

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**GEBELERDE ANKSİYETE, DEPRESYON, YETİŞKİN
BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ, PRENATAL
BAĞLANMA DÜZEYLERİ VE FETUSUN
İNTRAUTERİN İYİLİK HALİ İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ:
PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

**UZMANLIK TEZİ
DR. CEREN EVCEN JANBAKHISHOV**

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: DOÇ. DR. AYLİN ÖZBEK

İZMİR-2013

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**GEBELERDE ANKSİYETE, DEPRESYON, YETİŞKİN
BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ, PRENATAL
BAĞLANMA DÜZEYLERİ VE FETUSUN
İNTRAUTERİN İYİLİK HALİ İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ:
PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

**UZMANLIK TEZİ
DR. CEREN EVCEN JANBAKHISHOV**

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: DOÇ. DR. AYLİN ÖZBEK

İZMİR-2013

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMALAR.....	viii
TEŞEKKÜR	ix
ÖZET	1
ABSTRACT.....	3

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
------------------------------	----------

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Prenatal Bağlanmanın Tanımı.....	8
2.2. Prenatal Bağlanma Teorisinin Tarihi.....	8
2.2.1. Bağlanma Teorisinin Aile Ağacı.....	9
2.2.2. Prenatal Bağlanma Teorisinin Evrimi	11
2.3. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü.....	13
2.4. Prenatal Bağlanmaya Etki Eden Faktörler	15
2.4.1. Teknoloji ve Tanı Gereçleri	15
2.4.2. Gestasyonel Yaş	16
2.4.3. Sosyodemografik Değişkenler	17
2.4.4. Annenin Duygudurumu	19
2.4.5. Gebelikte Risk ve Algılanan Riskler	20
2.4.6. Aile Dinamiği ve Bağlanma.....	22
2.4.7. Sosyal Destek	23
2.5. Prenatal Bağlanmanın Emzirmeye Etkisi	24

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Örneklem	25
3.2. Yöntem.....	26
3.3. Gereçler.....	27

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
--	-----------

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR.....	31
4.1. Annelere Ait Sosyodemografik Bulgular	31
4.1.1. Yaş	31
4.1.2. Gebelik Haftası.....	31
4.1.3. Evliliklerinin Kaçınıcı Ayında Gebe Kaldığı.....	31
4.1.4. Çalışmaya Katılan Annelere Ait Diğer Sosyodemografik Bulgular	31
4.2. Annelerin Obstetrik Öykülerine İlişkin Veriler	33
4.2.1. Annelerin Gebelik Sayısı	33
4.2.2. Annelerin Geçmiş Gebelik Öykülerine İlişkin Veriler	33
4.3. Annelerin Şimdiki Gebeliğinde Psikososyal Risk Etmenlerine İlişkin Veriler	35
4.4. Annelerin YİYE-II (Kaygı ve Kaçınma Puanları), Prenatal Bağlanma Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Ortalamaları.....	37
4.4.1. Beck Depresyon Ölçeği Kesme Puanına Göre Olguların Dağılımı	37
4.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği	38
4.5. Doppler Ultrasonografi Verileri.....	38
4.6. Doğuma İlişkin Veriler	39
4.6.1. Doğum Haftası	39
4.6.2. Doğum Şekli.....	39
4.6.3. Doğum Kilosu	39
4.7. Bebeklerin Cinsiyeti ve Memeye Adapte Olma Zamanına İlişkin Veriler	39
4.8. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Sosyodemografik Özelliklerinin ve Psikososyal Risk Etmenlerinin İlişkisinin İncelenmesi.....	40
4.8.1. Annelerin Yaşı ile Prenatal Bağlanmanın İlişkisi	40
4.8.2. Annelerin Eğitim Durumu ve Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının İlişkisi.....	40
4.8.3. Annelerin Çalışma Durumu ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının İlişkisi	41
4.8.4. Şimdiki Gebeliklerinde Ek Hastalığı Olan Anneler ile Ek Hastalığı Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	41
4.8.5. Geçmiş Gebeliklerinde Olumsuz Perinatal Öyküsü Olan Anneler ile Olumsuz Perinatal Öyküsü Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması	42

