

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ERKEN DOĞUM TEHDİDİ OLAN VE OLMAYAN GEBELERİN
GEBELİĞE UYUM VE PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYLERİ**

TUĞBA ÖZKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜY. SEYHAN ÇANKAYA

KONYA-2022

ONAY SAYFASI



ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimimin ve tez sürecimin her aşamasında katkısını esirgemeyen çok değerli hocam Dr. Öğr. Üy. Seyhan ÇANKAYA'ya ile şuan çalışmakta olduğum Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı kliniğinde yatmakta olan erken doğum tehdidi sorunuyla karşı karşıya olan gebelerin ve aynı zamanda sağlıklı gebelerin gebeliklerine olan uyumlarını ve prenatal bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla bu çalışmayı yürütmeye karar verdik. Çalışmaya dahil etmeyi planladığımız kadınların gebelikleri boyunca karşılaştıkları güçlükleri, deneyimleri, duygu ve düşüncelerini en iyi şekilde ifade edebilmeleri için “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” ve “Prenatal Bağlanma Envanteri”nden yararlandık. Bu çalışmada, gebelerin uyum ve bağlanma düzeylerinin belirlenmesi, verilen sağlık ve bakım hizmetinin etkinliği ve verimliliği açısından yarar sağlanması, gelecekte yapılacak olan bilimsel çalışmalara yol gösterici olması umut edilmektedir.

Lisans ve yüksek lisans eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, özveriyle tecrübelerini aktaran, anlayışıyla yanımda olan, bu süreçte yolumu aydınlatan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üy. Seyhan ÇANKAYA'ya

Araştırma verilerimin toplanmasında bana yardımcı olan değerli gebelere, meslektaşlarıma ve dostlarıma,

Ayrıca beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan maddi manevi en büyük destekçim olan biricik annem Zahide Özkan, değerli babam Salih Özkan, kıymetli kız kardeşim Müşerref Özkan, nişanlım Alper Eren'e ve tüm aile üyelerime,

Sevgi ve saygılarımı sunar, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. EDT Tanımı	3
1.2. EDT Belirti ve Bulguları.....	3
1.3. EDT Tanısı.....	4
1.4. EDT Patofizyolojisi.....	5
1.4.1. Maternal/Fetal Stres Nedeniyle Maternal veya Fetal Hipotalamo- Hipofizer-Adrenal Aksın Erken Aktivasyonu	6
1.4.2. Enfeksiyon/inflamasyon	6
1.4.3. Dekolman/Desidual Kanama	7
1.4.4. Uterusta Mekanik Gerilme.....	8
1.5. EDT Sıklığı	9
1.6. EDT Etyoloji ve Risk Faktörleri	11
1.6.1. Risk Faktörleri	11
1.7. EDT’de Tedavi.....	13
1.7.1. Yatak İstirahati.....	14
1.7.2. Hidrasyon.....	14
1.7.3. Antibiyotik Tedavisi	15
1.7.4. Kortikosteroid Tedavisi	16
1.7.5. Tokoliz	16
1.8. EDT’de Gebeliğe Uyum	17
1.9.Bağlanma Kuramı ve Prenatal Bağlanma	20
1.10. Prenatal Bağlanma ile İlişkili Faktörler	22
1.11. EDT’de Prenatal Bağlanma.....	24
1.12. EDT’de Ebenin Rolü.....	25

1.13. Araştırma Soruları	26
2. GEREÇ VE YÖNTEM	26
2.1. Araştırmanın Türü	26
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	26
2.3. Araştırmanın Evreni	27
2.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi	27
2.5. Araştırmanın Örnek Seçimi	27
2.5.1. EDT Tanısı Olan Gebelerin Dâhil Edilme Kriterleri.....	27
2.5.2. EDT Tanısı Olan Gebelerin Dahil Edilmeme Kriterleri	28
2.5.3. EDT Tanısı Olmayan Gebelerin Dâhil Edilme Kriterleri	28
2.5.4. EDT Tanısı Olmayan Gebelerin Dâhil Edilmeme Kriterleri	28
2.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	28
2.6.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Kişisel Bilgi Formu	29
2.6.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)	29
2.6.3. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE).....	30
2.7. Verilerin Toplanması	30
2.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	31
2.8.1. Bağımlı Değişkenler;	31
2.8.2. Bağımsız Değişkenler;	31
2.9. Araştırmanın Etiği	31
2.10. Verilerin değerlendirilmesi (İstatistiksel Analiz).....	31
2.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	32
3. BULGULAR	32
3.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	32
3.2. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması	33
3.3. Gebelerin Erken Doğum Tehdidine İlişkin Özellikleri	36
3.4. EDT'nin PKDÖ ve PBE Puanlarına Etkisi	37
4. TARTIŞMA	39
4.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması.....	39
4.2. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Tartışılması.....	41

4.3. EDT Olan ve Olmayan gebelerin PKDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	43
4.4. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin PBE Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	46
5. SONUÇ	49
6. ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR	53
8.EKLER	65
8.1. Ek-A: EDT Olan Gebelerin Kişisel Bilgi Formu	65
8.2. Ek-B: EDT Olmayan Gebelerin Kişisel Bilgi Formu	68
8.3.EK-D: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu.....	70
8.4. EK-C: Prenatal Bağlanma Envanteri	73
8.5. EK-E: EDT Olmayan Gebelerin Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	75
8.6.EK-F: EDT Olan Gebelerin Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	76
8.7. EK-G: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi.....	77
8.8. EK-H: Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi-2019	78
8.9. EK-H: Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi -2022 (Savunma Sırasında Tez Başlığı Değiştigi İçin)	79
8.10. EK- İ: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	80
8.11. EK- I: Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni	81
9. TURNİTİN RAPORU	82
10. ÖZGEÇMİŞ	83

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	32
Tablo 3.2.1. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1.....	34
Tablo 3.2.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması-2.....	35
Tablo 3.3.1. EDT Olan Gebelerin Özellikleri (n=250)	37
Tablo 3.4.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin PBE ve PKDÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 500).....	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. EDT Mekanizması.	8
Şekil 2. 2010 yılında erken doğum oranlarının tahmini ve sıralamaya göre erken doğum oranlarının %15'in üzerinde olduğu 11 ülke.	10
Şekil 3. 2010 yılındaki tahmini erken doğum sayısı ve sıralamaya göre dünyadaki erken doğumların %60'ını oluşturan 10 ülke.	11
Şekil 4. Erken doğum tehdidine uyum sağlama modeli: Durumu ele alma stratejileri	19

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
DHEA-s	: Dehidroepiandrosteron sülfat
EDT	: Erken Doğum Tehdidi
HPA	: Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Aks
LPS	: Lipopolisakkaritler
PBE	: Prenatal Bağlanma Envanteri
PGF2a	: Prostaglandin F2 Alfa
PKDÖ	: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

ÖZET
ERKEN DOĞUM TEHDİDİ OLAN VE OLMAYAN GEBELERİN
GEBELİĞE UYUM VE PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYLERİ

Tuğba Özkan
Dr. Öğr. Üy. Seyhan Çankaya
Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi
Konya-2022

Bu araştırma, erken doğum tehdidi (EDT) olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran 20-37 haftalar arasında EDT tanısı olan ve olmayan 500 gebe oluşturmaktadır. Veriler, gebelerin veri toplama formu, Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Skewness (-.53 ile 1.53 arası) ve Kurtosis (-.89 ile 1.26 arası), Pearson ki-kare testi, Yates düzeltilmeli Ki-kare testi, Fisher kesin testi, bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

EDT olan ve olmayan gebeler sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında benzer olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda EDT olan gebelerin PKDÖ puan ortalaması $142,62 \pm 22,14$ olup, EDT olmayan gebelerin $138,84 \pm 22,53$ bulunmuştur. EDT olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının EDT olmayanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$). EDT olan gebelerin PKDÖ alt boyutlarından, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve doğuma hazır oluş alt boyut puan ortalamalarının çok ileri düzeyde anlamlı olarak ($p < .001$), doğum korkusu alt boyut puan ortalamasının ileri düzeyde anlamlı olarak ($p < .01$) EDT olmayan gebelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. EDT olan ve olmayan gebelerin PKDÖ annelik rolünün kabulü alt boyut puan ortalamasının EDT olmayanlara göre düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$). Araştırmamızda EDT olan gebelerin PBE puan ortalaması $64,27 \pm 8,68$ iken EDT olmayan gebelerin puan ortalaması $63,26 \pm 9,18$ olarak bulunmuştur. EDT olan ve olmayan gebelerin PBE puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Çalışma sonucunda EDT olan gebelerin, EDT olmayan gebelere göre PKDÖ alt boyutlarından doğum korkusu, doğuma hazır oluş ve kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt boyut uyum düzeyinin düşük, annelik rolü alt boyutu uyum düzeyleri ise yüksek bulunmuştur. EDT olan ve olmayan gebelerde ise prenatal bağlanma arasında fark bulunmamıştır. Ebeler tüm gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma durumlarını değerlendirmeli, gebeyi prenatal süreçte gözlemlemeli ve gebenin destek ihtiyaçlarını belirleyip, ihtiyaçlara yönelik destek ve eğitim sağlamalı, bütüncül bir yaklaşım göstermelidir.

Anahtar Kelimeler: Erken doğum tehdidi, ebelik bakımı, gebelik uyumu, prenatal bağlanma

ABSTRACT
PREGNANCY ADAPTATION AND PRENATAL ATTACHMENT LEVELS
OF PREGNANT WOMEN AT THREAT OF PRE-TERM BIRTH AND
THOSE NOT AT THREAT OF PRE-TERM BIRTH

Tuğba Özkan
Instructor Dr. Seyhan Çankaya
Department of Midwifery
Master's Thesis
Konya-2022

This descriptive-comparative study aimed to determine the adjustment to pregnancy and prenatal attachment levels of pregnant women at threat of preterm birth (TPB) and those without. The sample of the study consists of 500 pregnant women with and without TPB at 20-37 weeks of gestational age presented to Meram Medical Faculty Hospital, Konya Necmettin Erbakan University. Data were collected using a data collection form, the Prenatal Attachment Inventory (PAI), and the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSEQ). In statistical analysis, number, percentage, mean and standard deviation, Skewness and Kurtosis, Pearson Chi-square test, Yates corrected Chi-square test, Fisher exact test, and independent groups t-test were used.

In terms of sociodemographic characteristics, they were similar. The mean PSEQ score of the pregnant women with TPB was 142.62 ± 22.14 , which was 138.84 ± 22.53 in those without TPB. Mean (PSEQ) score of pregnant women with TPB was higher than those without TPB, albeit not significant ($p > .05$). In pregnant women with TPB, "thoughts about their own and their baby's health" and "being ready for birth" PSEQ sub-dimension score averages were very significantly higher ($p < .001$), and the "fear of childbirth" sub-dimension score average was significantly higher ($p < .01$) than those without TPB. Mean PSEQ "acceptance of the maternal role" sub-dimension score of pregnant women with TPB was significantly lower compared to those without TPB ($p < .001$). Mean PAI score of the pregnant women with TPB was 64.27 ± 8.68 , while the mean score of the pregnant women without TPB was 63.26 ± 9.18 . There was no significant difference between the mean TPB score of pregnant women with and without TPB ($p > .05$).

PSEQ sub-dimensions of "fear of childbirth", "readiness for childbirth" and "thoughts about self and her baby's health" sub-dimensions of the PSEQ in pregnant women with TPB were lower compared to those without TPB, and maternal role sub-dimension compliance levels were higher. There was no difference between prenatal attachment in pregnant women with and without RPB. Midwives should evaluate the adaptation to pregnancy and prenatal attachment status of all pregnant women, observe the pregnant women during the prenatal period, determine their support needs, provide support and education for the needs, and show a holistic approach.

Keywords: Premature birth threat, pregnancy adjustment, prenatal attachment, midwifery care

1. GİRİŞ

Erken doğum eylemi, Dünya Sağlık Örgütüne göre gebeliğin 37. haftasını tamamlamadan canlı doğum ile sonuçlanması olarak tanımlanır (WHO 2018). Erken doğum, yenidoğan mortalitesinin ana nedeni olup ve prenatal dönemde hastane yatışlarının önemli nedenlerindendir (ACOG 2016). Dünyada 15 milyona yakın erken doğumun gerçekleştiği tahmin edilmektedir ve bu sayı her geçen gün artmaktadır. Hemen hemen her 10 gebelikten biri erken doğum ile sonuçlanmaktadır. Erken doğum komplikasyonları nedeniyle her yıl yaklaşık 1 milyon bebek ölmektedir. World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü, (DSÖ)), 184 ülkede ki verilere göre erken doğum eyleminin %5 ile 18 arasında değiştiğini bildirmektedir (WHO 2018). Bu verilere göre erken doğumların %60'tan daha fazlası Afrika ve Güney Asya ülkelerinde gerçekleşmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde erken doğum oranı %9 iken, düşük gelirli ülkelerde bu oran %12'dir. Bu durum erken doğumun küresel bir sorun olduğunu göstermektedir. Ülkemizde ise erken doğum prevalansı ile ilgili araştırmalar sınırlıdır. Ege ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada erken doğum prevalansının %17,3 olduğu belirlenmiştir. Erken doğum, yol açtığı yüksek perinatal mortalite ve morbidite hızlarıyla günümüzde yerini önemle koruyan ciddi bir obstetrik sorundur. Erken doğumun neonatal mortalitenin üzerinde önemli bir risk faktörü olması, gebenin gebeliğine uyumunu ve prenatal bağlanmasını etkileyebilir (Pisoni ve ark 2016, Baltacı ve Başer 2020, Pehlivanoglu Çelik ve Ergüneri 2020).

Uyum, bireyin iç ve dış çevresinde meydana gelen herhangi bir değişikliğe karşı bireysel bütünlüğünü koruma ya da denge kurma amacıyla fiziksel ve davranışsal olarak verdiği tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Gençöz 1998, Beydağ ve Mete 2008, Townsend ve Morgan 2017). Gebelik, fizyolojik bir dönem olmasına karşın gebe ve ailesinin biyopsikososyal uyumunu gerektiren bir süreçtir. Aynı zamanda gebelik kadının fizyolojik ve psikososyal dengesinde bozulmaya, aile ve iş yaşantısında ki rollerinde değişikliklere yol açabilir, gebeliğe uyum problemlerine sebep olabilir ve bu durumlar gebenin yaşamında kriz olarak kendisini gösterebilir. Gebeliklerinde riskli bir durum yaşamayan kadınlar gebelik sürecine kolay uyum sağlayabilirken, kendisinde veya bebeğinin sağlığında ortaya çıkabilecek risk durumunda kriz daha da artış gösterebilir (Coşkun 2008, Lederman ve Weis 2009). Erken doğum tehdidi (EDT) yaşayan kadınlarda hastaneye yatış, evden ve aileden ayrılma, duygusal anlamda rahatsız hissetme, aile yaşamındaki değişimler, kendi ve fetüsün

sağlığına ilişkin endişeler ve bakım koşulları kadının gebelikteki gelişimsel görevlerini yerine getirememesine neden olmakta, gebeliğe ve anneliğe uyumu zorlaştırmaktadır (Emine ve Şirin 2013, Gökbaraz 2019). Nakamura ve ark (2011) tarafından EDT nedeniyle hastaneye yatırılan gebelerin düşük riskli gebelere göre gebeliğin kabulü ve doğuma hazır oluş alt boyutlarında daha az uyumlu, eş ile ilişki ve annelik rolünün kabulü alt boyutlarında daha uyumlu hissettikleri belirlenmiştir. Aynı zamanda EDT'nin umutsuzluğa yol açtığı ve kadınlarda gebeliğe uyum sürecini zorlaştırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Celik ve ark 2013, Yu ve ark 2013). EDT yaşayan gebelerin sağlıklı gebelere göre psikososyal uyumlarının daha düşük olduğu ve bu gebelerin daha yüksek kaygı ve stres yaşadıkları bildirilmiştir (Emine ve Şirin 2013, Gümüşdaş ve ark 2014).

Prenatal bağlanma, gebe ile bebeği arasında duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak kurulan duygusal bağı tanımlayan bir terimdir (Salisbury ve ark 2003, McFarland ve ark 2011). Gebelikte yaşanabilecek fiziksel ve psikolojik değişiklikler anne-bebek arasında kurulan bağlanmayı geciktirerek olumsuz etkileyebilmektedir. Yüksek riskli gebeliklerde riskin varlığı gebede anksiyete düzeyini artırmakta, bebeğin yaşamına ve gelişimine yönelik endişe ve korku yaşamasına sebep olmaktadır (Hess ve ark 2004, Yılmaz ve Beji 2013).

Riskli olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlıklarının karşılaştırıldığı bir araştırmada riskli olan gebelerin kaygı ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gümüşdaş ve ark 2014). Erken doğum oldukça streslidir ve anne bebek ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilir. EDT'si olan gebeler korku dolu, savunmasız ve güçsüz hissedebilir, anksiyete ve strese girerek gebeliğin devamı ve bebeğinin hayati tehlikesi konusunda kendilerini suçlayabilirler (Pisoni ve ark 2014). EDT'ye bağlı olarak hastaneye yatış, yalnız kalma, aileden uzak kalma gibi birçok stresli durum bağlanmayı olumsuz etkileyebilmektedir (Çoban ve Saruhan 2005, Özkan ve Polat 2011, Öztürk ve Saruhan 2013). EDT yaşayan gebelerin, EDT olmayan gebelere göre fetüslerine daha az bağlandıkları, daha fazla kaygı ve depresyon yaşadıkları bildirilmiştir (Pisoni ve ark 2016). Yüksek riskli gebeliklerde prenatal bağlanmanın güvenli bir biçimde kurulması güçleşebilmektedir. Bu sebeple daha iyi bir şekilde takip edilmesi ve prenatal bağlanma düzeyinin tespiti ile ebelik bakımı verilmesi önemlidir (Bakır ve ark 2014).

EDT nedeniyle yatak istirahatına alınan gebelerin bakım ihtiyaçlarının tespit edilmesi, mevcut sorunların zamanında karşılanması prenatal bağlanma için önemlidir. Yetersiz bağlanma riski taşıyan gebelere anneliğe geçiş ve doğuma hazırlık için uygun ebelik

girişimleri planlanarak ve eğitimler verilerek gebelerin prenatal bağlanmasını negatif yönde etkileyebilecek durumların ortadan kaldırılmasında destek olunabilir ve gebenin gebeliğe uyumu arttırılabilir (Coşkun 2008, Çiçek ve Mete 2015, Taşkın 2017).

EDT olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma durumunu karşılaştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu yüzden bu araştırmada EDT'si olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen verilerin bu yönüyle literatüre katkı yapması beklenmektedir.

1.1. EDT Tanımı

EDT, kontraksiyonların varlığında servikal değişikliğin olmamasıdır (Creasy 1994, Altay ve ark 2020). Erken doğum eylemi ise gebeliğin 20. ve 37. haftaları arasında, servikte silinme ve dilatasyona yol açacak kuvvet ve sıklıkta uterin kontraksiyonların başlaması olarak tanımlanır (ACOG 2016, Liu ve ark 2016, Ville ve Rozenberg 2018, Cunningham ve ark 2021). DSÖ'ne göre gebeliğin 37. gebelik haftasından önce canlı doğum ile sonuçlanması ise erken doğum olarak tanımlanır (WHO 2018). DSÖ erken doğumu gebelik haftasına göre sınıflandırmaktadır. Erken doğum, son derece erken (28 haftadan az), çok erken (28 ile 32 hafta) ve orta-geç (32 ile 37 hafta) olmak üzere üç alt kategoride sınıflandırmaktadır (WHO 2018).

1.2. EDT Belirti ve Bulguları

- Ağrılı veya ağrısız, düzenli veya sık kontraksiyonlar
- Vajinal lekelenme, hafif kanlı akıntı ve sıvı gelmesi
- Akıntı miktarının artması
- Alt abdomen veya pelviste bası hissi
- Mentrüasyon benzeri kramplar (diyareli veya diyaresiz)
- Sırtın alt kısımlarında hissedilen künt ağrı
- Uyluğa vuran ağrı
- Sık idrar çıkma
- Diyare
- Bebeğin toplandığını hissetmek

- Membranların rüptürü (damla damla sızıntıdan fişkirır tarzda değişen şekilde amniyon sıvının gelmesi) (Copper ve ark 1990, Weismiller 1999, Herbst ve Nilsson 2006, Ayhan ve ark 2008, Cunningham ve ark 2014, Di Renzo ve ark 2017, Jacobsson 2019, Griggs ve ark 2020).

Erken doğum belirti ve bulguları olan 763 gebe ile yapılan bir araştırmada %18'i 37.haftadan önce doğum yaparken, %3'ünün ise iki haftalık bir süre içinde doğumu gerçekleştirmiştir (ACOG 2016).

1.3. EDT Tanısı

Semptomatik kadınlarda EDT tanısının doğruluğunu artırmak ve erken tanı için iki yöntem önerilmiştir (Di Renzo ve ark 2017).

- Transvajinal ultrason servikal uzunluk ölçümü
- Servikal-vajinal sekresyonlarda fetal fibronektin ölçümü.

Transvajinal ultrason, servikal uzunluğun belirlenerek erken doğumun öngörülmesini sağlar. Serviks kısalıdıkça erken doğum ihtimalide de o kadar artmaktadır. Serviks < 20 mm ise erken doğum eylemi olarak kabul edilir. Servikal uzunluğu 20-30 mm arasında olan kadınlarda fetal fibronektin testi önerilmektedir. Ancak bu test ülkemizde yaygın olarak kullanılmamaktadır (Altay ve ark 2020).

Fetal fibronektin, amniyotik sıvıda, membranlarda, plasenta dokusunda ve 18 ile 34. gebelik haftaları arasında servikal ve vajinal sekresyonlarda normalde düşük konsantrasyonlarda bulunan bir glikoproteindir. Tam işlevi net olmamasına rağmen, fetal membranlar ve desidua arasında yapışkan bir yapıştırıcı görevi görüyor gibi görünmektedir. Fetal fibronektinin doğumdan önce membranlara veya plasentaya mekanik ve enfeksiyon kaynaklı hasarlar sebebiyle salındığı varsayılmaktadır. Yüksek yoğunluktaki fetal fibronektin erken doğum olasılığının arttığını gösterir (Peaceman ve ark 1997, Leitich ve ark 1999, Berghella ve ark 2005, Koullali ve ark 2016, Ruma ve ark 2017). EDT'de tanıyı erken koyabilmek için transvajinal ultrasonografi ile servikal uzunluk ölçümü ve fetal fibronektin testi dışında uterin aktivitenin monitorizasyonu, bakteriyel vajinozis, intraservikal ve intrauterin enfeksiyonların doğrudan veya dolaylı tanısı gibi spesifik testler de uygulanabilir. (Rozenberg ve ark 1997). Amniyosentez işlemi ile amniyon sıvısından örnek alınması,

intrauterin enfeksiyon tanısında altın standarttır. Ancak, invaziv bir test olduğu için daha az tercih edilir (Klein ve Gibbs 2005).

