

T.C.

**EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞAL YOLLA VE IN VİTRO FERTİLİZASYON İLE GEBE
KALAN GEBELERİN PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİ**

Ebelik Anabilim Dalı Programı Yüksek Lisans Tezi

Ahdiyeh SAADAT

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

İZMİR

2017

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞAL YOLLA VE IN VİTRO FERTİLİZASYON İLE GEBE KALAN
GEBELERİN PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİ

Ebelik Anabilim Dalı Programı Yüksek Lisans Tezi

Ahdiyeh SAADAT

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

İZMİR

2017

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞAL YOLLA VE IN VİTRO FERTİLİZASYON İLE GEBE
KALAN GEBELERİN PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİ**

Ebelik Anabilim Dalı Programı Yüksek Lisans Tezi

Ahdiyeh SAADAT

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

İZMİR

2017

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

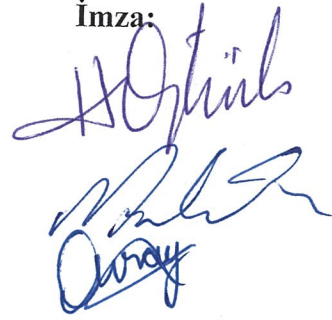
Ad Soyad

Danışman: Doç. Dr. Hafize Öztürk CAN

Üye: Doç. Dr. Nazan Tuna ORAN

Üye: Yrd. Doç. Dr. Nuray Egelioglu CETİŞLİ

İmza:



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: ...28.12.2017...

ÖNSÖZ

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, beni sabırlı, titiz ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN'a ve tez değerlendirme jürilerim Doç. Dr. Nazan TUNA ORAN ve Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'ye;

Katkıları için T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi, Gebe Polikliniği ve Gebe Okulu çalışanlarına, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere,

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemimde sevgi ve yardımları ile **aileme**,

Bu araştırmanın tamamlanmasında benimle olan iki değerli arkadaşlarım

“Janan HOSEİNZADEH ve Said CHOBDAR”a sonsuz teşekkürlerimi

sunarım.

Ahdiyeh SAADAT

ÖZET

DOĞAL YOLLA VE IVF İLE GEBE KALAN GEBELERİN PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİ

Bağlanma, insanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağ olarak tanımlanmıştır. Bağlanma teorisi, doğum öncesi dönemden başlayarak ölüm ve ölüm süreci de dahil olmak üzere yaşamın tüm evrelerinde araştırılmıştır. Bu araştırmanın amacı; doğal yolla ve in vitro fertilizasyon (IVF) ile gebe kalanların Prenatal Bağlanma düzeyini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezi: IVF ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinde doğal yolla gebe kalanlara göre fark olmadığı yönündedir.

Yöntem; Araştırma, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi ve Gebe Polikliniği'nde uygulanmıştır. Gebe polikliniğine başvuran gebeler; Doğal yolla gebe olanları, Tüp Bebek Merkezi'nde tedavi ile gebe kalanlar ise IVF gebe grubunu oluşturmuştur. Araştırma verileri üç ayrı form kullanılarak toplanmıştır. Birinci form, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik; ikinci form; gebelerin obstetrik ve IVF tedavi süreçlerine ilişkin bilgileri, üçüncü form ise; Prenatal Bağlanma Envanteri; Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 bulunmuştur.

Araştırma sürecinde örnekleme alınan gebelerle üç kez görüşme yapılmıştır. İlk görüşme de gebelik haftası 26-28 haftalıktan küçük olan gebelere araştırmanın amacı ve süreci anlatıldıktan sonra gebelerin sosyo- demografik bilgileri alınmıştır. İkinci görüşme, birinci görüşmede belirlenen gebeler ile 26 haftalık olduğunda yüz yüze veya telefon ile görüşme yapılarak Prenatal Bağlanma Envanteri uygulanmış, son görüşme için randevu alınarak 34. gebelik haftasında tekrar görüşüleceği bildirilmiştir. Son görüşme ise, gebelerle ya yüz yüze ya da telefon ile 34-36. gebelik haftasında yapılmıştır. Bu görüşmede gebelik sürecine ilişkin bilgileri içeren soru formu ve Prenatal Bağlanma Envanteri ikinci kez uygulanmıştır.

Verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde sayı-yüzde dağılımları, standart sapma ve frekansları alınmış, student t, ki-kare testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Örneklem sayısı, olayların görülme sıklığı bilinen hesabından gidilerek örneklem sayısı belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik boyutu: Prenatal Bağlanma Envanteri Türkçe Geçerlilik çalışmasını yapan yazardan yazılı onay, araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Etik Kurulu'ndan onay ve araştırmanın uygulanacağı hastaneden resmi izin alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden de yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular: Doğal yolla gebe kalanların yaş ortalaması 26.11 ± 5.64 yıl ve IVF ile gebe kalanların yaş ortalaması ise 30.56 ± 3.89 yıldır. IVF ile gebe kalanların infertilite tedavi süresi 30.43 ± 19.22 ay ve deneme sayısı 1.52 ± 0.67 'dir. Gruplar arasında her iki ölçümde de PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Doğal yolla gebe kalan kadınların Prenatal Bağlanma Envanteri puanları IVF ile gebe kalan gebelerden daha yüksek bulunmuştur. Ancak, doğal yolla gebe kalan gebelerin iki görüşmesinde elde edilen PBE puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p > 0.05$), IVF ile gebe kalan gebelerin Bağlanma Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç olarak; IVF ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinde doğal yolla gebe kalan gebelere göre fark olmadığı ancak, IVF ile gebe kalan gebelerin gebelik haftası arttıkça bağlanma düzeyinin de arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bağlanma; Prenatal Bağlanma; IVF; Gebelik

ABSTRACT

Prenatal Attachment Levels of Women Getting Pregnant Naturally or through In Vitro Fertilization

Attachment is defined as a strong emotional bond that people develop for people they consider important to them. The concept of attachment has been investigated to include all stages of life, from the prenatal period to death.

The purpose of this study is to determine the prenatal attachment levels of women getting pregnant naturally and through in vitro fertilization (IVF).

Method: The study was conducted in the IVF unit and Pregnancy Polyclinic of a Training and Research Hospital. The pregnant women who presented to the pregnancy polyclinic comprised the naturally pregnant women group and the women who presented to the IVF unit and became pregnant after being treated comprised the IVF group.

The study data were collected with three tools: first form the socio-demographic characteristics; the second tool was used to collect data about obstetric and IVF processes of; the third tool was the Prenatal Attachment Inventory used to measure prenatal attachment. In this study, the Cronbach's alpha reliability coefficient of the Prenatal Attachment Inventory was 0.89.

The participants were interviewed three times. At the first interview, the pregnant women were told about the purpose and process of the study, and then their written informed consent was obtained and the data on their socio-demographic characteristics were collected. The participants were contacted at the 26th week of their pregnancy for the second time through face-to-face interviews or telephone. They were administered the Prenatal Attachment Scale. The participants were contacted at the 34th-36th weeks of their pregnancy for the last time through face-to-face interviews or telephone calls. At this interview, the Prenatal Attachment Scale and the form used to collect data about the obstetric and IVF treatment processes.

Analysis; It was carried out using the Statistical Package for the Social Sciences. The student's t-test, chi-square test and Mann-Whitney U test were used to determine number-percentage, standard deviation and frequencies.

Ethical: The study, permissions were obtained from the Ethics Committee of the Northern General Secretariat of the İzmir Public Hospitals Association and the hospital where the study was to be conducted. To use the Prenatal Attachment

Scale, the permission was obtained from the author. In addition, written consent was obtained from the pregnant women who agreed to participate in the study.

Results: The mean age of pregnant women who became pregnant IVF was 30.56 ± 3.89 respectively. There was no statistically significant difference between the two groups in terms of the mean scores the participants obtained from the Prenatal Attachment Scale in the two measurements ($p > 0.05$). The Prenatal Attachment Scores of the women who became pregnant naturally were higher than those of the women who became pregnant through IVF. However, while the mean scores the women who became pregnant naturally obtained from the Prenatal Attachment Scale at the first measurement were not statistically significantly different from those they obtained in the second measurement ($p > 0.05$), the difference in the women who became pregnant through IVF was statistically significant ($p < 0.05$).

In conclusion, there was no difference between the women who became pregnant naturally and through IVF in terms of their prenatal attachment levels, the attachment level increased in the women who became pregnant through IVF as their gestational week increased.

Keywords: Attachment; Prenatal Attachment; IVF; Pregnancy

İÇİNDEKİLER	Sayfa
	No
ÖNSÖZ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
TABLO DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
BÖLÜM I	
1.GİRİŞ	
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Hipotezler.....	3
1.4. Varsayımlar.....	3
1.5. Sınırlılıklar.....	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.İNFERTİLİTE.....	4
2.1.1. Tanım ve Görülme Oranı.....	4
2.1.2.İnfertilite Nedenleri.....	4
2.1.2.1. Kadında İnfertilitenin Nedenleri.....	5
2.1.2.2. Erkekde İnfertilitenin Nedenleri.....	6
2.1.2.3. Diğer Nedenler.....	6
2.1.2.4. Açıklanmayan İnfertilite.....	6
2.1.3.İnfertilite Tanılama Yöntemleri.....	6
2.1.4.İnfertilite Tedavisi.....	7
2.1.4.1 Kadın İnfertilitenin Tedavisi.....	8
2.1.4.2. Erkek İnfertilite Tedavisi.....	9
2.1.5. İnfertilite Tedavi Yöntemleri.....	9
2.2. BAĞLANMA.....	14
2.2.1. Bağlanmanın Tanımı.....	14
2.2.2. Bağlanma İle İlgili Kuram ve Kuramcılar.....	14

2.2.3. Bağlanma Stilleri.....	15
2.2.4. Maternal Bağlanma ve Etkileyen Faktörler.....	16
2.2.5. Bağlanmanın Tipleri.....	17
2.2.5.1.Prenatal Bağlanma.....	17
2.2.5.2.Postpartum Bağlanma.....	18
2.2.6.Bağlanmanın Değerlendirilmesi ve Bağlanma İle İlgili Çalışmalar.....	19
BÖLÜM II	
3.GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Kullanılan Gereçler ve Yöntemler.....	22
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	23
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	24
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	25
3.7. Verilerin Analizi.....	28
3.8. Etik Açıklamalar.....	28
3.9. Süre ve Olanaklar.....	28
BÖLÜM III	
4.BULGULAR	30
BÖLÜM IV	
5.TARTIŞMA	36
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	36
5.2. IVF İle Gebe Kalan Gebelerin İnfertiliteye İlişkin Özellikleri	39
5.3. Gebelerin Prenatal Bağlanma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
BÖLÜM V	
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	42
6.1.Sonuç.....	42
6.2.Öneriler.....	43
KAYNAKLAR	44

8.EKLER	53
EK I. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri Formu	53
EK II. Prenatal Bağlanma Envanteri.....	55
EK III. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	57
EK IV. Prenatal Bağlanma Envanteri İzin Yazısı.....	60
EK V. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uygulama İzni	61
EK VI. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Formu	62
EK VII. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden Resmi İzin Yazısı.....	65
ÖZGEÇMİŞ	66

TABLolar DİZİNİ	Sayfa No
Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 2. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	33
Tablo 3. IVF ile GebeKalan Gebelerin İnfertiliteye İlişkin Özellikleri	33
Tablo 4. IVF ile Gebe Kalan Gebelerin İnfertilite Tedavi Süresi ve Tedavi Deneme Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	34
Tablo 5. Gebelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	34

ŞEMALAR DİZİNİ

	Sayfa No
Şema 1. Intrauterin İnseminasyon.....	10
Şema 2. In Vitro Fertilization.....	10
Şema 3. Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu.....	11
Şema 4. Cryopreservation.....	12
Şema 5. Gamet Intrafallopian Transfer.....	12
Şema 6. Zigot Intrafallopian Transfer.....	13
Şema 7. Araştırmanın Süre ve Süreci.....	29

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Araştırma Süresi.....	27

KISALTMALAR DİZİNİ

ABBÖ	Anne Bebek Bağlanma Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
GIFT	Gamet Intrafallopian Transfer
ET	Embrio Transfer
HGS	Histrerosalpingografi
ICSI	İntra Citoplastoplazmik Sperm Injection
IUI	Intrauterin Insemination
IVF	In Vitro Fertilization
MBÖ	Maternal Bağlanma Ölçeği
MESA	Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration
MFA	Maternal Fetal Attachment
PBE	Prenatal Bağlanma Envanteri
PESA	Percutaneous Epididymal Sperm
PAI	Prenatal Attachment Inventory
PKT	Postkoital Test
SPSS	Statistical Package For Social Science
WHO	World Health Organization
TESA	Tubal Embrio Transfer
TNSA	Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
TSVUSG	Transvajinal Ultrasonografi
USG	Ultrasonografi
ÜYTEM	Üreme Ve Yardımcı Tedavi Merkezi
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
ZIFT	Zigot Intrafallopian Transfer
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu

1.GİRİŞ

1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ

Bağlanma, insanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağ olarak tanımlanmıştır (1). Bowlby bağlanma kelimesini iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlamıştır (2, 3).

Bağlanma Teorisi, doğum öncesi dönemden başlayarak ölüm ve ölüm süreci de dahil olmak üzere yaşamın tüm evrelerinde araştırılmıştır (4). Bağlanma Teorisi, bebeğin biyolojik güven gereksinimi sonucu erken dönemde anneye bağlanması ve annenin bebeğin gereksinim duyması durumunda ulaşılabilir olup olmadığı, bebeğe gösterdiği tepki ve davranışlarının bebek tarafından nasıl yorumlandığı üzerine odaklanmaktadır (5). Anne ve bebek bağlanmasının oluşmasında, gebeliğin planlanması, gebeliğin istenmesi, annenin güven duygusu, ailenin sosyoekonomik ve kültürel durumu, eş ilişkileri, eş desteği, kadının ailesiyle ve sosyal çevresiyle olan ilişkileri gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (1). Lerum'un çalışmasında da gelir düzeyinin prenatal bağlanmada etkili olduğu belirlenmiştir (6). Gebeliğin planlı olmasının prenatal bağlanmayı etkilemediği belirtilmiştir (7). Gebelik deneyimi, anksiyete, depresyon, stres, sosyal destek varlığı/eksikliği, doğuma ilişkin tutum, fetal hareketler, yaş, eğitim ve etnik grup maternal fetal bağlanmayı etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır (8).

Anne bebek bağlanmasının Peppers ve Knapp'a göre neonatal dönemde değil prenatal dönemde başladığı belirtilmektedir (9). Anne ve bebek arasındaki bağlanmanın en önemli bölümü doğum öncesinden başlar ve doğumdan sonra gelişerek devam etmektedir (1). Prenatal bağlanma duygusal bir bağın anne/baba ve doğmamış bebekleri arasında olmasıdır (10).

Bağlanmanın gebelik boyunca gelişimi, doğum sonu dönemde de anne bebek bağlanması için zemin hazırlar. Rubin, doğum sonu dönemde yenidoğan ile anne arasındaki bağın prenatal sürecin sonucunda gelişen bir davranış olduğunu tespit

etmiştir. Ayrıca, prenatal dönemde kadınların hem bebeği hem de kendisi için güvenli bir geçiştir (8)

Gebelik dönemi, fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı, sosyal ilişkilerde, vücut görüntüsünde, aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapan ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir (1). Gebelik ilerledikçe kadın, fetüsü kendinden farklı, yeni bir birey olarak algılamakta ve fetüs hem kadının bir parçası hem de bağımsız bir birey olarak sevilir hale gelmektedir. Anne ile fetüs arasında bağlanma olduğu, bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı yoğun yasın gözlenmesi sonucu ortaya konmuştur. Bu sonuç, gebelikte anne-bebek bağlanması kavramının hem tıp hem de psikoloji alanında daha detaylı araştırılması gereksinimini doğurmuştur (11).

Doğum öncesi bağlanma, çift yönlü veya etkileşimsel bir süreç değildir. Sadece annenin bebeğe yönelik bilimsel yanıtını içerir (12). Doğum öncesi bağlanmanın kalitesi annenin prenatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile de ilişkilidir. Gebeliğin normal yolla gerçekleşmediği durumlarda farklı yöntemlerle gebeliğin oluşumu günümüz tıp uygulamalarında IVF'e sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu tedavi sürecinde kadın ve ailesi uzun ve yoğun bir dönem yaşayabilmektedirler. İnfertilitenin, bireylerin emosyonel ve psikolojik fonksiyonları üzerinde birçok etkisi vardır. Bu etkiler infertilite süresi, tedaviye devam etme ve bireylerin adaptasyon kapasiteleri, prognozları, infertilite nedeni ve aldıkları emosyonel desteğe göre değişmektedir. Kadın ve ailesi bu süreçte çeşitli sorun ve müdahalelerle karşılaşmaktadırlar. Uzun zaman gebelikleri bekleyen kadınlarda duygusal zedelenebilirlikler de görülmektedir. IVF ile gebe kalan gebelerde tüm gebelik boyunca bebeği kaybetmenin kalıcı ve güçlü korkusu yaşandığı belirtilmektedir (13).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı, Doğal yolla ve IVF ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeyini belirlemek ve karşılaştırmaktır.

