). *Planlı ve Plansız Gebeliklerde Doğum Sonuçlarının ve Anne Bebek Bağlanmasının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Vural, T., Özcan, A., & Sancı, M. (2016). Güncel bilgiler ışığında gebelikte demir eksikliği anemisi: Demir desteği kime? Ne zaman? Ne kadar?. *Van Tıp Dergisi*, 23(4), 369-376.
- Wiegers, T. A., Keirse, M. J., Berghs, G. A., ve Van der Zee, J. (1996). An approach to measuring quality of midwifery care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(3), 319-325.
- World Health Organization (2016b). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO], (2016a). World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positivepregnancyexperience/en/ adresinden erişildi.
- World Health Organization. (1997). Care in normal birth: report of a technical working group (Rapor No: WHO/FRH/MSM/96.24). http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf adresinden erişildi.
- Yarar, O. & Bağcıoğlu, B. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Ürün Çeşitlendirme Politikaları ve Sosyal Projeler Anne Oteli ve Misafir Anne Projesi. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 35-39.
- Yılmaz, S.D. (2013). "Prenatal anne-bebek bağlanması". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 10(3), 28-33.
- Yılmaz, S.D., Beji, N.K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20, 99- 108.

- Yücel Ç, Taşkın L, Low LK. (2015). Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. *Midwifery*, 31(12), 1135-1142.
- Yücel, Ç. (2012). *Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesinde Kullanılan Optimalite İndeksi-United States (Us)'In Türkçe'ye Uyarlanması*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