ACOG'a (American College of Obstetricians and Gynecologist) göre fetal fibronektin taraması, bakteriyel vajinozis testi ve evde uterin aktivite monitörizasyonu gibi spesifik testler taramada önerilmemektedir. Bu yöntemlerden sadece transvajinal servikal ultrasonografi ACOG tarafından desteklenmektedir (ACOG 2012). Erken doğumu tahmin etmek için kullanılan testlerin büyük çoğunluğu halen yüksek riskli gebeliği tespit edicek yeterli spesivite ve pozitif prediktif değerlere sahip değildir. EDT olan kadınların erken saptanması, erken doğumu azaltacak girişimlerin yapılmasına, neonatal mortalite ve morbiditenin azaltılmasına olanak sağlayabilir. Erken doğuma neden olan mekanizmaları önleyebilecek geçerli bir sistem bulunmamakla birlikte riskin erken saptanmasına ilişkin yapılan çalışmalar devam etmektedir (Derbent ve ark 2009). Erken doğum eylemi tanısı ise 20–37 gebelik haftaları aralığında, 20 dakika içerisinde en az 4 ya da bir saat içerisinde en az 8 kez gelen düzenli ve ağrılı uterin kontraksiyonlar ile birlikte pelvik muayenede servikal silinme ve açıklığın ilerlemesi, erken doğum olarak tanımlanır. Düzenli uterin kontraksiyonlar ile birlikte >1 cm servikal açıklık ve $\geq 80\%$ servikal silinme varlığında, tanı direkt olarak konulur (Altay ve ark 2020).

1.4. EDT Patofizyolojisi

Erken doğum, miyometriyal kasılmaların , erken membran rüptürünün ve servikal olgunlaşmayı tetikleyebilen çeşitli faktörlerin neden olduğu karmaşık bir sendromdur (Moore 2003, Romero ve ark 2006). Yoğun araştırmalara rağmen, hem miadında hem de erken doğumun başlamasından sorumlu moleküler mekanizmalar belirsizliğini korumaktadır. Doğum aşamalarından birinin termde doğumu tetiklemesi muhtemeldir; erken doğum, bu moleküler mekanizmalar aşamalarının erken uyarılmasına veya kısa döngü yapmasına neden olan mekanizmalardan kaynaklanır (Menon 2008, Di Renzo ve ark 2018).

Spontan preterm doğumların patogenezinde rol oynayan mekanizmalar;

- Maternal/fetal stres nedeniyle maternal veya fetal hipotalamo-hipofizer-adrenal aksın (HPA) erken aktivasyonu (%30)
- Enfeksiyon/inflamasyon (%40)
- Dekolman/desidual kanama (%20)
- Uterusta mekanik gerilme (%10) (Cunningham ve ark 2021).

1.4.1. Maternal/Fetal Stres Nedeniyle Maternal veya Fetal Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal Aksın Erken Aktivasyonu

Maternal veya fetal strese cevaben HPA aktivasyonu erken doğumların %30'unu oluşturmaktadır. Maternal fiziksel, psikolojik stresler (düşük sosyoekonomik düzey, şiddet, eş, aile ve çevre desteğinin olmaması, kötü fiziki şartlar), depresyon veya uteroplasental damar yatağında meydana gelen stresler HPA'nın aktivasyonuna neden olarak erken doğuma neden olmaktadır (Murphy ve ark 2001, Dole ve ark 2003, Petraglia ve ark 2010).

HPA mekanizması, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) ile ilişkilidir (Kramer ve ark 1992). Plasental fonksiyon bozuklukları uteroplasental CRH seviyesini artırır, CRH hipofizden ACTH sekresyonunu artırır. Sonuç olarak fetal ve maternal adrenallerde kortizol salgılanması artar. Yükselen kortizol seviyeleri, plasental kortikotropin salgılatıcı hormonun (CRH) daha da artmasına neden olur. Bu moleküler mekanizmalar doğuma kadar artarak çalışmaya devam eder (Heine ve ark 2000, McGrath ve Smith 2002).

CRH prostaglandin yapımına da neden olur. Prostaglandinler direk uterotonik etki, myometriumda oksitosin reseptörlerini ve gap junction oluşumunu artırarak myometriyumu harekete geçirir. CRH ayrıca fetal adrenal bezden DHEA-s (Dehidroepiandrosteron sülfat) yapımını uyarır. DHEA-s plasental östrojen yapımında substrattır, artan östrojen de myometriumda oksitosin reseptörleri ve gap junction oluşumunu artırarak kontraksiyonlara ve servikal değişikliklere yol açarak erken doğum eylemine yol açar (Derbent ve ark 2009).

1.4.2. Enfeksiyon/inflamasyon

Enfeksiyon ve inflamasyon erken doğumların %40'ını oluşturmaktadır (Goldenberg ve ark 2000). Kadın üreme yollarının dış ortama açıklığı gebelik ve doğum için gereklidir ancak enfeksiyon için olanak sağlamaktadır. Bakterilerin intrauterin dokulara aşağıdaki yollarla ulaştığı öne sürülmektedir.

- Maternal sistemik enfeksiyonun transplasental transferi
- Fallop tüpleri aracılığı ile peritoneal kaviteden retrograd akım
- Vajina ve serviksten idrar yolu enfeksiyonu (Cunningham ve ark 2021).

Fetal membran-desidual bileşkenin alt ucu vajinaya açılan servikal kanal açıklığı ile devam eder. Bu anatomik düzen mikroorganizmalara geçiş yolu sağlar ve idrar yolu enfeksiyonu en yaygın görülen enfeksiyondur. Goncalves ve arkadaşları (2002) tarafından intrauterin enfeksiyonların sınıflandırmasının ayrıntılı tanımı yapılmıştır. İntrauterin enfeksiyonu mikrobiyal invazyonun derecesine göre 4 evreye ayırmışlardır; bakteriyel vajinozis evre-1, desidual enfeksiyon evre-2, amniyotik enfeksiyon evre-3 ve son olarak, sistemik enfeksiyon evre-4. Beklendiği gibi, evre ilerledikçe erken doğum oranları ve neonatal mortalitenin arttığı düşünülmektedir (Gonçalves ve ark 2002). Bu görüşler temelinde enfeksiyonla indüklenen erken doğumun patogenezinin dair bir teori kurulabilir. Yukarı çıkan mikroorganizmalar servikte desiduada ve olasılıkla amniyotik sıvıya geçerek amniyotik membranlarda kolonize olurlar. Lipopolisakkaritler (LPS) ve bakteri tarafından salgılanan diğer toksinler, üreme sisteminde immün hücrelerin toplanmasını ve immün hücreler ile serviks, desidua, membranlardaki hücreler tarafından veya fetusun kendisinden sitokin salınımı indükler. LPS ve sitokinler membranlar desidua ya da serviksten prostoglandin salınımını uyarırlar. Bunlar hem servikal olgunlaşmayı hem de miyometrial sessizliğin kaybını etkiler (Challis ve ark 2002, Keelan ve ark 2003, Olson ve ark 2003). İnsan ve hayvan çalışmalarını temel alan güncel kanıtlar, enfeksiyon kaynaklı erken doğumun birçok yönden miadındaki doğumu düzenleyen yollardan farklı olduğunu öne sürmektedir (Holt ve ark 2011, Hamilton ve ark 2012, Shynlova ve ark 2013).

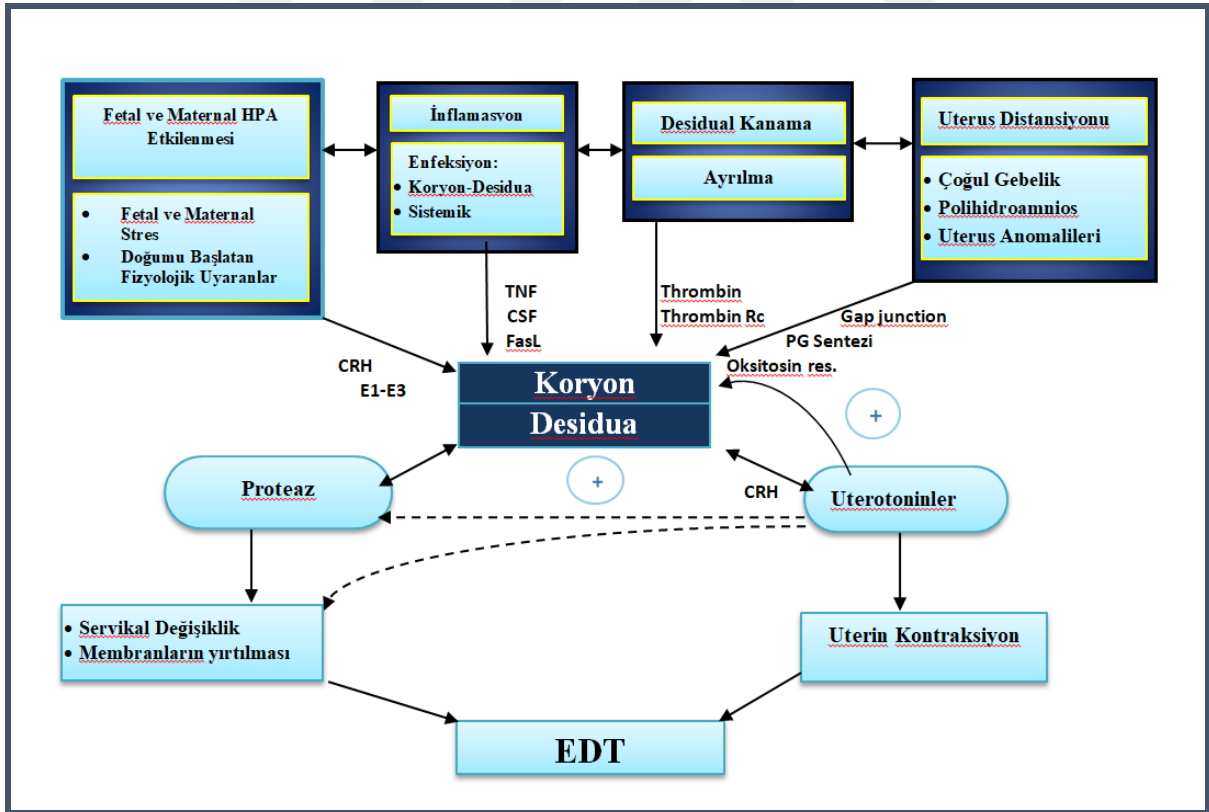
1.4.3. Dekolman/Desidual Kanama

Desidual kanama, fetal membranlar ve plasentanın uterusu implante olduğu desidual dokuda kanama olmasıdır. Desidual kanama klinik bulgu olarak vajinal kanama, uterin gerginlik, hassasiyet ve ağırlı tetanik kontraksiyonlara neden olabilir (Baron ve Hill 1998, Tikkanen 2011). Erken doğumların %20'sinden sorumludur. Gebenin ileri yaşta olması, sigara ve kokain kullanması, hipertansiyon, oligohidroamnios, polihidroamnios, preeklampsi, travma, herediter koagülopati, intrauterin enfeksiyonlar desidual kanamaya neden olabilmektedir (Miller ve ark 1995, Ananth ve ark 1996, Cunningham ve ark 2014). Bu risk faktörlerinin her biri uterin spiral arterlerde hasara yol açabilmektedir. Kanama sonucunda trombin açığa çıkar. Trombin, koagülasyon ve pıhtı oluşumu ile birlikte proteaz yapımını da uyarır, servikal silinme ve membranlarda hasar oluşturabilir. Trombinin indirekt uterin kontraksiyonları artırma etkisi de bulunmaktadır (Rosen ve ark 2002).

1.4.4. Uterusta Mekanik Gerilme

Uterin gerilmenin arttığı durumlar, çoğul gebelikler, polihidroamniyoz, uterus anomalileri, myomlar erken doğum risk artışına neden olur. Bu durumlardan çoğul gebelik son zamanlarda yardımcı üreme tekniklerinin artmasına bağlı olarak artış göstermiştir. Tüm gebeliklerin %2-3'ünü, erken doğumların %15-20'sini çoğul gebelikler oluşturmaktadır. İkiz gebeliklerin %40'ı 37. gebelik haftasından önce spontan erken doğumla sonlanır, %20'si de fetal-maternal sebeplerle iyatrojenik erken doğum olarak gerçekleşir (Schieve ve ark 2002, Moore 2003, Romero ve ark 2006) .

Gebelik süresince progesteron ve nitrik oksit gibi endojen myometrial relaksanların etkisi ile intraamniotik basınç sabit tutulmaktadır ancak uterin gerilmenin myometrial kontraktiliteyi arttırdığı, prostaglandin salınımına neden olduğu, gap junction proteinlerinin ekspresyonunu stimule ettiği ve oksitosin reseptör sayısını arttırdığı gösterilmiştir (Romero ve ark 2006).



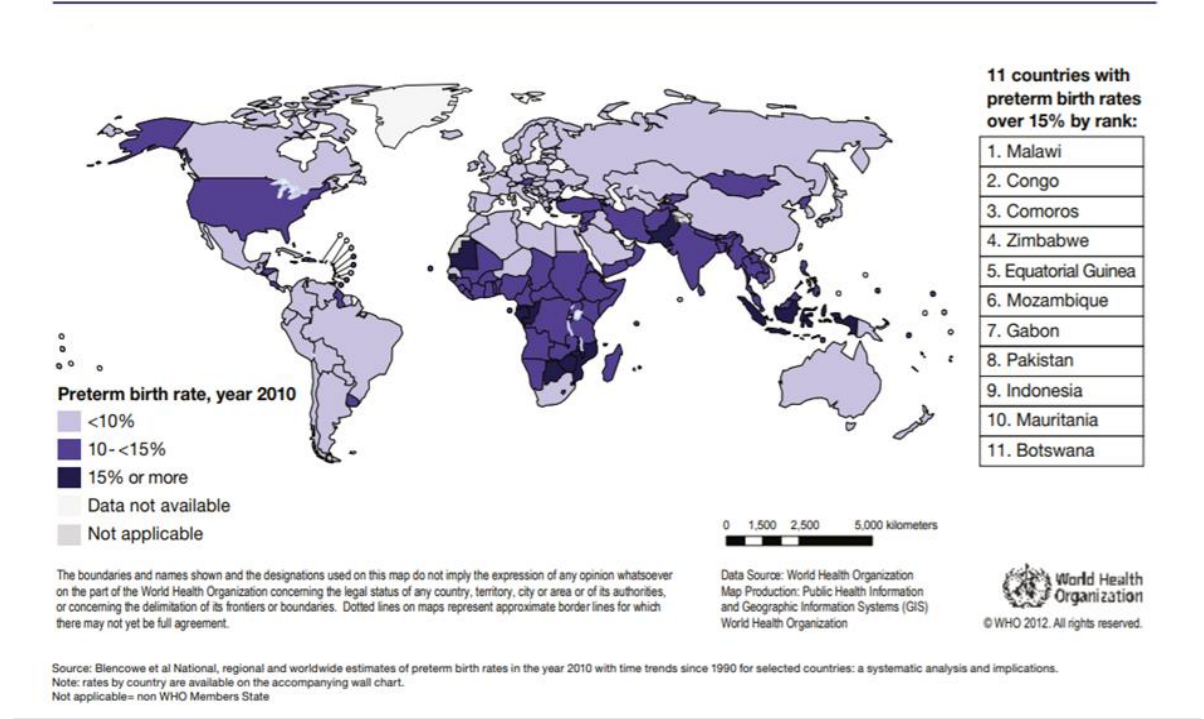
Şekil 1. EDT Mekanizması (Lockwood ve Kuczynski 2001).

1.5. EDT Sıklığı

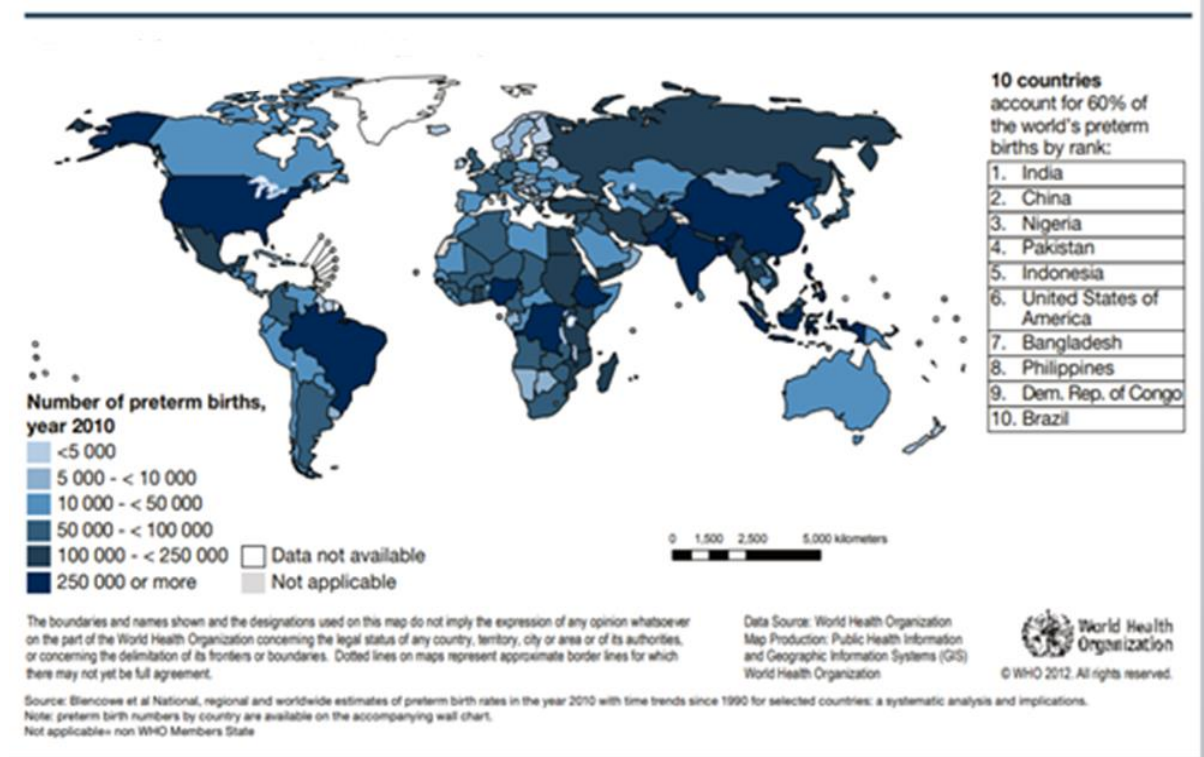
Küresel anlamda erken doğum sıklığı, özellikle düşük gelirli ülkeler olmak üzere birçok ülkede güncel veri eksikliği, sistematik doğum kayıtlarının olmaması, gebelik haftası hesaplama yöntemlerinin farklılığı, doğruluğu, sınırlamaları, ölü doğumlar ile canlı doğumlar arasında ki yanlış sınıflandırmalar gibi birçok zorlukla karşı karşıyadır (Blencowe ve ark 2012, Blencowe ve ark 2012, Torchin ve Ancel 2016). Tüm bu sınırlamalara rağmen Blencowe (2012) tarafından 184 ülkeyi kapsayan ve Lancet’de yayınlan dünya çapında ki çalışmada; tüm doğumların 14,9 milyonu, yüzde olarak %11,1’inin erken doğumlardan oluştuğu, erken doğum oranlarının %5-18 arasında değiştiği, bu erken doğumların %60’ından fazlasının Afrika ve Güney Asya ülkelerinde gerçekleştiği, düşük gelirli ülkelerde bebeklerin %12’si, yüksek gelirli ülkelerde %9’unun erken doğduğu bildirilmektedir. Buna göre düşük gelirli ülkeler ve aileler daha fazla risk altındadır (Blencowe ve ark 2012). Erken doğum oranlarında coğrafi bölge ve bir ülkenin gelir düzeyine göre önemli farklılıklar vardır. Ülkeler Dünya Bankası gelir kategorilerine göre gruplandırıldığında, tüm erken doğumların yaklaşık %90’ının düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği bulunmuştur. Ancak, aykırı değerler vardır. Örneğin, orta gelirli bir ülke olan Ekvador, Almanya (%9,2), Kanada (%7,8) ve İsrail (%8) gibi birçok yüksek gelirli ülkeden daha düşük olan %5’lik erken doğum oranına sahiptir (WHO 2015, Walani 2020). Liu ve ark (2016) tarafından yapılan 194 DSÖ üye devletle yapılan sistematik analizde 5 yaş altı çocuk ölümlerinin 1 milyonunun erken doğum eylemi komplikasyonlarından kaynaklı olduğu bildirilmiştir (Liu ve ark 2016). Erken doğum sorunu, 2030 yılına kadar 5 yaşın altındaki yenidoğan ve çocukların önlenebilir tüm ölümlerini sona erdirmeyi amaçlayan Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedef 3.2’ye ulaşmak için büyük önem taşımaktadır (Goals 2022). Erken doğum oranlarının küresel olarak ve birçok ülkede arttığına dair önemli kanıtlar vardır. Erken doğum oranlarının eğilimlerini inceleyen yeni bir çalışma da küresel erken doğum oranının 2000’de %9,8’den 2014’te %10,6’ya yükseldiğini ortaya koymuştur (Chawanpaiboon ve ark 2019).

DSÖ öncülüğündeki çok merkezli bir çalışma, yüksek veya orta sosyoekonomik statüye sahip düşük riskli gebelikleri olan 1387 kadında fetal büyümeyi seri ultrason muayeneleri yoluyla değerlendirmiş ve Almanya’da %3,6’dan Mısır’da %14,7’ye kadar değişen erken doğum oranları bildirmiştir (Kiserud ve ark 2017). DSÖ tarafından 2012’de yayımlanan ‘Born Too Soon’ adlı Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporuna göre ülkemizde ise 2010 yılı canlı doğum sayısı 1.298.300 ve erken doğum oranı %11,97 olarak

belirtilmiştir (WHO 2012). Ülkemizde bölgesel olarak yapılan bir çalışmada ise erken doğum prevalansının %17,3 olduğu belirlenmiştir (Ege ve ark 2009).



Şekil 2. 2010 yılında erken doğum oranlarının tahmini ve sıralamaya göre erken doğum oranlarının %15'in üzerinde olduğu 11 ülke (WHO 2012).



Şekil 3. 2010 yılındaki tahmini erken doğum sayısı ve sıralamaya göre dünyadaki erken doğumların %60'ını oluşturan 10 ülke (WHO 2012).

1.6. EDT Etiyoloji ve Risk Faktörleri

EDT multifaktöriyel etiyolojisi olan bir durum olarak ele alınmaktadır. Sosyo-demografik, beslenme, tıbbi, obstetrik ve çevresel birçok risk faktörünün erken doğum riskini arttırdığı gösterilmiş olsa da, etiyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır (Moutquin 2003, Goldenberg ve ark 2008, Muglia ve Katz 2010, Vogel ve ark 2018, Griggs ve ark 2020). Bazı risk faktörlerinin nasıl erken doğum eylemine yol açtıkları hala araştırılmaktadır (Abu Hamad ve ark 2007, Butler ve Behrman 2007). Erken doğum eylemine neden olabilecek risk faktörlerini çeşitli gruplara ayırmak mümkündür. Aşağıda erken doğum eylemine neden olabilecek risk faktörleri üç grupta verilmiştir. Bu risk faktörlerinden en önemlisi daha önceden erken doğum gerçekleştirmiş olmaktır. Gebenin erken doğum öyküsü olması, mevcut gebeliğinde ki riski 1,5 ile 2 kat arttırmaktadır (ACOG 2012, Drassinower ve ark 2015). Bilinen birçok risk faktörüne rağmen erken doğumların çoğunda belirgin bir risk faktörü yoktur. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında beş yüksek gelirli ülkede 4.1 milyon tekil erken doğumun yaklaşık %65'inin önceden belirlenmiş 21 risk faktörünün hiçbirini göstermediği bildirilmiştir (Ferrero ve ark 2016). Meta-analizler her zaman tekil ve ikiz gebelikler için ayrı ayrı rapor etmez ancak, ikiz gebelikte erken doğum riski tekil gebeliğe kıyasla dokuz kat daha fazladır (Heino ve ark 2016).