1.3. HİPOTEZLER

1. H₀: IVF ile gebe kalan gebelerin 26.-28. gebelik haftasında prenatal bağlanma düzeyinde doğal yolla gebe kalanlara göre fark yoktur.

H₁: IVF ile gebe kalan gebelerin 26.-28. gebelik haftasında prenatal bağlanma düzeyinde doğal yolla gebe kalanlara göre fark vardır.

2. H₀: IVF ile gebe kalan gebelerin 34-36. gebelik haftasında prenatal bağlanma düzeyinde doğal yolla gebe kalanlara göre fark yoktur.

H₁: IVF ile gebe kalan gebelerin 34.-36. gebelik haftasında prenatal bağlanma düzeyinde doğal yolla gebe kalanlara göre fark vardır.

1.4. VARSAYIMLAR (SAYILTILAR)

Bu araştırma, Prenatal Bağlanma Envanterinin gebelerde bağlanmayı ölçmede kullanılabilecek bir ölçüm aracı olduğu varsayımından yola çıkılmıştır. Ayrıca, IVF ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesinin daha sonraki tedavi ve bakımı belirlemede etkili olabileceği varsayılmıştır.

1.5. SINIRLILIKLAR

Prenatal Bağlanma Envanteri, kişisel bildirimlere dayalı bir ölçek olması nedeni ile gebelerin ifadeleri ve değerlendirmeleri ile bağlanma puanları belirlenmiştir. Araştırma bulguları tüm IVF gebelere atfedilemez. Bulgular, örnekleme alınan gebelerle sınırlıdır. Ayrıca, araştırmanın ebelik yükseklik testi olması nedeni ile planlama ve araştırma süreci sadece prenatal dönemi kapsar şekilde yürütülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.İNFERTİLİTE

2.1.1. Tanım ve Görülme Oranı

İnfertilite, üreme çağında olan bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın, en az bir yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebelik elde edememesi olarak tanımlanır (14,15,16). İnfertilite, toplum, aile ve bireyi etkileyen sosyal bir problemdir. İnfertilite kadının yaşı, tehlikeli bir faktör olarak bilinmektedir (17). İnfertilite, daha önce gebelik olmaması primer infertilite ve en az bir gebelik sonrası gebe kalamama sekonder infertilite olarak ikiye ayrılabilir. (18, 19). Türkiye’deki infertil çiftlerin 1,5-2 milyon olduğu düşünülmektedir. Bu çiftlerin %55-75’i primer infertil; %25-40’ı sekonder infertildir (20). Literatürde aylık gebe kalma olasılığı %20-25 arasındadır. Gebe kalmaya çalışan gebelerin yaklaşık %50’isi üç ayda, %75’i altı ayda ve %85’den fazlası bir yılda gebe kalabilmektedir (16).

İnfertilite görülme sıklığı toplumalarda farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde infertilite oranı %8-10 iken gelişmekte olan ülkelerde %15-20’dir. Türkiye’de infertilite oranı %15 olarak kabul edilmektedir (21, 22). Türkiye’de başka bir çalışmada ise evli her altı kadından biri infertilite sorunu yaşamaktadır (18). Avrupa Birliği Ülkelerinde infertilite kliniklerine başvuran 15-49 yaş arası kadınların oranı 1980’de %9 iken, 1995’de %15 ve 2010 yılı %12 seviyesinde olduğu bildirilmiştir (23). Dünyada her on kadından biri, İngiltere’de her yedi çiftten biri, Amerika’da ise her altı çiftten biri infertilite problemi yaşamaktadır. İsveç’te ve İran’da ise çiftlerde infertilite görülme oranı %10 olarak bildirilmiştir (18). Günümüzde, fertilizasyon ve embriyo gelişimi tekniklerinin gelişmesi ile daha önce tedavisi mümkün olmayan infertil çiftlere yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile infertilite tedavisi yaygın olarak kullanılmaktadır (17,24).

2.1.2.İnfertilite Nedenleri

Hoffman ve ark. belirttiğine göre: genellikle, infertilitenin üçte birine kadın, üçte birine erkek ve kalan üçte birine hem kadın hem erkek katkıda

bulunabilmektedir (16). DSÖ'nun yaptığı infertilite nedenine ilişkin çalışmada, %41 oranında kadın, %24 oranında erkek, %24 oranında ise kadın ile erkek beraber ve %11'inde de herhangi bir neden gösterilemediği belirtilmiştir (25). İnfertil çiftlerin yaklaşık %10-20'si nedeni açıklanamayan infertiliteye sahiptir (26). İngiltere'de yapılan bir çalışmada, %23 erkek faktörü, %18 kadın faktörü ve %28 açıklanamayan infertilite bulunmuştur (27). İnfertiliteye neden olan durumlar her zaman için çok açık değildir. Geçmişte kadından kaynaklanan bir durum gibi değerlendirilen infertilitenin, tıp alanında teknolojik gelişmeler ile birlikte yaklaşık olarak %40'ının kadın ile ilişkili etkenlere, %40'ının erkek ile ilişkili etkenlere, %20'sinin de hem kadın hem de erkek kaynaklı etkenlere bağlı olduğu ortaya konmuştur (20,26,28). Buna göre, infertilite nedenleri kadına ait ve erkeğe ait faktörler olarak değerlendirilmektedir.

2.1.2.1. Kadında İnfertilitenin Nedenleri

Kadının yaşlanması ve ovulatuvar disfonksiyonu, tubal ve pelvik faktörler, uterus anomalileri, servikal faktörler ve diğer faktörlerde beslenme bozukluğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalıklar ve stres gibi nedenler infertiliteye yol açmaktadır (16, 17). İnfertiliteden kaynaklanan duygusal nedenler, kadında vajinismus, ovulasyon olmaması, tubal spazm ve seminal mayinin hızlı şekilde atılmasına sebep olmaktadır. Ayrıca kadına ait diğer bir neden, ovulasyon döneminde cinsel ilişkiden istem dışı kaçınmasıdır (17).

- **Vulva ve vajene ait nedenler:** Vulva ve vajende mevcut bir anatomik bozukluk koitusu önlemektedir. Bunların başında imperfore hymen, vajende enine veya boyuna septum varlığı, kısmı ya da tam vajen yokluğu gelmektedir (29).
- **Servikse ait nedenler;** İnfertil vakaların %3.1'inden servikal faktörler sorumludur (29).
- **Uterusa ait nedenler;** Uterin anomaliler embriyo implantasyonu, fetal büyüme ve gelişme açısından önemlidir (29).
- **Tubalara ait nedenler;** İnfertiliteye neden olan tuba hastalıkları; tuba enfeksiyonları, distrofileri, polipleri ve endometriyozisidir (29).
- **Over ve hipotalamo-hipofiz ait nedenleri;** Overler bağımsız çalışan bir organ olmayıp, yukarı merkezlerin kontrolü altında gelen bir patoloji

infertiliteye neden olabileceği gibi, overleri kontrol eden üst merkezlerde meydana gelen bir patoloji de infertiliteye neden olmaktadır (29).

- **Metabolik hastalıklar ve diğer nedenlere bağlı infertilite;** Tiroid hastalıkları, diyabet, surrenal hastalıklar, karaciğer sirozu, kronik nefrit gibi hastalıklar infertiliteye neden olabilir (29).

2.1.2.2. Erkekte İnfertilitenin Nedenleri

Erkek fertilitesinde azalma; konjenital ya da ürogenital bozukluklardan, genital sistem enfeksiyonlarından, varikosel, endokrin bozukluklarından, genetik hastalıklardan ve immonolojik faktörlerden kaynaklanabilmektedir (29).

2.1.2.3. Diğer Nedenler

İnfertilitenin nedeni, infertil çiftlerin %85-90'ında açıklanabilmesine rağmen bazen dikkatli araştırmalardan sonra bile neden açıklanamamaktadır. Açıklanmayan infertiliteye neden olan faktörler, spermin ovuma penetrasyonu ve fertilize etme yeteneğindeki defektler ve spontan abortusun gerçekleştiği ovum bozukluklarını içerir. Açıklanmayan infertiliteye sahip çiftlerin çoğunda, spontan gebelik oranı yüksektir (30). Ayrıca tiroid hastalıkları, diyabet, surrenal hastalıklar, karaciğer sirozu, kronik nefrit gibi hastalıklar infertiliteye neden olabilir. Ayrıca keyif verici ilaçlar, ağır beslenme bozuklukları, zayıflama kürleri, depresyonlar, ağır ruhsal stresler de infertilite nedenleri arasında sayılabilir (29).

2.1.2.4. Açıklanmayan İnfertilite

Açıklanamayan infertilite, standart değerlendirme sonucunda kadın ve erkekte infertilite nedeninin bulunamadığı durumdur. Diğer bir deyişle, tanıya ekartasyon ile ulaşılan infertilite nedenidir (25). Açıklanmayan infertilite tanısı oldukça subjektiftir ve yapılan veya yapılmayan tanısal testlere ve bu testlerin kalite düzeylerine bağlı olup, doğrudan tedavi edilmeyebilir. Özellikle kısmen genç anne yaşında ve kısa süreli infertilitelere, bekleme yönetimi düşünülebilir. Ancak, tedavi istenirse, IUI, süperovulasyon ve YÜT düşünülecek uygun ampirik yöntemlerdir (16).

2.1.3. İnfertilite Tanılama Yöntemleri

İnfertil çiftleri değerlendirmede öncelikle anamnez ile başlanmalı ve sonra devam eden değerlendirmelerde diğer ayırıcı tanı yöntemlerine gidilmektedir. İnfertilite süresi, olası önceki tanısall işlemler ve tedaviler, medikal-jinekolojik öykü, aile öyküsü, seksüel öykü ve yaşam tarzı özellikleri değerlendirilmelidir.

İnfertilite değerlendirmesinde: fizik muayene ile ve BKİ hesaplanmalı, sekonder seks karakterleri değerlendirilmeli, infertilite nedeni olabilecek endokrinopatiler araştırılmalı ve olası infertilite nedeni olarak servikal ve vajinal bulgular incelenmelidir (31).

Ayırıcı tanı açısından kadınlarda transvajinal ultrasonografi, ovulasyonun tetkiki, Postkoital Test (PKT), Histerosalpingografi (HSG), Laparoskopi, Histeroskopi, Sonohisterografi analizleri yapılmaktadır.

İnfertil çiftlerin % 48'inin erkeğe bağlı olduğu düşünülürse, bu faktörün ne kadar önemli olduğu ve araştırmaya değer olduğu gözükmektedir. Erkek fertilizasyon potansiyelinin araştırılmasındaki ilk adım semen analizi olmaktadır. Semen incelenmesi, erkekte infertilite durumunu değerlendiren temel testtir. Bu test için erkeğin iki-üç gün süresince ejakülasyondan kaçınması istenir ve semen örneği, masturbasyon ile steril bir kaba içine toplanır (16).

2.1.4.İnfertilite Tedavisi

Tedavi yöntemleri ile çiftlerde %85-90 oranında tıbbi ve cerrahi olarak infertiliteye neden olan sorunları giderilmekte ve böylece çiftte çocuk sahibi olma yolu açılabilirken, kalan %10-15'i ise değişik YÜT'den yararlanabilmektedir (32,33). Altta yatan nedenleri doğrudan düzeltmenin uygun olmadığı infertil çiftlerde, gebelik elde etmek için kullanılan klinik ve laboratuvar tekniklerini tanımlayan YÜT ilk olarak onarılamaz tubal hasarı olan hastalar için planlanır. Ancak günümüzde infertilitenin hemen her nedeninde kullanılmaya başlanmıştır.

Yaşam biçimi tedavilerinde kişilerin çevresel faktörleri ve sigara içme durumları gibi ortadan kaldırılmasına yönelik işlemler ve danışmanlıklar yapılmalıdır. Çünkü, günümüzde bazı kadın ve erkek infertilitesi çevresel toksinlerden oluşabilmektedir. Ayrıca, kadınlar 35 yaşına ulaştıklarında, doğurganlıkları azalmaktadır (34). Daha erken bir yaşta, oositlerin sayısı ve kalitesi

düşmekte ancak 35 yaş civarında klinik olarak ortaya çıkmaktadır (35). Kardiyovasküler hastalık, diyabet ve bazı kanserlerin artmış riskleri yaygın olarak bilinmektedir. Obezite ve düşük vücut ağırlığı, hormon dengesizliklerine ve ovulatuvar disfonksiyona neden olarak üreme fonksiyonunu etkiler (36,37). Buna ilaveten maternal beslenme durumu ile olumsuz gebelik sonuçları arasında bir bağlantı gösterilmiş olmakla birlikte (38,39), bir kadının gebelik öncesi beslenme durumunun etkisi nadiren incelenmiştir (40).

Beslenme ve spor yapmanın birbiri ile bağlantılı olduğu düşünüldüğünde, spor yapmanında infertilite riskinde bir azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (41). Ayrıca, beslenmede dikkat edilmesi gerek diğer konu ise alkol ve sigara tüketimidir. Çünkü, alkol bilinen bir teratojendir ve tüketimin doğurganlığı azalttığı rapor edilmiştir, ancak riskle ilişkili tüketim seviyesi belirsizdir (42,43). Orta düzeyde alkol tüketimi (haftada yedi ila sekiz içki) düşük doğurganlık ve spontan düşük riski ile ilişkilendirilmiştir (44,45). Sigara ise erkeklerde, sperm üretimini, motilitesini ve morfolojisini olumsuz şekilde etkiler ve artan DNA hasarı riski ile ilişkilidir (46). Kadınlarda, sigara dumanı unsurları folikül mikro ortamını etkileyebilir ve luteal fazda hormon seviyelerini değiştirebilir (47).

YÜT birçok tekniği kapsamına alır: Gametin intrafallopian tüpe transferi (GIFT) aspire edilen oosit ve spermatozoanın direkt fallop tüplerine yerleştirilmesi, zigotun intrafallopian tüpe transferi (ZIFT) aspire edilen oosit ve spermatozoanın laboratuvar ortamında fertilizasyonu sonucu ortaya çıkan zigotların fallopian tüpe direkt transferi, sperm ile veya mikrocerrahi epididimal sperm aspirasyonu (MESA) veya testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE) ile elde edilmiş spermilerin intrasitoplazmik olarak enjekte edildiği yöntemleri (ICSI), yardımcı embriyo tutunma tekniğini, preimplantasyon genetik teşhisi (PGT), verici oositleri ve embriyoların dondurularak saklanması saymak mümkündür (17,25,48).

2.1.4.1.Kadın İnfertilite Tedavisi

İnfertil kadınların tedavisi problemin tanısına bağlıdır. Üreme sisteminde enfeksiyona neden olan pelvik faktöre bağlı infertilite antibiyotiklerle tedavi edilebilir (30). Uterus ve tüp defektleri, cerrahi müdahaleler ile tedavi edilebilir. Ayrıca, infertilite nedeni ovarian tümör ile kronik enfeksiyonların neden olduğu

skar doku adhezyonları (yapışkanlık) ise, cerrahi ile çıkarılabilmektedir. Histerosalpingografi ise, tubal tıkanıklığın açılmasında kullanılmaktadır. Endometriyozis, enfeksiyon ya da daha önce geçirilmiş cerrahinin neden olduğu pelvik adhezyonlar ve tıkanıklıklar, laparoskopi ile düzeltilemediğinde laparotomi yapılabilirken (49,50), Pelvis Enflamatuvar Hastalık (PIH)'a bağlı pelvik yapışıklıkları mikrocerahi yöntemi ile tedavi edilebilmektedir (51,52). Ovulatuvar faktör infertilitenin tedavisi, etiyolojiye temellenir. Örneğin tiroid hastalıklarının tedavisi, hipotroidizm için ilaç tedavisi, radyoiodin ya da cerahi tedaviyi gerektirir (30).

2.1.4.2. Erkek İnfertilite Tedavisi

Erkeklerde infertilitenin incelenmesinde karmaşık olup, bunun için detaylı bir geçmiş ve fizik muayene gerekirken, semen analizi ve hormonal taramada yapılmaktadır (53). Sperm sayımı için seminal mayinin değerlendirilmesi infertilitenin değerlendirilmesinde ilk işlemdir. Genellikle ilk semen analizi normal çıkarsa ikinci inceleme yapılmakta, anormal bulgu saptanırsa ikinci bir inceleme istenmektedir (29). Erkek infertilitesinin tedavisi spermin yapı, hareket, sayı ve üretiminin yeterliliğine ve spermin servikal ortamda yaşayabilme ve ovuma penetre olabilme yeteneğine odaklanır (30).