4.8.6. Annelerin Geçmiş Gebeliğinde İsteğe Bağlı Sonlandırma Öyküsü, Hastalık veya Anomali Nedeniyle Sonlandırma Öyküsü, Spontan Abortus Öyküsü, Ölü Doğum Öyküsü, Anomalili Çocuk Doğurma Öyküsü Olan Anneler ile Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	42
4.8.7. İlk Gebeliği Olan Anneler ile Yaşayan Çocuğu Olan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	44
4.8.8. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Anneler ile Doğal Yolla Gebe Kalan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması	44
4.8.9. Gebeliği Planlanmış Olan Anneler ile Gebeliği Planlanmamış Olan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması	45
4.8.10. Gebeliğin Zamanlamasının Uygun Olduğunu Düşünen Anneler ile Gebeliğin Zamanlamasının Uygun Olmadığını Düşünen Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	46
4.8.11. Düşündüğü Çocuk Sayısına Bu Gebeliğinde Ulaştığını Düşünen Anneler ile Düşündüğü Çocuk Sayısına Ulaştığını Düşünmeyen Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	46
4.8.12. Gebeliğini Sonlandırma Düşüncesi Olan Anneler ile Gebeliği Sonlandırma Düşüncesi Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması	47
4.8.13. Gebeliklerinde Kız Bebek Beklentisi Olan, Erkek Bebek Beklentisi Olan ve Cinsiyet Beklentisi Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	48
4.8.14. Çekirdek Aileye Sahip ve Çekirdek Dışı Ailede Yaşayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması	48
4.8.15. Annelerin Gebeliklerindeki Eş İlişkisinin Kalitesinin Prenatal Bebeklerine Bağlanma Envanteri Sonuçları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi	49
4.8.16. Annelerin Gestasyonel Yaşı ve Doğum Haftalarının Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile İlişkisi.....	50
4.8.17. Bebeklerin Cinsiyeti ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması....	51
4.9. Annelerin Kendi Bağlanma Özellikleri ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının İlişkisi.....	52
4.10. Annelerin Gebeliklerindeki Anksiyete ve Depresyonun Prenatal Bağlanma ile İlişkisi.....	52
4.10.1. Annelerin Gebeliklerindeki Anksiyete ve Depresyonun Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile İlişkisi.....	52

4.10.2. Annelerin Beck Anksiyete Ölçek Puanları ile Belirlenen Anksiyete Düzeyleri ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	53
4.10.3. Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanları ile Belirlenen Depresyon Düzeyleri ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	54
4.11. Annelerin Kendi Bağlanma Özellikleri ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi	54
4.12. Annelerin Gebeliklerindeki Anksiyete ve Depresyon ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi	55
4.12.1. Annelerin Gebeliklerindeki Anksiyete Puanları ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	55
4.12.2. Annelerin Gebeliklerindeki Anksiyete Düzeyleri ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	56
4.12.3. Annelerin Gebeliklerindeki Beck Depresyon Ölçeği Ortalamaları ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	57
4.12.4. Annelerin Gebeliklerindeki Beck Depresyon Ölçeği Kesme Değerinin Üstünde veya Altında Olması ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi	58
4.13. Prenatal Bağlanma ile Bebeğin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili), Doğum Kilosu ve Memeye Adapte Olduğu Süre Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi ..	59
4.13.1. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Bebeğin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	59
4.13.2. Prenatal Bağlanma ile Bebeğin Memeye Adapte Olduğu Süre Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	60
<u>BEŞİNCİ BÖLÜM</u>	
5. TARTIŞMA.....	62
<u>ALTINCI BÖLÜM</u>	
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
<u>YEDİNCİ BÖLÜM</u>	
7. KAYNAKLAR.....	77
<u>SEKİZİNCİ BÖLÜM</u>	
8. EKLER	89

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Annelerin eğitim düzeyini, mesleki durumunu, medeni halini, aile yapısını ve eşi ile ilişkisini gösteren sosyodemografik bulgular

Tablo 2: Annelerin gebelik sayısı

Tablo 3: Annelerin geçmiş gebelik öykülerine ilişkin veriler

Tablo 4: Annelerin şimdiki gebeliğinde psikososyal risk etmenlerine ilişkin veriler