Risk faktörlerini önlemenin veya tedavi etmenin genel olarak erken doğum oranlarını azaltacağı mantıklı görünse de, bu her zaman geçerli değildir. Örneğin, gebelikte bakteriyel vajinoz için antibiyotikler erken doğum oranları üzerinde bir etki göstermemiştir (Brocklehurst ve ark 2013, Iheozor-Ejiofor ve ark 2017).

1.6.1. Risk Faktörleri

Maternal Faktörler

- Anne yaşının 18'den küçük olması (Beta ve ark 2011,WHO 2012).
- Anne yaşının 35'den büyük olması (Beta ve ark 2011,WHO 2012).
- Sigara içmek %30 oranında artıyor (Beta ve ark 2011).
- Yüksek düzeyde psikolojik stres (Goldenberg ve ark 2008).
- Gebelikte geç ya da hiç sağlık hizmeti almamak (Goldenberg ve ark 2008)

- Düşük sosyo-ekonomik statü (Goldenberg ve ark 2008)
- Yüksek veya düşük vücut kitle indeksi (Cnattingius ve ark 2013, Van Os ve ark 2013)
- Kokain ve eroin kullanımı
- Maternal depresyon, anksiyete (Neggers ve ark 2004).
- Annenin fiziksel yorgunluğu (Uzun çalışma saatleri, uzun süre ayakta kalma) (Griggs ve ark 2020)
- Aile içi şiddet (Jacobsson 2019).

Tıbbi ve Gebelik Faktörleri

- Vajinal sekresyonlarda fetal fibronektin varlığı (Kiefer ve Vintzileos 2008).
- Kısa servikal uzunluk (Goldenberg ve ark 1998, Iams 2014).
- Önceki erken doğumlarla ilişkili tekrarlama riski;
 - Önceki erken doğum gebelik haftasına göre;

Bir önceki gebelikte 20 ile 31 hafta arasında doğum yapan kadınların yaklaşık %30'u bir sonraki gebeliğinde 37 haftadan önce doğum yapabilir ve bunların %10'u benzer bir gebelik haftasında doğumu gerçekleştirebilir.

 - Önceki erken doğum sayısı;

Bir önceki erken doğum ile %15 tekrarlama riski, iki erken doğum ile %32 tekrarlama riski vardır.
- Genital sistem enfeksiyonları; bakteriyel vajinoz erken doğum riskini iki katına çıkartmaktadır (Brocklehurst ve ark 2013, Iams 2014).
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (klamidya, bel soğukluğu ve trikomoniyaz)
- İdrar yolu enfeksiyonları (Smaill ve Vazquez 2019).
- Vajinal Kanama (Iams 2014).
- Yardımcı üreme teknikleri (Iams ve Berghella 2010).
- Erken membran rüptürü (Van Os ve ark 2013).
- Serviks ile ilgili cerrahi işlemler (Heinonen ve ark 2013).
- Uterus anomalileri
- Polihidramniyos, oligohidramniyoz
- Çoğul gebelik – ikizlerin %60'ı erken doğmuştur (Goldenberg ve ark 2008).
- Kronik tıbbi hastalıklar (tiroid hastalığı, diabetes mellitus veya hipertansiyon)
- Akut tıbbi durumlar (örn. Preeklampsi, antepartum kanama)

- Kısa gebelik aralığı (gebelikler arasında 18 aydan az olması)
- Plasental kaynaklı vajinal kanama, plasenta previa
- Peridontal hastalık

İranda yapılan bir çalışmada etnik kökenine ve ≥ 35 yaşına sahip kadınların erken doğum yapma olasılığının daha yüksek olduğu ancak erken doğum ile annenin ikamet yeri, eğitim düzeyi, vücut kitle indeksi ve geçmiş sezaryen öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (Soltani ve ark 2019). Bakteriyel vajinoz, spontan erken doğum riskini iki kat arttırmaktadır. Bakteriyel vajinozis ile erken doğum arasındaki ilişki, bakteriyel vajinoz gebeliğin erken döneminde tespit edildiğinde daha güçlüdür. İlişki olmasına rağmen, bakteriyel vajinozun antibiyotik tedavisinin erken doğum riskini azalttığı tutarlı bir şekilde gösterilmemiştir (Brocklehurst ve ark 2013). İdrar yolu enfeksiyonunun (İYE) erken doğumdaki rolüne ilişkin önceki çalışmalar, gebeliğin başlangıcında tedavi edilmemiş asemptomatik bakteriüri ile artan erken doğum oranlarında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (Schieve ve ark 1994, Klein ve Gibbs 2005). Daha sonraki tedavi çalışmalarında çelişkili sonuçlar bulunmaktadır örneğin 10 çalışmayı kapsayan bir Cochrane incelemesi, semptomatik üriner enfeksiyonların tedavisi ile erken doğum arasında bir ilişki bulamamıştır (Vazquez ve Abalos 2011).

Dilatasyon ve kürtaj öyküsü, tüm çalışmalarda olmasa da bazılarında erken doğum riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Yaklaşık 2 milyon kadını içeren 21 çalışmanın meta-analizi, erken doğum ile kürtaj öyküsü arasında bir ilişki buldu (Lemmers ve ark 2016). Bu ilişkinin mekanizması belirsizdir ve intrauterin mikrobiyal kolonizasyon, endometriyal hasar ve çevresel faktörlerin katkıda bulunduğu öne sürülmüştür (Shah ve ark 2009).

Erken doğum oranı çoğul gebeliklerde tekil gebeliklere göre çok daha yüksektir (Lesser ve ark 2021). Tekil gebelikler için erken doğum oranı %8,2 olmasına rağmen, ikizler için erken doğum oranı %60,3, üçüzler için erken doğum oranı %98,3, ve 34. gebelik haftasından önce erken doğum oranı %19,5 dir (Martin ve ark 2019).

1.7. EDT’de Tedavi

Tedaviye başlamak için tanıdan emin olunmalı ve kontrendikasyonlara dikkat edilmelidir. Fetal ölüm ve distress, ciddi preeklampsi-eklampsi varlığı, koryoamnionit, maternal kanama ve hemodinamik instabilite, letal fetal anomali varlığı, ciddi intrauterin

gelişme geriliği (IUGG) kontrendikasyonlardır. Tedavi için gebelik haftasının da extrauterin hayatla uyumlu olması gerekmekte ve 20. gebelik haftası alt sınır olarak kabul edilmektedir. Fakat 24. haftada yaşam şansı en iyi koşullarda bile %40 olurken sadece %5 kadarı sekelsiz yaşayabilmektedir. Üst sınır ise 34.hafta olarak kabul edilmekte ve yaşama şansı %97 kadardır (Schmitz ve ark 2006). Erken doğum eylemi tedavisinde yatak istirahati, sedasyon, hidrasyon, antibiyotik tedavisi, kortikosteroid tedavisi ve tokoliz yer almaktadır (ACOG 2016, Guinn ve ark 1997, Menon 2012, Sangkomkamhang ve ark 2015, Sosa ve ark 2015, Simhan 2016, Roberts ve ark 2017).

1.7.1. Yatak İstirahati

Hastanede veya evde yatak istirahati, tedavinin ilk adımı olarak yaygın olarak kullanılmasına rağmen literatürde destekleyecek ya da çürütecek düzeyde kanıt yoktur. Sosa ve arkadaşları Cochrane veri tabanını araştırmışlar ve eldeki kanıtların erken doğumu önlemede yatak istirahati kullanımını desteklediğine yönelik verilerin yetersiz olduğu sonucuna varmışlardır. Mevcut uygulama, yoğun ve ağır fiziksel aktivite ile erken doğum arasında bir ilişki bulan gözlemsel çalışmalara dayanmaktadır (Sosa ve ark 2015). Yatak istirahatinin kadınlar ve aileleri üzerindeki olası olumsuz etkileri (iş kaybı, aile dinamiklerinde değişiklik), sağlık sistemi için artan maliyetleri nedeniyle, erken doğumu önlemede yatak istirahati artıları ve eksileri ile tam olarak tartışılmalıdır.

ACOG'a göre de yatak istirahatinin erken doğum önlenmesinde etkinliği net olarak belirtilmemiştir ve rutinde önerilmemektedir. Ayrıca venöz tromboemboli, kemik demineralizasyonu ve kondisyon kaybı gibi olası yan etkilere sebep olabilir (ACOG 2016). Bununla birlikte, sınırlı kanıtlara rağmen tipik olarak pelvik dinlenme önerilmektedir. Pelvik dinlenme, cinsel ilişki, orgazm, duş ve ağır kaldırmanın kısıtlanmasını içerir (ACOG 2012, Doyle ve Silber 2015).

1.7.2. Hidrasyon

Erken doğumu önlemeye yönelik uygulanan yöntemlerden biri de hidrasyonun artırılmasıdır. Ancak fazla miktarda verilen hidrasyonun ödem riskini arttırmasından dolayı tartışmalı bir durumdur. Oral yoldan alınan meyve suyu, süt gibi doğal kalorili içeceklerin ise faydalı olabileceği bildirilmektedir (Gilbert ve Harmon, 2011). Yapılan çalışmalarda hidrasyonun kasılmaları azaltabileceği, doğumu geciktirebileceği öne sürülmüştür. Erken doğum eyleminde olan kadınların normal gebeliği olan kadınlara göre düşük plazma hacmine sahip olduğu bildirilmiştir (Goodlin ve ark 1981). Hidrasyon, plazma hacmini

genişleterek uterus kan akımını artırır, desidüal lizozomları stabilize eder (Guinn ve ark 1997). Prostaglandin yapımını, antidiüretik hormon ve oksitosin salgılanmasını azaltarak kasılmaları inhibe eder. Bu mekanizma sadece hayvan modellerinde tanımlanmıştır (Bieniarz ve ark 1971, Gauer 1976, Guinn ve ark 1997). Cochrane ve ACOG'a göre hidrasyonun erken doğum eylemi tedavisinde etkin olduğu gösterilememiştir ve rutin olarak önerilmemektedir. Dehidrate olmadıkça, erken doğum tedavisinde bir yararı olduğuna dair bir kanıt bulunamamıştır (Elliott ve ark 2005, Stan ve ark 2013, ACOG 2016).

1.7.3. Antibiyotik Tedavisi

Erken doğum etyolojisinde enfeksiyonlar önemli yer tutmaktadır. Literatür incelemesine göre, enfeksiyon tarama ve tedavi programlarının 20.gebelik haftasına geçmeden uygulanmasının, erken doğum ve düşük doğum ağırlığını azalttığına dair kanıtlar olmasına rağmen maliyetli bir yöntem olduğu ve ileriye yönelik bu programların etkinliğine dair araştırmalara gereksinim olduğu bildirilmektedir (Sangkomkamhang ve ark 2015). Bir cochrane meta-analizinde, membranlarda yırtılmanın olmadığı, enfeksiyona dair semptomların olmadığı erken doğum eyleminde ki gebelerde rutin antibiyotik kullanılmaması önerilmektedir (Flenady ve ark 2013).

Erken doğum antibiyotik tedavisi üzerine yapılan sekiz randomize kontrollü çalışmanın metaanalizinde, gebeliğin uzatılması, erken doğumun engellenmesi, respiratuar distres sendromu ve neonatal sepsis açısından antibiyotik tedavisi ve plasebo arasında fark bulunmamıştır (ACOG 2016). Uzun vadede antibiyotik uygulanması zarara sebep olabilir. Antibiyotikler, membranları intakt olan erken doğum vakalarında, gebeliği uzatmak veya yenidoğan sonuçlarını iyileştirmek için uygulanmamalıdır. Membranları intakt olan erken doğum vakalarında antibiyotikler gebeliği uzatmak veya yenidoğan sonuçlarını iyileştirmek için kullanılmamalıdır. Bu öneri, erken membran rüptürü ve Grup B Streptokok taşıyıcılarının profilaksisi önerilerinden farklıdır (ACOG 2016). Erken doğum sürecinde Grup B Streptokok profilaksisi dışında farklı bir enfeksiyon tanılanmadığı takdirde, rutin antibiyotik kullanımının yeri yoktur (Altay ve ark 2020). Erken doğum tanısı alan gebelere, kültür alındıktan sonra Grup B Streptokok profilaksisi başlanması önerilmektedir. Profilaksi, kültür sonucu negatif çıkarsa ve erken doğum durdurulursa kesilir. Kültür sonucu pozitif ve erken doğum durdurulamaz ise doğum gerçekleşinceye kadar profilaksiye devam edilir (Cunningham ve ark 2021).

1.7.4. Kortikosteroid Tedavisi

Erken doğum eylemi tanılandıktan sonra, neonatal ve perinatal sonuçları iyileştirmek için kortikosteroid tedavisi uygulanır. Membran durumuna bakılmaksızın 7 gün içinde EDT olan gebelere 24 saat aralıklarla kas içine verilen iki doz 12 mg dozunda betametazon veya 12 saatte bir verilen 4 doz 6 mg deksametazon, 24 ile 34 hafta arasında mutlaka önerilmektedir (Simhan 2016, Roberts ve ark 2017). Cochrane metaanalizine göre antenatal kortikosteroid tedavisi perinatal ölüm, neonatal ölüm, respiratuar distres sendrom, ve intraventriküler kanama riskini azaltır (McGoldrick ve ark 2020). EDT olan gebelere, yenidoğanın sağlık sonuçlarını iyileştirmek için prenatal kortikosteroid dozunun tekrarlanmasının etkinliğini araştırmak amacıyla yapılan cochrane metaanalizinde, 23-34. gebelik haftaları arasında tekrarlanan prenatal kortikosteroid dozunun, yenidoğanda oluşabilecek solunum sıkıntısı ve önemli derecedeki sağlık problemleri riskini sadece ilk birkaç haftalık süre için azalttığını bildirmiştir. Ancak bebek ve kadın sağlığına yönelik uzun vadeli faydalar ve riskler hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir (Crowther ve ark 2015).

1.7.5. Tokoliz

Tokoliz terimini ilk kez 1964'te Mosler kullanmıştır (Ulmsten ve ark 1980). EDT'de uterin kontraksiyonların durdurulması için kullanılan tüm tıbbi yöntemleri kapsayan bir terimdir. Tokoliz tedavisinin amacı, antenatal kortikosteroid ve nöroproteksiyon amaçlı magnezyum sülfatın uygulanabilmesi ve gebenin üçüncü basamak bir merkeze sevk edilmesine zaman kazanmak için gebeliğin süresini uzatmaktır (Lee ve ark 2011, Menon 2012, ACOG 2016, Shendy ve ark 2021). Tokoliz tedavisi ile yenidoğan sonuçlarında doğrudan olumlu etki gösterdiğine dair kanıt yoktur ve tokoliz ile gebeliğin uzatılmasının yenidoğan sağlığına anlamlı bir yararı bulunmamıştır (ACOG 2016).

Günümüzde kullanılan tokolitik ajanlar;

- Non-selektif siklo-oksijenaz (COX) İnhibitörleri
- Kalsiyum kanal blokerleri
- Beta agonistler
- Magnezyum sülfat
- Nitrik oksit donörler

Tokolitik ajanların erken doğumu geciktirmede ki etkinlikleri genellikle benzerdir ve birinin diğerine karşı üstünlüğü belirlenememiştir (ACOG 2016). Kullanım kolaylıkları ve yan etki özellikleri tercihleri belirler (Altay ve ark 2020). Tek tip etkili ve güvenli olan mükemmel tokolitik mevcut değildir. Maliyet, lisanslama ve bilgilendirilmiş onay, seçimle ilgili hususlardır. Progesteron, PGF2a (Prostaglandin F2 Alfa) antagonistleri ve statinler gibi yeni bileşikler dahil olmak üzere diğer veya daha iyi ajanları geliştirme ve tanıtmaya çabaları devam etmektedir (Lamont ve Jørgensen 2019).

1.8. EDT’de Gebeliğe Uyum

Uyum, bireyin iç ve dış çevresinde meydana gelen herhangi bir değişikliğe karşı bireysel bütünlüğünü koruma ya da denge kurma amacıyla fiziksel ve davranışsal olarak verdiği tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Gençöz 1998, Beydağ ve Mete 2008, Townsend ve Morgan 2017). İç veya dış, her iki gruptaki değişikliklerin amacı “doyumlu bir denge” sağlamaktır (Freedman ve ark 1994). Bireyin uyum derecesi birçok etkene bağlıdır. Birey çevresinden gelen etkenler kadar kendi duygu, düşünce, dürtü ve arzuları gibi birçok iç dinamikleri de uyum süreci ve seviyesini etkilemektedir (Beydağ 2007, Gözüyeşil ve ark 2008). Birey çevresi ile olumlu, uyumlu, sağlıklı ilişkiler kurmalı ancak öncelikle kendi içindeki psikolojik, sosyal ve duygusal değişiklikleri anlamalı, kabul etmeli ve özümsemelidir. Başka bir deyişle uyum, bireyin kendisi ve çevresi ile sağlıklı iletişim kurabilmesi ve bunu geliştirerek sürekliliğini sağlaması olarak ifade edilmektedir (Popkin 1994, Duyan 1997).

Kadın hayatının en önemli değişikliklerden biri de gebeliktir. Gebelik, fizyolojik bir dönem olmasına karşın gebe ve ailesinin biyopsikososyal uyumunu gerektiren bir süreçtir (Okanlı ve ark 2003, Aydemir ve Hazar 2014, Ölçer ve Oskay 2015). Aynı zamanda gebelik kadının fizyolojik ve psikososyal dengesinde bozulmaya, aile ve iş yaşantısında ki rollerinde değişikliklere yol açabilir, gebeliğe uyum problemlerine sebep olabilir ve bu durumlar gebenin yaşamında kriz olarak kendisini gösterebilir. Gebelikleri süresince sorun yaşamayan kadınlar bu sürece kolay uyum gösterirken, annenin ve bebeğin sağlığında herhangi bir risk ile karşı karşıya kaldığında bu kriz daha da artarak kendini göstermektedir (Coşkun 2008, Lederman ve Weis 2009). Gebelikte risk düzeyleri; düşük, orta ve yüksek risk grupları olarak değerlendirilmektedir (Aydemir ve Hazar 2014). Yüksek riskli gebelik; anne, fetus ve yenidoğan yaşamını ve sağlığını tehdit eden, morbidite ve mortalite riskini arttıran,

fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal boyutları olan çok önemli bir sağlık sorunudur (Karaçam ve Emine 2012, Aydemir ve Hazar 2014, Ölçer ve Oskay 2015).

Yüksek riskli gebelik, gebe kadına yeme alışkanlıklarında, uykuda, ev işlerinde, çocuk yetiştirmede, cinsellikte, sosyal ve eğlence faaliyetlerinde değişiklikler, ayrıca işle ilgili faaliyetlerde veya kariyer planlarında kesintiler de dahil olmak üzere birçok kısıtlama getirir. Bu değişiklikler ailenin diğer üyelerinin yaşam biçimlerini de etkiler (Stainton 1994). Gebeliğe alışmanın olağan süreçleri bozulur çünkü kadın, yüksek riskli gebeliğin stresi ve anneliğe ulaşmanın belirsizliği tarafından değişen gelişimsel görevlerle başa çıkmak zorundadır (Stainton ve ark 1992). Yüksek riskli gebeliklerden olan EDT yaşayan kadınlarda, hastaneye yatış, evden ve aileden ayrılma, bebeği için hazırlıklarını tamamlayamama, aile yaşamındaki değişimler, duygusal anlamda rahatsız hissetme, günlük rutin aktiviteleri yapamama, devamlı pijama veya gecelik giymek zorunda kalma, başkalarına bağımlı olduğunu ve özgürlüğünün kısıtlanmış olduğunu hissetme, doğumun nasıl olacağı, kendi ve fetüsün sağlığına ilişkin endişeler, kendini suçlama ve bakım koşulları gibi birtakım sorunlar kadının gebelikteki gelişimsel görevlerini yerine getirememesine neden olmakta, gebeliğe ve anneliğe uyumu zorlaştırmaktadır (Emine ve Şirin 2013, Gökbaraz 2019).

Nakamura ve ark (2011) tarafından erken doğum riski nedeniyle hastaneye yatırılan gebelerle yapılan çalışmada psikososyal uyumun daha düşük olduğu saptanmıştır (Nakamura ve ark 2011). Aynı zamanda riskli gebeliğin umutsuzluğa yol açtığı ve kadınlarda gebeliğe uyum sürecini zorlaştırdığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Celik ve ark 2013, Yu ve ark 2013). EDT yaşayan gebelerin normal gebelere göre psikososyal uyumlarının daha düşük olduğu ve bu gebelerin daha yüksek kaygı ve stres yaşadıkları bildirilmiştir (Emine ve Şirin 2013, Gümüldaş ve ark 2014). Erken doğumu önlemek için hastaneye yatışla ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların hastaneye yatmayı gelecekteki hedeflerine ulaşmak için katlanılması gereken bir yük olarak deneyimlediğini, ancak aynı zamanda yüksek riskli gebeliğe psikososyal uyumda doğum öncesi anne gelişimini kolaylaştırabileceğini göstermiştir (Lederman ve ark 2013). Erken doğum teşhisi ile yaşama deneyimine ilişkin 20 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların, evde dinlenme ihtiyacının artmasının bir sonucu olarak yaşamlarında büyük değişiklikler olduğunu ve ev işlerini başka birinin yapmasına uyum sağlamak zorunda olduklarını bildirmişlerdir. Kadınlar ayrıca sıkılmış, yalıtılmış, sınırlı ve depresif hissettiklerini de tanımlamışlardır (Mackey ve Coster-Schulz 1992). EDT

de yatak istirahati üzerine 12 hamile kadınla yapılan nitel bir çalışmada, kadınların bedenleri ve gebelikleri üzerinde kontrol eksikliği ve bebeklerinin hayatta kalması için korku ve endişe hissettiklerini ifade etmişlerdir. Aktivite kısıtlamasının aile işleyişi ve eş ilişkileri üzerinde olumsuz etkileri olmuştur. Tüm kadınlar yatak istirahatinde oldukları ve normal rollerini yerine getiremedikleri için kendilerini suçlu hissetmişlerdir (Schroeder 1996). İsveç'te yapılan bir çalışmaya göre annelerin hastanede kaldıkları süre boyunca yaşadıkları en stresli sorunların anne-babanın bebek için endişe duymaları ve aileden ayrılmaları olduğunu bildirmiştir. Ebeveynler birbirlerine, aile üyelerine, önemli kişilere ve bakıcılara karşılıklı olarak uyum sağlayarak durumu yönetebilirler. Bu nedenle, “birbirine uyum sağlayan” yeni bir kavram ortaya çıkarttılar (Danerek ve Dykes 2008).