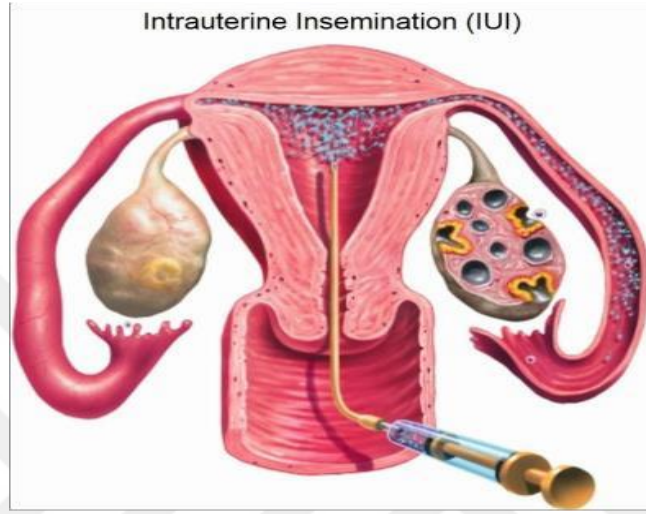
2.1.5. İnfertilite Tedavi Yöntemleri

Intrauterinin İnseminasyon (IUI); infertilite tedavisinde IUI en sık kullanılan yöntemdir ve IUI çeşitli yöntemlerle hazırlanmış ve konsantre olmuş motil spermlerin direkt uterin kaviteye yerleştirilmesidir (54).

In Vitro Fertilizasyon (IVF); Çalışmaları 19. yy'da Howard Jones ve Robert Edwards tarafından 1963 yılında tavşanlar üzerine yapılmıştır. İlk deneme 1976 yılında klinikten habersiz olarak ektopik gebelik gerçekleştirildi ama korkudan belirtilmemiştir. 1978 yılında ikinci uygulamada, dünyanın ilk tüp bebeği olan Louis Brown dünyaya gelmiştir. Robert Edwards 2010'da ilk tüp bebek Nobel Ödülü'nü almış ve 2013'te vefat etmiştir (27,54).

Kadının overlerindeki foliküller belli boyutlara ulaştırıldıktan sonra Transvajinal Ultrason (TVUSG) ile vajinal prob üzerine yerleştirilen bir kılavuz

üzerinden iğnenin geçirilerek foliküllerin aspire edilmesiyle toplanır. Aspire edilen folikül sıvısı laboratuvarda mikroskop altında incelenerek oositler hazırlandıktan sonra spermiler ile (ejakulat/testis'ten alınır) inseminasyon sonrası oluşan embriyo ikinci, üçüncü veya beşinci gün uterusu yerleştirilmesi IVF olarak tanımlanır (27,55,56).



Şema 1. Intrauterin Insemination

<http://www.myhealth.gov.my/en/unexplained-infertility/>



Şema 2. In Vitro Fertilization

[https://www.news-medical.net/health/In-Vitro-Fertilization-\(IVF\).aspx](https://www.news-medical.net/health/In-Vitro-Fertilization-(IVF).aspx)

Intrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI); 1992 yılında Palermo erkek infertilitesinde ICSI'yi keşfetmesi ile bir devrim yarattı. Artık bir tek spermden bile fertilizasyon gerçekleştirmek mümkün oldu (56). Eski yıllardan bu yana kullanılmakta olan In Vitro Fertilizasyon (IVF) farklı olan ICSI, cam bir pipet yardımı ile tek bir spermatozoonun mekanik olarak matür oosit içine transfer edilmesiyle gerçekleşir. Bu nedenle yöntemin kromozomlara zarar vererek konjenital anomali görülme sıklığını artırıp artırmadığı konusuna ilgi her geçen gün daha da artmaktadır (57,58).



Şema 3. Intrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
<http://www.sciivf.com/ivf-treatment-advanced-affordable/>

Taşıyıcı annelik gebeliği; IVF'in bu tipinde uterus problemi olan veya çeşitli sebeplerle infertilite sorunu yaşayan ve bu nedenle çocuk sahibi olamayan kadınların kendisinin veya taşıyıcı annenin ya da üçüncü bir kişi olan donörün oositleri (yumurta hücreleri) kullanılarak geliştirilen embriyo ile gebelik geçiren ve doğumu gerçekleştirendir (59,60).

Yumurta bağışı; Tüp bebek tedavilerinde olduğu gibi yumurta bağışı, herhangi bir infertilite sorunu olmayan kadından yumurta elde edilip, sperm ile döllendikten sonra anne olmak isteyen bir alıcı kadının uterusuna yerleştirilmesidir (16).

Embriyo ve oosit dondurulması; Embriyo kriyoprezervasyonu;

embriyoların, kriyoprotektan adı verilen kimyasal maddeler ile dondurularak sonradan kullanılmak üzere -196°C’de sıvı nitrojen içerisinde saklanmasıdır. Oosit kriyoprezervasyonu; embriyonun dondurulması gibidir; oositler döllenmeden dondurularak saklanmaktadır (61).

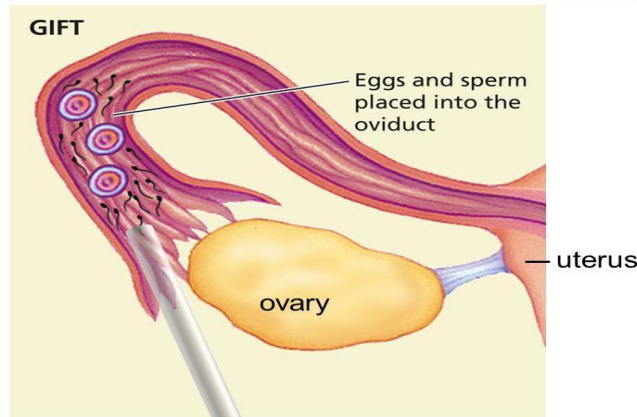


Şema 4. Cryopreservation

<http://www.sunflowerhospital.in/cryopreservation.php>

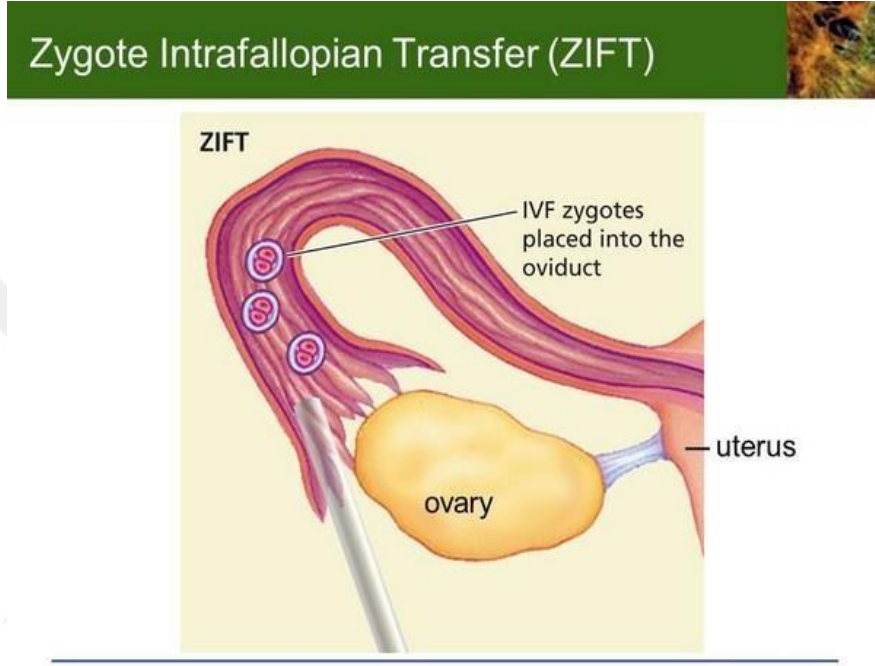
Gamet Intrafallopian Transferi (GIFT); Overlerden laparoskopi yöntemi ile follikül aspirasyonu yapılmasından elde edilen oositlerin ve spermelerin doğrudan fallop tüpüne transfer edilme işlemidir ve inseminasyon işlemi doğal ortamda yapılmasıdır. GIFT işlemi için en az bir tubanın normal olması gerekmektedir. Seminal sıvının yetersizliği, endometriozis, açıklanmayan infertilite ve immünolojik infertilitede GIFT etkili bir yöntemdir. Tubal/pelvik hastalığı bulunan ve ektopik gebelik geçirmiş kadınlar için uygun değildir (58,62).

Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT)



Şema 5. Gamet Intrafallopian Transfer <http://www.newbirthivf.com/wp-content/uploads/2016/10/GIFT-Copy.jpg>

Zigot İntrafallopian Transferi (ZIFT); Kadından oositlerin toplandıktan sonar sperm ile birlikte inkübe edilmesi ve in vitro şartlarda embriyonun laparoskopik olarak tubal alana yerleştirilme işlemidir. Bu işlemi gerçekleştirmek için en az fallop tüplerinden biri açık olmalıdır. Ayrıca IVF yönteminin GIFT/ZIFT yöneme göre daha çok tercih etme nedeni, maliyetinin düşük olması ve başarının yüksek oranda gerçekleştirilmesidir (17,63).



Şema 6. Zigot İntrafallopian Transfer

http://www.newbirthivf.com/wp-content/uploads/2016/10/ZIFT_1-Copy.jpg

Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA); Konjenital vas deferens yokluğunda veya obstruksiyonlarda (tıkanklık) mikrocerrahi ile epididimlerden sperm aspirasyonla (MESA) elde edilme işlemidir (64).

Testicular Sperm Extraction (TESE); Testistlerden perkütan veya açık şekilde sperm elde etme (TESE) yöntemidir (65).

PESA ve TESA; Percutaneous epididimal sperm aspiration (PESA) ve testiküler sperm aspirasyonu (TESA) daha çok normal spermatogenezli ve obstruktif azospermilerde kullanılan diğer iki yöntemdir (25).

2.2.BAĞLANMA

2.2.1.Bağlanmanın Tanımı

Türk Dili Kurumu'nda Güncel Türkçe Sözlük'te “bağlanmak” işi veya durumu, tasavvuf ıstılahında ise; arzu edilen makbul ve sevimli bir işin elde edilmesine kalbin bağlanmasıdır (66).

Anne-bebek bağlanması bebeğin ileriki yaşamında bilişsel ve davranışsal gelişimini etkilemektedir (67). Bağlanma, bebeklerin onlara bakım veren kişiye fiziksel yakınlığı güçlü tutarlık, hem bebeklerin onlara çevreyi keşfetmeleri için gerekli koşulları sağlamalı hem de onları çevreden gelen tehlikelere karşı korumalıdır (29). Kadının toplumsal konumunu belirleyen temel faktörler eğitimi, çalışması, gelir durumu ve sosyal güvencesidir. Bu özellikler, kadının gebelik ve sonrasında sahip olacağı annelik rolüne uyumunu etkileyen önemli faktörlerdir (68). Bebeklerin dünyaya geldikleri andan itibaren hayatta kalabilmek için bir başkasının sevgi, ilgi ve bakımına başta anne olmak üzere muhtaç olması vurgulanmaktadır (69).

Bağlanma, çocuk ve ailesi arasındaki duygusal bağı tanımlamaktadır. Yenidoğan bir bebeğin güven duygusunun geliştiği ilk ilişkisidir. Bağlanma tek başına bir durum değil, bir süreçtir. Bu süreçte ebeveynler kendi yetiştirilme tarzlarından etkilendikleri kadar; gebelik, doğum, lohusalık ve bebekliğin ilk aylarındaki deneyimlerinden de etkilenirler (5,7,70,71). Onüçüncü yüz yıla dayanan bağlanma kelimesinin temelleri, “to attach”, kelimesinin anlamı, bir görevi yerine getirme ya da bir göreve bağlılıktır (72).

2.2.2.Bağlanma İle İlgili Kuram Ve Kuramcılar

Bağlanma kuramı son 40 yıldır insan gelişimini inceleyen araştırmacılar içinde çok büyük ilgi çekmektedir (73). Anne-bebek ilişkisi kavramını ilk kullanan kişi Rousseau, Fransız, bir yazar ve onsekizinci yüz yılın filozofudur. Bowlby'nin bağlanma kuramı genel Etiyoloji Kuramı'nın pek çok özelliğini içerir. Evrimin bir sonucu olan türe özgü refleksler ve sabit eylem örüntüleri, annenin çocuğa yakın olmasını garantiye alır. Duyarlı dönemler ile genel ve özel öğrenme becerileri bebek ve bakıcılarını biyolojik olarak eşgüdümlü bir etkileşim sistemi geliştirmeye eğilimli yapar (74). Bowlby'ye göre, bağlanma ister güvenli, ister güvensiz; kaçınan ya da kararsız

olsun, gözlemlenebilir, ölçülebilir, değerlendirilebilir ve ilişkilendirilebilir niteliktedir. Klein, bebeğin kurduğu ilk ilişkinin annenin memesi ile olduğuna inanır ve sevgi ve nefret duygularının ilk aşamada buna yansıtıldığını iddia eder (75).

Diğer kuramcı Ainsworth'a göre ise annenin sıcak, duyarlı, gereksinimi gidermeye hazır ve bağlanabilir olma özelliklerini taşıması, anne ile bebek arasında oluşan güvenli bağlanmada çocuğun psikolojik gelişiminde ciddi bir öneme sahip olduğunu belirtmektedir (76). Winnicott'a göre "çevreye tutunma" anne tarafından sağlanırken, anne büyüyen çocuğun gereksinim ve arzularına empati gösterebilir. Çevreye tutunmadaki temel görev, bağlanma ve koruma olmakla beraber Bowlby'nin görüşlerine zıt olacak biçimde Winnicott bunun etiyolojik terimlerden çok varoluşsal terimlerle açıklar (75).

Muller, prenatal bağlanmayı, anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen ilişki ve duygusal bağ şeklinde tanımlamıştır. Bağlanmanın anne ve bebek arasındaki en önemli bölümü doğumdan önce başlar ve doğumdan sonra gelişerek devam eder (1). Muller (1994), "maternal sevgiyle bağlanma, anne ve bebeği arasında gelişen ve zaman içinde süreklilik gösteren eşsiz bir sevgi ilişkisidir, sevgiyle bağlanma maternal rol adaptasyonunun önemli bir elementidir" demiştir. Ayrıca "anne olmayan kişilerin de bebeklerle ilk karşılaştıklarında maternal davranışlara benzer davranışlar gösterdiği bilinmektedir. Maternal bağlanma davranışları, zaman içinde tekrar etmiyorsa bunun maternal içsel çalışmayı veya maternal duyguları göstermediği konusunda uyarıda bulunmaktadır" (29).

2.2.3.Bağlanma Stilleri

Kuramcılardan Ainsworth, Hazan ve Shaver üç tip bağlanma stilinden bahsetmektedir. Bunlar, güvenli bağlanma, güvensiz-kaygılı bağlanma ve güvensiz-kaçıngan bağlanmadır.

- **Güvenli Bağlanma;** çocuklar yabancı odada anne gözetiminde oynarlar. Anne ile göz kontağı kurarak güvende olduklarını hissederek. Bağımsız olarak odakeşfedip korkmadan oynarlar. Anne odayı terk ettiğinde hemen ağlamazlar, anne geri geldiğinde kucağa alınıp sakinleşirler (11,70). Güvenli bağlanma, duygusal sağlığın bir kaynağı olarak görülür, çocuğa "başkalarının"

onun için orada olacağı ile ilgili güven verir ki, bu da onun ilerleyen yaşamında tatmin edici ilişkiler kurma kapasitesine zemin oluşturmaktadır (77).

- **Güvensiz-Kaygılı Bağlanma;** bu gruptaki kişilerde olayların üstesinden geleceklerine dair kendileri ve çevrelerine inançları yetersizdir ve zor durumlarda diğerlerine kaygılı ve saplantılı şeklinde yaklaşırlar (11,78).

- **Güvensiz-Kaçınan Bağlanma;** bu grupta yer alan bebekler, anne/bakım veren kişi odayı terk ederken bebek tepkisiz ve sakin olup, anne/bakım veren kişi geri döndüğünde uzaklaştırıcı ve reddedicidir (11,75).

Diğer kuramcı olan Bartholomewise bağlanma stilini dörtlü olarak belirtmiştir. Bunlar güvenli bağlanma, saplantılı bağlanma, korkulu bağlanma, kayıtsız bağlanmadır.

- **Güvenli bağlanma;** bireyler kendiliklerini değerli ve sevilebilir algılamaktadır. Güvenli bağlanan kişilerin benlik saygıları yüksektir, yakınlık kurmaktan rahatsız olmazlar ve otonomiye sahiptirler.