Tablo 5: Çalışmaya dahil edilen 145 olgunun psikometrik ölçek puan ortalamaları

Tablo 6: Beck Depresyon Ölçeği kesme puanına göre olguların dağılımı

Tablo 7: Beck Anksiyete Ölçeği anksiyete düzeylerine göre olguların dağılımı

Tablo 8: Bebeklerin cinsiyeti ve doğumdan sonra memeye adapte olma zamanı

Tablo 9: Annenin yaşı ile prenatal bağlanmanın ilişkisi

Tablo 10: Annelerin eğitim düzeyi ve prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisi

Tablo 11: Çalışan anneler ile ev hanımı olan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarıyla ilişkisi açısından karşılaştırılması

Tablo 12: Şimdiki gebeliklerinde ek hastalığı olan anneler ile ek hastalığı olmayan annelerin prenatal bağlanmalarının karşılaştırılması

Tablo 13: Geçmiş gebeliklerinde olumsuz perinatal öyküsü olan anneler ile olumsuz perinatal öyküsü olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 14: Geçmiş gebeliklerinde isteğe bağlı sonlandırma öyküsü, hastalık veya anomali nedeniyle sonlandırma öyküsü, spontan abortus öyküsü, ölü doğum öyküsü, anomalili çocuk doğurma öyküsü olan anneler ile olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 15: İlk gebeliği olan anneler ile yaşayan çocuğu olan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 16: Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan anneler ile doğal yolla gebe kalan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 17: Gebeliği planlanmış olan anneler ile gebeliği planlanmamış olan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 18: Gebeliğin zamanlamasının uygun olduğunu düşünen anneler ile gebeliğin zamanlamasının uygun olmadığını düşünen annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 19: Düşündüğü çocuk sayısına bu gebeliğinde ulaştığını düşünen anneler ile düşündüğü çocuk sayısına ulaştığını düşünmeyen annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 20: Gebeliğini sonlandırma düşüncesi olan anneler ile gebeliği sonlandırma düşüncesi olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 21: Gebeliklerinde kız bebek beklentisi olan, erkek bebek beklentisi olan ve cinsiyet beklentisi olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 22: Çekirdek aileye sahip ve çekirdek dışı ailede yaşayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 23: Annelerin gebeliklerindeki eş ilişkisinin kalitesinin prenatal bağlanma envanteri sonuçları ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 24: Prenatal bağlanma envanteri sonuçlarına göre annelerin gebeliklerindeki eş ilişkisi kalitesine ilişkin gruplar arası farkın karşılaştırılması

Tablo 25: Annelerin çalışma sırasındaki gestasyonel yaşı ve doğum haftalarının prenatal bağlanma envanteri sonuçları ile ilişkisi

Tablo 26: Bebeklerin cinsiyeti ile prenatal bağlanma envanterinin sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 27: Annelerin Kaygılı ve Kaçınan bağlanma özellikleri ile prenatal bağlanma envanteri sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 28: Annelerin gebeliklerindeki Beck Anksiyete Ölçeğinden elde edilen anksiyete puanları ve Beck Depresyon Ölçeğinden elde edilen depresyon puanları ile prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 29: Annelerin Beck Anksiyete Ölçek puanları ile belirlenen farklı anksiyete düzeyleri ile prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 30: Annelerin Beck Depresyon Ölçek puanları ile belirlenen depresyon düzeyleri ile prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 31: Annelerin kaygılı ve kaçınan bağlanma özellikleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi ve doğum kilosuyla arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 32: Annelerin gebeliklerindeki Beck Anksiyete Ölçeği ortalamaları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi ve doğum kilosuyla ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 33: Annelerin gebeliklerindeki Beck Anksiyete Ölçek puan dağılımları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, SD oran persantili) ve doğum kilosu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 34: Annelerin gebeliklerindeki Beck Depresyon Ölçek puanları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D Persantili) ve doğum kilosunun ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 35: Annelerin gebeliklerindeki depresyon düzeyleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D persantili) ve doğum kilosunun ilişkisinin karşılaştırılması