Şekil 4. Erken doğum tehdidine uyum sağlama modeli: Durumu ele alma stratejileri (Danerek ve ark 2005, Danerek ve Dykes 2008).

Temel kategori ‘birbirine uyum sağlama’ ve altı alt kategoriden oluşan üç kategori (etkileşim, yeniden düzenleme ve bakım) ile veriler ortaya çıktı ve teorik modeli oluşturdu. ‘Uyumluluk’ ana kategorisi, kategoriler aracılığıyla ebeveynlerin erken doğum tehdidiyle başa çıkmak için farklı stratejileri nasıl kullandığını ve yeni duruma nasıl uyum sağladıklarını gösterir. Bu durumu yönetmek için her iki ebeveyn de bebeğin iyiliği için birbirlerine ve bakıcılara ve tedaviye uyum sağlamaya çalıştı. Karşılıklı bir anlayış ve destek geliştirildi ve birbirine uyum sağladı (Danerek ve ark 2005, Danerek ve Dykes 2008).

1.9.Bağlanma Kuramı ve Prenatal Bağlanma

Bağlanma kuramı 1951 yılında İngiliz psikiyatrist ve psikanalist John Bowlby tarafından geliştirilmiştir. Bowlby'nin Bağlanma Teorisi, etoloji ve sibernetik bilim dalları, bilgi işleme, gelişim psikolojisi ve psikanalizden aldığı, anne tarafından gelen yanıt güvenceye almak için bebeğin hedefine odaklanan kavramların karışımıdır (Bretherton 1992). İnsan bağlılığını, doğumda başlayan ve yetişkinlik boyunca devam eden, korku, sevgi, şefkat, keşif ve bakım verici tarafından bunlara yönelik olarak motive edilen evrimsel davranışlar sistemi olarak kavramsallaştırdı (Bowlby 1958). Bowlby, bebeğin biyolojik güven gereksinimi sonucu erken dönemde anneye bağlanması ve annenin yanıtı üzerine odaklanmıştır. Bebeğin birincil amacının, hayatta kalabilmek için anneye belirli bir derecede fiziksel yakınlık sağlamak olduğunu öne sürdü. Bowlby daha sonra, bağlanmanın gelişmekte olan bebek ve anne adına psikolojik hedefleri içereceği şeklindeki duruşuna ekledi (Bowlby 1969). Bağlanmanın bağımsız bir davranış sistemi olduğu ve zorunlu olarak bilinçsiz dürtüler tarafından belirlenmediği konusundaki ısrarı, teorisini çağının psikanalitik teorilerinden ayırdı (Bretherton 1992). Bowlby'nin arkadaşı olan Mary Ainsworth, bebeğin bağlanma sürecine katkısının biyolojik olmanın ötesinde olduğunu ve annenin davranışlarına ilişkin kendi duygusal değerlendirmesini içerdiğine inanıyordu (Ainsworth ve ark 1978). Anne ve bebek arasındaki bağlanma sistemi davranışlarının etkinleştirilmesi için “Yabancı Ortam” (Strange Situation) adlı laboratuvar testi bilimsel olarak ilk girişimdir (Ainsworth ve ark 1969). Bu araştırma, günümüzde halen kullanılan bağlanma biçimleri için bir adlandırma oluşturmakla kalmamış, annenin yeniden bir araya geldiğinde bebeğe verdiği tepkileri dikkate alarak, bağlanma sisteminin etkili anne davranışları içerdiğini ileri sürmüştür.

Ainsworth ve arkadaşları, bu annelik davranışlarının annenin bebeğinin duygusal dünyasıyla bağlanma derecesini gözler önüne serdiğini fark etmişler ve bunu “duyarlılık” olarak nitelendirmişlerdir (Ainsworth ve ark 1978). Duyarlı bakım davranışı sergileyen anneler, bebeğin sinyallerine dikkatle uyum sağlayabilen, sinyalleri uygun şekilde yorumlayabilen, sinyallere uygun şekilde yanıt verebilen ve çocuk için aşırı hayal kırıklığı yaratmayan bir zaman diliminde anında tepki verebilen annelerdir. Beklendiği gibi, anne duyarlılığı, bebeklerde güvenli bir bağlanma biçimi ile yüksek oranda pozitif ilişkilidir. Bir bebeğe verilen bakım türünün, bebeğin geliştireceği ve yaşamı boyunca taşıyacağı insan etkileşimiyle ilgili olarak merkezi bir içsel çalışma modeli olduğu anlaşılmıştır. Bu anlayış, annelik eylemlerine, bağlanma davranışlarına ilişkin önceki sistemik bakış açısının vermediği bir önem verdi (Bowlby 1973, Sroufe ve Waters 1977).

Bowlby'nin insan bağılılığına ilişkin çalışmasıyla eş zamanlı olarak, gebelik deneyiminin psikanalitik analizleri, prenatal bağlanmayı gebe bir kadının psikolojik enerjisinin fetüse duygusal olarak yatırıldığı bir süreç olarak açıklayan üç kadın teorisyen, Deutch, Bibring ve Benedek tarafından geliştirildi (Deutch 1945, Benedek ve Liebman 1958, Benedek 1959, Bibring 1959, Bibring ve ark 1961). Gebelik ilerledikçe fetüsün kadın için daha insani hale geldiğini ve fetüsün hem benliğin bir uzantısı hem de bağımsız bir nesne olarak sevildiğini varsaydılar. Bu erken ilişki, doğum sırasında ölen bebeklerin annelerinin sergilediği yoğun yasın, annelerin doğumdan sonra bebeklerle herhangi bir fiziksel teması olup olmamasından etkilenmediğini kaydeden klinisyenlerin çalışmalarından anekdotal destek aldı (Kennell ve ark 1970).

Annelik bakımı alanında uzmanlaşmış bir hemşire olan ve Chicago Üniversitesi'nde doktora çalışması yapan Rubin, doğumdan önce gözlemlediği kadınlarda dört özel görev belirledi (Rubin 1967, 1967). Kendisi ve bebeği için güvenli geçiş arayışı, bebeğin diğer önemli kişiler tarafından özel ve önemli olarak kabul edilmesini sağlama, bebeğe bağlanma ve kendini bebeğe adamadır. Bu görevler, gebeliğin psikolojik deneyimini kavramsallaştırması için bir çerçeve oluşturdu. Rubin “bağlanma” terimini kullanmamasına rağmen şöyle diyor: “İkinci trimester sonunda, gebe kadın içindeki çocuğun farkına varıyor ve ona o kadar çok değer veriyor ki, onun için çok değerli, çok önemli, zevk ve gurur veren bir şeye sahip olduğunu düşünüyor (Rubin 1975). Bu gelişen prenatal bağlanma kavramının ampirik çalışması, genellikle lisansüstü çalışma sürecinde, hemşireler tarafından ciddi bir şekilde sürdürülmeye devam etti. Mecca Cranley, araştırmasında belirlediği prenatal bağlanmanın altı yönden oluşan çok boyutlu bir model öneren tezi ile konuyla ilgili ilk literatür incelemesini yazdı (Cranley 1979). Bu çalışma ve prenatal bağlanmayı ölçebilmek için ölçek geliştirmesi ile Cranley teorik yapının resmi kurucusu olarak kabul edilir ve ilk tanımla itibar kazanır. Cranley prenatal bağlanmanın tanımını, doğmamış çocuğu ile davranışları yoluyla bağlanarak yakın bir ilişki kuran ve etkileşim gösteren kadınları kapsar şeklinde yapmıştır (Cranley 1981, Cannella 2005).

Cranley'in prenatal bağlanma yapısını kullanan Müller, bu olguda kavramsallaştırma stratejisinin davranışlara o kadar odaklandığını buldu ki, anne ve fetüs arasındaki artan bağılılığı da ortaya koyduğuna inandığı düşünce ve hayalleri dışladı (Muller 1992, Müller ve Ferketich 1993). Araştırmasında, prenatal bağlanmayı “anne ve fetüsü arasında gelişen benzersiz ilişki” olarak yeniden tanımlamıştır. Bu duygular, kadının gebe olarak kendisi hakkında sahip olduğu duygulara veya kendini bir anne olarak algılamasına bağlı değildir

(Muller 1989). Müller, anne adayının kendi annesiyle (veya birincil bakıcısıyla) olan ilk deneyimlerinin, daha sonra aileye, e e ve arkadaşlara daha sonra bağlanmaları etkileyen içsel temsillerin gelişmesine yol açtığını öne sürerek, gebelikte yeni bir bağlanma modeli önerdi. Bu süreç, bir kadının gebeliğe uyum sağlamasına ve fetüsüne bağlanmasına olanak sağlamıştır (Brandon ve ark 2009).

Muller, Cranley'nin çalışmasına yönelik kavramsal eleştirisinde yalnız değildi; Avustralyalı araştırmacı John Condon da prenatal bağlanma tanımında Cranley'nin çalışmasını yetersiz buldu (Bretherton ve Waters 1985, Condon 1993). Condon, prenatal bağlanmanın temel sevgi deneyimini içerdiğini ve annenin ‘bilmek, birlikte olmak, ayrılık veya kayıptan kaçınmak, korumak, fetüsün ihtiyaçlarını belirlemek ve tatmin etmek istediği’ gelişen bir ilişki olarak tanımlanabileceğini öne sürdü (Condon ve Corkindale 1997). Daha sonra resmi olarak prenatal bağlanmayı basitçe “anne ile doğmamış bebeği arasında normal olarak gelişen duygusal bağ veya bağ” olarak tanımladı (Condon ve Corkindale 1997).

Prenatal bağlanmanın en son kavramsallaştırması davranışsal, bilişsel ve duygusal yaklaşımları birleştirmeye çalışmıştır. Prenatal bağlanma, bir ebeveyn ve fetüs arasındaki, gebelikten önce potansiyel olarak mevcut olan, başka bir insanı kavramsallaştırmaya yönelik bilişsel ve duygusal yeteneklerle ilgili olan, ekolojik bir sistem içinde gelişen, yakın ilişkiyi temsil eden soyut bir kavramdır (Zimmerman 2003).

1.10. Prenatal Bağlanma ile İlişkili Faktörler

Prenatal bağlanma, gebe ve bebeği arasında duygusal, bilişsel, davranışsal bir şekilde kurulan duygusal bağı tanımlayan bir terimdir (Salisbury ve ark 2003, McFarland ve ark 2011). Gebelikte prenatal bağlanma birçok faktörden etkilenmektedir.

Prenatal bağlanmanın oluşmasında; (Cranley 1984, Erickson 1996, Lindgren 2001, Shieh ve ark 2001, Cannella 2005, Köse ve ark 2013).

Sosyo-demografik faktörler

- Yaş
- Eğitim
- Sosyoekonomik durum
- Obstetrik faktörler
- Gebeliğin planlanması,

- Gebeliğin istenmesi,
- Gebelik kaynaklı sağlık sorunları
- Doğum öncesi bakım alma durumu
- Doğum sayısı
- Hospitalizasyon süresi,
- Eşin çalışma durumu

Psikososyal faktörler

- Gebenin güven duygusu
- Sosyal destekleri
- Baş etme yöntemleri
- Eş ilişkisi
- Eş desteği
- Babanın mizacı
- Gebenin ailesiyle, sosyal çevresiyle olan ilişkileri

Psiko-patolojik Faktörler

- Depresyon ve anksiyeteye ilişkin semptomlar etkili olmaktadır.

Literatüre göre, yüksek sosyoekonomik durum, yüksek yaş, düşük eğitim seviyesi, düşük gebelik haftası, primigravida olma ve planlanmamış gebelik gibi bazı faktörlerin daha kötü prenatal bağlanma ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Salisbury ve ark 2003, Tsartsara ve Johnson 2006, Schmidt ve Argimon 2009, Chen ve ark 2011, Alhusen ve ark 2012). Gebelik döneminden önce veya gebelik döneminde ortaya çıkabilecek diğer dış faktörler, önceki düşükler, bir eşle birlikte yaşamama ve sosyal destek eksikliği gibi faktörlerde annenin prenatal bağını olumsuz etkileyebilir (Alvarenga ve ark 2012, Mehran ve ark 2013, Ruschel ve ark 2013, Hopkins ve ark 2018, Cuijlits ve ark 2019). Yapılan araştırma sonuçlarına göre gebeliğin planlı olması, eş ve aileden alınan sosyal destek, ultrasonda fetüsün görüntülenmesi, kalp seslerinin duyulması, cinsiyetinin belirlenmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi ve ailenin gelir düzeyinin bağlanmayı olumlu etkilediği gözlenmiştir (Hjelmstedt ve ark 2006, Yarcheski ve ark 2009, Yılmaz 2013, Kızılkaya-Beji ve Dişsiz 2015). Erken anne-bebek ilişkisinin çocuğın gelecekteki sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimini etkileyebileceği iyi bilinmektedir. Bu nedenle prenatal bağlanmayı, onu

etkileyen faktörleri ve pospartum dönemde anne-bebek bağının ilişkisini anlamamız önemlidir (Ainsworth ve ark 1978, Ranson ve Urichuk 2008).

1.11. EDT’de Prenatal Bağlanma

Erken doğum, çeşitli nedenlerle aileler için karmaşık bir olaydır ve 24-32 gebelik haftaları arasındaki dönem, fetüsün anne temsiline gelişimi için çok önemlidir (Ammaniti ve ark 1992). Bu dönemde anne, bebeğiyle derinden ilgilenir, bebeğin ihtiyaçlarını belirler ve aralarındaki ilişkiyi hayal eder (Ammaniti ve ark 1992, Ainsworth ve ark 2015). Gebeliğin son trimesterinde idealize edilmiş bebeğin temsilleri yavaş yavaş bebeğe doğru kayar ve bu aşama anneyi doğuma ve bebekten ayrılmaya hazırlar (Plaut 1960). Erken doğum, anne ve baba temsillerinin gelişimini aniden kesintiye uğratar ve bu nedenle doğru bir anne-baba-bebek ilişkisinin kurulmasını zorlaştırabilir. Prematüre bir bebeğe sahip olmak ebeveynlerin yetersizlik ve güvensizlik duygularını artırabilir. O halde, erken doğumun stresli ve travmatik yönü ve ebeveynler üzerindeki psikolojik etkisi, bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilir (Feldman ve ark 1999, Shah ve ark 2011).

Erken doğum birçok kadın için prenatal bağlanma üzerinde etkisi olan bir kriz dönemini temsil eder. Erken doğum için tedavi genellikle evde veya hastanede doğum öncesi yatak istirahati şeklindedir. Gebelikleri sırasında hastaneye başvuran anneler bu dönemde önemli stresörler yaşarlar (Katz 2001). Baba adayları, eşlerinin EDT ve buna bağlı aktivite kısıtlamalarından sonra yüksek düzeyde endişe ve sıkıntı yaşarlar (Maloni ve ark 2001, May 2001). Literatürde, hastaneye yatırılan gebe kadınlarda daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon, korku, savunmasızlık, pasiflik, daha düşük benlik imajı ve doğum deneyimine yönelik daha az olumlu beklenti tespit edilmiştir (Maloni ve Kutil 2000, Maloni ve ark 2001).

Kadınlar, erken doğumu durduramamaları ve gebeliğin doktor tarafından daha fazla yönetilmesi nedeniyle vücutları üzerinde derin bir kontrol eksikliği yaşarlar. Ayrıca hastaneye yatış, kadınların yaşadığı endişe ve kaygı ile aile işleyişini ve çocuk bakımını da bozmaktadır (Maloni ve Kutil 2000). Anksiyete, depresyon duyguları, yeterli aile ve sosyal desteğin olmaması, prenatal bağlanmanın gelişiminde engel teşkil etmektedir. Araştırmalar, prenatal duygu durum bozukluklarının (depresyon ve anksiyete) daha yüksek seviyelerinin, daha düşük maternal/fetal uyum kalitesiyle ilişkili olduğunu doğrulamaktadır (Heaman ve ark 2004, Hart ve McMahon 2006). Lindgren'in yaptığı bir araştırmada, sağlık uygulamalarına kişisel katılım üzerinde anlamlı, olumlu, doğrudan etkisi olan prenatal

bağlanmanın düşük depresyon puanlarına sahip kadınlarda daha yüksek olduğunu bulmuştur (Lindgren 2001). Bu çalışmalar, psikolojik durum ile prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi vurgular ve gebelik sırasında anneye uygun psikolojik destek için eylemleri teşvik eder. Gebeliğe karşı olağan duygusal tepkiye ek olarak kritik klinik sorunların varlığı babanın ruh halini ve bunun sonucunda prenatal ve postnatal bağlanmayı etkileyebilir. Ayrıca, eşin rolü genellikle karısını desteklemek ve aileye fiziksel ve psikolojik destek vermektir. Mercer ve ark (1988), düşük riskli ve yüksek riskli gebe kadınların prenatal bağlanmasında önemli bir farklılık bulamamışlardır. Bu çalışmanın aksine, Üstünsöz ve ark (2010), düşük riskli gebe kadınların prenatal bağlanma düzeyinin, yüksek riskli gebe kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir. Yapılan başka bir çalışmada da erken doğum riski ile hastaneye yatırılan ebeveynler, riskli olmayan gebelik grubuna kıyasla fetüse daha az bağlanma, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadıkları saptanmıştır (Pisoni ve ark 2016). EDT olan gebelerde prenatal bağlanmanın güvenli bir şekilde kurulması risk altında olabilir. Bağlanmanın güvenli bir şekilde kurulabilmesi için gebelerin iyi bir şekilde takip edilmesi ve prenatal bağlanma düzeylerinin tespiti önemlidir (Bakır ve ark 2014).

1.12. EDT’de Ebeğin Rolü

Erken doğum genellikle beklenmez ve gebe kadınlar tanı, tedavi ve olası uzun süreli hastanede kalış haberleri ile karşı karşıya kaldıklarında genellikle hazırlıksız yakalanırlar (Griggs ve ark 2020). EDT tanısı alan gebeler için genel tedavi hastaneye yatıştır (Sosa ve ark 2015). Türkiye’de 2018 yılında gebeliğe bağlı risk nedeniyle hastanede yatış süresi yaklaşık 2,7 gündür (T.C Sağlık Bakanlığı 2018). Ebeler, EDT ve erken doğum bakımı, hasta eğitimi, tanınması ve tedavisi konusunda bilgili olmalıdır (Doyle ve Silber 2015).

EDT nedeni ile gebelerin hastaneye yatırılması ile prenatal bakım gereksinimleri de artış göstermiştir. Bu dönemde kadınlarda kas fonksiyonlarında azalma, ödem ve ağrı gibi fiziksel sorunlar, stres, korku, kaygı gibi psikolojik sorunlar gelişebilir (Maloni 2010, Oliveira ve Mandú 2015, Rodrigues ve ark 2016). EDT’li gebeler kendi sağlık durumları ve fetüslerinin sağlık durumları hakkında kontrol kaybı, yorgunluk ve endişe yaşayabilirler (Janighorban ve ark 2018). Kadınlar can sıkıntısından öfkeye, üzüntüden umutsuzluğa kadar çeşitli duygular yaşayabilirler (Rubarth ve ark 2012, Pohlmann ve ark 2016). Ebeler, mesleki yeterlilikleri ve gebe ile sürekli birlikte, iletişimde olma özellikleri nedeniyle gebenin ihtiyacına yönelik girişimleri uygulamada ve gebelerin bakımında önemli role sahiptir

(Aksoy ve Yılmaz 2019). Yakın tarihli bir Cochrane incelemesi, düşük ve karışık komplikasyon riski olan gebe kadınlar için ebelik bakım modellerinin hem erken doğumu azalttığı hem de perinatal sağ kalımı iyileştirmede çok önemli olduğunu bildirdi (Medley ve ark 2018). Sandall ve arkadaşları, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem boyunca bir ebe veya bir ebe grubu tarafından bakım gören kadınların, erken doğum riskinin %24 daha az olduğunu bildirmiştir. Ayrıca 24. gebelik haftasından önce bebeklerini kaybetme olasılığı %16 daha az; daha iyi anne ve bebek sonuçlarına sahip olma ve ebelik bakım memnuniyetlerini daha yüksek bulmuşlardır (Sandall ve ark 2016). Ebelerin, EDT olan gebelere nitelikli bakım hizmeti verme görev ve sorumlulukları arasında bulunmaktadır (SB 2014). Ebeler kadınla ortak çalışır ve ihtiyaçların değerlendirilmesinden, bakımın planlanmasından, diğer profesyonellere sevk edilmesinden ve hizmetlerin koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu birincil profesyonellerdir.

1.13. Araştırma Soruları

1. Erken doğum tehdidi olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Erken doğum tehdidi olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri arasında fark var mıdır?

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, EDT olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılmıştır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 1985 yılında kurulmuştur. Klinik 74 yataklı olup, 54'ü yataklı servis, 15 yatak ise Doğumhane Sancı Odasında bulunmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğinde öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerince poliklinik hizmeti verilmektedir. Poliklinikler Jinekoloji ve Gebe Poliklinikleri olarak ayrılmakta ayrıca klinik bünyesinde Perinatoloji Ünitesi olarak yüksek riskli gebelikler ile ilgili hizmet veren üçüncü

bir birim de mevcuttur. Perinatoloji ünitesi 2013 yılında kurulmuş olup, halen yüksek riskli gebeliklerin teşhis ve tedavisi yapılmaktadır. Anabilim Dalında yılda ortalama 2200 civarında doğum gerçekleşmektedir. Anabilim Dalında takip edilen gebe hastaların çoğunluğu yüksek riskli gebelerdir (Preeklampsi, Eklampsi, EDT, Erken Membran Ruptürü (EMR), genetik ve sistemik Hastalıklar gibi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde Perinatoloji alanında uzman ekibe sahip olması, başvuran riskli gebe sayısının fazla olması, Konya ili dışından da riskli gebelerin başvurusu ve her sosyoekonomik düzeydeki hasta popülasyonuna hizmet vermesi gibi nedenlerden dolayı araştırma yeri olarak tercih edilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 1 Kasım 2019 - 30 Haziran 2020 tarihleri arasında Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi gebe polikliniği ve Kadın Doğum Servisine başvuran 20-37 haftalar arasında EDT tanısı olan ve olmayan gebeler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

2.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü 2 grubun prenatal bağlanma ortalaması (Aksoy ve ark 2016) G-power 3.1.9.2 programı (Faul ve ark 2007) ile bilinen ortalama puanı (56.76 SD 9.23) 2 puanlık sapma içinde %5 hata payı ve %95 güçle vaka grubuna 250, kontrol grubuna 250 olmak üzere 500 gebenin örnekleme alınması gerektiği hesaplandı ve 500 gebe ile araştırma tamamlandı.

2.5. Araştırmanın Örnek Seçimi

Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneği, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran 20-37 haftalar arasında EDT tanısı olan ve olmayan araştırmaya gönüllü gebeler alınmıştır.