- **Saplantılı Bağlanma;** bu biçimi sergileyen bireyler, çevrelerinden bağımsız, öz güvenleri düşük, başkalarının isteklerine boyun eğen, başkalarıyla ilişki içerisinde olmayı isteyip ancak terk edilmekten korkan, üzüntü veren durumlarda duygularını daha yoğun yaşayan, zorluklar karşısında kaçınan davranışlar sergilemektedir.

- **Korkulu Bağlanma;** başkaları tarafından doğrulanma ve kabul görme gereksinimi hissettiren, karakterize edilmiş bir bağlama biçimi olmaktadır. Bu bireyler terk edilmekten korkup yakınlıklardan kaçınan, kabuklarına çekilip, güvenlik ve bağımsızlıklarını korumaya çalışan eğilimler sergilemektedirler.

- **Kayıtsız Bağlanma;** bu bağlanma biçimindeki bireyler kendisini olumlu, başkalarını olumsuz değerlendirmektedirler. Bu kişiler başkaları ile yakınlık kurmanın değerini yadsıyarak kendi öz değerini yüksek tutma eğiliminde olup, bir olumsuzluk yaşayabilecekleri korkusuyla başkaları ile yakınlık kurmaktan kaçınırlar (79,80,81,82).

2.2.4. Maternal Bağlanma ve Etkileyen Faktörler

Maternal Bağlanma başlangıçta “kadınların doğmamış çocuğu ile ilişki kurma ve karşılıklı etkileşimi temsil eden davranışlara girme derecesi” olarak

tanımlanmıştır, başka bir ifade ile anne ve fetus arasında gelişen kişisel eşsiz ilişkidir (83). Bağlanma ilişkisinin niteliği anne ile bebek arasındaki ilişki tarzından şekillenmekle birlikte, bebek fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanması ile anneye bağlanmaktadır (84). Çocukla bir ilişki kurmanın doğumda başlamadığı fakat gebelikte başlayabileceği fikri 1945'te Deutsch tarafından ifade edilmektedir (85). Maternal bağlanma, gebelik döneminde başlar, postpartum da devam eder ve annelik rolü yeteneğinin gelişimi ve rol memnuniyeti için destek sağlar, şeklinde oluşmaktadır (77).

Maternal bağlanma, giderek gelişen anne ile bebek arasında doyurucu ve zevk verici etkileşim sonucunda annenin bebeğine geliştirdiği sevgi bağıdır (86). Maternal bağlanma Bowlby'ye göre, anne ve çocuk arasında, sıcak, sürekli, yakın bir ilişki olması ve bu durumdan her iki tarafın da haz alıp memnun kalması durumudur. (87).

Son 50 yılda Maternal Fetal Bağlanma (MFA), klinisyenler ve araştırmacılar tarafından önemli bir ilgi görmüştür. Postpartum bağlanmanın aksine doğum öncesi bağlanma, çift yönlü veya etkileşimsel bir süreç değildir, sadece annenin bebeğe yönelik bilişsel ve duygusal yanıtlarını içermektedir (12). Maternal-fetal bağlanmasında, Cranley çok boyutlu bir model oluşturmak için, annenin fetusu kendinden farklı olarak algılaması, fetus ile etkileşime girmesi ve özelliklerini yorumlaması, kendini adanmak, rolünü benimsemek ve iç içe geçmesi gibi unsurlardan bahsetmiştir (1). Çeşitli nedenlerden dolayı sezaryen yapılması anne ile bebek bağlanmasını etkilemektedir. Doğumun gerçekleştiği ortamın ısısı, annenin hareket kısıtlılığı, zorunlu olarak çok sayıda kişinin bulunması ve mahremiyetin olmaması, ortamın çok aydınlık olmasından dolayı bebek gözlerini açamaması, ses ve gürültü düzeyinin yüksek olması, temizlik maddeleri ve dezenfektanların kokusu anne ile yenidoğan ilişkisini etkilemektedir (70).

2.2.5. Bağlanma Tipleri

2.2.5.1. Prenatal Bağlanma

Gebeliğin başladığı andan itibaren doğumun gerçekleştiği ana kadar prenatal (doğum öncesi) dönemi kapsamaktadır. Prenatal bağlanma, annenin fizyolojik ve psikolojik gelişim ile fetusun oluşumu ve gelişimi olan gebeliğin gerçekleştiği dönemdir (5,1). Prenatal tanı hakkında aileye ayrıntılı bilgi verilmesi

iyi bir aile bebek ilişkisinin desteklenmesi için önemli bir katkıdır. (70). Kadının kendisi ve çevresi tarafından gebeliğin kabul edilmesi ve planlı bir gebelik olması, yakın akraba ve arkadaşlarından destek almasıdır (11,30). Gebelikten hoşlanma ve mutluluk duyumu, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, gebelik ve doğumla ilgili özgün ve umutlanma birinci trimester sonunda gebeliği kabullenme belirtileridir (30). Anne ile bebek arasındaki ilişkinin oluşumu annenin bebeği düşünmesi, bebeği hayal edip ve onunla konuşmasıdır (88). Gebeliğin gelişimsel davranışları prenatal dönemde fetal hareketlerin hissedilmesiyle birlikte bebeğinin kendisinden ayrı bir varlık ama kendisine bağımlı olarak algılanmaktadır (89) Fetusun USG (Ultrasonografi)'de görüntülenmesi kadın ve ailesi için bebeğin kolaylıkla kabullenmesini sağlamaktadır (11).

Prenatal bakım ile gebe ve fetüsün sağlığını korumak, yanlış alışkanlıklarını düzeltmek, gelişimini sağlamak, doğrularını pekiştirmek, yeni bilgiler edinmek, aileyi yeni rollerini hazırlamaktır (68). Bu durumlar prenatal bağlanmayı etkilemektedir. Kadının eğitimi, çalışması, gelir durumu ve sosyal güvencesi, toplumsal konumunu belirleyen temel faktörlerden sayılmaktadır ve bu özellikler kadının gebelik ve annelik rolüne uyumunu etkilemekte olan önemli maddelerdir (90).

Ayrıca doğum öncesi dönemde, planlı gebelik ve gebeliğin istenmesi, gebeliği kabullenmek, fetal hareketleri hissetmek ve fetüsü bir birey olarak kabul etmek (11,91,92), annenin güven duygusu, ailenin sosyoekonomik ve kültürel durumu, eş ilişkileri, kadının ailesi ve sosyal çevresi ile olan ilişkileri gibi faktörlerin bağlanmayı etkilemektedir (1). Yapılan bir çalışmada bulantı ve kusma gibi rahatsızlıkların ve eşlerin ilgi ve destek eksikliğinin gecikmiş bağlanmaya sebebiyet verdiği belirtilmektedir (93). Diğer bir çalışmada ise doğum öncesi depresyonun bağlanmayı etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca, olumlu sağlık davranışları arttıkça bağlanmanın arttığı saptanmıştır (94).

2.2.5.2. Postpartum Bağlanma

Doğumdan sonraki dönemin ilk aylarındaki ve annenin daha sonraki bağlanma davranışları bebek bağlanma örüntüleri için önemlidir (95). Bağlanma hemen doğumdan sonra, meme arama, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme gibi davranışları insanın doğası gereğince başlar. Postpartum döneminde anne bebek arasındaki gelişen bağ, bebeğin gelişimi ve diğer kişiler ile

ilişkileri, psikolojik uyumunu etkilemektedir (96). Annenin bebeğini sakinleştirmesi, okşaması, kucaklaması, onunla konuşması, uygun beslenme tekniklerini kullanması, göz göze temas kurması ve adı ya da cinsiyeti ile bebeğe seslenmesi, annenin bağlanma davranışlarını göstermektedir (91). Bazı araştırmacılar, prenatal bağlanma ne kadar güçlü olursa, doğum sonrası bağlanma da o kadar güçlüdür, tahmininde bulunmuşlar (97). Doğum sırasında eğer ebe, gebeye masaj yapar ve dikkatli temas ederse, kadınlar doğumdan sonraki haftalarda bebekleri ile daha uyumlu iyi ilişkiler oluşturdukları ve daha nadir depresif oldukları belirtilmektedir (70).

2.2.6.Bağlanmanın Değerlendirilmesi ve Bağlanma İle İlgili Çalışmalar

Doğumdan sonraki saatlerde ve günlerde bağlanma ilişkisinin oluştuğu belirtilmektedir. Annenin ruhsal durumunun gebeliğin başından itibaren bağlanmanın temelini oluşturmada önemli rol üstlendiği ve bu durumun doğumdan sonraki bir yıl içinde de devam ettiği belirtilirken, anne ve bebeğin, ilk temastan ve daha sonraki birliktelikten uzak kalmaları bağlanmanın niteliğini etkilemektedir (98).

Bağlanma düzeyinin belirlenmesi bağlanmanın niteliği, bağlanma ile ilişkili faktörler ve etmenleri ortaya koyması açısından önemlidir. Bu amaçla farklı ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bunlar;

- Anne-bebek bağlanmasının doğumdan sonraki ilk oniki haftalık sürede sürekli geliştiğini gösteren “**Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)**” Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, doğumdan sonraki periyodu hemen değerlendirmek için kullanılabileceği gibi, bağlanmayı yakın bir zaman dilimi içerisinde tekrar değerlendirmek için de kullanılabilmektedir (99).

- **Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)**, doğum sonrası bir ile dört ay arası bebeği olan anneler için Türk toplumunda geçerli ve güveniliridir. Bu çalışma sayesinde ebe/hemşirelerin, annelerin bağlanma düzeylerini belirleyebileceği, bağlanma ile ilgili yaşanan problemleri erken dönemde saptayabileceği ve gerekli yaklaşımlarda bulunabileceği düşünülmektedir (100).

- **Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri’ni** oluşturan maddelerin istendik özelliklerde olması, envanterin güvenilirliğinin ve geçerliğinin yüksek

olması, özelliklerinin orijinal haliyle benzerlik göstermesi, bu envanterin Türkçe formunun doğum öncesi bağlanma düzeyini belirlemede kullanılabileceğini göstermektedir (5).

- **Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)**‘nin ülkemiz gebeleri için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu söylenebilir. Ölçeğin farklı özelliklere sahip gebelerin prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerini belirlemek amacı ile, araştırmacılar tarafından çalışmalarda kullanılması önerilmektedir (11).

Bağlanma ile ilgili farklı alanlarda çalışmalar yapıldığı ve yapılmakta olduğu belirlenmiştir. Bağlanma ve Psikopatoloji ilişkisi açısından yapılmış bir araştırmada, son yıllarda, anne-çocuk ilişkisi konusunda yapılan araştırmaların önemli bir bölümünü bağlanma konusunun oluşturduğu görülmektedir. Çocuklukta güvenli bağlanmanın, daha sonra ciddi yaşam olayları ve duygu durum bozuklukları ile bozulabileceği unutulmamalıdır. Koruyucu ruh sağlığı açısından bakıldığında güvensiz bağlanmanın pek çok psikopatolojinin gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülürse, olguların ve aslında tüm bireylerin çocuk sahibi olmayı planladıkları dönemde, gebelik döneminde ve çocuklarını yetiştirirken desteklenmeleri sağlıklı nesiller yetiştirmek açısından çok önemli gibi görünmektedir (71)

Yapılan çalışmalarda, çocuğun kendini ve başkalarını anlaması açısından bakım verenin çok önemli rol üstlendiği vurgulanmıştır. Bakım veren ile doğum sonu dönemde kurulmaya başlanan bağlanma davranışının temelleri gebelik dönemindeki anne-bebek bağlanması ile atılmaktadır. Bu dönemlerde güvenli bağlanmanın sağlanamaması durumunda bireyin yaşamını fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı bir biçimde sürdürmesi risk altına girebilmektedir. Ayrıca, hem gebelikte hem de doğum sonu dönemde bağlanmayı etkileyen faktörlerin saptanması, bağlanma bozukluklarının anne ve bebek üzerine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla longitudinal ve deneysel çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır (11).

Annenin bağlanması, zaman içinde gelişen ve birçok etkenden etkilenebilen özel bir ilişkidir. Bu etkenlerin içinde ilk kez çocuk sahibi olmak, doğumdan sonraki birinci-dördüncü ay arasında ruhsal sorun tanımlamayan annelerde annenin bağlanmasını etkileyen en önemli etkenlerden biri olarak görülebilir. Diğer yandan, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin hemen tamamında

annenin bağlanması açısından fark bulunmaması, annenin sevgiyle bağlanma sürecinin ruhsal sorunlar dışındaki olumsuz koşullardan belirgin düzeyde etkilenmeyebileceğini düşündürmektedir. Etkenlerin ortaya konması ve annenin bağlanması üzerindeki etkilerinin belirlenmesinde daha çok sayıda, daha geniş örneklemli çalışmalara gereksinim vardır (95).

Başka bir çalışmada, bebek hareketinin anne-bebek bağlanmasına etkisi araştırılmıştır. Bunun sonucunda, eğitimin erken başlanması bebek hareket sayımının anne-bebek bağlanmasını önemli ölçüde arttırabileceğini göstermiştir. Bu yöntem ucuz ve uygulanması kolay olduğundan ve gebelik sırasında yeni doğan bakımı sağlayanlar tarafından annelere faydalı bir müdahale olarak tavsiye edilebilir (101).

Avustralya’da yapılan bir çalışmada kadınların %70’inin sekizinci gebelik haftasından on ikinci haftaya kadar zihinlerinde bebekleri ile ilgili henüz bir görsel oluşmadığını göstermişler. Hatta içlerinde bir bebek taşıdıklarını hayal etmede zorlanmışlardır. Ancak, USG bebeklerinin hareketlerini gördüklerinde veya gebeliğin beşinci ayından itibaren bebeğin hareketlerini hissettiklerinde bir çok kadın bebeğine karşı daha güçlü içsel bir bağ hissetmiştir (70).

BÖLÜM II

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Doğal yolla ve In Vitro Fertilizasyon (IVF) ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla yapılan analitik bir araştırmadır.

3.2.Kullanılan Gereçler ve Yöntemler

Araştırma verileri iki ayrı form kullanılarak toplanmıştır.

Gebelerin Sosyo demografik Özellikleri Formu: Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine yönelik olarak hazırlanmıştır. Doğal yolla gebe kalanlar için 16, IVF ile gebe kalanlar için 20 sorudan oluşmaktadır (EK I).

Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) (EK II): Prenatal Bağlanma Envanteri, 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında yeniden revize edilmiştir. Dörtlü likert tipte olan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır (4). Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Yılmaz ve Beji tarafından 2013 yılında Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması yapılarak, Türk toplumuna uyarlanmıştır. Envanteri'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak belirtilmiştir (4). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 26-28 gebelik haftada 0.84 ve 34-36. gebelik haftasında ise 0.87 olarak belirlenmiştir.

Envanteri'deki her bir ifade 1'den 4'e kadar puanlanmaktadır. “Hiçbir zaman” yanıtı 1 puan, “Bazen” yanıtı 2 puan, “Sık sık” yanıtı 3 puan, “Her zaman” yanıtı 4 puan almaktadır. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir (5).

Araştırma verileri, yüz yüze ve telefon görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu ve Prenatal Bağlanma Envanteri ile toplanmıştır.

3.3.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma, İzmir Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi ve Gebe Polikliniği'nde uygulanmıştır. Tüp Bebek Merkezi 2009 yılında kurulmuştur ve bu merkezde 12 personel çalışmaktadır (3 Ebe/ 5 Hemşire/ 4 Uzman Doktor). Tüp Bebek Merkezi'nin postoperatif odasında 4 yatak mevcuttur.

Üreme ve Yardımcı Tedavi Merkezi (ÜYTEM) İşleyişi: İnfertilite nedeni ile başvuran tüm hastaları kabul etmekte ve hastaların muayene, tetkik, konsültasyon ve cerrahi müdahaleleri yapılmaktadır. Merkezde; histeroskopi, tanısal operatif (polip, myomların çıkarılması, septum rezeksiyonu, özellikle yapışıklıkların-ashernen sendromu-açılması), hormon bozuklukları, polikistik over hastalığı, adet düzensizlikleri, tekrarlayan gebelik kayıpları, erkek infertilitesi, üreme endokrinolojisini ilgilendiren bütün sorunlarda hizmet verilmektedir.

Çiftlerle yapılan ön görüşmeden sonra YÜT için uygunsa çiftlere dosya açılmaktadır. Daha sonraki görüşme ve muayene için gebelere randevu bu ilk görüşmede verilmektedir. Adetin ikinci günü merkeze gelen kadın, SGK'ya bağlı ise heyet işlemlerinden geçirilmekte, ücretli ise dosya tamamlandığında tedaviye başlanmaktadır. Tedavi tamamlandığında yumurta toplama (OPU) işlemi yapıp embriyonun durumuna göre transfer işlemi yapılmaktadır. Erkek eşinde OPU günü spermi alındıktan sonra özel işlemde geçmekte ve yumurta ile sperm mikroyenjeksiyon yöntemi ile eşleştirildikten sonra takibi yapılmaktadır. Transfer sonrası, 12. günde gebelik testi yapılmaktadır. Tüp Bebek Merkezi ve Gebe Polikliniği'nde örneklem sayısına ulaşılan kadarki sürede (1 Aralık 2016 - 30 Ağustos 2017 tarihleri arasında) veriler toplanmıştır.