Tablo 36: Annelerin prenatal bağlanma envanteri puanları ile bebeğin intrauterin gelişimi (PSV, S/D Persantili) ve doğum kilosu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 37: Prenatal bağlanma ile bebeğin memeye adapte olduğu süre arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

KISALTMALAR

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

BDE: Beck Depresyon Envanteri

YİYE-II: Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

PBE: Prenatal Bağlanm Envanteri

PSV: Umlikal arter sistolik tepe akım hızı (peak systolic velocity)

S/D oran persantili: Sistolik diastolik oran presantili

SS: Standart sapma

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca her zaman örnek aldığım, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, desteğini hep yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Süha Miral'e ve Prof. Dr. Aynur Akay'a çok teşekkür ederim.

Bölümümüzün kurucusu değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Tez çalışma sürecimde desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Aylin Özbek'e çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Doç. Dr. Fatma Varol Taş, Doç. Dr. Burak Baykara'ya teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp her zaman desteklerini aldığım değerli meslektaşlarım Seçil, Özlem, Birsen, Nagihan, Enis, Onur Burak, Caner, Burcu, Sevay, Fatma, Canem, Damla, Dilay, Gonca, Eyaz, Enver, Yusuf, Mustafacan, Murat K., Murat E., Ferhat, Deniz, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Aslı, Merve, Pelin, Ayça, Didem ve diğer asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Prof. Dr. Gül Ergör'e ve Dr. Ali Ceylan'a çok teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Yıldız Akvardar, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Doç. Dr. Elif Onur Aysevener, Doç. Dr. Halis Ulaş'a teşekkür ederim.

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul'a, Doç. Dr. Uluç Yiş'e, ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Uzm. Psikolog Esmahan Orçin, Psikolog Ümit Şahin, Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim ve tüm hemşire arkadaşlarıma, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz

Selcan Uluçay’a, servis sekreterimiz Gülçin Algüller ve arşiv sorumlumuz Ozan Şakar’a ve tüm personele teşekkür ederim.

Her zaman sevgilerini ve desteklerini hissettiğim anneme ve babama çok teşekkür ederim.

Desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Turab’a ve sabırla bekleyen, bana yaşam sevinci veren bir tanecik kızım Duru’ya çok teşekkür ederim.

Ceren EVCEN JANBAKHISHOV

ÖZET

GEBELERDE ANKSİYETE, DEPRESYON, YETİŞKİN BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ, PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYLERİ ve FETUSUN İNTRAUTERİN İYİLİK HALİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ceren Evcen Janbakhishov

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Tez danışmanı: Doç. Dr. Aylin Özbek

Amaç: Anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu ileri sürülmektedir. Maternal-fetal bağlanma, anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen yegane ilişkiyi tanımlayan bir fenomendir. Bu özel ilişkiyi etkileyen etmenler ve bunların fetusun iyilik halini nasıl değiştirdikleri çalışılmamış bir alandır. Tek merkezli, multidisipliner, prospektif, gözlemsel bir araştırma desenine sahip bu çalışmanın amacı gebelerin bebeklerine prenatal maternal bağlanmaları, gebelerde bağlanma özelliklerinin, anksiyete ve depresyonun, prenatal maternal bağlanma üzerine etkisi, gebelerdeki yetişkin bağlanma özelliklerinin, anksiyete ve depresyonun fetüsün intrauterin iyilik haline etkisi ve prenatal maternal bağlanmanın fetüsün umbilikal kord kan akımına, doğum kilosuna ve bebeğin memeye adapte olduğu süreye etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya Haziran 2012 ile Ekim 2012 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine başvuran, 28-40 haftalık rutin obstetrik değerlendirilmesi yapılan gönüllü 145 gebe ve bebekleri dahil edilmiştir.