2.5.1. EDT Tanısı Olan Gebelerin Dâhil Edilme Kriterleri

- Nullipar olan
- 18 yaş ve üzeri olan

- Gebelik haftası 20 ile 37 arasında olan
- Erken doğum tehdidi nedeniyle klinikte yatışı olan
- Tek ve sağlıklı fetüse sahip olan
- Türkçe iletişim kurulabilen
- Okuma yazma bilen gönüllü gebeler oluşturmuştur.

2.5.2. EDT Tanısı Olan Gebelerin Dahil Edilmeme Kriterleri

- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlar
- Sistemik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kalp ve solunum problemi olan)
- Tanısı konulmuş bir ruhsal hastalığı olan (depresyon, anksiyete bozukluğu gibi)
- Tekrarlayan gebelik kaybı olanlar

2.5.3. EDT Tanısı Olmayan Gebelerin Dâhil Edilme Kriterleri

- Nullipar olan
- 18 yaş ve üzeri olan
- Gebelik haftası 20 ile 37 haftası arasında olan
- Tek ve sağlıklı fetüse sahip olan
- Türkçe iletişim kurulabilen
- Okuma yazma bilen gönüllü gebeler oluşturmuştur.

2.5.4. EDT Tanısı Olmayan Gebelerin Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlar
- Sistemik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kalp ve solunum problemi olan)
- Tanısı konulmuş bir ruhsal hastalığı olan (depresyon, anksiyete, şizofren, bipolar bozukluğu gibi)
- Tekrarlayan gebelik kaybı olanlar

2.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan EDT tanısı olan ve olmayan gebelerin, Kişisel Bilgi Formu (KBF), Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) olmak üzere 3 form ile toplanmıştır.

2.6.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Kişisel Bilgi Formu

Literatüre dayalı hazırlanan kişisel bilgi formu (KBF) EDT olan ve olmayan gebelerin sosyodemografik özelliklerine yönelik; gebelerin ve eşlerinin eğitim ve çalışma durumu, sosyal güvence, aile tipi, gelir durumu algısı, ailenin gelir durumu, yaş, evlilik süresi olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır (Ege ve ark. 2009, Lederman ve ark 2009, Şirin ve Emine 2013, Gümüşdaş ve ark 2014)

EDT tanısı olan gebelerin gebeliğine ait özelliklerine yönelik; gebelik haftası, gebeliğin planlı olma, eşin gebeliği isteme , gebeliğe hazır hissetme, bebeğin hareketlerini hissetme, eş ile ilişki/evlilik uyumu, gebelik öncesi ve gebelik sürecinde sigara kullanma, gebelikte sosyal yaşam değişiklik ve yaşanan değişiklikler, gebelik süresince eşten/aile/yakınlarından psikolojik, fiziksel destek alma, bebeğin cinsiyeti ve istenilen cinsiyet, gebelik süresince hastaneye yatma, hastaneye yatış sebebi, doğum öncesi bakım alma, EDT'den dolayı kendini suçlama, başkalarına bağımlı olmaya bağlı endişe yaşama, hastanede kaldığı sürede eşten uzak olma, yalnız başına uyuma, evden uzak olma, aileden uzak olma ve başkalarına bağımlı olma durumlarını sorgulayan toplam 28 sorudan oluşmaktadır (Ege ve Ark. 2009, Lederman ve Ark 2009, Şirin ve Emine 2013, Gümüşdaş ve Ark 2014).

EDT tanısı olmayan gebelerin gebeliğine ait özelliklerine yönelik; gebelik haftası, gebeliğin planlı olma, eşin gebeliği isteme, kadının gebe olmaya hazır hissetme, bebeğin hareketlerini hissetme, eş ile ilişki/evlilik durumu, sigara kullanma, gebelik boyunca sigara kullanma, gebelikte sosyal yaşamda değişiklik olma, gebelik süresince sosyal yaşamda yaşanan değişiklik, gebelik süresince eşten/aile/yakınlarından psikolojik, fiziksel destek alma, bebeğin cinsiyeti, bebeğin cinsiyetinin hayal edildiği gibi olma, gebelikte herhangi bir sebeple hastaneye yatış olma, hastaneye yatış sebebi ve gebelik süresince doğum öncesi bakım alma durumunu sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır (Ege ve ark. 2009, Lederman ve ark 2009, Şirin ve Emine 2013, Gümüşdaş ve ark 2014).

2.6.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Ledermen tarafından 1979 yılında doğum öncesi dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, toplam 79 maddeli, dörtlü likert tipi bir ölçektir (4:çok fazla tanımlıyor, 3:kısmen tanımlıyor, 2:biraz tanımlıyor, 1:hiç tanımlamıyor. Gebeliğe uyum '1'den '4'e

kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir) (Lederman ve ark 1979). PKDÖ'nin annelerin gebeliğe uyumlarını değerlendiren 7 alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir alt ölçek 10 ile 15 madde içermektedir. Alt ölçekler; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri olarak gruplandırılmıştır (Lederman ve ark 1979, Stark 2001, Beydağ ve Mete 2008). Ölçekteki maddelerin 47 tanesi ters yönlüdür ve puanlama 4'ten 1'e doğru yapılmaktadır. Bunlar; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79. maddelerdir. Ölçeğin tamamı için en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Beydağ tarafından 2006 yılında Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe'ye çevrilen ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.81, alt ölçeklerin güvenirlik katsayıları 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuştur (Lederman ve ark 1979, Beydağ ve Mete 2008). Bu çalışmada PKDÖ'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

2.6.3. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla 1993 yılında Muller tarafından geliştirilmiştir (Muller 1989). PBE 21 maddeden oluşmakta olup, 4 lü likert tipinde olup, her madde 1 ile 4 arasında puan almaktadır. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Maddeler; 1:Hiçbir zaman, 2:Bazen, 3:Sık sık, 4:Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği 2013 yılında Yılmaz ve Beji tarafından yapılmış ve iç tutarlılığı için yapılan analizde cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (Yılmaz ve Beji 2013). Bu çalışmada PBE'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

2.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, 1 Kasım 2019 - 30 Haziran 2020 tarihleri arasında Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran 20-37 haftalar arasında EDT tanısı olan ve olmayan gebeler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmacılar öncelikle gebelere araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verdi ve

yazılı onamlarını aldı. Gebelerin kalabalıktan ve sesten etkilenmemeleri için formları serviste ve polikliniklerde özel bir alanda doldurmaları sağlanmıştır.

2.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

2.8.1. Bağımlı Değişkenler;

- Gebelerin gebeliğe uyum düzeyi,
- Gebelerin prenatal bağlanma düzeyi.

2.8.2. Bağımsız Değişkenler;

- Gebelerde erken doğum tehdidi olma durumu.

2.9. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce, Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Komitesi'nden çalışmanın yapılması için etik izin (Kayıt no: 2019-1228) alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden yazılı kurum izni (Kayıt no: 04.11.2019/ 87142773-774.9) ve çalışmaya gönüllü katılacak olan gebelerden yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya katılacak olan gebelere kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı hakkında bilgi verilerek, “gizlilik ilkesi” korunmuştur. Araştırmada kullanılan PBE için kullanım izni alındı, PKDÖ için kullanım izni için ise mail gönderilmiş ve geribildirim alınamamıştır.

2.10. Verilerin değerlendirilmesi (İstatistiksel Analiz)

Verilerin istatistiksel ananalizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Skewness (-.53 ile 1.53 arası) ve Kurtosis (-.89 ile 1.26 arası) ile değerlendirilmiş olup normal dağılıma sahip olduğu belirlenmiştir. EDT olan ve olmayan gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin homojenliğinin test edilmesinde kategorik değişkenler için Pearson ki-kare testi, Yates düzeltmeli Ki-kare testi ve Fisher kesin testi, sayısal değişkenler için bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. EDT olan ve olmaya grupların prenatal bağlanma ve prenatal kendini değerlendirme puan ortalaması arasındaki farkın karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, çoklu gruplarda bağımsız

gruplarda varyans analizi (ileri analizi bonferroni post hoc test) kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

2.11.Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

- EDT olan ve olmayan gebelerde gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma çalışılmamış bir konudur. EDT olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin incelendiği bu çalışma ile ebelik literatürüne katkı sağlanacaktır.
- Ebelere ve prenatal bakım uygulamalarında rehberlik edecektir.
- Araştırma bulgu ve sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı grup için geçerli olup, tüm popülasyona genelleme yapılamaz.
- Araştırma sürecine okur yazar olmayan ve diğer araştırma dışlama kriterleri olan gebeler dahil edilmediği için, EDT olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin incelenmesi, araştırmaya alınma kriterleri uygun olan gebeler ile sınırlıdır.

3. BULGULAR

3.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

EDT olan ve olmayan gebelerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik analiz sonuçları Tablo 3.1.1’de verilmiştir. EDT olan ve olmayan gebelerden oluşan iki çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinden yaş ve evlilik süresi ortalaması ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, sosyal güvence, aile tipi, gelir durumu algısı ve ailenin aylık gelir durumunun dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Çalışma gruplarının bu özellikler yönünden benzer olduğu belirlenmiştir. İki çalışma grubundaki gebelerin tümü evlidir (Tablo 3.1.1).

Tablo 3.1.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	EDT (n=250)		Normal (n=250)		Toplam (n=500)		Gruplar Arası Test	
	$\bar{X} \pm SS$	En az- en çok	$\bar{X} \pm SS$	En az- en çok	$\bar{X} \pm SS$	En az- en çok	t	p

Yaş	26,08±4,60	18-36	25,70±4,40	18-36	25,89±4,50	18-36	0,964	0,36
Evlilik süresi (yıl)	3,34±2,50	1-12	3,25±2,53	1-12	3,30±2,51	1-12	0,391	0,696
	n	%	n	%	n	%	χ²	p
Eğitim düzeyi								
İlköğretim	85	34,0	73	29,2	158	31,6	2,430	0,297
Lise	96	38,4	93	37,2	189	37,8	(sd=2)	
Üniversite ve üzeri	69	27,6	84	33,6	153	30,6		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	60	24,0	65	26,0	125	25,0	0,267	0,606
Çalışmıyor	190	76,0	185	74,0	375	75,0	(sd=1)	
Eşin eğitim düzeyi								
İlköğretim	92	36,8	88	35,2	180	36,0	0,967	0,617
Lise ve dengi	88	35,2	82	32,8	170	34,0	(sd=2)	
Üniversite ve üzeri	70	28,0	80	32,0	150	30,0		
Eşin çalışma durumu								
Çalışıyor	236	94,4	241	96,4	477	95,4	0,729	0,393 ^Y
Çalışmıyor	14	5,6	9	3,6	23	4,6		
Sosyal güvence								
Evet	221	88,4	222	88,8	443	88,6	0,020	0,888
Hayır	29	11,6	28	11,2	57	11,4	(sd=1)	
Aile tipi								
Çekirdek aile	191	76,4	205	82,0	396	79,2	2,380	0,123
Geniş Aile	59	23,6	45	18,0	104	20,8	(sd=1)	
Gelir durumu algısı								
Gelir giderden az	55	22,0	62	24,8	117	23,4	0,574	0,751
Gelir gidere denk	169	67,6	164	65,6	333	66,6	(sd=2)	
Gelir giderden fazla	26	10,4	24	9,6	50	10,0		
Ailenin aylık geliri								
Asgari ücret ve altı	105	42,0	109	43,6	214	42,8	0,131	0,718
Asgari ücret üzeri	145	58,0	141	56,4	286	57,2	(sd=1)	

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd=498

χ²: Pearson ki-kare testi

Y: Yates düzeltilmeli ki-kare testi, sd=1 (gözlenen değer < 25).

3.2. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

EDT olan ve olmayan gebelerin obstetrik özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik analiz sonuçları Tablo 3.2.1 ve 3.2.2’de verilmiştir. EDT olan ve olmayan gebelerden oluşan iki çalışma grubundaki gebelerin obstetrik gebelik haftası ortalaması ile gebeliği planlı olması, eş gebeliği istemesi, gebe olmaya hazır hissetme, bebeğin hareketlerini hissetme, eş ile ilişki/evlilik durumu, sigara kullanma, gebelikte sigara kullanma durumunun dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p>0,05). Çalışma gruplarının bu obstetrik özellikler yönünden istatistiksel olarak benzer olduğu belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 3.2.1).

EDT olan gebelerin sosyal yaşamında değişiklik görülme oranının EDT olmayanlara göre yüksek olduğu, grupların dağılımları arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,01$), görülmüştür. Yaşanan değişiklik türüne bakıldığında, EDT olmayanlarda yaşanan değişiklik türünün sadece istirahat gerektirdiği, EDT olanlarda ise hareket kısıtlılığı gerektirenlerin oranının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 3.2.1.).

Tablo 3.2.1. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması-1

Özellikler	EDT (n=250)		Normal (n=250)		Toplam (n=500)		Gruplar Arası Test	
	$\bar{X} \pm SS$	En az- en çok	$\bar{X} \pm SS$	En az- en çok	$\bar{X} \pm SS$	En az- en çok	t	p
Gebelik haftası	30,62±4,31	20-37	31,12±4,89	20-37	30,87±4,61	20-37	1,192	0,234
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Planlı gebelik								
Evet	202	80,8	189	75,6	391	78,2	1,983	0,159
Hayır	48	19,2	61	24,4	109	21,8	(sd=1)	
Eşin gebeliği isteme durumu								
Evet	246	98,4	248	99,2	494	98,8	-	0,686 ^F
Hayır	4	1,6	2	0,8	6	1,2		
Gebe olmaya hazır hissetme durumu								
Evet	221	88,4	232	92,8	453	90,6	2,348	0,092 ^Y
Hayır	29	11,6	18	7,2	47	9,4		
Bebeğin hareketlerini hissetme durumu								
Evet	242	96,8	242	96,8	484	96,8	0,000	1,000 ^Y
Hayır	8	3,2	8	3,2	16	3,2		
Eş ile ilişki/evlilik durumu								
İyi	232	92,8	222	88,8	454	90,8	1,939	0,164 ^Y
Orta/ Kötü*	18	7,2	28	11,2	46	9,2		
Sigara kullanma								
Evet	29	11,6	29	11,6	58	11,6	0,000	1,000
Hayır	221	88,4	221	88,4	442	88,4	(sd=1)	
Gebelikte sigara kullanma								
Evet	10	4,0	20	8,0	30	6,0	2,872	0,090 ^Y
Hayır	240	96,0	230	92,0	470	94,0		
Gebelikte sosyal yaşamda değişiklik olma								
Evet	60	24,0	34	13,6	94	18,8	8,857	0,003
Hayır	190	76,0	216	86,4	406	81,2		
Yaşanan değişiklik (n: 60/34/94)								
Hareket kısıtlılığı	32	53,3	-	-	32	34,0	25,169	0,000

Gebelikte herhangi bir sebeple hastaneye yatış								
Evet	104	41,6	29	11,6	133	26,6	57,62 0	0,000
Hayır	146	58,4	221	88,4	367	73,4	(sd=1)	
Hastaneye başvuru sebebi (n=104/29/133)								
Kanama *	25	24,0	-	-	25	18,8		
Ağrı	19	18,3	10	34,5	29	21,8	27,65 1	0,000
Erken doğum tehdidi	36	34,6	7	24,1	43	32,4	(sd=4)	
Tansiyon sorunu	18	17,3	2	6,9	20	15,0		
Bulantı kusma*	6	5,8	10	34,5	16	12,0		
Gebelikte doğum öncesi bakım alma durumu								
Evet	236	94,4	224	89,6	460	92,0	3,913	0,048
Hayır	14	5,6	26	10,4	40	8,0	(sd=1)	

χ^2 : Pearson ki-kare testi

Y: Yates düzeltilmeli ki-kare testi, sd=1 (gözlenen değer < 25)

*Fark olan gruplar

EDT olan gebelerin hastaneye başvuru oranının EDT olmayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 3.2.2).

İki çalışma grurubundaki gebelerin hastaneye başvuru nedenleri arasındaki fark karşılaştırıldığında, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 3.2.2). Farkın hangi seçenekler arasında olduğunu bulmak için yapılan ileri analizde (bonferroni adjusted p değerine göre), EDT olan gebelerde kanama sorununun anlamlı düzeyde yüksek oranda olduğu, EDT olmayan gebelerde ise bulantı-kusma sorununun anlamlı düzeyde yüksek oranda olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İki grubun hastaneye başvuru nedenleri arasında bulunan diğer seçenekler arasındaki fark anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$).

EDT olan gebelerde gebelikte doğum öncesi bakım alma oranı EDT olmayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 3.2.2).

3.3. Gebelerin Erken Doğum Tehdidine İlişkin Özellikleri

EDT olan gebelerin hastaneye yatış özellikleri ve soruna bağlı yaşadıkları endişelerin dağılımı Tablo 3.3.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.3.1. EDT Olan Gebelerin Özellikleri (n=250)

Özellikler	En az-en çok	$\bar{x} \pm SS$
Daha önce hastanede yatma süresi (gün) (n: 126)	1-30	6,08±5,38
Şimdiki yatış süresi (gün)	1-44	5,14±4,91
	n	%
Daha önce hastanede yatma durumu		
Evet	126	50,4
Hayır	124	49,6
Hastanede eşten uzak kalma nedeniyle endişelenme		
Evet	158	63,2
Hayır	92	36,8
Hastanede yalnız başına uyuma nedeniyle endişelenme		
Evet	121	48,4
Hayır	129	51,6
Evden uzak olma nedeniyle endişelenme		
Evet	172	68,8
Hayır	78	31,2
Aileden uzak kalma nedeniyle endişelenme		
Evet	190	76,0
Hayır	60	24,0
Başkalarına bağımlı olma nedeniyle endişelenme		
Evet	118	47,2
Hayır	132	52,8
Erken doğum tehdidinden dolayı kendini suçlama		
Evet	47	18,8
Hayır	203	81,2

EDT nedeniyle hastanede yatan gebelerin %50,4'ü daha önce hastaneye yattığını ifade etmiş ve önceki yatış süresi ortalaması 6,08±5,38 gün olarak belirlenmiştir. Son yatıştaki hastanede kalma süresi 5,14±4,91 gündür. Hastanede yatan gebelerde eşten uzak kalma nedeniyle endişelenenlerin oranı %63,2, yalnız başına uyuma nedeniyle endişelenenlerin oranı %48,4, evden uzak olma nedeniyle endişelenenlerin oranı %68,8, aileden uzak kalma nedeniyle endişelenenlerin oranı %76 olarak bulunmuştur. EDT yüzünden başkalarına bağımlı olma nedeniyle endişelenenlerin oranı %47,2, EDT'den dolayı kendini suçlayanların oranı ise 18,8 olarak bulunmuştur.

3.4. EDT'nin PKDÖ ve PBE Puanlarına Etkisi

EDT Olan ve Olmayan gebelerin PBE ve PKDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 3.4.1'de verilmiştir.

Tablo 3.4.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin PBE ve PKDÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 500)

	EDT (n=250)	Normal (n=250)		
Ölçekler	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Toplam	142,62±22,14	138,84±22,53	1,894	0,059
<i>PKDÖ Alt boyutları</i>				
1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	26,42±6,26	22,50±5,36	7,513	0,000
2. Gebeliğin kabulü	21,38±5,86	21,63±5,43	0,483	0,629
3. Annelik rolünün kabulü	21,64±4,57	23,66±5,42	4,516	0,000
4. Doğuma hazır oluş	20,48±4,62	18,78±4,47	4,173	0,000
5. Doğum korkusu	22,70±3,91	21,55±4,24	3,158	0,002
6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	14,79±5,62	14,96±5,09	0,359	0,720
7. Eşi ile ilişkisinin durumu	15,20±5,78	15,74±4,78	1,138	0,256
Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) Toplam	64,27±8,68	63,26±9,18	1,272	0,204

EDT: Erken Doğum Tehdidi

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd=498

EDT olan ve olmayan gebelerin PBE puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.4.1).

EDT olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının EDT olmayanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 3.4.1.).

EDT olan ve olmayan gebelerin PKDÖ'nün gebeliğin kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve eşi ile ilişkisinin durumu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.4.1). Diğer alt boyutlardan ise, EDT olan gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve doğuma hazır oluş alt boyut puan ortalamalarının çok ileri düzeyde anlamlı olarak ($p<0,001$), doğum korkusu alt boyut puan ortalamasının ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$) olarak EDT olmayan gebelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Annelik rolünün kabulü alt boyutunda ise EDT olan gebelerin puan ortalamasının EDT olmayanlara göre düşük olduğu, ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.4.1).

4.TARTIŞMA

Bu çalışma EDT olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular dört başlık altında literatürde yer alan çalışmalar ile karşılaştırılmıştır.

4.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

4.2. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Tartışılması

4.3. EDT Olan ve Olmayan gebelerin PKDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

4.4. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin PBE Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

4.1. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

EDT olan gebelerin yaş ortalaması $26,08 \pm 4,60$, EDT olmayan gebelerinde $25,70 \pm 4,40$ dır. EDT olan ve olmayan gebelerin yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kırdök (2020) yaptığı çalışmada çalışmamıza paralel olarak anlamlı fark bulmamıştır ve EDT tanısı alan gebelerin yaş ortalaması $28,67 \pm 4,39$, tanı almayanlarda $28,08 \pm 4,49$ olduğunu saptamıştır. Kamalak (2015)'ın yaptığı çalışmada riskli gebelerin yaş ortalamasının $28,64 \pm 5,41$ ve kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamasının $26,98 \pm 5,18$ olduğunu saptamıştır. Amerika'da yapılan bir kohort çalışmasında, daha genç anne yaşının (< 20 yaş) tekrarlayan spontan erken doğum için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Simonsen ve ark 2013). Laopaiboon ve ark (2014)'nın 29 ülkede yürüttüğü bir çalışmada ileri anne yaşının daha yüksek erken doğum riski ile ilişkilendirilmiştir.

Literatürde erken doğum riski ile yaş arasında ki ilişkinin farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Yapılan sistematik bir derlemede ileri anne yaşı ile erken doğumun doğrudan ilişkilendirilemeyeceği ve sonuçlar arasında farklılıklardan dolayı yorumlarken dikkatli olunması gerektiğini belirtmişlerdir (Leader ve ark 2018). Literatürde EDT için yaş anlamlı bir değişken olarak gösterilmesine rağmen, araştırmamızda yaş değişkeni ile EDT arasında ilişki bulunmamış olması, örneklemimizin yaş ortalamasının $26,08 \pm 4,60$ olması, adolesan ve ileri yaş gebelik oranlarının düşük olması ile ilişkilendirilebilir. Sonuç olarak bu değişkenlerde benzerlik olması iki grup arasında farklılık olmadığını göstermektedir.

EDT olan ve olmayan gebelerin üçte biri lise mezunudur. EDT olan ve olmayan gebelerin eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kırdök

(2020)'ün çalışmasında da, EDT tanısı alan gebelerin %34,6'sı fakülte ve yüksekokul mezunu, EDT tanısı almayan gebelerin ise %42,3'ü okuryazar değil, ilkokul ve ortaokul mezunu olduğunu ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Araştırma sonucumuz yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir.