3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma İzmir Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi ve Gebe Polikliniği'nde yürütülmüştür. Bu merkezde IVF uygulamaları yapılan ve takip edilen gebeler araştırma evrenini oluşturmuştur. Bu gruptan alınan gebeler "IVF ile Tedavi" oluşturmuştur.

Örneklem sayısı 83 kişiden oluşmaktadır. Kliniğe 2015 yılı mevcut başvuran sayısı 805 olup, oluşan gebelik sayısı 210 kişi olmaktadır (102).

Ayrıca, aynı hastanenin gebe polikliniğine başvuran herhangi bir tedavi olmamış gebeler ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Araştırma kriterlerine uyan gebeler “Doğal yolla gebe kalan grubu” oluşturmuştur.

Örneklem Sayısı ve Örneklem Seçme Yöntemi

Doğal yolla gebe kalanlar grubu IVF ile gebe kalanlar grubu ile aynı sayıda gebe polikliniğine başvuran gebelerden oluşmuştur. Örneklem sayısı belirlemek için güç analizi yapılmıştır. Çalışmada alınması en küçük örnek büyüklüğü Statcalc (EpiInfo Version 6) kullanılarak %84 güven aralığında, görülme sıklığı bilinmeyen üzerinden %50.0 ve %5 hata payı ile 60 gebe olarak belirlenmiştir. Çalışmanın örnek grubuna alınan gebeler olasılıksız örnek seçim yöntemi ile belirlenmiş olup, çalışmaya katılmaya gönüllü olan anneler araştırmaya dahil edilmiştir. IVF ile gebe kalan gebeler 41 kişi ve doğal yolla gebe kalan gebeler 42 gebeden oluşmuştur (n=83).

Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Primipar olan
- 18-35 yaş
- Sistemik bir hastalığı olmayanlar
- Obstetrik herhangi bir komplikasyonu olmayanlar
- 26-28 haftalık gebeler
- Tek fetüs

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Takip sırasında komplikasyon gelişen gebeler,
- erken doğum yapanlar
- İkinci görüşmeye katılmayanlar
-

3.5.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması 24

(Prenatal Bağlanma Düzeyi)

Bağımsız değişken: IVF ile gebelik ve doğal yolla gebelik

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırma verileri gerekli izinler alındıktan sonra belirlenen örneklem sayısına ulaşılan kadar devam etmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından iki ayrı gruptaki gebelerden araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onamları alındıktan sonra (EK III) toplanmıştır. Görüşmek ortalama 10-15 dakika sürmüştür. Her iki grup için veriler aynı tarihlerde toplanmaya başlamıştır.

IVF ile gebe kalanlar; YÜT merkezinde tedavi olup, gebe kalanlar oluşturmuştur.

Araştırma kapsamında gebelerle üç kez görüşme yapılmıştır.

- İlk görüşmede gebelik haftaları belirlendikten sonra, gebelik haftası 26 haftalıktan küçük olan gebelere araştırmanın amacı ve süreci anlatılmış yazılı onamları alınarak, gebelerin sosyo-demografik soru formu doldurmaları sağlanmıştır. Bu gebeler, IVF ile gebe kalanlar gebe grubuna dahil edilmiştir.
- İkinci görüşmede, birinci görüşmede belirlenen gebe ile 26-28. hafta arasındaki zaman sürecinde yüz yüze veya telefon ile görüşme yapılarak Prenatal Bağlanma Envanteri önermeleri sorularak ölçek tamamlanmıştır. Son görüşme için randevu alınarak 34. gebelik haftasında tekrar görüşüleceği bildirilmiştir.
- Son görüşme, gebelerle ya yüz yüze ya da telefon ile 34-36. gebelik haftasında yapılmıştır. Bu görüşmede gebelik sürecine ilişkin bilgileri içeren soru formu ve PBE'nin ikincisi uygulanmıştır (n=41).

Doğal yolla gebe kalanlar; aynı hastanenin gebe polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. İlk görüşmede gebelik haftaları belirlendikten sonra, gebelik haftası 26-28 hafta olan gebelere araştırmanın amacı ve süreci anlatıldıktan sonra yazılı onamları alınarak, gebelerin sosyo-demografik soru formu ve PBE önermeleri sorulmuştur.

- Son görüşme için randevu alınarak gebelik haftasında tekrar görüşüleceği

bildirilmiştir (n=42). Son görüşme, gebelerle ya yüz yüze ya da telefon ile 34-36. gebelik haftasında yapılmıştır. Bu görüşmede gebelik sürecine ilişkin bilgileri içeren soru formu ve PBE ikinci kez uygulanmıştır.



Doğal yolla Gebe Kalan Gebeler Kalanlar

- 26-28 hf gebelere onam formu,
- Sosyodemografik formu,
- PBE formu dolduruldu

1.görüşme

IVF İle Gebe

- < 26 gebelere amaç, süreç anlatıldı,
- Yazılı onam formu ,
- Sosyo-demografik form dolduruldu
- Randevu verildi (2. görüşme için)



- 34-36 hf gebelere obstetrik formu,
- PBE formu (2. Kez) dolduruldu
- Görüşme yüz yüze/tel ile yapıldı

2.görüşme

PBE form dolduruldu
Randevu verildi (3. görüşme için)



3.görüşme

Obstetri soru formu,
PBE formu (2. Kez) dolduruldu

Şekil 1. Araştırma süreci

3.7.Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 20 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin analizinde sayı-yüzde dağılımları, standart sapma ve frekans tablosu yapılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerde, bağımlı ve bağımsız gruplarda student t testi, ki-kare yöntemleri, normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında da Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel anlamlılık durumu $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8.Etik Açıklamalar

- Çalışmanın yürütülmesinde kullanılacak olan Prenatal Bağlanma Envanteri Türkçe Geçerlilik çalışmasını yapan Yılmaz'dan yazılı onay alınmıştır (EK IV).
- Tez konusunun E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onayından sonra; (EK V).
- Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni alınmıştır (EK VI).
- Ayrıca, araştırmanın uygulanacağı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden resmi izin alınmıştır (EK VII).
- Ayrıca, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden de yazılı onam alınmıştır (EK II).

3.9.Süre ve Olanaklar

Araştırma; planlama, eğitim ortamının ve materyallerinin hazırlanması, verilerin toplanması ve değerlendirilmesini kapsayan temel aşamalar üzerine yapılandırılmıştır.

İŞ PAKETİ	TARİHLER						
Yapılan Çalışmalar	Ocak 2016	Mart 2016	Eylül 2016	Ekim 2017	Aralık 2016 Ağustos 2017	Eylül 2017	Aralık 2017
Literatür İnceleme							
Araştırma Deseninin Seçimi							
Araştırma Önerisi							
Düzeltilmelerin Yapılması–Etik Kurula Başvuru							
Veri Toplama Aşaması							
Verilerin Değerlendirilmesi Analizi							
Tez Yazımı							
Tezin Sunumu							

Şema 7 .Araştırmanın Süre ve Süreci31

BÖLÜM III

4 . BULGULAR

Bu bölümde doğal yolla ve IVF ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeyini belirleme amacıyla yapılan çalışmanın bulgularına yer verilmiştir. Bulgular; gebelerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ve bağlanma puanları tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	Doğal Yolla Gebe Kalanlar n=42		IVF İle Gebe Kalanlar n=41		Toplam n=83		x ²	p
Eğitim Durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	% *		
Okur yazar olmayanlar	4	57.1	3	42.9	7	8.4	8.035	.090
İlköğretim	3	20.0	12	80.0	15	11.1		
Ortaöğretim	8	47.1	9	52.9	17	20.5		
Lise ve üzeri	27	61.4	17	38.6	44	53.0		
Çalışma Durumu								
Çalışmayan	28	51.9	26	48.1	54	65.1	0.097	.756
Çalışan	14	48.3	15	51.7	29	34.9		
Toplam	42	50.6	41	49.4	83	100.0		
İş /Meslek**								
Memur	8	72.7	3	27.3	11	38.0	4.820	.306
İşçi	2	33.3	4	66.7	6	20.7		
Serbest meslek	4	36.4	8	66.6	12	41.3		
Toplam	14	48.3	15	51.7	29	100.0		
Eşlerinin Eğitim Durumu								
Okur yazar olmayan	2	100	0	0	2	2.4	5.550	.235
İlk öğretim	6	33.3	12	66.7	18	21.7		
Ortaöğretim	8	44.4	10	55.6	18	21.7		
Lise ve üzeri	26	57.8	19	42.2	45	54.2		
Eşlerinin Çalışma Durumu ve Mesleği								
Çalışmıyor	2	66.7	1	33.3	3	3.6	2.497	.645
Memur	7	70.0	3	30.0	10	12.0		
İşçi	17	44.7	21	55.3	38	45.8		
Serbest meslek	11	47.8	12	52.2	23	27.7		
Kendi işi	5	55.6	4	44.4	9	10.9		
Sosyal Güvence Durumu								
Evet	36	47.4	40	52.6	76	91.6	3.770	.052
Hayır	6	85.7	1	14.3	7	8.4		
Gelir Durumu								
Gelir giderden düşük	16	43.2	21	56.8	37	44.6	1.521	.467
Gelir gidere denk	24	57.1	18	43.9	42	50.6		
Gelir giderden yüksek	2	50.0	2	50.0	4	4.8		

Aile Tipi								
Çekirdek aile	31	46.3	36	53.7	67	80.7	2.611	.106
Geniş aile	11	68.8	5	31.3	16	19.3		
Yaşadığı Yer								
Köy/Kasaba	6	35.3	11	64.7	17	20.5	2.088	.352
İlçe	7	58.3	5	41.7	12	14.5		
İl	29	53.7	25	46.3	54	65.1		
Toplam	42	50.6	41	49.4	83	100.0		

*kolon yüzdesi alınmıştır. ** Çalıştığını ifade eden gebeler

Tablo 1’de araştırmaya dahil edilen gebelerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Gebelerin öğrenim durumları incelendiğinde; okur yazar olmayanların %57.1’inin, ilköğretim mezunu olanların %20.0’sinin, ortaöğretim olanların %47,1’inin ve lise ve üzeri eğitim alanların %61.4’ünün doğal yolla gebe kalan grupta olduğu saptanmıştır. Okur-yazar olmayan gebelerin %42.9’unun, ilköğretim mezunu olanların %80.0’inin, ortaöğretim mezunu olanların %52.9’unun ortaöğretim ve lise ve üzeri eğitimi olanların %38.6’sının IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=8.035$, $p=.090$) saptanmıştır.

Gebelerin çalışma durumu incelendiğinde; çalışmıyor olanların %51.9’unun, çalışıyor olanlarının %48.3’ünün doğal yolla gebe kalan grupta olduğu saptanmıştır. Çalışmıyor olanların %48.1’inin, çalışıyor olanlarının %51.7’sinin IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=0.097$, $p=0.756$) saptanmıştır (Tablo 1).

Gebelerin iş/meslek durumu incelendiğinde; memur olanların %72.7’sinin, işçi olanlarının %33.3’ünün, serbest meslek olanlarının %36.4’ünün doğal yolla gebe kalan grupta olduğu saptanmıştır. Memur olanların %27.3’ünün, işçi olanlarının %66.7’sinin, serbest meslek olanlarının %66.6’sının IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir. İş-meslek durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=4.820$; $p=0.306$) saptanmıştır (Tablo 1).

Gebelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde; “okur yazar olmayanların” %100’ünün, ilk öğretim olanların %33.3’ünün, ortaöğretim olanların %44.4’ünün, lise ve üzeri olanlarının %57.8’inin doğal yolla gebe kalan grupta olduğu saptanmıştır. İlk öğretim olanların %66.7’sinin, ortaöğretim olanların %55.6’sının, lise ve üzeri olanlarının %42.2’sinin IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumu bakımından gruplararası istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=5.550$; $p=0.235$) saptanmıştır (Tablo 1).

Gebelerin eşlerinin mesleği durumu incelendiğinde; çalışmıyor olanların %66.7'sinin, memur olanların %70'inin, işçi olanlarının %44.7'sinin, serbest meslek olanlarının %47.8'inin, kendi işini yapmış olanlarının %55.6'sının doğal yolla gebe kalan grupta olduğu saptanmıştır. Çalışmıyor olanların %33.3'ünün, memur olanların %30'unun, işçi olanlarının %55.3'ünün, serbest meslek olanlarının %52.2'sinin, kendi işini yapmış olanlarının %44.4'ünün IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin mesleği durumu bakımından gruplararası istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=2.497$; $p=.645$) saptanmıştır (Tablo 1).

Sosyal güvence durumu incelendiğinde; evet olanların %47.4'ünün, hayır olanların %85.7'sinin doğal yolla gebe kalan grupta olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olanların %52.6'sının, sosyal güvencesi olmayanların %14.3'ünün IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvence durumu bakımından gruplararası istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=3.770$; $p=0.052$) saptanmıştır (Tablo 1).

Gelir durumu incelendiğinde; gelir giderden düşük olanların %43.2'sinin, gelir gidere denk olanların %57.1'inin, gelir giderden yüksek olanların %50.0'ının doğal yolla gebe kalan grupta olduğu saptanmıştır. Gelir giderden düşük olanların %56.8'inin, gelir gidere denk olanların %43.9'unun, gelir giderden yüksek olanların %50.0'ının IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu bakımından gruplararası istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=1.521$; $p=0.467$) saptanmıştır (Tablo 1).

Aile tipi incelendiğinde; çekirdek aile olanların %46.3'ünün, geniş aile olanların %68.8'inin doğal yolla gebe kalan grupta olduğu saptanmıştır. Çekirdek aile %53.7'sinin, geniş aile olanlarının %31.3'ünün IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir. Aile tipi bakımından gruplararası istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=2.611$; $p=0.106$) saptanmıştır (Tablo 1).

Yaşadığı yerler incelendiğinde; köy/kasaba'da olanların %35.3'ünün, ilçe'de olanların %58.3'ünün, il'de olanların %53.7'sinin doğal yolla gebe kalan grupta

olduğu saptanmıştır. Köy/kasaba’da olanların %64.7’sinin, ilçe’de olanların %41.7’sinin, il’de olanların %46.3’ünün IVF ile gebe kalanların grubunda olduğu belirlenmiştir. Yaşadığı yer bakımından gruplararası istatistiksel farklılık olmadığı ($\chi^2=2.088$; $p=0.352$) saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Sosyo- Demografik Değişkenler	Doğal Yolla Gebe Kalanlar n=42		IVF İle Gebe Kalanlar n=41		Mann Whitney U	p
	Ort. SD	Min Max	Ort. SD	Min Max		
Yaş (yıl)	26.11 ± 5.64	18.0-34.0	30.56 ± 3.89	23.0-34.0	-3.602	.000
Eş yaş (yıl)	30.23 ± 5.92	22.0-44.0	35.29 ± 5.77	26.0-52.0	-3.687	.000
Evlilik süresi (ay)	18.91± 12.17	6.0-48.0	91.17 ±44.48	24.0-228.0	-7.499	.000

Tablo 2’de gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması yapılmıştır. Doğal yolla gebe kalanların yaş ortalaması 26.11 ± 5.64 , IVF ile gebe kalanların yaş ortalaması 30.56 ± 3.89 belirlenmiştir. Doğal yolla gebe kalan gebeler ve IVF ile gebe kalanların yaş ortalamaları ($U=-3.602$, $p=.000$), eşlerinin yaş ortalamaları ($U=-3.682$, $p=.000$) ve evlilik süresi ($U=-7.499$, $p=.000$) arasında istatistiksel farklılık olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. IVF İle Gebe Kalan Gebelerin İnfertiliteye İlişkin Özellikleri

İnfertilite Nedeni	Sayı	%
Erkek faktörü	18	43.9
Kadın faktörü	13	31.7
Bilinmeyen neden	8	19.5
Kadın ve erkek faktörü	2	4.9
IVF Denemesi		
Evet	16	39.0
Hayır	25	61.0
Toplam	41	100
Deneme sonucu		
Gebelikle Sonuçlanmama	9	50.0
Düşük	7	38.9
Toplam	16	100

Tablo 3'te IVF İle gebe kalan gebelerin infertiliteye ilişkin özellikleri verilmiştir. IVF ile gebe kalan gebelerin infertilite nedeni incelendiğinde %43.9'u erkek faktörlü, %31.7'i kadın faktörlü, %19.5'i bilinmeyen neden ve %4.9'u Kadın ve erkek faktörlü olduğu belirlenmiştir. IVF ile gebe kalan gebelerin IVF denemesi incelendiğinde %39.0'ı IVF denemesi yapmış, %61.0'ı IVF denemesi yapmamıştır. Gebelerin deneme sonucu incelendiğinde %50.0'ı tutmadığını, %38.9'u düşük yaptığını ve %11.1'i küretaj olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4. IVF ile Gebe Kalan Gebelerin Infertilite Tedavi Süresi ve Tedavi Deneme Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

	Ort±SD	Min-Max
İnfertilite tedavi süresi (ay)	30.43±19.22	12.00-96.00
Deneme sayısı	1.52± 0.67	1.00-4.00

Tablo 4'te IVF ile gebe kalan gebelerin İnfertilite tedavi süresi ve deneme sayısı ortalamaları verilmiştir. Buna göre; İnfertilite süresi 30.43±19.22 ay ve deneme sayısı 1.52± 0.67 olarak belirlenmiştir.