Bulgular: Gebeliğinde ek hastalığı olan ve planlı gebeliği olan annelerin prenatal bağlanma puanları daha yüksek bulunmuştur. Eş ilişkisi ‘çok iyi’ olan grubun prenatal bağlanma skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erişkin bağlanma özelliği açısından kaygı puanları yüksek olan gebelerin prenatal bağlanma puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Depresyon puanları yüksek olan gebelerin prenatal bağlanma puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bağlanma özelliği açısından kaçınma puanları yüksek olan gebelerin bebeklerinin doğum kiloları daha düşük saptanmıştır. Beck Depresyon Ölçeğinden 11 puan ve üzerinde puan alan annelerin bebeklerinin intrauterin umbilikal arter SD oranı persantili değeri daha düşük bulunmuştur. Birinci haftadan önce memeye adapte olan bebeklerin annelerinin prenatal bağlanma puanları, birinci haftadan sonra memeye adapte olan annelerin prenatal bağlanma puanlarından daha yüksek olarak bulunmuştur.

Sonuç: Gebelik sürecinde annedeki bağlanma özelliklerinin bebeğe bağlanmasına, bebeğin intrauterin iyilik haline, umblikal kord kan akımına, doğum kilosuna, doğum şekline, doğum sonrası bebeğin memeye adaptasyonuna kadar geçen süreye etkisi üzerine çalışmalar literatürde kısıtlıdır. Bu alışma sonucu ortaya çıkan bilgiler, annelerin gebelikte prenatal bağlanma düzeyini tespit ederek zayıf bağlanma riski taşıyan kadınların psikososyal açıdan desteklenmesi ile bebeklerine bağlanmalarının güçlendirilmesi ve doğum sonrasında bebekleri ile etkileşimlerinin kalitesinin arttırılması, bebeklerin annelerine güvenli bağlanma geliştirmesini sağlayarak koruyucu ruh sağlığı ve toplumun ruh sağlığını geliştirmek açısından önemlidir. Anne bebek etkileşiminde çok önemli bir yere sahip olan emzirmenin; anne ile bebek arasında bir bağ oluşturarak güvenli bağlanmanın gelişmesinde önemli bir işlev gördüğü bilinmekte ancak anne ve bebek arasındaki bağlanmanın prenatal dönemde başladığı düşünüldüğünde, prenatal bağlanmanın emzirmeyi tercih etme ve bebeğin memeye adapte olduğu sreyi etkilediği gz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Prenatal bağlanma, intrauterin gelişim, doğum kilosu, memeye adapte olma sresi

ABSTRACT
**ASSOCIATION BETWEEN FETAL INUTERO WELLNESS AND ANXIETY,
DEPRESSION, ADULTHOOD ATTACHMENT FEATURES, PRENATAL
ATTACHMENT DURING PREGNANCY**

Dr. Ceren Evcen Janbakhishov

Dokuz Eylul University, School of Medicine,
Child and Adolescent Psychiatry Department

Advisor: Associated Professor Aylin Özbek, MD.

Aim of study (Objective) : It is proposed that first attachment relationship between mother and her baby was built before delivery. Maternal-fetal attachment is the only phenomenon that describes relationship between mother and her unborn baby. Contributing factors of this very special relationship and their effects on fetal wellness are remained unknown. The aim of unicentral multidisciplinary prospective naturalistic designed study is to evaluate prenatal maternal attachment, attachment features during pregnancy, effects of anxiety and depression on prenatal maternal attachment, effects of adulthood attachment features, anxiety and depression in pregnant women on fetal inutero wellness and effects of prenatal maternal attachment on fetal umbilical cord blood flow, birth weight and baby's breastfeeding adaptation duration.

Method: 145 volunteered pregnant women between their 28th and 40th gestational weeks and their babies who were evaluated during routine obstetrical examination between June 2012 and October 2012 in Dokuz Eylul University Obstetric and Gynecology Department were recruited in this study.

Findings: It has been found that mothers who had additional health problems and planned their conceptions, had higher prenatal attachment scores.

The group of mothers who had had "very good" partnership, also had higher prenatal attachment scores.

According to adulthood attachment features, the ones who had higher anxiety scores also had lower prenatal attachment scores during their pregnancy. Pregnant women with higher depressive scores had lower prenatal attachment scores respectively.

According to attachment features of pregnant women with higher avoidance scores, their babies' birth weight were found lower. The mothers with 11 point or higher score on Beck depression scale; their babies inutero umbilical arterial SD ratio percentile values are found to be lower. Prenatal attachment scores were higher among the mothers of the babies that were easily adapted to breastfeeding before their first week of age when they were compared with mother of the babies that were adapted breastfeeding after their first week of age.