EDT olan ve olmayan gebelerin eşlerinin üçte biri ilköğretim mezunudur. EDT olan ve olmayan gebelerin eşlerinin hemen hemen tamamının eşi çalışmaktadır. EDT olan ve olmayan gebelerin eşlerinin eğitim durumu ve eşin çalışma durumunun dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Gümüşdaş ve ark (2014)'nın çalışmasında ise riskli gebelerin eşlerinin %47,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %68,5'inin serbest çalıştığı, risksiz gebelerin eşlerinin %41,1'nin lise mezunu, %59,7'sinin serbest çalıştığı ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Eşin eğitim düzeyi ve çalışıyor olması gebenin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi, gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanmasını sağlayabilmesi açısından önemlidir.

EDT olan gebelerin, dörtte üçünün çalışmadığı, %88,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %67,6'sının geliri gidere denk olduğu, %58'inin asgari ücret üzeri olduğu belirlendi. EDT olmayan gebelerin ise dörtte üçünün çalışmadığı, %88,8'nin sosyal güvencesinin olduğu, %65,6'sının gelir gidere denk olduğu ve %56,4'ünün asgari ücret üzeri olduğu belirlendi. EDT olan ve olmayan gebelerin çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu algısı ve ailenin aylık gelir durum dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik durum EDT için bir risk faktörü bildirilmesine rağmen Kramer ve ark (2001), Moutquin (2003), çalışmamızda sosyoekonomik durum ile EDT arasında ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda çıkan sonucun, hastanenin çoğunlukla orta gelir düzeyine sahip gebeler tarafından tercih edilmesi ve gelir durumu açısından grupların benzer özelliklerde olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

İki çalışma grubundaki gebelerin tümü evlidir. Evlilik yılı ve aile yapısı incelendiğinde EDT olan gebelerin evlilik yılı ortalamasının $3,34\pm2,50$ olduğu, dörtte üçünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlendi. EDT olmayan gebelerde evlilik yılı ortalama $3,25\pm2,5$ olduğu, %82'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu tespit edildi. EDT olan ve olmayan gebelerin evlilik yılı ve aile tipi arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2. EDT Olan ve Olmayan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Tartışılması

EDT olan gebelerin gebelik haftası ortalaması $30,62 \pm 4,3$, EDT olmayan gebelerin ise $31,12 \pm 4,89$ olup gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kamalak (2015)'nin yaptığı çalışmada da yüksek riskli gebeler ve kontrol grubundaki gebelerin gebelik haftaları arasında fark bulunmamıştır. Kırdök (2020)'ün çalışmasında da EDT tanısı alan ve olmayan gebelerin sırasıyla gebelik haftası ortalamaları $28,50 \pm 4,67$, $29,17 \pm 5,11$ olup gruplar arasında fark yoktur ve anlamlı değildir ($p > 0,05$).

EDT olan gebelerin %80,8'inin gebeliği planlı, EDT olmayan gebelerin %75,6'sı planlı olup gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kamalak (2015) yaptığı çalışmada yüksek riskli gebelerin %79,7'sinin gebeliği planlı, kontrol grubu gebelerin ise %71,9'unun gebeliği planlı ve gruplar arasında anlamlı farkın olmadığını bildirmiştir. Fiskin ve ark (2017)'nin yaptığı çalışmada da yüksek riskli gebelerin %72,1'i planlı gebeliğe sahip olduklarını bildirmiştir. Denis ve ark (2012)'nin yüksek riskli gebeliklerle yaptığı çalışmada da %76,4'nün planlı bir gebeliği olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar gebelerin büyük bir kısmının gebeliklerini planladıklarını göstermesi açısından önemlidir.

EDT olan ve olmayan gebelerden oluşan iki çalışma grubundaki gebelerin eşin gebeliği istemesi, gebe olmaya hazır hissetme, bebeğin hareketlerini hissetme, eş ile ilişki/evlilik durumu, sigara kullanma, gebelikte sigara kullanma durumunun dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çalışma gruplarının bu obstetrik özellikler yönünden benzer olduğu belirlenmiştir.

EDT olan gebelerin sosyal yaşamında değişiklik görülme oranının EDT olmayanlara göre yüksek olduğu, grupların dağılımları arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu ($p < 0,01$), görülmüştür. Yaşanan değişiklik türüne bakıldığında, EDT olmayanlarda yaşanan değişiklik türünün sadece istirahat gerektirdiği, EDT olanlarda ise hareket kısıtlılığı gerektirenlerin oranının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). Baransel ve Uçar (2021)'in riskli olan ve olmayan gebelerde yaptığı çalışmada riskli gebeliğe sahip kadınların, riskli gebeliğe sahip olmayan kadınlara göre daha düşük düzeyde fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir. Riskli gebelik tanısı konmuş gebeler, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun sürelerle hastaneye

yatırılabilirlerdir. Riskli durum sürecine göre bazı gebeler, hastaneye yatış süreçleri ve yatak istirahati süreçleri uzayabilmektedir (Maloni ve ark 2005, Gilbert 2010, Oskay ve Coşkun 2012).

EDT olan ve olmayan gebelerin gebelikte eşten psikolojik destek alma, gebelikte eşten fiziksel destek alma, gebelikte aileden psikolojik destek alma ve gebelikte aileden fiziksel destek alma dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$), grupların destek alma özellikleri yönünden benzer olduğu belirlenmiştir.

EDT olan ve olmayan gebelerin bebeğinin cinsiyeti ve bebeğin hayal edilen cinsiyette olma durumunun dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamış ($p>0,05$), grupların bebeğin cinsiyet özellikleri yönünden de benzer olduğu belirlenmiştir. Her iki çalışma grubundaki annelerin tümü bebeğini ultrasonda görünce mutlu olduğunu ifade etmiştir.

EDT olan gebelerin hastaneye yatma oranının EDT olmayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). EDT tanısı alan gebelerin hastaneye yatma oranının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. İki çalışma grubundaki gebelerin hastaneye başvurma nedenleri arasındaki fark karşılaştırıldığında, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Farkın hangi seçenekler arasında olduğunun bulmak için yapılan ileri analizde, EDT olan gebelerde kanama sorununun anlamlı düzeyde yüksek oranda olduğu, EDT olmayan gebelerde ise bulantı-kusma sorununun anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İki grubun hastaneye başvurma nedenleri arasında bulunan diğer değişkenler birbirine benzerdir ($p>0,05$). Kamalak (2015) yaptığı çalışmada yüksek riskli gebelerin %18,8'i ile kontrol grubundaki gebelerin %13,3'ü son gebeliklerinde hastaneye yattıklarını tespit etmişlerdir. Bu gebelikte hastanede başvuru nedenleri incelendiğinde ise gebelerin bulantı-kusma, ağrı, kanama gibi nedenler ile hastaneye başvurdıkları belirtilmiştir. Kırdök (2020)'ün yaptığı çalışmada EDT tanısı alan gebelerde hastaneye başvurma nedenlerinde ilk sırada bel ve kasık ağrısı, ikinci sırada ise kanama olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda EDT olan gebelerde gebelikte doğum öncesi bakım alma oranı EDT olmayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada riskli gebelerin doğum öncesi bakım alma durumu %95,5, sağlıklı gebelerin ise %94,8 olarak bulunmuştur. İki grup gebe arasında prenatal bakım alma durumları arasında anlamlı

bir fark olmadığı, grupların birbirine benzer olduğu ve her iki grubunda yüksek oranda bakım aldığı bildirilmiştir (Izmir 2019).

Araştırmamızda EDT olan ve olmayan gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri bakımından karşılaştırıldığında; grupların gebelikte sosyal yaşamda değişiklik, hastaneye başvuru sebebi, doğum öncesi bakım alma durumu dışında benzer olduğu görülmektedir. Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir.

4.3. EDT Olan ve Olmayan gebelerin PKDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

PKDÖ en düşük puanı 79, en yüksek puanı 316'dır. Gebelerin aldığı puan ne kadar düşük olursa gebelik ve annelik uyumları o kadar yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda EDT olan gebelerin PKDÖ puan ortalaması $142,62 \pm 22,14$ olup, EDT olmayan gebelerin $138,84 \pm 22,53$ bulunmuştur. Araştırma sorumuz olan EDT olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri arasında fark var mıdır? sorusuna araştırmamız bulgularına göre EDT olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının EDT olmayanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Araştırmamıza paralel olarak Nakamura ve ark (2011) çalışmasında EDT nedeniyle hastaneye yatırılan kadınların gebeliğe uyumlarının diğer gebelere göre daha düşük olduğunu saptamıştır. Yapılan bir çalışmada yüksek riskli gebeliğe uyum düzeylerinin sağlıklı gebelere göre daha düşük olduğu ve bu gebelerin daha yüksek düzeyde kaygı ve stres yaşadıkları bildirilmiştir (Gümüşdaş ve ark 2014). Fiskin ve ark (2017) yaptıkları çalışmada yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyum düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir. Çalışmamıza göre EDT olan ve olmayan gebelerin uyum düzeyleri benzerlik göstermekte EDT'nin uyumu anlamlı düzeyde etkilemediği görülmektedir.

Araştırmamızda PKDÖ'nin annelik rolünün kabulü alt boyutunun EDT olan gebelerin, olmayan gebelere göre puan ortalamasının düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Çalışmamızdan farklı olarak Japonya'da yüksek riskli gebeler ve düşük riskli gebelerin uyumlarını karşılaştırdığı çalışmada yüksek riskli gebelerin düşük riskli gebelere göre annelik rolünün kabulü alt boyutunun puanları anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Nakamura ve ark 2011). Kırdök (2020) EDT tanısı alan ve olmayan gebelerin gebeliklerine uyumlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada EDT tanısı alan gebelerin tanı almayan gebelere göre “annelik rolünün kabulü” alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı

belirtilmiştir. Araştırma sonuçları farklılık göstermektedir. EDT yaşayan gebe annelik rolü için psikolojik hazırlık süreci kesintiye uğrasa da erken doğum eylemi ile anne olacağı düşüncesi ile annelik rolünün kabulüne daha çok uyum sağlamış olabilir.

Araştırmamızda EDT olan gebelerin PKDÖ kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt boyut puan ortalaması EDT olmayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Nakamura ve ark (2011)'nın Japonya'da yüksek riskli gebeler ve düşük riskli gebelerin uyumlarını karşılaştırdığı çalışmada yüksek riskli gebelerin düşük riskli gebelere göre kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt ölçek uyum puanları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Kırdök (2020) EDT tanısı alan ve almayan gebelerin gebeliklerine uyumlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, EDT tanısı alan gebelerin tanı almayan gebelere göre “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu bildirilmiştir. Araştırmamıza göre EDT tanısı almış olmanın ve tanının getirdiği gereklilikler, sorumluluklar nedeni ile yatak istirahati olan gebelerin gebeliğe uyum konusunda en fazla sorun yaşadıkları alanın kendi ve bebeğinin sağlığına ilişkin düşünceleri olarak saptanması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmamızda EDT olan gebelerin PKDÖ doğuma hazır oluş alt ölçek puan ortalaması EDT olmayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). EDT olan gebelerin, EDT olmayan gebelere göre doğuma hazır oluş uyum düzeylerinin oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın aksine Nakamura ve ark (2011)'nın Japonya'da yüksek riskli gebeler ve düşük riskli gebelerin uyumlarını karşılaştırdığı çalışmada yüksek riskli gebelerin düşük riskli gebelere göre doğuma hazır oluş alt boyut uyum puanları anlamlı olarak daha düşük bulmuştur. Normal bir gebelikte kadın, doğuma hazır oluşta bilgi sahibi olmaya çalışarak, olumlu beklenti geliştirmeye çalışarak doğum süreci ile ilgili artan endişe ve belirsizlik duygularıyla başa çıkmaya çalışır. EDT gibi yüksek riskli gebelerde ise gebelik ve doğum sürecinde daha fazla tıbbi müdahale, doğumun beklenenden erken olma riski ve bebeğin sağlığına ilişkin endişe ve belirsizlik duygularıyla başa çıkmak daha çok zorlaştığı için çalışmamızda ki EDT olan gebelerin doğuma hazır oluş uyum düzeyinin düşük bulunduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda EDT olan gebelerin PKDÖ, doğum korkusu alt boyut puan ortalaması EDT olmayan gebelere göre ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Yüksek riskli gebeler ve düşük riskli gebelerin uyumlarının

karşılaştırdığı çalışmada yüksek riskli gebelerin düşük riskli gebelere göre doğum korkusu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (Nakamura ve ark 2011). Sağlıklı gebeler, doğumda hissedebileceği ağrı, doğum sırasında kendisinin veya bebeğinin zarar görebileceği, kontrolünü kaybedeceği ve doğuma yardımcı manevraları yapamayacağı, sağlık personeli tarafından desteklenmeyeceği düşüncesi ile doğum korkusu yaşayabilmekteyken bunun yanı sıra var olan riskli gebelik kadında doğum korkusunu tetikleyebilmektedir. EDT’de doğum korkusu, özellikle bebeğin sağlığına ilişkin korkuları doğumun beklenenden erken olma olasılığı ile karşı karşıya kalmalarından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda EDT olan ve olmayan gebelerin PKDÖ gebeliğin kabulü alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza paralel olarak yapılan bir çalışmada yüksek riskli gebelerin kontrol grubu gebelerine göre gebeliğin kabulü alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Kamalak 2015). Hastanede yatan yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin uyumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada riskli gebelerin, düşük riskli gebelere göre gebeliğin kabulü alt boyut uyum puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Nakamura ve ark 2011). Kırdök (2020), EDT tanısı alan ve almayan gebelerin gebeliklerine uyumlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, EDT tanısı alan gebelerin tanı almayan gebelere göre gebeliğin kabulü alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. ($p<0,05$). Gebeliği kabullenmede zorluk çeken kadınların, gebeliğe ve anneliğe uyumlarının daha zor olduğu ve doğuma ilişkin çok fazla korku yaşadığı ifade edilmektedir (Lederman ve Wels 2009).

Araştırmamızda EDT olan ve olmayan gebelerin PKDÖ kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza paralel olarak Nakamura ve ark (2011)’nın Japonya’da yüksek riskli gebeler ve düşük riskli gebelerin uyumlarını karşılaştırdığı çalışmada riskli gebelerin, düşük riskli gebelere göre kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt boyut uyum puanları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Araştırma sonucumuza göre gebelikte bir tehdit unsurunun olup olmaması gebelikte anne ile olan ilişkiyi etkilememiştir.

Araştırmamızda EDT olan ve olmayan gebelerin PKDÖ eşi ile ilişkisinin durumu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza paralel olarak Nakamura ve ark (2011)’nın yüksek riskli gebeler ve düşük riskli gebelerin uyumlarının karşılaştırdığı çalışmada, yüksek riskli gebelerin düşük riskli gebelere

göre eşi ile ilişkisinin durumu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Literatürde yapılmış bazı çalışmalarda gebelikte ortaya çıkabilecek riskli durumların çiftleri daha fazla bir araya getirdiğini belirten çalışmalar mevcuttur (MacDonald ve Jonas-Simpson 2009, Rosand ve ark 2011). Literatürde riskli gebeliği olan çiftlerin birbirlerine sevgi ve şefkat göstermesi anlayışlı olması ve gebeliklerinin devamı için birbirlerine destek olmaları ve birlikte doğuma hazırlanmaları annelik ile babalık rolleri ile özdeşleşmelerini artırdığı bildirilmektedir (MacDonald ve Jonas-Simpson 2009, Rosand ve ark 2011, Lederman ve ark 2013). Araştırmamız bu literatürü desteklememektedir.

4.4.EDT Olan ve Olmayan Gebelerin PBE Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmamızda EDT olan gebelerin PBE puan ortalaması $64,27 \pm 8,68$ iken EDT olmayan gebelerin puan ortalaması $63,26 \pm 9,18$ bulunmuştur. Araştırma sorumuz olan EDT olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri arasında fark var mıdır? sorusuna araştırmamız bulgularına göre EDT olan ve olmayan gebelerin PBE puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Gebelerin EDT durumu gözetmeksizin prenatal bağlanmasının olumlu olduğu görülmüştür. EDT olan gebelerin kayıp riski olmasına rağmen prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamıza benzer yapılan bir çalışmada riskli gebeler ile sağlıklı gebeler arasında prenatal bağlanma düzeyleri arasında fark bulunmamıştır (Günay 2015). Karaahmetoğlu (2021)'nin yüksek riskli ve düşük riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin belirlenmesi amacıyla, yapmış olduğu çalışmada gebelerin risk durumunun prenatal bağlanma düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olmadığı belirtilmiştir. Ustunsoz ve ark (2010)'nın Türk çiftlerde anne ve baba fetal bağlanmanın karşılaştırıldığı bu çalışmada yüksek riskli gebeliği olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Son trimesterlerinde olan 53 sağlıklı ve 32 yüksek riskli gebe üzerinde yapılan bir çalışmada prenatal bağlanma ve anne benlik saygısı skorları karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre iki grubun bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Kemp ve Page 1987). Üstünöz ve İnanç (2001)'in sağlıklı ve yüksek riskli gebelerde doğum öncesi anne-bebek bağlılığını karşılaştırmak ve gebelik sürecinde annenin bebeğe olan bağlılığını etkiyebileceği düşünülen çeşitli faktörleri belirlemek için yapmış olduğu çalışmada sağlıklı ve riskli gebeler arasında bağlanma skorlarında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamıza paralel olarak yapılan birçok araştırmalarda yüksek riskli ve normal gebelikleri olan kadınlar arasında prenatal

bağlanma puanlarında anlamlı bir farklılık bildirilmemiştir (Cranley 1981, Mercer ve ark 1988, Chazotte ve ark 1995, Hsu ve Chen 2001, Lindgren 2001, Doan ve Zimmerman 2008). Bu yönüyle bulgularımız literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak EDT olan gebelerde prenatal bağlanmanın daha düşük olduğunu gösteren araştırmalar da vardır. Pisoni ve ark (2016)'nın yüksek riskli gebeliklerde prenatal bağlanma çalışmasında yüksek riskli gebelerde düşük riskli gebelere oranla bebeklerine daha az bağlandıkları belirtilmiştir. Mısır'da 55 düşük riskli 45 yüksek riskli gebe ile yaptıkları çalışmada yüksek riskli gebeliği olan kadınların prenatal bağlanma puanlarının, düşük riskli gebeliği olan kadınlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Eswi ve Khalil 2012). Brandon ve ark (2008)'nin yüksek risk nedeniyle hastanede yatan gebelerin depresif belirtileri ve depresyon için bilinen risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında yüksek riskli gebelerde daha az prenatal bağlanma saptamışlardır. İzmir (2019)'in 800 gebe ile yaptığı araştırmaya göre riskli gebelerin düşük riskli gebelere göre prenatal bağlanma düzeyinin düşük ve zayıf olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan benzer çalışmalarda da riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri daha düşük bildirilmiştir (Lang 2018, Phunyanmalee ve ark 2019).

Aksoy ve ark (2016)'nın riskli gebelerde prenatal bağlanma ve sosyal destek düzeyinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri yüksek olduğu bildirilmiştir. Özgen (2016)'in sağlıklı ve yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeylerini ve bunları etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında; riskli gebelerin, sağlıklı gebelere göre prenatal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Yukarıda ki çalışmalarda görüldüğü gibi EDT olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri arasında farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bu farklı sonuçların nedeni olarak: riskli gebelerin bebeğini kaybetme korkusu sağlıklı gebelere göre daha fazla olduğundan fetüse daha fazla bağlanabildiği ya da gebelikte yaşanan risk faktörlerinden dolayı gebelerin bu süreçle zor baş ettikleri bildirilmiştir. Ayrıca EDT olan ve erken doğum yaşayan gebelerin gebelik süreci daha erken tamamlandığı için gebelerin prenatal bağlanma ve prenatal uyumları da daha düşük olabilmektedir. Aynı zamanda sosyodemografik, obstetrik, kültürel, bölgesel farklılıklardan dolayı prenatal bağlanma düzeylerinin etkileneceğini düşünmekteyiz. Çalışma sonucumuzda da fark olmaması ve EDT durumu gözetmeksizin prenatal bağlanmanın olumlu olması EDT olan gebelerin doğum öncesi

bakım alma durumunun anlamlı düzeyde yüksek bulunmasından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.



5. SONUÇ

Konya ili Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran EDT olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlendiği çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar şu şekildedir:

- EDT olan ve olmayan gebeler sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında yaş ve evlilik süresi ortalaması, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, sosyal güvence, aile tipi, gelir durumu algısı ve ailenin aylık gelir durumunun dağılımlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan tüm gebeler evlidir.
- EDT olan ve olmayan gebeler obstetrik özellikler açısından karşılaştırıldığında gebelik haftası ortalaması, gebeliğin planlı olması, eşin gebeliği istemesi, gebe olmaya hazır hissetme, bebeğin hareketlerini hissetme, eş ile ilişki/evlilik durumu, sigara kullanma, gebelikte sigara kullanma durumu dağılımlarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).
- EDT olan ve olmayan gebelerin hastaneye yatma durumu, hastaneye yatış nedenleri, doğum öncesi bakım alma, gebelerin sosyal yaşamında değişiklik görülme durumu ve yaşanan değişiklik türü açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- EDT olan ve olmayan gebelerin gebelikte eşten psikolojik destek alma, eşten fiziksel destek alma, aileden psikolojik destek alma ve aileden fiziksel destek alma dağılımlar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı, grupların destek alma özellikleri yönünden benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).
- EDT olan ve olmayan gebelerin bebeğinin cinsiyeti ve bebeğin hayal edilen cinsiyette olma durumunun benzer olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Her iki çalışma grubundaki annelerin tümünün bebeğini ultrasonda görünce mutlu olduklarını ifade etmişlerdir.
- EDT olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının EDT olmayanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- EDT olan gebelerin PKDÖ'nün kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve doğuma hazır oluş alt boyut puan ortalamalarının, EDT olmayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

- EDT olan gebelerin PKDÖ'nün doğum korkusu alt boyut puan ortalamasının, EDT olmayan gebelere göre ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).
- EDT olan gebelerin PKDÖ'nün annelik rolünün kabulü alt boyut puan ortalamasının EDT olmayanlara göre düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).
- EDT olan ve olmayan gebelerin PKDÖ'nün gebeliğin kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve eşi ile ilişkisinin durumu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- EDT olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri benzerdir ($p>0,05$).