Tablo 5. Gebelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

	Doğal Yolla Gebe Kalanlar n=42		IVF İle Gebe Kalanlar n=41		t	p
	Ort±SD	Min-Max	Ort±SD	Min-Max		
24-26 hafta	62.71±1.69	38.00-82.00	59.75±1.61	35.00-84.00	1.260	.211
34-36 hafta	64.05±1.68	39.00-84.00	62.72±1.57	43.00-84.00	.574	.568
t	-1.261		-3.114			
p	.215		.004			

Tablo 5'de Doğal Yolla Gebe Kalan ve IVF İle Gebe Kalan gebelerin PBE puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. İlk görüşmede (26 haftalık iken) Prenatal

Bağlanma Envanteri puan ortalaması doğal yolla gebe kalan gebelerde 62.71 ± 1.69 (Min=38.00- Max.= 82.00) iken, IVF ile gebe kalanlar gebelerin ise 59.75 ± 1.61 (Min=35.00- Max. =84.00) olarak belirlenmiştir. PBE puan ortalamalarını karşılaştırılması amacıyla yapılan t testine göre her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t = 1.260$, $p = .211$).

İkinci görüşmede (34 haftalık iken) Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması doğal yolla gebe kalan gebelerde 64.05 ± 1.68 (Min.=39.00-Max.=84.00) iken, IVF ile gebe kalan gebelerde ise 62.72 ± 1.57 (Min.=43.00-Max.=84.00) olarak belirlenmiştir. İkinci görüşme (34 haftalık iken) Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalamalarını karşılaştırılması amacıyla yapılan t testine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t = 0.574$, $p = .568$).

Doğal yolla gebe kalan gebelerin 26 haftalık Prenatal Bağlanma Envanteri puanı ile 34 haftalık iken puan arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($t = -1.26$, $p = .215$). Ancak, IVF ile gebe kalan gebelerin 26 haftalık Prenatal Bağlanma Envanteri puanı ile 34 haftalık iken puan arasında istatistiksel olarak fark belirlenmiştir ($t = -3.114$, $p = 0.004$) (Tablo 5).

BÖLÜM IV

5.TARTIŞMA

Doğal yolla ve IVF ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada iki gruba çalışılmıştır. IVF ile tedavi olan gebeler IVF grubunu ve doğal yolla gebe olanlar diğer grubu oluşturmuştur. Bu nedenle araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1.Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmadaki gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; araştırmaya katılan tüm gebeler %53'ünün lise ve üzeri öğrenime sahiptir (Tablo 1). TNSA-2013'de kadınların %44.4'ünün lise ve üzeri eğitime sahip oldukları saptanmıştır (103). Duyan'ın yaptığı Bağlanma Envanteri'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında gebelerin %56'sının lise ve üzeri eğitim aldıkları gözlenmiştir (5). Başka bir çalışmada gebelerin %67'si yüksekokul ve üzeri eğitime sahip oldukları saptanmıştır (104). Bu bulgular bizim araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %65.1'inin çalışmadığı belirtilmiştir. TNSA-2013 yılındaki verilere göre kadınların %72.8'i çalışmamaktadır (103). Arbağ'ın yaptığı çalışmada gebelerin %55.5'i çalışmamaktadır (105). Bu sonuç bizim çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmadaki gebelerin %41.3'ü serbest meslek sahiptir. TNSA-2013 verilerine göre kadınların %62'si serbest mesleğe sahiptir (103). Oğuz'un yaptığı çalışmada gebelerin %18.5'i serbest meslek sahiptir (26). Atay'ın yaptığı infertilite tedavisi gören kadınların cinsel yaşam kalitesi, ilişkilerindeki mutluluk düzeyi ve etkileyen faktörleri çalışmada %11.8'i serbest meslek sahibidir (28). Bu çalışmalar bizim araştırma sonuçlarımız ile farklılık göstermektedir.

Araştırmadaki gebe eşlerinin %54.2'sinin lise ve üzeri mezun olduğu belirtilmiştir (Tablo1). TNSA 2013 yılındaki verilere göre (30-34) yaşındaki erkeklerin %48.9'i lise ve üzeri mezun olmaktadır. Eğitim seviyelerindeki değişimin yaş gruplarına göre incelenmesi, hem erkeklerde hem de kadınlarda zaman içinde eğitime katılımın belirgin şekilde arttığını ortaya koymaktadır (103). Arbağ yaptığı

çalışmada gebe eşlerinin %65.4'ü lise ve üzeri olduğu belirlenmiştir (105). Bu bulgular bizim çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir

Araştırmaya katılan gebe eşlerinin %45.8'inin işçi olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Alan'ın yaptığı çalışmada anne eşlerinin %31.9'unun işçi olduğu belirtilmiştir (87). Bu araştırma bizim araştırma sonucumuz ile farklılık göstermektedir.

Araştırmadaki gebelerin %91.6'sının sosyal güvenceye sahiptir (Tablo 1). TNSA 2013 verilerine göre %89.7'inin sosyal güvenceye sahip olduğu belirtilmiştir (103). Duyan'ın yaptığı çalışmaya göre gebelerin %89.5'inin (5), Emeç'in yaptığı çalışmaya göre gebelerin %96.5'i (64), Oğuz'un yaptığı çalışmada gebelerin %76.1'i sosyal güvenceye sahiptir (26). Bu bulgular bizim araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %50.6'sının geliri gidere denktir (Tablo 1). Turgay'ın yaptığı çalışmada gebelerin %44.2'sinin ve Alan'ın yaptığı doğum sonrası dönemde sosyal desteğin anne bebek bağılılığına etkisi çalışmada gebelerin %40.7'sinin geliri gidere denk olduğu belirtilmiştir (31,87). Bu araştırmalar bizim araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada gebelerin %80.7'si çekirdek ailede yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 1). Akarsu'nun yaptığı çalışmada gebelerin %81.3'i çekirdek ailede yaşadığını bildirmiştir. (104). Oğuz'un yaptığı çalışmada gebelerin %85.45'i çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır (26). Emeç'in yaptığı çalışmada gebelerin %88'i çekirdek ailede yaşamaktadır (64). Arbağ'ın yaptığı çalışmada gebelerin %91.8'i çekirdek ailede yaşamakta olduğunu belirtmiştir (105). Bu bulgular bizim araştırma sonucumuzla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %65.1'i il'de ikamet etmektedir (Tablo 1). TNSA-2008 araştırmalarına göre 15-64 yaşındakilerin %67.9'ı kent'de (106), TNSA 2013 verilerine göre ailelerin çoğu il'de (103), Akarsu'nun yaptığı çalışmada ailelerin %66.65'i ilde (104) ve Alan'ın yaptığı çalışmada ailelerin %63'ü ilde yaşadıkları saptanmıştır (87). Bu bulgular bizim çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %65.1'i il'de ikamet etmektedir (Tablo 1). TNSA 2008 araştırmalarına göre 15-64 yaşındakilerin %67.9'ı kent'de (106), TNSA 2013 verilerine göre ailelerin çoğu il'de (103), Akarsu'nun yaptığı çalışmada ailelerin %66.65'i ilde (104) ve Alan'ın yaptığı çalışmada ailelerin %63'ü ilde yaşadıkları saptanmıştır (87). Bu bulgular bizim çalışma sonuçlarımızı

desteklemektedir.

Araştırmaya katılan gebelerden doğal yolla gebe kalanların yaş ortalaması 26.11 ± 5.64 (Min:18.00-Max:34.00) iken IVF ile gebe kalan gebelerin yaş ortalaması 30.56 ± 3.89 (Min:23.00-Max:34.00) bulunmuştur. Gebelerin yaş ortalamaları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($P < 0.05$) (Tablo 2). TNSA-2003 sonuçları Türkiye’de kısırlığın düşük olduğunu; 45-49 yaş grubundaki evli kadınlar arasında sadece %3’ten daha azının hiç canlı doğum yapmadığını göstermektedir. İnfertilite oranı, (40-45) yaşı olan kadınlarda %2.3, (35-39) yaş kadınlarda %3.8, (30-34) yaşı olan kadınlarda infertilite oranı %4.9 olmaktadır. İnfertilite oranı (25-29) yaş grubunda olan kadınlarda %9.4, (20-24) yaş grubu olan %23.4, (15-19) yaş grubu ise olan kadınlarda bu oran %51.5 olduğu saptanmıştır (107). Tunç’un yaptığı çalışmada doğal yolla gebe kalan gebelerin yaş ortalaması 28.7 ± 5.84 iken IVF ile gebe kalan gebelerin yaş ortalaması 32.2 ± 6.06 bulunmuştur (25). Bu bulgular bizim araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. IVF grubundaki gebelerin infertilite tedavi süresinin 30.43 ± 19.22 (Min:12.00-Max:96.00) ay olması, IVF ile gebe kalan gebelerin yaş ortalamasının yüksek olmasında nedeni kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan gebelerden doğal yolla gebe kalanların eş yaşı ortalaması 30.23 ± 5.92 (Min:22.00, Max:44.00) iken IVF ile gebe kalan gebelerin yaş ortalaması 35.29 ± 5.77 (Min:26.00, Max:52.00) bulunmuştur. Gebelerin eş yaşı ortalamaları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 2). Emeç’in yaptığı çalışmada fertil gebelerin eş yaşlarının %47.2’si (38 ve üzeri) yaş iken infertil gebelerin eş yaşlarının %42.4’ü (31-37) yaş olarak belirtilmiştir (64). Bu bulgular bizim araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir. IVF grubundaki gebe eşlerinin infertilite tedavi süresinin eşlerinin infertilite tedavi süresinin 30.43 ± 19.22 ay (Tablo 4) olması, IVF ile gebe kalan gebe eşlerinin yaş ortalamasının yüksek olmasının nedeni sayılabilir.

Araştırmaya katılan gebelerden doğal yolla gebe kalanların evlilik süresi ortalaması 18.91 ± 12.17 (Min:6.00-Max:48.00) ay iken IVF ile gebe kalan gebelerin evlilik süresi 91.17 ± 44.48 (Min:24.00-Max:228.00) ay bulunmuştur. Gebelerin evlilik süresi ortalamaları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 2). IVF ile gebe kalan gebelerin infertilite tedavi süresinin 30.43 ± 19.22 ay (Tablo 4) sürdüğünden dolayı evlilik süreleri uzamaktadır.

Arbağ'ın 2015 yılında yaptığı araştırmada IVF ile gebe kalan gebelerin evlilik süresi ortalaması 7.08 ± 4.23 (yıl) olarak bulunmuştur (105). Yapılan araştırma sonucu bizim araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

5.2.IVF İle Gebe Kalan Gebelerin İnfertiliteye İlişkin Özellikleri

IVF İle gebe kalan gebelerin (n=41) infertilite nedenleri incelendiğinde, en yüksek oranda %43.9'ü erkek faktörü, %31.7'si kadın faktörü, %19.5'i bilinmeyen nedenlerden ve %4.9'u hem kadın hem erkek faktörü olarak saptanmıştır (Tablo 3). İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin korunmaksızın bir yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebelik elde edememesidir (16). Turgay 2017 yılında yaptığı çalışmada infertilite nedeninin % 31.6 oranında erkek faktör, %29.3 oranında kadın faktör, %32.6 oranında bilinmeyen neden ve %6.5 oranında hem kadın hem erkek faktörü olarak saptanmıştır (31). Oysaki bizim araştırmamızda erkek infertilite oranı daha yüksek bulunmuştur. İnfertilite sıklığı ve nedenleri bir toplumdan diğer topluma farklılık göstermektedir (25).

Araştırmaya katılan IVF ile gebe kalan gebelerin infertilite tedavi süresinin 30.43 ± 19.22 (Min:12.00, Max:96.00) ay olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Emeç'in 2016 yılında yaptığı çalışmada infertil kadınların tedavisine devam süresi %78.8'i

(1-12) ay ve %21.2'si (13-24) ay olduğu saptanmıştır (64). Bu bulgular bizim araştırma sonumuzu desteklemektedir.

Araştırmaya katılan IVF ile gebe kalan gebelerin %61'inin daha önce hiç IVF denemesi olmadığı, %39'unun önceden IVF denemesi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3). Turgay, 2017 yılında yaptığı araştırmada kadınların %47'si önceden infertilite tedavi olmadığı, %53'ü infertilite tedavi olduğu saptanmıştır (31). Emeç'in çalışmasında infertil kadınların %20.4'ü daha önce hiç tedavi olamadıkları, %43.8'i aşılama, %26.3'ü IVF ile tedavi gördüklerini bildirmişlerdir (64). Oysa ki bizim araştırmamızda önceden tedavi gören gebelerin oranı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmadaki IVF ile gebe kalan gebelerin deneme sayısının ortalaması 1.52 ± 0.67 (Min:1.00, Max:4.00) olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Arbağ'ın 2015 yılında yaptığı çalışmada kadınların %68.4'ü şimdiki tedaviye kadar bir kez, %24.6'ısı iki kez ve %7'si üç kez IVF tedavisi olmuştur (105). Bu araştırma bulgular bizim araştırma sonucumuzu desteklemektedir.

5.3.Gebelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

Gebelerle bağlanma düzeyini belirlemek üzere iki kez görüşülmüştür.

(26. haftada) PBE puan ortalaması doğal yolla gebe kalan gebelerde 62.71 ± 1.69 (Min:38.00, Max:82.00) ve IVF ile gebe kalan gebelerin ise 59.75 ± 1.61 (Min:35.00, Max:84.00) puan olarak belirlenmiştir. İlk görüşmede doğal yolla gebe kalan gebelerin Prenatal Bağlanma Envanteri puanları IVF ile gebe kalan gebelere nazaran daha yüksek bulunmuş olsa da aralarında anlamlı istatistiksel bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). 34 haftalıkta ise Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması doğal yolla gebe kalan gebelerde 64.05 ± 1.68 (Min:39.00-Max:84.00) ve IVF ile gebe kalan gebelerin ise 62.72 ± 1.57 (Min:43.00-Max:84.00) puan olarak belirlenmiştir. İkinci görüşmede doğal yolla gebe kalanların puanları IVF ile gebe kalanlara nazaran daha yüksek bulunmasına rağmen aralarında anlamlı istatistiksel bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Bu durum IVF ile gebe kalan gebelerde Prenatal Bağlanma Envanteri düzeyinin gebelik haftası ilerledikçe artış göstermektedir (Tablo 5). Çünkü, gebeler bir tedavi sonucun gebe kalma ve gebelik sağlıklı sonuçlanma konusunun endişelerinin olmadığından kaynaklanmalıdır. Prenatal Bağlanma düzeylerinin grup içi karşılaştırıldığında (Tablo 5), doğal yolla gebe kalan gebelerin birinci görüşmede Prenatal Bağlanma puan ortalaması 62.71 ± 1.69 (Min:38.00-Max:82.00) iken ikinci görüşmede ise prenatal bağlanma puan ortalaması 64.05 ± 1.68 (Min:39.00-Max:84.00) olduğu saptanmıştır. Doğal yolla gebe kalan gebelerin, gebelik haftası ilerledikçe Prenatal Bağlanma puan ortalamaları artış göstermesine rağmen iki gebelik haftası açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bakır'ın 2014 yılında yaptığı yüksek riskli gebelerin PBE puan düzeyi ve etkileyen faktörler çalışmasında; gebeler ile yaptığı ilk görüşmeyi (20-28) haftalıkta, PBE puanı ortancası 64.00 (Min:39-Max:83) olduğunu belirtmiştir. Gebeler ile yaptığı ikinci görüşmeyi (29 ve üzeri) haftalıkta, PBE puan ortancası 64.00 (Min:39-Max:83) olarak saptamıştır. Sonuç olarak gebelik haftası ile Prenatal Bağlanma arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmadığını belirtmiştir ($p > 0.05$). Bu araştırmalar bizim araştırma ile benzerlik göstermektedir. Elkin, 2015 yılında yaptığı gebelerin Prenatal Bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler çalışmasında PBE puan ortalaması 57.3 ± 12.3 (Min:21.0-Max:105.0) olarak bulunmuştur (7).