Discussion: There are limited information in literature, about mothers attachment features effects on mother-baby attachment, inutero fetal wellness, umbilical cord blood flow, birth weight, type of birth, duration between delivery and adaption of breastfeeding. The findings of this study suggests that its important to evaluate mothers' prenatal attachment features during their pregnancy so that it's possible to determine the women in risk of possible poor attachment features and support them psychosocially to develop healthy attachment relationships and provide higher quality of interaction after birth and also provide secure attachment between mothers and their babies as preventive medicine and mental health promotion. It's well known that breastfeeding is very important on interaction between mother and baby and helps to create bonds between mother and her baby and develop secure attachment but considering that mother-baby attachment begins during prenatal period; it's also possible to suggest that preferring breastfeeding and babies adaption duration of breastfeeding may be effected by prenatal attachment .

Key words: Prenatal attachment, inutero development, birth weight, adaptaion duration of breastfeeding

BİRİNCİ BÖLÜM

1.GİRİŞ VE AMAC

GİRİŞ

Bağlanma bebekle anne (ya da birincil bakım veren) arasında gelişen ve bebekte güven duygusunu yerleştiren güçlü bir bağıdır (1). Bir annenin bebeği ile kurduğu güvenli bağ, yani maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini teşvik eden en önemli öğelerden biridir (2). Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma ilişkisi daha sonra yaşayacağı bağlanma yaşantıları için temel oluşturur.

John Bowlby bağlanma kuramının temelini oluşturmuş, Mary Ainsworth ise Bowlby'nin görüşlerini ölçülebilir yöntemlerle zenginleştirilmiş, kurama davranışsal bir boyut katarak bilime kazandırmıştır (3,4). Bağlanma kuramı, insanların kendileri için önemli olan diğer kişilerle güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin nedenlerini açıklayan bir yaklaşımdır. Duygusal bağ kurma eğilimi ve gereksinimi bebeklerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli ve gelişimsel açıdan işlevsel olan bağlanma sistemini ifade eder (5,6).

Temel bağlanma ilk dokuz ayda gerçekleşir ve bakım verenin yokluğuna karşı öngörülebilir davranışlar içerir. Bağlanma nesnesinin arzu edilen konumu ile gerçek konumu arasında bir çelişki doğduğunda bağlanma sistemi aktif hale gelir ve bebek belli davranışlarla bağlanma nesnesine ulaşmaya ve tekrar ilişki kurmaya çalışır. Eğer bebek strese karşı sağlıklı tepki veren bir bakım veren ile karşılaşır, sonuçta kendi stresiyle baş etmek için uygun yollar ve destekler aramayı sürdürecektir. Bu da onun güvenli bağlanma geliştirmesini sağlayarak, çevresini merak etmesine ve araştırmasına neden olacaktır (7,8).

Henüz tam olarak kanıtlanamamasına karşın anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu ileri sürülmektedir (9). Doğum öncesi dönemde, annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. Hamilelik döneminde annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğin kabulü bağlanma ilişkisi için çok önemlidir. Bu noktada, annenin fetüse ilişkin oluşturduğu tasarımın içeriği ön plana çıkmaktadır (10). Winnicott'un Birincil Annelik Meşguliyeti (primary maternal preoccupation) adını verdiği süreç hamilelik boyunca annenin

bu özdeşimi gerçekleştirmesine olanak verir (11). Winnicott, annenin çevreden uzaklaşarak içine kapandığı ve doğacak bebeğine odaklandığı bu süreci "normal bir hastalık" olarak da tanımlar. Doğumdan sonraki haftalarda giderek etkisini yitiren bu duyarlılık hali zamanla yerini yeterince iyi anneye (good enough mother) bırakır.

Muller, maternal-fetal bağlanmayı anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen yegane ilişki olarak tanımlamıştır (12). Anne-fetüs bağlanma düzeyini tespit etmek önemlidir. Çünkü zayıf bağlanma riski taşıyan kadınlara uygun girişimlerde bulunularak, bebeklerine bağlanmada kayıtsız tavır sergileyen veya bu konu hakkında bilgisi olmayan kadınlara verilen eğitim ve motivasyondan fayda görülebilmektedir (13).