6. ÖNERİLER

- Yapılan araştırmalar incelendiğinde EDT olan ve olmayan gebelerde gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerine yönelik sınırlı çalışmaya rastlanmıştır.
- Araştırma, sosyodemografik ve obstetrik özellikleri benzer EDT olan ve olmayan gebeler üzerinde yürütülmüştür. Daha büyük ve farklı örneklem gruplarında, farklı tedavi protokolleri uygulanan gebelerde karşılaştırmalı araştırmaların yapılması önerilebilir.
- EDT olan gebelerin PKDÖ alt boyutlarından doğum korkusu, doğuma hazır oluş ve kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri uyum düzeyleri düşük bulunmuştur. Gebelerin ihtiyaçlarına yönelik eğitimler planlanması ve psikolojik destek, doğum eylemi hakkında bilgilendirme ve doğum korkularının giderilmesine yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.
- Hastaneye yatışı yapılan ya da kontrol amacıyla gelen tüm gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma durumlarının değerlendirilmesi ve ihtiyaçları doğrultusunda bakım verilmesi, gerektiği durumlarda uzmanlarla (ebe, hemşire, hekim vb. uzmanlar) çiftlerin görüşmesinin sağlanması önerilmektedir.
- Çalışmanın yürütüldüğü klinikte EDT tanımlı gebelerin klinikte bakım aldıkları alanların farklılık göstermesi (Doğumhane, obstetrik kliniği ve klinikte yatak sıkıntısı yaşanan dönemlerde yoğun bakım ve jinekoloji kliniği) özellikle doğumhanede takip edilen EDT tanımlı gebelerin sosyal destekten (eş, çocuk ve diğer aile üyeleri) uzak kalmalarına neden olmaktadır. Çalışmamızda EDT nedeniyle hastanede yatan gebelerde eşten uzak kalma, evden uzak olma, aileden uzak kalma nedeniyle endişelenenlerin oranı yüksek düzeyde saptanmıştır. Bu bağlamda EDT tanımlı gebelerin, doğumhaneden farklı bir yerde bulunan, yakınları ile görüşebileceği, stresörlerden uzak, benzer tanımlı gebelerin bulunduğu, perinatoloji konusunda deneyimli ebelerin görev aldığı farklı bir alanda tedavi ve bakımlarının yürütülmesi önerilebilir.
- Ebelerin gebelik sürecinde gebelik uyum ve prenatal bağlanmayı desteklemesi ve devamlılığını sağlaması gerekir.
- Gebelik, her iki ebeveyni de etkileyen bir olay olduğundan daha sonra ki yapılacak araştırmalar için baba adaylarının da dahil edildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

- Ülkemizde prenatal danışmanlık hizmetlerine yönelik çalışmaların ve kadınların bilgi düzeylerinin arttırılmasına ilişkin toplumsal faaliyetlerinin güçlendirilmesi önerilmektedir.
- Gebelik izlemlerinde fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin de yapılması bütüncül bir yaklaşım ve erken müdahale edilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle gebelerin uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Abu Hamad K, Abed Y, Abu Hamad B, 2007. Risk factors associated with preterm birth in the Gaza Strip: hospital-based case-control study. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 13,5, 1132-1141.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2012. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *Obstetrics and gynecology*, 119,6, 1308-131.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2012. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol*, 120,4, 964-97.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2016. Management of preterm labor: Practice Bulletin no. 171. *Obstet Gynecol*. 128, 4, 55-16.
- Ainsworth MD, Wittig B, 1969. Attachment and exploratory behavior of one year olds in a strange situation. In: *Determinants of infant behavior*, Ed: Foss B, First ed. London, Methuen, p.113-13.
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall SN, (1978). *Patterns of attachment*, First Ed, Hillsdale, nj: erlbaum, p.190-20.
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall SN, 2015. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, First Ed, New York, Psychology Press, p.172-20.
- Aksoy A, Yılmaz DV, 2019. Erken Doğum Tehdidi Tanısı Almış Bir Bireyin Neuman Sistemler Modeline Göre Hemşirelik Bakım Planı: Olgu Sunumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8, 3, 177-86.
- Aksoy Y, Yılmaz S, Aslantekin F, 2016. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1, 3, 163-9.
- Alhusen JL, Gross D, Hayat MJ, Woods AB, Sharps PW, 2012. The influence of maternal–fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women. *Research in nursing & health*, 35, 2, 112-20.
- Altay M, Bayram M, Biri A, Büyükbayrak EE, Deren Ö, Ercan F, Eroğlu D, Esmer AÇ, İnan C, Kanit H, 2020. *Perinatolojî uzmanları derneği preterm eylem ve doğum kılavuzu*.
- Alvarenga P, Dazzani MVM, Alfaya CAdS, Lordelo EdR, Piccinini CA, 2012. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17, 477-84.
- Ammaniti M, Baumgartner E, Candelori C, Perucchini P, Pola M, Tambelli R, Zampino F, 1992. Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13, 2, 167-82.
- Ananth CV, Savitz DA, Williams MA, 1996. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: A methodologic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 88, 2, 309-18.
- Aydemir H, Hazar HU, 2014. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeveyn rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 2, 815-33.
- Ayhan A, Durukan T, Günel S, Gürkan T, Önderoğlu L, Yarı H, Yüce K, 2008. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi.
- Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü, 2014. Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1, 01, 16-36.
- Baltacı N, Başer M, 2020. Riskli gebelerde yaşanan anksiyete, prenatal bağlanma ve hemşirenin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13, 3, 206-12.
- Baransel ES, Uçar T, 2021. Riskli gebelerde fiziksel aktivite, gebelikte iyilik ve gebelikteki yakınmaların yaşam kalitesine etkisi. *Anatolian Journal of Health Research*, 2, 3, 101-10.
- Baron F, Hill WC, 1998. Placenta previa, placenta abruptio. *Clinical obstetrics and gynecology*, 41, 3, 527-32.
- Benedek T, 1959. Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 7, 3, 389-417.

- Benedek T, Liebman S, 1958. Psychological aspects of pregnancy and parent-child relationships. S. Liebman Ed. 1-16.
- Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM, 2005. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. *Obstetrics & Gynecology*, 106, 1, 181-9.
- Beta J, Akolekar R, Ventura W, Syngelaki A, Nicolaides KH, 2011. Prediction of spontaneous preterm delivery from maternal factors, obstetric history and placental perfusion and function at 11–13 weeks. *Prenatal diagnosis*, 31, 1, 75-83.
- Beydağ KD, 2007. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 6, 479-84.
- Beydağ KT, Mete S, 2008. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 1, 16-24.
- Bibring G, Dwyer T, Huntington D, Valenstein A, 1961. A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationships. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 1, 25-44.
- Bibring G, 1959. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 14, 1, 113-21.
- Bieniarz J, Burd L, Motew M, Scommegna A, Lin S, Wineman C, Seals C, 1971. Inhibition of uterine contractility in labor. *American journal of obstetrics and gynecology*, 111, 7, 874-85.
- Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A, Kinney M, Lawn J, 2012. Chapter 2:15 million preterm births: Priorities for action based on national, regional and global estimates. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Erişim tarihi, 05.05.2022. Erişim adresi, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf?sequence=1.
- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, 2012. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The lancet*, 379, 9832, 2162-72.
- Bowlby J, 1958. The nature of the child's tie to his mother. *International journal of psycho-analysis*, 39, 350-73.
- Bowlby J, 1969. *Attachment and Loss*. 1. cilt 79. Sayı 95. sayı;109. sayı International psycho-analytical library Basic Books P. 210-26
- Bowlby J, 1973. *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. In: *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. Eds: London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis, p. 1-429.
- Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans H, 2009. A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health: APPPAH*, 23, 4, 201.
- Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, Stringer CA, 2008. Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *The Journal of clinical psychiatry*, 69, 4, 15271.
- Bretherton I, 1992. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28, 5, 759.
- Bretherton I, Waters E, 1985. Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the society for research in child development*, 50, 1-2.
- Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ, 2013. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Butler AS, Behrman RE, 2007. Preterm birth: causes, consequences, and prevention, National academies press, p.87-12.
- Cannella BL, 2005. Maternal–fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 1, 60-8.
- Celik F, Nadirgil Koken G, Yilmazer M, 2013. Prevalence of depression during pregnancy and the affecting factors. *Anatol J Clin Investig*, 7, 2, 110-7.

- Challis JR, Sloboda DM, Alfaidy N, Lye SJ, Gibb W, Patel FA, Whittle WL, Newnham JP, 2002. Prostaglandins and mechanisms of preterm birth. *Reproduction-Cambridge-*, 124, 1, 1-17.
- Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, Landoulsi S, Jampathong N, Kongwattanakul K, Laopaiboon M, 2019. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health*, 7, 1, e37-e46.
- Chazotte C, Freda MC, Elovitz M, Youchah J, 1995. Maternal depressive symptoms and maternal–fetal attachment in gestational diabetes. *Journal of Women's Health*, 4, 4, 375-80.
- Chen CJ, Chen YC, Sung HC, Kuo PC, Wang CH, 2011. Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. *Journal of advanced nursing*, 67, 10, 2200-8.
- Cnattingius S, Villamor E, Johansson S, Bonamy A-KE, Persson M, Wikström A-K, Granath F, 2013. Maternal obesity and risk of preterm delivery. *Jama*, 309, 22, 2362-70.
- Condon JT, 1993. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British journal of medical psychology*, 66, 2, 167-83.
- Condon JT, Corkindale C, 1997. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 4, 359-72.
- Copper RL, Goldenberg RL, Davis RO, Cutter GR, DuBard MB, Corliss DK, Andrews JB, 1990. Warning symptoms, uterine contractions, and cervical examination findings in women at risk of preterm delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 162, 3, 748-54.
- Coşkun A, 2008. Yüksek Riskli Gebelikler Fetus/Yenidoğana Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Dağoğlu T (ed.), Görak G. *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*, 2, 59-101.
- Cranley MS, 1979. The impact of perceived stress and social support on maternal-fetal attachment in the third trimester, The University of Wisconsin, Madison ProQuest Dissertations Publishing, p. 14-2.
- Cranley MS, 1981. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, September 1981, Volume 30, Issue 5, p. 281-28.
- Cranley MS, 1984. Social support as a factor in the development of parents' attachment to their unborn. *Birth defects original article series*, 20, 5, 99-124.
- Creasy RK, 1994. Preterm labor and delivery. *Maternal-fetal medicine: principles and practice*, 494-520.
- Crowther CA, McKinlay CJ, Middleton P, Harding JE, 2015. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Cuijllits I, van de Wetering A, Endendijk J, van Baar A, Potharst E, Pop V, 2019. Risk and protective factors for pre-and postnatal bonding. *Infant mental health journal*, 40, 6, 768-85.
- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J, 2014. *Williams obstetrics*, 24e, McGraw-hill New York, NY, USA, p.829-86
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY, 2021. *Obstetrícia de Williams-25*, McGraw Hill Brasil, p. 803-83.
- Çiçek Ö, Mete S, 2015. Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8, 4. Erişim tarihi, 05.05.2022. Erişim adresi, <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753176>
- Çoban A, Saruhan A, 2005. Anne bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21, 2, 89-96.
- Danerek M, Dykes A-K, 2008. A theoretical model of parents' experiences of threat of preterm birth in Sweden. *Midwifery*, 24, 4, 416-24.
- Danerek M, Udén G, Dykes A-K, 2005. Sympathetic responsibility in ethically difficult situations. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 84, 12, 1164-71.
- Denis A, Michaux P, Callahan S, 2012. Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30, 2, 124-34.

- Derbent A, Turhan NÖ, Öztürk N, 2009. Erken doğum riski ve tahmini. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 139-44.
- Deutch H, 1945. The psychology of women. *The Psychoanalytic Quarterly*, 2 vols, 365-393, Erişim tarihi 05.05.2022, Erişim adresi, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21674086.1946.11925649>
- Di Renzo GC, Cabero Roura L, Facchinetti F, Helmer H, Hubinont C, Jacobsson B, Jørgensen JS, Lamont RF, Mikhailov A, Papantoniou N, 2017. Preterm labor and birth management: recommendations from the European Association of Perinatal Medicine. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30, 17, 2011-30.
- Di Renzo GC, Tosto V, Giardina I, 2018. The biological basis and prevention of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 13-22.
- Doan H, Zimmerman A, 2008. Prenatal attachment: A developmental model. *International journal of Prenatal and Perinatal psychology and medicine*, 20, 1-2, 20-8.
- Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P, 2003. Maternal stress and preterm birth. *American journal of epidemiology*, 157, 1, 14-24.
- Doyle J, Silber A, 2015. Preterm labor: Role of the nurse practitioner. *The Nurse Practitioner*, 40, 3, 49-54.
- Drassinower D, Običan SG, Siddiq Z, Heller D, Gyamfi-Bannerman C, Friedman AM, 2015. Does the clinical presentation of a prior preterm birth predict risk in a subsequent pregnancy? *American journal of obstetrics and gynecology*, 213, 5, 686. e1-. e7.
- Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D, 2009. Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6, 3, 197-205.
- Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Arıöz Düzgün A, Koçoğlu D, 2009. Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6, 3, 197-205.
- Elliott JP, Miller HS, Coleman S, Rhea D, Abril D, Hallbauer K, Istwan NB, Stanziano GJ, 2005. A randomized multicenter study to determine the efficacy of activity restriction for preterm labor management in patients testing negative for fetal fibronectin. *Journal of Perinatology*, 25, 10, 626-30.
- Emine Ş, Şirin A, 2013. Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19, 3, 159-63.
- Erickson M, 1996. Predictors of maternal-fetal attachment: An integrative review. *Worldviews on Evidence-based Nursing presents the archives of Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 3, 1, 56-72.
- Eswi 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, 462-71.
- Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J, Eidelman AI, 1999. The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 6, 929-39.
- Ferrero DM, Larson J, Jacobsson B, Di Renzo GC, Norman JE, Martin Jr JN, D'Alton M, Castelazo E, Howson CP, Sengpiel V, 2016. Cross-country individual participant analysis of 4.1 million singleton births in 5 countries with very high human development index confirms known associations but provides no biologic explanation for 2/3 of all preterm births. *PloS one*, 11, 9, 1-19.
- Fiskin G, Kaydirak MM, Oskay UY, 2017. Psychosocial adaptation and depressive manifestations in high-risk pregnant women: implications for clinical practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14, 1, 55-64.
- Flenady V, Hawley G, Stock OM, Kenyon S, Badawi N, 2013. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- Freedman J, Sears D, Carlsmith J, 1994. Sosyal Psikoloji (Çeviren: Ali Dönmez).1. Baskı, Ara Yayıncılık, s.69-8.
- Gauer O, 1976. Neurohormonal control of plasma volume. *Cardiovascular physiology II*, 145-90.
- Gençöz F, 1998. Uyum psikolojisi. *Kriz Dergisi*, 6, 2, 1-7.
- Gilbert ES, 2010. Manual of high risk pregnancy and delivery, Elsevier Health Sciences, p. 460-48.

- Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, 2022. Erişim tarihi 10.05.2022. Erişim adresi, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R, 2008. Epidemiology and causes of preterm birth. *The lancet*, 371, 9606, 75-84.
- Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW, 2000. Intrauterine infection and preterm delivery. *New England journal of medicine*, 342, 20, 1500-7.
- Goldenberg RL, Iams JD, Mercer BM, Meis PJ, Moawad AH, Copper R, Das A, Thom E, Johnson F, McNellis D, 1998. The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births. NICHD MFMU Network. *American journal of public health*, 88, 2, 233-8.
- Gonçalves LF, Chaiworapongsa T, Romero R, 2002. Intrauterine infection and prematurity. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 8, 1, 3-13.
- Goodlin R, Quaife M, Dirksen J, 1981. The significance, diagnosis, and treatment of maternal hypovolemia as associated with fetal/maternal illness. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 36, 10, 541-2.
- Gökbaraz M, 2019. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Bakım Gereksinimleri, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik ABD, Aydın.
- Gözüyeşil E, şirin A, etinkaya ř, 2008. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3, 9, 40-62.
- Griggs KM, Hrelc DA, Williams N, McEwen-Campbell M, Cypher R, 2020. Preterm labor and birth: A clinical review. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 45, 6, 328-37.
- Guinn DA, Goepfert AR, Owen J, Brumfield C, Hauth JC, 1997. Management options in women with preterm uterine contractions: a randomized clinical trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 177, 4, 814-8.
- Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan E, 2014. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1, 2, 32-42.
- Günay P, 2015. Gebe kadınlarda prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji ABD, İstanbul.
- Hamilton S, Oomomian Y, Stephen G, Shynlova O, Tower CL, Garrod A, Lye SJ, Jones RL, 2012. Macrophages infiltrate the human and rat decidua during term and preterm labor: evidence that decidual inflammation precedes labor. *Biology of reproduction*, 86, 2, 39, 1-9.
- Hart R, McMahon C, 2006. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of women's mental health*, 9, 6, 329-37.
- Heaman M, Gupton A, Gregory D, 2004. Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29, 2, 111-6.
- Heine RP, McGregor JA, Goodwin TM, Artal R, Hayashi RH, Robertson PA, Varner MW, 2000. Serial salivary estriol to detect an increased risk of preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*, 96, 4, 490-7.
- Heino A, Gissler M, Hindori-Mohangoo AD, Blondel B, Klungsoyr K, Verdenik I, Mierzejewska E, Velebil P, Sól Ólafsdóttir H, Macfarlane A, 2016. Variations in multiple birth rates and impact on perinatal outcomes in Europe. *PloS one*, 11, 3, e0149252.
- Heinonen A, Gissler M, Riska A, Paavonen J, Tapper A-M, Jakobsson M, 2013. Loop electrosurgical excision procedure and the risk for preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 121, 5, 1063-8.
- Herbst A, Nilsson C, 2006. Diagnosis of early preterm labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113, 60-7.
- Hess CR, Teti DM, Hussey-Gardner B, 2004. Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of applied developmental psychology*, 25, 4, 423-37.
- Hjelmstedt A, Widström AM, Collins A, 2006. Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33, 4, 303-10.

- Holt R, Timmons BC, Akgul Y, Akins ML, Mahendroo M, 2011. The molecular mechanisms of cervical ripening differ between term and preterm birth. *Endocrinology*, 152, 3, 1036-46.
- Hopkins J, Miller JL, Butler K, Gibson L, Hedrick L, Boyle DA, 2018. The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. *Journal of reproductive and infant psychology*, 36, 4, 381-92.
- Hsu T-L, Chen C-H, 2001. Stress and maternal-fetal attachment of pregnant women during their third trimester. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 17, 1, 36-45.
- Iams JD, 2014. Prevention of preterm parturition. *New England Journal of Medicine*, 370, 3, 254-61.
- Iams JD, Berghella V, 2010. Care for women with prior preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*, 203, 2, 89-100.
- Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM, 2017. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- İzmir MKŞ, 2019. Riskli gebelerin prenatal bağlanma ve doğum korkusu yaşama durumlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstanbul.
- Jacobsson B, 2019. Förtidsbörd största perinatale problemet. *Tema Förtidsbörd*, 116,1-6.
- Jacobsson B, 2019. Prediktion, prevention och behandlingsmetoder. *Tema Förtidsbörd*, 116,1-6.
- Janighorban M, Heidari Z, Dadkhah A, Mohammadi F, 2018. Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: A qualitative study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6, 3, 1327-35.
- Kamalak H, 2015. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik ABD, Aydın.
- Karaahmetoğlu N, 2021. Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karaçam Z, Emine Ş, 2012. Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19, 2, 80-91.
- Katz A, 2001. Waiting for something to happen: hospitalization with placenta previa. *Birth*, 28, 3, 186-91.
- Keelan J, Blumenstein M, Helliwell R, Sato T, Marvin K, Mitchell M, 2003. Cytokines, prostaglandins and parturition—a review. *Placenta*, 24, S33-S46.
- Kemp V, Page C, 1987. Maternal self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 16, 3, 195-206.
- Kennell JH, Slyter H, Klaus MH, 1970. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283, 7, 344-9.
- Kiefer DG, Vintzileos AM, 2008. The utility of fetal fibronectin in the prediction and prevention of spontaneous preterm birth. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 1, 3, 106.
- Kırdök G, 2020. Erken doğum tehdidi tanısı alan ve almayan gebelerin gebeliklerine uyumlarının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kiserud T, Piaggio G, Carroli G, Widmer M, Carvalho J, Neerup Jensen L, Giordano D, Cecatti JG, Abdel Aleem H, Talegawkar SA, 2017. The World Health Organization fetal growth charts: a multinational longitudinal study of ultrasound biometric measurements and estimated fetal weight. *PLoS medicine*, 14, 1, e1002220.
- Kızılkaya-Beji N, Dişsiz M, 2015. Gebelik ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşire Ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi*, 1, p.294-300.
- Klein LL, Gibbs RS, 2005. Infection and preterm birth. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 32, 3, 397-410.
- Koullali B, Oudijk M, Nijman T, Mol B, Pajkrt E. Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 21, 2, 80-8.
- Köse D, Çınar N, Altınkaynak S, 2013. Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. *Merhaba*, 22, 6, 239-45.

- Kramer MS, Goulet L, Lydon J, Séguin L, McNamara H, Dassa C, Platt RW, Fong Chen M, Gauthier H, Genest J, 2001. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 15, 104-23.
- Kramer MS, McLean FH, Eason EL, Usher RH, 1992. Maternal nutrition and spontaneous preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 136, 5, 574-83.
- Lamont RF, Jørgensen JS, 2019. Safety and efficacy of tocolytics for the treatment of spontaneous preterm labour. *Current pharmaceutical design*, 25, 5, 577-92.
- Lang C, 2018. Bonding Bindung fördern in der Geburtshilfe In: Bağlanma: Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi, Ed: Üzel N, Özbacı S, 1. Baskı, Modern Tıp Kitabevi, s. 55-58.
- Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, Mori R, Ganchimeg T, Vogel J, Souza J, Gülmezoglu A, Network WMSoMNH, 2014. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121, 49-56.
- Leader J, Bajwa A, Lanes A, Hua X, White RR, Rybak N, Walker M, 2018. The effect of very advanced maternal age on maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 40, 9, 1208-18.
- Lederman R, Weis K, 2009. Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal role development, Third Ed. , Springer Science & Business Media, p.1-38
- Lederman RP, Boyd E, Pitts K, Roberts-Gray C, Hutchinson M, Blackwell S, 2013. Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 4, 133-8.
- Lederman RP, Lederman E, Work BA, McCann DS, 1979. Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research*, 28, 2, 94-9.
- Lee HC, Lyndon A, Blumenfeld YJ, Dudley RA, Gould JB, 2011. Antenatal steroid administration for premature infants in California. *Obstetrics and gynecology*, 117, 3, 603-60.
- Leitich H, Egarter C, Kaider A, Hohlagschwandtner M, Berghammer P, Husslein P, 1999. Cervicovaginal fetal fibronectin as a marker for preterm delivery: a meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 180, 5, 1169-76.
- Lemmers M, Verschoor M, Hooker A, Opmeer B, Limpens J, Huirne J, Ankum W, Mol B, 2016. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*, 31, 1, 34-45.
- Lesser HN, Rebarber A, Fox NS, 2021. Mode of Delivery in Monochorionic Compared With Dichorionic Twin Pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 138, 3, 348-52.
- Lindgren K, 2001. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health*, 24, 3, 203-17.
- Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, Lawn JE, Cousens S, Mathers C, Black RE, 2016. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 388, 10063, 3027-35.
- Lockwood CJ, Kuczyński E, 2001. Risk stratification and pathological mechanisms in preterm delivery. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 15, 78-89.
- MacDonald CA, Jonas-Simpson CM, 2009. Living with changing expectations for women with high-risk pregnancies: A Parse method study. *Nursing Science Quarterly*, 22, 1, 74-82.
- Mackey MC, Coster-Schulz MA, 1992. Women's views of the preterm labor experience. *Clinical Nursing Research*, 1, 4, 366-84.
- Maloni JA, 2010. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12, 2, 106-24.
- Maloni JA, Brezinski-Tomasi JE, Johnson LA, 2001. Antepartum bed rest: effect upon the family. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 30, 2, 165-73.
- Maloni JA, Kutil RM, 2000. Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25, 4, 204-10.