IVF ile gebe kalan gebelerin birinci görüşmede PBE puan ortalaması 59.75 ± 1.61 (Min:35.00, Max:84.00) iken ikinci görüşme PBE puan ortalaması 62.72 ± 1.57 (Min:43.00, Max:84.00) olduğu saptanmıştır. IVF ile gebe kalan gebelerin, gebelik haftası ilerledikçe PBE puan ortalamaları artış göstermiştir ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 5).

Yirmi altı haftalık gebelerin prenatal bağlanma sonuçlarını değerlendirdiğimizde bağlanma açısından bir farklılık görülmemektedir ancak IVF yöntem ile gebe kalan gebelerde doğal yolla gebe kalanlara nazaran prenatal bağlama puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. IVF grubundaki gebelerin %39'unun daha önceden IVF denemesi olmuştur.

Bu nedenle gebelerin daha önce IVF denemeleri olduğu için bu gebeliğin olumlu yada olumsuz sonuçlanmayacağı düşünceleri nedeniyle bağlanmalarının biraz daha düşük olduğu düşünülmektedir. Ancak, gebelik haftası ilerledikçe gebelerin bağlanma puanlarında bir artış da gözlenmiştir (11). Bunun nedeni gebelikle ilişkili üçüncü trimesterde, gebenin doğuma yaklaştığı için bebeğine alışmaya başlıyor olması, alışmaya başlıyor olması, birinci ve ikinci evrelerde gebelikle ilgili yaşadığı sıkıntıların ortadan kalkmasıdır. Prenatal dönemde, planlı gebelik ve gebeliğin istenmesi, gebeliği kabullenmek, fetal hareketleri hissetmek ve fetüsü bir birey olarak kabul etmek bağlanmayı etkileyen faktörlerdendir (11,91). Bu nedenle gebelik haftasında artış ve fetal hareketleri hissetmek ve günlük bu hareketleri takip etmek özellikle ultrasonografi'de bebeği görmek ve kalp atışlarını dinlemek, bebeği bir birey olarak kabul etmek anne bebek bağlanmasının göstergesi sayılmaktadır. Araştırmanın sonuçlarına göre anne bebek bağlanması gebelik haftaların ilerlemesiyle doğrudan ilişkilidir ve artış göstermektedir. Bu gebeler ile daha sonraki gebelik haftalarında yapılacak bağlanma düzeylerinin ise daha da yüksek olabileceği düşünülmektedir.

BÖLÜM V

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

Araştırma doğal yolla ve IVF ile gebe kalan gebelerin Prenatal Bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla yapılan analitik bir çalışma olarak yapılmıştır. Örneklem kapsamındaki 83 gebe ile çalışma tamamlanmıştır.

Doğal yolla ve IVF ile gebe kalan gebelere ilişkin bazı sonuçlar

- Gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, eşlerin eğitim durumu, eşlerin çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve gelir durumu açısından fark bulunmamıştır. Bu sosyo-demografik özellikler açısından gruplar benzerdir.

- Araştırmaya katılan gebelerin kendi yaşları, eşlerinin yaşları ve evlilik süresi açısından fark anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$).

- İnfertil gebelerin yaklaşık 30 ay tedavi gördüğünü, deneme sayısı 1.52 ± 0.67 olduğunu, IVF gebe grubunun %43.9'u erkek faktör olduğunu, %39'u daha önce denemesi olduğunu, bu denemelerin %50'sinin gebelikle sonuçlanmadığı saptanmıştır.

- 26. haftada doğal yolla ve IVF ile gebe kalan gebelerin Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu da “26. gebelik haftasında doğal yolla ve IVF ile gebe kalanların prenatal bağlanma puanları arasında fark yoktur” hipotezini desteklemektedir.

- 34. haftada doğal yolla ve IVF ile gebe kalan gebelerin Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu da “34. gebelik haftasında doğal yolla ve IVF ile gebe kalanların prenatal bağlanma puanları arasında fark yoktur” hipotezini desteklemektedir.

- Doğal yolla gebe kalan gebelerin yapılan 26. ve 34. gebelik haftası görüşmelerinde Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

- IVF ile gebe kalan gebelerde, gebelik haftası ilerledikçe prenatal bağlanma puanları artmaktadır.

6.2.Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre;

- Gebelerin bağlanma düzeyinin belirlenmesi bir süreç olarak değerlendirilerek doğum sonu dönemi de kapsayacak şekilde araştırmaların planlanması,
- Daha geniş örneklem grubu ile araştırmaların yapılması,
- Primipar ve mültipar gebeleri de kapsayacak şekilde araştırmaların planlanması,
- Gebeliğin arttırılmasına yönelik gebelerin fetüs ile iletişimin erken dönemde başlatılmasına yönelik uygulamaları yapılması,
- IVF ile gebe kalanlara gebeliğe uyum için gebeliğin gelişimi hakkında bilgilendirme yapılması önerilebilir.

KAYNAK

1. Metin A. Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Doğum Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi) 2014.
2. Ural O, Güven G, Sezer T, Azkeskin KE, Yılmaz E. Okul öncesi dönemdeki çocukların bağlanma biçimleri ile sosyal yetkinlik ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2015;1:589-598.
3. Songül Yalçın S, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2014; 57: 246-251
4. Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal bağlanma envanterinin türkçe'ye uyarlanması. güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:2.
5. Duyan V, Kapısız SG, Yakut Hİ. Doğum öncesi bağlanma envanterinin bir grup gebe üzerinde Türkçeye uyarlama çalışması. The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology 2013;10:1609-1614.
6. Lerum CW, Iobiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment Birth, 1989;16:13-17.
7. Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. STED, 2015; 24(6):230-236.
8. Özorhan EY, Apay SE, Düzyurt M. Riskli olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 2015;Sayı: 3. sy: 1-15.
9. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi, 2010; 20(3):99-108.
10. Bekir N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek eiskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi; 2014; 10(1):26-37.
11. Yılmaz SD. Prenatal Anne Bebek Bağlanması. Hemşirelikte Eğitim ve

Araştırma Dergisi 2013;10(3):28-33.

12. Barone L, Lionetti F, Dellagiulia A. Maternal-fetal attachment and its correlates in a sample of Italian women: a study using the Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2014; 32(3):230–239.
13. Hjelmstedt A, Widstro AM, Collins A. Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *BIRTH*, 2006; 33(4): 303-310.
14. Kan Ö, Alkılıç A, Yüce T, Berker B. Açıklanamayan infertilitede yönetim managment of unexplained infertility. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. Archives Medical Review Journal* 2014; 23(3):506-518.
15. Keskin G, Gümüş BA. Infertilite umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014; 5(1):9-16.
16. Hoffman BL, Schorge JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Gray Cunningham F. Williams Jinekoloji, Department of Obstetrics and Gynecology University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, 2016; 506-525.
17. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013; 5(2):162-178.
18. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü, psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 2014; 6(2):165-184.
19. Angor A, Bhattacharya S. Infertility and miscarriage: common pathways in manifestation and management. *Womens Health*, 2015; 11(4): 527–541.
20. Taşkın Mİ, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *Health Sci* 2016; 2(3):79-84.
21. Ekmen Uyar B, Özkan M, Gül T. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi. *Klinik Psikiyati*, 2017;20:209-217.
22. Kılıç M, Apay Ejder S, Beji Kızılkaya N. İnfertilite ve kültür. *İ:Ü:F:Hem Derg*, 2011; 19(2): 109.115.
23. Topçu HO, Evliyaoğlu Ö, Şahin Y. Temel infertilite araştırmaları nasıl olmalıdır. *TJRMS* 2017;1(2):104-11.
24. Yılmaz SA, Kerimoğlu ÖS. Yardımcı üreme teknikleri gebeliklerinde perinatal sonuçlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, Archives Medical Review Journal* 2014;23(4):575-587.

25. Tunç Ş. Spontan yoldan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan hastaların maternal, fetal ve perinatal özelliklerinin karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi. (Uzmanlık Tezi), 2014.
26. Oğuz HD. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2004.
27. Çetin Ç, Çetin MT. Düünden bugüne yardımla üreme teknikleri. (Assistive reproductive techniques from past to today) Arşiv kaynak tarama Dergisi. Archives Medical Review Journal, 2014; 23(1):148-155
28. Atay, Y. İnfertilite Gören Kadınların Yaşam Kalitesi İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul; 2017
29. Kavlak O. İnfertilite, Kadın Sağlığı, Edit: Şirin A. Kavlak O., Nobel Tıp Kitabevleri 2016; 2. Baskı,206-216.
30. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (10. Baskı), Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2012; 211-225.
31. Turgay B. İnfertilite şikayeti olan çiftlerde depresyon sıklığı ve hayat kalitesinin araştırılması. Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, 2017.
32. Duvan C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K. Yardımla üreme tekniklerinde implantasyon ve gebelik oranlarını etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Jinekoloj Obst 2003; 13:466-475.
33. Yanıkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11:112-121. 63.
34. Kaplan B, Nahum R, Yairi Y, Hirsch M, Pardo J, Yogev Y and Orvieto R. Use of various contraceptive methods and time of conception in a community-based population. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, (2005); 123,72– 76.
35. Baird DT, Collins J, Egozcue J, Evers LH, Gianaroli L, Leridon H, Sunde A, Templeton A, Van Steirteghem A and Cohen J et al. Fertility and ageing. Hum Reprod Update, (2005);11:261– 276.
36. Norman RJ, Noakes M, Wu R, Davies MJ, Moran L and Wang JX. Improving

- reproductive performance in overweight/obese women with effective weight management. *Hum Reprod Update*, (2004);10:267– 280.
37. Fedorcsak P, Dale PO, Storeng R, Ertzeid G, Bjercke S, Oldereid N, Omland AK, Abyholm T and Tanbo T. Impact of overweight and underweight on assisted reproduction treatment. *Hum Reprod*, (2004);19,2523–2528.
 38. Fall CH, Yajnik CS, Rao S, Davies AA, Brown N and Farrant HJ. Micronutrients and fetal growth. *J Nutr*, (2003): 133,1747– 1756.
 39. Keen CL, Clegg MS, Hanna LA, Lanoue L, Rogers JM, Daston GP, Oteiza P and Uriu-Adams JY. The plausibility of micronutrient deficiencies being a significant contributing factor to the occurrence of pregnancy complications. *JNutr*, (2003);133:597–1605.
 40. Chapin RE, Robbins WA, Schieve LA, Sweeney AM, Tabacova SA and Tomashek KM. Off to a good start: the influence of pre- and periconceptional exposures, parental fertility, and nutrition on children's health. *Environ Health Perspect*, (2004); 112:69–78
 41. Rich-Edwards JW, Goldman MB, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Colditz GA and Manson JE. Adolescent body mass index and infertility caused by ovulatory disorder. *Am J Obstet Gynecol*, (1994);171(1):171–177.
 42. Randall CL. Alcohol as a teratogen: a decade of research in review. *Alcohol Alcohol Suppl*, (1987); 1:125–132.
 43. Chaudhuri JD. An analysis of the teratogenic effects that could possibly be due to alcohol consumption by pregnant mothers. *Indian J Med Sci*,(2000); 54:425–431.
 44. Windham GC, Fenster L and Swan SH. Moderate maternal and paternal alcohol consumption and the risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*, (1992);3:364– 370.
 45. Grodstein F, Goldman MB and Cramer DW. Infertility in women and moderate alcohol use. *Am J Public Health*, (1994); 84:1429– 1432.
 46. Kunzle R, Mueller MD, Hanggi W, Birkhauser MH, Drescher H and Bersinger NA. Semen quality of male smokers and nonsmokers in infertile couples. *Fertil Steril*, (2003);79:287–291.
 47. Younglai EV, Holloway AC and Foster WG. Environmental and occupational factors affecting fertility and IVF success. *Hum Reprod Update*, (2005);11:43–

48. Ombelet W, Dhont N, Thinus Kruger, et al. Semen quality and prediction of IUI success in male subfertility: a systematic review. *Reproductive Bio Medicine Online* 2014, 300309. 14
49. Makar RS, Toth TL. The evaluation of infertility. *American Journal of Clinical Pathology*, (2002);117: 95-103.
50. Frey KA, Patel KS. İntial evaluation and management of infertility by the primary care physician. *Mayo Clinic Proceedings*, (2004);79:1439-1443.
51. Orshan SA. *Maternity, Newborn and Women's Health Nursing*. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2008.
52. Klemetti, R, Sevon,T, Gissler ,M, Hemminki, E, Health of children born as result of in vitro fertilization. *Pediatrics* (2006);118:119.
53. Etem EÖ, Yüce H, Erol D, Deveci ŞD, Ceylan GG, Elyas.H. Cytogenetic analysis in infertile males with sperm anomalies. *Marmara Medical Journal* 2009;22(3):217-224
54. William P. Hummel, M.D. L. Michael Kettel, M.D. *Assisted reproductive technology program*. San Diego Fertility Center, 2004.
55. Jones H. IVF:Past and future. *Reprod Biomed online*. 2003;6:375-381.
56. Baerwald AR, Adams GP, Pierson A. Ovarian antral folliculogenesis during the human menstrual cycle: a review. *Hum Repord Update*. 2012; 18:73-91.
57. Karabıyık TN. İnfertilite Sebebiyle Tüp Bebek Ünitesine Başvuran Hastaların Oositlerini Çevreleyen Granüloza Hücrelerinin Morfometrik Analiz Sonuçları İle Fertilizasyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Erzurum Atatürk Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü Histoloji Ve Embriyoloji Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi), Erzurum; 2017
58. Borge QJ, Ronum TO. Intracytoplasmic sperm injection risk of abnormalities. *Tidsskr Nor Laeg,eforen* 2001; 121: 69-72.
59. Babalıoğlu R, Tüp bebek yardımıla üreme teknikleri, *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, S. 23, Haziran Temmuz Ağustos 2012, İstanbul.
60. James S, Chilvers R, Havemann D, Phelps JY, Avoiding Legal Pitfalls in Surrogacy Arrangements, *Reprod Biomed Online* 2010 Dec; 21(7):862-867.
61. Başgol Ş, Aslan E, Over Kanserli Kadınlarda Fertilitiyi Koruyucu Yaklaşımlar ve Hemşirenin Rolü *Preservation of Fertilization in Ovarian Cancer and*

- Nursing Role. klinik yazı. Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9(2):8-11
62. Ozan YD. İnfertilite Kadınların Tedavi Süreçleri İle Deneyimlerinin ve Hemşilerden Beklentilerinin İncelenmesi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Yüksek Lisans Tezi). İzmir; 2009
63. Aktürk FS. Türk Toplumun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği (Yüksek Lisans Tezi), Afyon; 2006.
64. Emeç ZA Fertil ve İnfertil Kadınlarda Cinsel fonksiyon Bozukluğunun Tanımlaması ve Karşılaştırılması, Erzurum Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi), Erzurum; 2016.
65. Çayan. S. Erkek infertilitesi değerlendirme, medikal ve cerrahi tedaviler. 2015, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı.
66. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 28.12.2017
67. Rholes W, Jeffry AS, Barbara SB. Adult attachment styles and mothers' relationships with their young children. Personal Relationships. 1995;2(1): 35-54.
68. Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. MÜSBED 2014;4(4):200-206.
69. Yıldız. M, Bağlanma Kuramı Açısından Yaşlılık Dönemine Genel Bir Bakış, Cumhuriyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Sivas. 2012;36(1):1-30
70. Lang C. Bağlanma, Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi, Çeviri edit: Uzel N, Özbalcı S. 2009; Modern Tıp Kitabevi, 1. Basım,1-13
71. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(2):321-342
72. Bell L, St-Cyr Tribble D, Paul D, Long A. A concept analysis of parent- infant attachment, J Adv Nurs. 1998;28(5):1071-1081.
73. Morsünbül Ü, Çok F. Bağlanma ve ilişkili değişkenler. psikiyatride güncel

- yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(3):553-570
74. Miller PH. Gelişmiş Psikojsi Kuramları, Çeviri Edt: Gültekin Z. 2008; İmge Kitabevi, 1. Basım, 230-240
 75. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. Düşünen Adam, 2006;19: 24-39.
 76. Karen R: Becoming attached, Oxford University Press, New York, s: 6,17-24, 41, 43, 94, 107, 1998.
 77. Şen S. Anne ane AnneBebek Bağlanmasının İncelenmesi, Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği anabilim dalı programı, (Yüksek Lisans Tezi) 2007.
 78. Yıldızhan E. Bağlanma Teorisi ve Bağlanma Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Anadolu Kliniği 2017;22(1):66-72.
 79. Çalışır, M. Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. Psikiyatride Güncel yaklaşımlar-Current Approachiatry. 2009;1:240-255
 80. Liu, Y.L. ve Huang F.M. Mother-Adolescent Conflict In Taiwam: Links Between Attechment Style And Psychological Distress, Social Behavior And Personality, 2012;40(6):919-932.
 81. Permuy, B.,Merino, H. and Fernandz-Rey,J. Adult Attachment Styles and Cognitive Vulnerability To Depression In A Sample Of Undergraduate Students: The mediational Roles Of Sociotropy And Autonomy. International Journal of Psychology, 2009;45(1):1-7.
 82. Bartholomew, K., Shaner, P.R.Measures of Attachment. Do They Counverge? (Ed.) J.A. Simpson, W.S.Rholes Attachment Theory and Close Relationship, New York: Guilford Press 1998.
 83. Cranley MS: Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nurs Res 1981;30(5):281–284.
 84. Üstgörül S, Yanıkkerem E, Doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. Uluslararası Hakemlik Akademi Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi. 2014;12(4):145-189.
 85. Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in prognant women. British Journal of Medical Psychology.1997;70:359-372.

86. Çankaya S, Yılmaz SD, Can R, Kodaz ND. Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi ACU Sağlık Bil Derg. 2017;(4):232-240.
87. Alan H, Doğum sonrası dönemde sosyal desteğin anne bebek bağlılığına etkisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik A.D. (Yüksek Lisans Tezi) 2011.
88. Pellerone M, Micciché S. Prenatal attachment and anxiety: women who decide to try in vitro fertilization and women who procreate naturally. Psychology Research, 2014; 4: 419-427.
89. Brandon A, Pitts S, Denton W, Stringer A, Evans H: A history of the theory of prenatal attachment. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 2009; 23(4):201–222.
90. Sezer Ö. Kadınların uyum düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2005; (3)23:87-98.
91. Genç RE, Sarıcan ES. Anne Bebek Bağlanması, Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları Edit: Genç RE, Özkan H. Bölüm 35, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, 2016;1:645-649.
92. Robinson M, Baker L, Nackerud L. The relationship of attachment theory and perinatal loss. Death Studies 1999; 23(3): 257-270.
93. Lumley JM. Attitudes to the fetus among primigravidae. Aust Pediatr J 1982; 18(2):106-109.
94. Lindgren K. Relationships among maternal fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. Res Nur Health 2001; 24(3):203-2017
95. Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer G, Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry / Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015;16(6):442- 450.
96. Yalçın S, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2014; 57:246-251
97. Muller ME. A questionnaire to measure mother- to- infant attachment, J Nurs Meas, 1994;2(2):129-41.
98. Cyntia A, Stifter CA, Coulchan CM ve ark. Linking employment to

attachment: the mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behavior. Child Dev, (1993);64:1451-1460.

99. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. Arch Womens Ment Health 2005; 8: 45-51.
100. Kavlak O, Şirin A, Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması, Uluslararası İnsan Bilimleri dergisi, 2009;6(1):1303-5134.
101. Salehi K, Salehi M, Shaali M. The effect of education of fetal movement counting on maternal-fetal attachment in the pregnant women. Original Article 2017; 5(4):4699-4706
102. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi <http://tepecikeah.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 28.12.2017
103. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi: 28.12.2017
104. Akarsu RH, Gebelik Yogasının Gebenin Psikososyal Sağlık Düzeyi ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. (Doktora Tezi), İstanbul; 2016.
105. Arbağ, E. İn Vitro Fertilizasyon (IVF) Tedavisi Sırasında Kadınların Fiziksel Aktivite Durumları ve Etkileyen Faktörler. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. (Yüksek Lisans Tezi), İzmir; 2015.
106. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> Erişim Tarihi: 28.12.2017
107. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf> Erişim Tarihi: 28.12.2017

8.EKLER

EK I. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK

ÖZELLİKLERİ FORMU (DOĞAL YOLLA GEBE KALANLAR İÇİN)

1. Yaşınız?

1. Öğrenim durumunuz nedir?

1() Okur-yazar değil 1() Okur yazar 3() İlköğretim 4()
Ortaöğretim 5()Lise ve üzeri

2. Çalışma Durumu 1() Çalışmıyor 2()Çalışıyor

4. Çalışıyor ise işi/mesleği:

5. Eşiniz yaşı;.....

6. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1() Okur-yazar değil 1() Okur yazar 3() İlköğretim 4()
Ortaöğretim 5()Lise ve üzeri

7. Eşinizin mesleği nedir?

1() Çalışmıyor 2() Memur 3()İşçi 4()Serbest meslek 5() Kendi
işini yapıyor

8. Sosyal güvenceniz var mı? 1() Evet 2 () Hayır

9. Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?TL

10. Aylık gelirinizi nasıl algıyorsunuz?

1() Gelir giderimizden düşük 2 () Gelir giderimize denk 3() Gelir
giderimizden yüksek

11. Aile tipinizi belirtiniz? 1() Çekirdek Aile 2() Geniş Aile

12. En uzun süre yaşadığınız yer? 1() Köy/kasaba 2() İlçe 3() İl

13. Kaç yıllık evlisiniz?.....

14. Gebelik sayısı:..... İlk gebelik değilse

15.Bir önceki gebeliğin nasıl sonlandığı; 1() Küretaj 2() Düşük

16.Bu gebeliğin planlı olma durumu: 1() Evet 2 () Hayır

2. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ FORMU (IVF İLE GEBE KALANLAR İÇİN)

1. Yaşınız?

2. Öğrenim durumunuz nedir?

1() Okur-yazar değil 1() Okur yazar 3() İlköğretim 4()
Ortaöğretim 5()Lise ve üzeri

3. Çalışma Durumu 1() Çalışmıyor 2()Çalışıyor 4. Çalışıyor ise
iş/mesleği:

5. Eşiniz yaşı;.....

6. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1() Okur-yazar değil 1() Okur yazar 3() İlköğretim 4()
Ortaöğretim 5()Lise ve üzeri

7. Eşinizin mesleği nedir?

1() Çalışmıyor 2() Memur 3()İşçi 4()Serbest meslek 5() Kendi
işini yapıyor

8. Sosyal güvenceniz var mı? 1() Evet 2 () Hayır

9. Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?TL

10. Aylık gelirinizi nasıl algıyorsunuz?

1() Gelir giderimizden düşük 2 () Gelir giderimize denk 3() Gelir
giderimizden yüksek

11. Aile tipinizi belirtiniz? 1() Çekirdek Aile 2() Geniş Aile

12. En uzun süre yaşadığınız yer? 1() Köy/kasaba 2() İlçe 3() İl

13. Kaç yıllık evlisiniz?.....

IVF GEBELERİN OBSTETERİK ÖZELLİKLERİ

1. Gebelik sayısı:.....

İlk gebelik değilse

2. Bir önceki gebeliğin nasıl sonlandığı; 1() Küretaj 2 () Düşük

3. İnfertilite nedeni:.....

4. Kaç yıldır infertilite tedavisi sürmekte:.....

5. Daha önce IVF denemesi oldu mu? 1() Evet 2() Hayır

6. Kaçınıcı kez IVF denemesi:.....

7. Evet ise; nasıl sonuçlandı; 1() Tutmadı 2() Düşük 3()
Küretaj

EK II. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

		Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Çoğunlukla	Neredeyse her zaman
1	Bebeğin şu an neye benzediğini merak ediyorum				
2	Bebeğe ismiyle seslendiğimi hayal ediyorum				
3	Bebeğin hareket ettiğini hissetmekten keyif alıyorum				
4	Bebeğimin çoktan bir kişiliğe sahip olduğunu düşünüyorum				
5	Başkalarının elini karnıma koyup bebeğin hareketlerini hissetmelerine izin veriyorum				
6	Yaptığım şeylerin bebekte farklılık yarattığını biliyorum				
7	Bebeğimle yapacağım şeyleri planlıyorum				
8	Bebeğin içimde neler yaptığını başkalarına anlatırım				
9	Bebeğin neresine dokunduğumu hayal ediyorum				
10	Bebeğin ne zaman uyuduğunu biliyorum				
11	Bebeğimi hareket ettirebilirim				
12	Bebek için bir şeyler satın alırım/yaparım				
13	Bebeğimi seviyorum				
14	Bebeğin karnımda ne yaptığını hayal ediyorum				

15	Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım				
16	Bebekle ilgili hayaller kuruyorum				
17	Bebğin neden hareket ettiğini bilirim				
18	Karnımın üzerinden bebeği okşuyorum/onunla temas kuruyorum				
19	Bebekle sırları paylaşıyorum				
20	Bebğin beni işittiğini bilirim				
21	Bebek hakkında düşündüğümde çok heyecanlanırım				

EK III. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

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

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Araştırmanın temel amacı, IVF ile gebe kalan annelerin prenatal bağlanma düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

IVF gebe grubu için; IVF ile gebe kalanlar, Primipar, Sistemik bir hastalığı olmayanlar, Obstetrik herhangi bir komplikasyonu olmayanlar, 26 haftalık gebeler, Tek fetüs, Fetal anomalisi olmayanlardır.

Kontrol grubu için; Spontan gebe kalanlar, Primipar, Sistemik bir hastalığı olmayanlar, Obstetrik herhangi bir komplikasyonu olmayanlar, 26 haftalık gebeler, Tek fetüs, Fetal anomalisi olmayanlardır.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmaya İzmir Kamu Hastaneler Birliği Kuzey genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Polikliniği'nde bulunduğunuz süre içerisinde katılabileceksiniz. Araştırma çalışma ve kontrol olmak üzere iki ayrı grupta uygulanacaktır. Her iki grupta bulunan annelere sosyo-demografik veri toplama gereçleri uygulanacak ve numaralandırılacaktır.

Araştırmaya katılmanız durumunda gebelik haftası 26 haftalıktan küçük olan gebelere araştırmanın amacı ve süreci anlatıldıktan sonra yazılı onamları alınarak, gebelerin sosyo-demografik soru formu doldurmaları sağlanacaktır. Bu gebeler, IVF gebe grubuna dahil edilecektir. İkinci görüşmede, birinci görüşmede belirlenen gebe ile 26 haftalık olduğunda yüz yüze veya telefon ile görüşme yapılarak Prenatal Bağlanma Ölçeği önermeleri sorularak ölçek tamamlanacaktır. Son görüşme için randevu alınarak 34. gebelik haftasında tekrar görüşüleceği bildirilecektir. Son görüşme, gebelerle ya yüz yüze ya da telefon ile 34. gebelik haftasında yapılacaktır. Bu görüşmede gebelik sürecine ilişkin bilgileri içeren soru formu ve prenatal bağlanma ölçeği ikinci uygulanacak ve veri toplanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorunla karşılaştığınızda mutlaka sorumlu araştırmacıyı bilgilendirme, uygulanan araştırma şemasına uyma, araştırmacının önerilerine uyma sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı çalışma ve kontrol grubunda olmak üzere toplam 83 kişidir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırma gebeliğin 34.haftasına kadar sürdürülecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılmanız sizde herhangi bir risk veya sorun oluşturmayacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Sizde veya bebeğinizde hastane tedavisi gerektirecek bir durum ortaya çıktığında veya belirlenen zamanlarda hastanede olmamanız durumunda araştırma dışı bırakılacaksınız.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da ziyaret günü değişikliğini belirtmek üzere,no.lu telefondan Yüksek Lisans Öğrencisi Ahdiye SAADAT’a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırma size maddi bir yük getirmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışma herhangi bir kurum tarafından desteklenmemektedir. Araştırma sonuçları yüksek lisans tezi olarak sunulacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

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

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşılabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz. Elde edilen veriler bireysel olarak değil tüm katılımcılar olarak değerlendirilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren üç (3) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ Gebe		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Ahdiyeh SAADAT	
GÖREVİ	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi	
TARİH		

EK IV. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ İZİN YAZISI

“Prenatal Bağlanma Ölçeği” Kullanma izni

Kimden: "syilmaz33" >

Kime: "Hafize Öztürk Can" >

Gönderilenler: 18 Şubat Perşembe 2016 16:19:40

Konu: Re: Prenatal Bağlanma Ölçeği kullanım izni

Sayın Can,

Yüksek lisans tez öğrenciniz Ahdiyeh Saadat'ın tez çalışmasında "Prenatal Bağlanma Ölçeğini" kullanmanızdan memnuniyet duyar, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Saygı ve selamlar....

18 Şubat 2016 16:09 tarihinde Hafize Öztürk Can <hafize.ozturk@ege.edu.tr> yazdı:

Merhabalar Sayın Yılmaz,

tarafınızdan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan "Prenatal Bağlanma Ölçeğini" yüksek lisans tez öğrencim Ahdiyeh Saadat'ın tez çalışmasında kullanmak istiyoruz. Bu nedenle ölçeğin kullanımı konusunda gerekli izin verilmesi konusunda;

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Hafize Öztürk CAN

E.Ü. İzmir Atatürk SYO

Bornova/ İzmir

Tel: [0 232 3882851](tel:02323882851)

GSM: [0 542 2277343](tel:05422277343)

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eger söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmez ve kullanmanızla birlikte yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EK V. E.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TARAFINDAN ONAYI



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kurul İşleri



Sayı : 86991637-302.14.01
Konu : Konu Belirleme, Değiştirme ve Onama

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi Ahdiyeh SAADAT'ın tez konusunun "Doğal Yolla ve In Vitro Fertilizasyon ile Gebe Kalan Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi" olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 22.06.2016 tarih ve 27/8 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzadır
Prof. Dr. Mehmet Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İzmir
Telefon No: 0 (232) 311 44 93 Faks No: 0 (232) 311 44 86
E-Posta: sbekurul@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bölgeli İçin: Aysel ÇAVAŞLI YAKUT
Unvan: Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: 3114493

EK VI. EGE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL FORMU

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 03/10/2016-E.188696



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 70198063-050.06.04 /52
Konu : Kararlar 16-9/12

Sayın Doç. Dr. Hafize OZTURK CAN

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız "Doğal Yolla ve In Vitro Fertilizasyon İle Gebe Kalan Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi." konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmaktadır.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay Bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve Sonuç Raporunun Kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar tarih ve sayısı bildirilerek (Etik Kurul Bilgilendirme Formu ekinde) yapılması gerekmektedir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Aysenur OKTAY
Kurul Başkanı

EK: İlgili Etik Kurul Kararı

Üniversitesi Cd. No: 9 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 388 10 23 Faks No: +90 (232) 388 11 15
E-Posta: tipdekanozelkalem@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Sumru FESCİOĞLU
Unvan: Veri Kayıt Elemanı

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması https://edys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE5F3CM6E adresinden yapılabilir.



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yolla ve İn Vitro Fertilizasyon İle Gebe Kalan Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi.			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hafize Öztürk CAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gözlemsel İlaç Çalışması ☐ Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması ☐ İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazları İle Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları ☐ İlaç Dışı Klinik Araştırma ☒ Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	İmza tarihi: 21.09.2016		
DİĞER	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 16-9/12	Tarih: 27.09.2016			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kablım (**) İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
			22	28.09.2011/05	1/2



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 16- 9/12				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dali	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>S. Sorenur</i>
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>S. Süheyla</i>
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>M. Murat</i>
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>S. Şafak</i>
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>A. Ayşe</i>
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Serbest	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>G. Gülsün</i>
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>E. Ebru</i>
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>O. Özlem</i>
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>F. Fatma</i>
Prof. Dr. Erol TAVMERGEN Danışman Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	E.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>E. Erol</i>

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

*** Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik Madde 8/c bendi gereğince görüş alınmak üzere kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bir hekim, dosyanın değerlendirilmesi için Kurul tarafından atanmıştır.

ASLI GIBİDİR
Sumru ERGİ
EÜTE Klinik Araştırmaları
Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysenur OKTAY	İMZA <i>A. Aysenur</i>	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
--	---------------------------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

**EK VII. TC. SB. TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUUMU
İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ'NDEN RESMİ İZİN**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 93796732/663.08
Konu : Ahdiyeh SAADAT' ın Yüksek Lisans
Araştırma İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN' ın sorumluluğunda, araştırmacı Ahdiyeh SAADAT' ın "Doğal Yolla ve İn Vitro Fertilizasyon İle Gebe Kalan Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi" konulu Yüksek Lisans Tezini minimum 30 gebeye ulaşıncaya kadar Aralık 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi ve Gebe Polikliniğinde anket şeklinde uygulama talebi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup, onay yazımız ekindedir.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Ahmet Emin ERBAYCU
Genel Sekreter

Ek: Makam Oluru (1 Adet)

İzmir mlh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir

Faks No:02322469084

e-Posta: derya.dokumaci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: derya.dokumaci@saglik.gov.tr

Tel:4443501-1204 Faks:2469084

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden Referans:46-1nc-45b-9303-cccfale1d368 kodu ile erişilebilir.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Derya DOKUMACI

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02324443501

ÖZGEÇMİŞ

Ahdiyeh SAADAT, İran'nın Urmiye kentinde ilk, orta ve lise öğrenimini tamamladı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde 2008 yılında öğrenim görmeye başladı, 2013 yılında bu bölümden mezun oldu. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde 2013 yılında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