- Maloni JA, Park S, Anthony MK, Musil CM, 2005. Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Research in nursing & health*, 28, 1, 16-26.
- Martin J, Hamilton B, Osterman M, Driscoll A, Drake P, 2019. Births: final data for 2018. Table I-19. Preterm births by race and Hispanic origin of mother: United States, each state and territory, 2018. *Natl Vital Stat Rep*, 68, 13, 1-46.
- May KA, 2001. Impact of prescribed activity restriction during pregnancy on women and families. *Health Care for Women International*, 22, 1-2, 29-47.
- McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM, 2011. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of women's mental health*, 14, 5, 425.
- McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel SR, 2020. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- McGrath S, Smith R, 2002. Prediction of preterm delivery using plasma corticotrophin-releasing hormone and other biochemical variables. *Annals of medicine*, 34, 1, 28-36.
- Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z, 2018. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.
- Mehran P, Simbar M, Shams J, Ramezani-Tehrani F, Nasiri N, 2013. History of perinatal loss and maternal-fetal attachment behaviors. *Women and Birth*, 26, 3, 185-9.
- Menon R, 2008. Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 87, 6, 590-600.
- Menon R, 2012. Preterm birth: a global burden on maternal and child health. *Pathogens and global health*, 106, 3, 139-14.
- Mercer RT, Ferketich S, May K, DeJoseph J, Sollid D, 1988. Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in nursing & health*, 11, 2, 83-95.
- Miller JM, Boudreaux MC, Regan A, 1995. A case-control study of cocaine use in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 172, 1, 180-5.
- Moore ML, 2003. Preterm labor and birth: what have we learned in the past two decades? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32, 5, 638-49.
- Moutquin JM, 2003. Classification and heterogeneity of preterm birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110, 30-3.
- Muglia LJ, Katz M, 2010. The enigma of spontaneous preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 362, 6, 529-35.
- Muller ME, 1989. The development and testing of the Müller Prenatal Attachment Inventory, *Dissertation Thesis*, University of California, San Francisco.
- Muller ME, 1992. A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6, 1, 5-22.
- Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J, 2001. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Cmaj*, 164, 11, 1567-72.
- Müller ME, Ferketich S, 1993. Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursing Research*.
- Nakamura Y, Yoshizawa T, Atogami F, 2011. Assessments of maternal psychosocial adaptation for pre-labor hospitalized pregnant women in Japan. *Nursing Reports*, 1, 1, e9-e.
- Nakamura Y, Yoshizawa T, Atogami F, 2011. Assessments of maternal psychosocial adaptation for pre-labor hospitalized pregnant women in Japan. *Nursing Reports*, 1, 1, 35-9.
- Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J, 2004. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 83, 5, 455-60.
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ, 2003. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4,2, 98-10.

- Oliveira DdC, Mandú ENT, 2015. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. Escola Anna Nery, 19, 93-101.
- Olson DM, Zaragoza D, Shallow M, Cook JL, Mitchell B, Grigsby P, Hirst J, 2003. Myometrial activation and preterm labour: evidence supporting a role for the prostaglandin F receptor—a review. Placenta, 24, S47-S54.
- Oskay ÜY, Coşkun A, 2012. Hastanede Yatak İstirahatindeki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Verilen Kapsamlı Hemşirelik Bakımının Etkinliği. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11, 2.
- Ölçer Z, Oskay Ü, 2015. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12, 2, 85-92.
- Özgen D, 2016. Sağlıklı ve riskli gebelerde prenatal bağlanma, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi.
- Özkan H, Polat S, 2011. Annelik davranışını öğrenme süreci ve hemşirelik desteği. Bozok Tıp Dergisi, 1, 3, 5-9.
- Öztürk R, Saruhan A, 2013. 1-4 Aylık prematüre donanım incelemesi, annelerin ayrıntılı ve anneden elde edilmesinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi ,15,1, 32-4.
- Peaceman AM, Andrews WW, Thorp JM, Cliver SP, Lukes A, Iams JD, Coultrip L, Eriksen N, Holbrook RH, Elliott J, 1997. Fetal fibronectin as a predictor of preterm birth in patients with symptoms: a multicenter trial. American journal of obstetrics and gynecology, 177, 1, 13-8.
- Pehlivanoglu Çelik F, Er Güneri S, 2020. The Relationship between Adaptation to Pregnancy and Prenatal Attachment in High-Risk Pregnancies. Psychiatria Danubina, 32, suppl. 4, 568-75.
- Petraglia F, Imperatore A, Challis JR, 2010. Neuroendocrine mechanisms in pregnancy and parturition. Endocrine reviews, 31, 6, 783-816.
- Phunyammalee M, Buayaem T, Boriboonhirunsarn D, 2019. Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. Journal of obstetrics and gynaecology, 39, 6, 763-7.
- Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Manzoni P, Stronati M, 2014. Risk and protective factors in maternal–fetal attachment development. Early human development, 90, S45-S6.
- Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Tinelli C, Stronati M, 2016. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 29, 5, 771-6.
- Pohlmann FC, Kerber NPdC, Viana JdS, Carvalho VFd, Costa C, Souza C, 2016. Premature birth: Approaches presents in national and international scientific production. Enfermería Global, 42, 410-23.
- Ranson KE, Urichuk LJ, 2008. The effect of parent–child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: A review. Early Child Development and Care, 178, 2, 129-52.
- Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR, 2017. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane database of systematic reviews, 3.
- Rodrigues PB, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB, 2016. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. Trends in psychiatry and psychotherapy, 38, 136-40.
- Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, Chaiworapongsa T, Mazor M, 2006. The preterm parturition syndrome. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113, 17-42.
- Rosand G-MB, Slinning K, Eberhard-Gran M, Roysamb E, Tambs K, 2011. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. BMC public health, 11, 1, 1-12.
- Rosen T, Schatz F, Kuczynski E, Lam H, Koo A, Lockwood C, 2002. Thrombin-enhanced matrix metalloproteinase-1 expression: a mechanism linking placental abruption with premature rupture of the membranes. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 11, 1, 11-7.
- Rozenberg P, Goffinet F, Malagrida L, Giudicelli Y, Perdu M, Houssin I, Nisand I, 1997. Evaluating the risk of preterm delivery: a comparison of fetal fibronectin and transvaginal ultrasonographic measurement of cervical length. American journal of obstetrics and gynecology, 176, 1, 196-9.

- Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H, 2012. Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41, 3, 398-407.
- Rubin R, 1967. Attainment of the maternal role: Part I. Processes. *Nursing Research*, 16, 3, 237-45.
- Rubin R, 1967. Attainment of the maternal role: Part II. Models and referents. *Nursing Research*, 16, 4, 342-6.
- Rubin R, 1975. Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4, 143-53.
- Ruma MS, Bittner KC, Soh CB, 2017. Current perspectives on the use of fetal fibronectin testing in preterm labor diagnosis and management. *Am J Manag Care*, 23, 19 Suppl, S356-S62.
- Ruschel P, Ávila C, Fassini G, Azevedo L, Bilhão N, Paiani R, Lodéa T, Zielinsky P, 2013. O apego materno-fetal e a ansiedade da gestante. *Revista da SBPH*, 16, 2, 166-77.
- Sağlık Bakanlığı (SB), 2014. 'Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'. <http://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12541,20140522-29007>.
- Salisbury A, Law K, LaGasse L, Lester B, 2003. Maternal-fetal attachment. *Jama*, 289, 13, 1701-.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D, 2016. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, 4.
- Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Laopaiboon M, 2015. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. *Cochrane database of systematic reviews*, 2.
- Schieve LA, Handler A, Hershow R, Persky V, Davis F, 1994. Urinary tract infection during pregnancy: its association with maternal morbidity and perinatal outcome. *American journal of public health*, 84, 3, 405-10.
- Schieve LA, Meikle SF, Ferre C, Peterson HB, Jeng G, Wilcox LS, 2002. Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology. *New England Journal of Medicine*, 346, 10, 731-7.
- Schmidt EB, Argimon IIdL, 2009. Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19, 211-20.
- Schmitz T, Maillard F, Bessard-Bacquaert S, Kayem G, Fulla Y, Cabrol D, Goffinet F, 2006. Selective use of fetal fibronectin detection after cervical length measurement to predict spontaneous preterm delivery in women with preterm labor. *American journal of obstetrics and gynecology*, 194, 1, 138-43.
- Schroeder CA, 1996. Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 28, 3, 253-8.
- Shah PE, Clements M, Poehlmann J, 2011. Maternal resolution of grief after preterm birth: implications for infant attachment security. *Pediatrics*, 127, 2, 284-92.
- Shah PS, Zao J, Births KSGoDoPL, 2009. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116, 11, 1425-42.
- Shendy M, Hendawy H, Salem A, Alatwi I, Alatawi A. 2021. Preterm Labour. In: *Empowering Midwives and Obstetric Nurses*. Eds: Amita Ray,1, Londra, IntechOpen, p.23-3.
- Shieh C, Kravitz M, Wang H-H, 2001. What do we know about maternal-fetal attachment? *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 17, 9, 448-54.
- Shynlova O, Nedd-Roderique T, Li Y, Dorogin A, Nguyen T, Lye SJ, 2013. Infiltration of myeloid cells into decidua is a critical early event in the labour cascade and post-partum uterine remodelling. *Journal of cellular and molecular medicine*, 17, 2, 311-24.
- Simhan H, 2016. Practice bulletin No. 171: management of preterm labor. *Obstet Gynecol*, 128, 4.
- Simonsen S, Lyon J, Stanford J, Porucznik C, Esplin M, Varner M, 2013. Risk factors for recurrent preterm birth in multiparous Utah women: a historical cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120, 7, 863-72.

- Smaill FM, Vazquez JC, 2019. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane database of systematic reviews, 11.
- Soltani M, Tabatabaee HR, Saeidinejat S, Eslahi M, Yaghoobi H, Mazloumi E, Rajabi A, Ghasemi A, Keyghobadi N, Enayatradd M, 2019. Assessing the risk factors before pregnancy of preterm births in Iran: a population-based case-control study. BMC pregnancy and childbirth, 19, 1,1-8.
- Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Bergel E, 2015. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3.
- Sroufe LA, Waters E, 1977. Attachment as an organizational construct. Child development, 1184-99.
- Stainton MC, 1994. Supporting Family Functioning Pregnancy. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 19, 1, 24-8.
- Stainton MC, McNeil D, Harvey S, 1992. Maternal tasks of uncertain motherhood. Maternal-Child Nursing Journal. 20, 3-4, 113–123.
- Stan CM, Boulvain M, Pfister R, Hirsbrunner-Almagbaly P, 2013. Hydration for treatment of preterm labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 11.
- Stark MA, 2001. Relationship of psychosocial tasks of pregnancy and attentional functioning in the third trimester. Research in nursing & health, 24, 3, 194-202.
- Taşkın, L. (2019). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, 16. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi.s.372-37.
- Tikkanen M, 2011. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 90, 2, 140-9.
- Plaut A,1960. Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis, by DW Winnicott. London, Tavistock Publications, 1958. pp. 350. 35s. Journal of Analytical Psychology, 5,1, 74-75.
- Torchin H, Ancel P-Y, 2016. Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 45, 10, 1213-30.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice. 9th Edition, United States of America,FA Davis.p.2-2.
- Tsartsara E, Johnson MP, 2006. The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal–fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27, 3, 173-82.
- Ulmsten U, Andersson K-E, Wingerup L, 1980. Treatment of premature labor with the calcium antagonist nifedipine. Archives of gynecology, 229, 1, 1-5.
- Ustunsoz A, Guvenc G, Akyuz A, Oflaz F, 2010. Comparison of maternal–and paternal–fetal attachment in Turkish couples. Midwifery, 26, 2, e1-e9.
- Üstünöz A, İnanç N, 2001. Sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebelerde doğum öncesi anne-bebek bağlılığının karşılaştırılması. Gülhane Tıp Dergisi, 43, 1, 62-5.
- Van Os M, Van Der Ven J, Kazemier B, Haak M, Pajkrt E, Mol BW, De Groot C, 2013. Individualizing the risk for preterm birth: an overview of the literature. Expert Review of Obstetrics & Gynecology, 8, 5, 435-42.
- Vazquez JC, Abalos E, 2011. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1.
- Ville Y, Rozenberg P, 2018. Predictors of preterm birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 52, 23-32.
- Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller A-B, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P, 2018. The global epidemiology of preterm birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 52, 3-12.
- Walani SR, 2020. Global burden of preterm birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 150, 1, 31-3.
- Weismiller DG, 1999. Preterm labor. American family physician, 59, 3, 593.

- World Health Organization (WHO), 2012. Born too soon: the global action report on preterm birth. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (WHO), 2018. Preterm birth, Erişim tarihi 13.05.2022. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- World Health Organization (WHO), 2015. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Geneva: World Health Organization. Erişim Tarihi:05.05.2022
Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf
- Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL, 2009. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International journal of nursing studies*, 46, 5, 708-15.
- Yılmaz S, Beji NK, 2013. Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik Ve Geçerlilik alışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 2, 103-9.
- Yılmaz SD, 2013. Prenatal anne-bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10, 3, 28-33.
- Yoon BH, Jun JK, Park KH, Syn HC, Gomez R, Romero R, 1996. Serum C-reactive protein, white blood cell count, and amniotic fluid white blood cell count in women with preterm premature rupture of membranes. *Obstetrics & Gynecology*, 88, 6, 1034-40.
- Yu Y, Zhang S, Wang G, Hong X, Mallow EB, Walker SO, Pearson C, Heffner L, Zuckerman B, Wang X, 2013. The combined association of psychosocial stress and chronic hypertension with preeclampsia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 209, 5, 438. e1-. e12.
- Zimmerman A, 2003. Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18, 2, 109.

8.EKLER

8.1. Ek-A: EDT Olan Gebelerin Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Gebelik haftanız:.....

3. Eğitim durumunuz nedir?

1) İlköğretim 2)Lise 3)Üniversite ve Üzeri

4. Çalışıyor musunuz nedir?

1)Çalışan 2)Çalışmayan

5.Medeni Durumunuz?

1)Evli 2)Bekar

6.Eşinizin eğitim durumu nedir?

1)İlköğretim 2)Lise 3)Üniversite ve üzeri

7.Eşinizin mesleği nedir?

1)Çalışan 2) Çalışmayan

8.Sosyal güvenceniz var mı?

1)Evet 2) Hayır

9.Evlilik süreniz:

10.Aile tipiniz nedir?

1)Çekirdek aile 2) Geniş aile

11.Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

1)Gelir giderden az 2)Gelir gidere denk 3)Gelir giderden fazla

12.Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

1)Asgari ücret ve altı 2)Asgari ücret üzeri

13.Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

1)Evet 2)Hayır

14.Eşiniz gebeliği istiyor mu?

1)Evet 2)Hayır

15.Kendinizi gebe olmaya hazır hissediyor muydunuz?

1)Evet 2)Hayır

16.Bebeginizin hareketlerini hissettiniz mi?

1)Evet 2)Hayır

17.Eşinizle ilişkinizi/evlilik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1)İyi 2)Orta 3)Kötü

18.Sigara kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

19.Gebeliğiniz boyunca sigara kullandınız mı?

1)Evet 2)Hayır

20.Gebeliğiniz süresince sosyal yaşamınızda bir değişiklik oldu mu?

1)Evet 2)Hayır

21.Cevabınız evet ise yaşadığınız değişiklik nedir?

1)Hareket kısıtlılığı(yatağa bağımlılık) 2)İstirahat

22.Gebeliğiniz süresince eşinizden psikolojik destek aldınız mı?

1)Aldım 2)Almadım

23. Gebeliğiniz süresince eşinizden fiziksel (ev işleri vb.) destek aldınız mı?

1)Aldım 2)Almadım

24.Gebelik süresince doğum ailenizden/yakınlarınızdan psikolojik destek aldınız mı?

1)Aldım 2)Almadım

25. Gebelik süresince ailenizden/yakınlarınızdan fiziksel(ev işleri vb.) destek aldınız mı?

1)Aldım 2)Almadım

26. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1)Kız 2)Erkek

27.Bebeğinizin cinsiyeti sizin istediğiniz/hayal ettiğiniz gibi mi?

1)Evet 2)Hayır

28.Gebeliğiniz süresince doğum öncesi bakım aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

29.Ultrasonografide bebeğinizi gördüğünüzde mutlu oldunuz mu ?

1)Evet 2)Hayır

30.Gebeliğiniz süresince herhangi bir sebeble hastaneye yatışınız oldu mu ?

1)Evet 2)Hayır

31 Cevabınız evet ise hastaneye yatış sebebiniz?

1)Kanama

2)Ağrı

3)Erken Doğum

4)Tansiyon

5)Bulantı-Kusma

32.Daha önce hastaneye yattıysanız ne kadar süre(kaç gün) yattınız?

.....

33.Ne kadar süredir hastanede yatıyorsunuz?

.....

34.Hastanede kaldığınız için eşinizden uzak olmak sizi endişelendiriyor mu?

1)Evet 2)Hayır

35.Hastanede yalnız başınıza uyumak sizi endişelendiriyor mu?

1)Evet 2)Hayır

36.Evden uzak olmak sizi endişelendiriyor mu?

1)Evet 2)Hayır

37.Ailenizden uzak kalmak sizi endişelendiriyor mu?

1)Evet 2)Hayır

38.Başkalarına bağımlı olmak sizi endişelendiriyor mu?

1)Evet 2)Hayır

39.Erken doğum tehdidinden dolayı kendinizi suçluyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

8.2. Ek-B: EDT Olmayan Gebelerin Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız:

2.Gebelik haftanız:.....

3. Eğitim durumunuz nedir?

1) İlköğretim 2)Lise 3)Üniversite ve Üzeri

4. Çalışıyor musunuz nedir?

1)Çalışan 2)Çalışmayan

5.Medeni Durumunuz?

1)Evli 2)Bekar

6.Eşinizin eğitim durumu nedir?

1)İlköğretim 2)Lise 3)Üniversite ve üzeri

7.Eşinizin mesleği nedir?

1)Çalışan 2) Çalışmayan

8.Sosyal güvenceniz var mı?

1)Evet 2) Hayır

9.Evlilik süreniz:

10.Aile tipiniz nedir?

1)Çekirdek aile 2) Geniş aile

11.Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

1)Gelir giderden az 2)Gelir gidere denk 3)Gelir giderden fazla

12.Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

1)Asgari ücret ve altı 2)Asgari ücret üzeri

13.Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

1)Evet 2)Hayır

14.Eşiniz gebeliği istiyor mu?

1)Evet 2)Hayır

15.Kendinizi gebe olmaya hazır hissediyor muydunuz?

1)Evet 2)Hayır

16.Bebeginizin hareketlerini hissettiniz mi?

1)Evet 2)Hayır

17.Eşinizle ilişkinizi/evlilik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1)İyi 2)Orta 3)Kötü

18.Sigara kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

19.Gebeliğiniz boyunca sigara kullandınız mı?

1)Evet 2)Hayır

20.Gebeliğiniz süresince sosyal yaşamınızda bir değişiklik oldu mu?

1)Evet 2)Hayır

21.Cevabınız evet ise yaşadığınız değişiklik nedir?

1)Hareket kısıtlılığı(yatağa bağımlılık) 2)İstirahat

22.Gebeliğiniz süresince eşinizden psikolojik destek aldınız mı?

1)Aldım 2)Almadım

23. Gebeliğiniz süresince eşinizden fiziksel (ev işleri vb.) destek aldınız mı?

1)Aldım 2)Almadım

24.Gebelik süresince doğum ailenizden/yakınlarınızdan psikolojik destek aldınız mı?

1)Aldım 2)Almadım

25. Gebelik süresince ailenizden/yakınlarınızdan fiziksel(ev işleri vb.) destek aldınız mı?

1)Aldım 2)Almadım

26. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1)Kız 2)Erkek

27.Bebeğinizin cinsiyeti sizin istediğiniz/hayal ettiğiniz gibi mi?

1)Evet 2)Hayır

28.Gebeliğiniz süresince doğum öncesi bakım aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

29.Ultrasonografide bebeğinizi gördüğünüzde mutlu oldunuz mu ?

1)Evet 2)Hayır

30.Gebeliğiniz süresince herhangi bir sebeble hastaneye yatışınız oldu mu ?

1)Evet 2)Hayır

31 Cevabınız evet ise hastaneye yatış sebebiniz?

1)Kanama

2)Ağrı

3)Erken Doğum

4)Tansiyon

5)Bulantı-Kusma

8.3.EK-C: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu

Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla Tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				

19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğuunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşklarım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğuunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıktığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacaklara kendimi hazır hissediyorum.				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				

49. Doğum zamanı geldiğinde, ağırlı olsa bile tüm gücümle ıkınabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
59. Annem bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olayları aklımdan geçiriyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladığım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

8.4. EK-D: Prenatal Bağlanma Envanteri

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

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

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 12. Bebeğim için bir şeyler satın alır ya da yaparım. | a | b | c | d |
| 13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim. | a | b | c | d |
| 14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım. | a | b | c | d |
| 15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım. | a | b | c | d |
| 16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm. | a | b | c | d |
| 17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim. | a | b | c | d |
| 18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım. | a | b | c | d |
| 19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum. | a | b | c | d |
| 20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim. | a | b | c | d |
| 21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım. | a | b | c | d |

8.5. EK-E:EDT Olmayan Gebelerin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Gebe,

Bu çalışma, erken doğum tehdidi olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz durumda size verilen anketi doldurmanız 10-15 dakikanızı alacaktır. İstemediğiniz durumda çalışmaya katılmayabilir, devam etmek istemediğinizde bırakabilirsiniz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacak ya da ücret istenmeyecektir. Verdiğimiz anket formları üzerine kimlik bilgilerinizi belirtmeyiniz.

Çalışma için toplanan bilgiler gizli kalacak olup, araştırma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır. Tüm soruları eksiksiz ve içtenlikle yanıtlamanız çalışma sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir.

Bu çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve sağladığınız destek için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi: Tuğba Özkan

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üy. Seyhan Çankaya

8.6.EK-F: EDT Olan Gebelerin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Gebe,

Bu çalışma, erken doğum tehdidi olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz durumda size verilen anketi doldurmanız 10-15 dakikanızı alacaktır. İstemediğiniz durumda çalışmaya katılmayabilir, devam etmek istemediğinizde bırakabilirsiniz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacak ya da ücret istenmeyecektir. Verdiğimiz anket formları üzerine kimlik bilgilerinizi belirtmeyiniz.

Çalışma için toplanan bilgiler gizli kalacak olup, araştırma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır. Tüm soruları eksiksiz ve içtenlikle yanıtlamanız çalışma sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir.

Bu çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve sağladığınız destek için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi: Tuğba Özkan

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üy. Seyhan Çankaya

**8.7. EK-G: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Hastanesi’nden Alınan İzin Belgesi**



**8.8. EK-H: Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi-2019**



**8.9. EK-I: Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi -2022 (Savunma
Sırasında Tez Başlığı Değiştiği İçin)**



8.10. EK- İ: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



8.11. EK- J: Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni



9. TURNİTİN RAPORU



10. ÖZGEÇMİŞ