Kadının perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı, bebeğine bağlanması ve bebeğin intrauterin iyilik hali ile ilişkilidir. Zayıf bağlanmanın ve olumsuz maternal davranışların postpartum anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (7,8,9). Doğum öncesi stres, günlük güçlükler, depresyon, anksiyete, öfke, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve hatta gebe kadının iyimserlik/kötümserlik yaşantıları gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Bu duygusal durumların stres hormonlarını uyardığı, bu hormonlardaki fazla aktivitenin ise fetal büyümede gecikmelere, obstetrik komplikasyonlara ve erken doğum, düşük doğum kilosu, daha az optimal motor ve zihinsel gelişim dahil doğum sonrası sonuçlara kısa ya da uzun vadede katkıda bulunduğu söylenmektedir. Annenin stresi fetal stres ile gittikçe daha çok ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, gebeliğe özgü anksiyete 3. ve 8. aylarda bebekte dikkat ve davranış problemleri ile, erken dönem çocuklukta zor mizaç ve davranış problemleri ile ilişkilendirilmiş ve bu annelerin çocuklarında daha zayıf uyum gözlenmiştir (14,15,16). Depresif annelerin fetüslerinin ve yenidoğan bebeklerinin rahim içindeki aktivite artışı, fetüslerin daha az dikkatli olmasına neden olarak, anne konuşması ayırımında daha az performans gösterdiğine ve yenidoğan bebeklerin annenin yüzünü ve sesini tercih etmede başarısız olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmuştur (17).

Prenatal depresyon ve anksiyetesi olan anneler ve maternal fetal bağlanmanın risk altında olduğu gruplarda prenatal ruh sağlığı girişimlerinin, annelerin doğum sonrasında bebekleri ile etkileşimlerinin kalitesinin artırılmasına, bebeklerin annelerine güvenli bağlanma geliştirmesine, bedensel ve ruhsal sağlıklarının desteklenmesine önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

AMAÇ

Bu çalışmada intrauterin 3. Trimesterde (28.- 40. hafta) ;

1. Gebelerin bebeklerine prenatal maternal bağlanmalarını değerlendirmek
2. Gebelerde yetişkin bağlanma özelliklerinin, anksiyete ve depresyonun, prenatal maternal bağlanma üzerine etkisini değerlendirmek
3. Gebelerdeki yetişkin bağlanma özelliklerinin, anksiyete ve depresyonun fetüsün umbilikal arter tepe akım hızı (PSV), sistolik diastolik oran persantil değeri (S/D oran persantil değeri) ve doğum kilosuna etkisini değerlendirmek
4. Prenatal maternal bağlanmanın fetüsün umbilikal arter tepe akım hızı (PSV), sistolik diastolik oran persantil değeri (S/D oran persantil değeri), doğum kilosuna ve bebeğin memeye adapte olduğu süreye etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

2.GENEL BİLGİLER

2.1. PRENATAL BAĞLANMANIN TANIMI

Kennell, Slyter ve Klaus'un (1970), bebekleri doğum sırasında ölen annelerin yaşadıkları yoğun acıya dair gözlemleri, anne ve bebek arasında prenatal dönemde bir bağlantı bulunduğuna dair ilk deneysel önermelerden biridir. Daha sonra Klaus ve ark (1972) tarafından yapılan çalışmalar erken dönemde anne ve bebeğin ayrılmasının zararlı etkilerini ortaya koymuş; bu nedenle erken postnatal bağlanmayı artırmaya yönelik müdahaleler üzerine odaklanmıştır. Bu bulgular prenatal bağlanmanın yapısının aydınlatılmasını ateşlemiştir (18,19).

1981 yılında, doğum ve bebek bakımı araştırmacısı Cranley prenatal bağlanmanın teorik yapısını inşa etmiş ve prenatal bağlanmayı 'annelerin doğmamış çocuklarıyla olan etkileşim ve onlara yönelik sevgilerini gösteren davranışların tümü' olarak tanımlamıştır (20). Bir diğer araştırmacı olan Muller, prenatal bağlanmayı 'kadın ve fetus arasında gelişen özgün ve sevgi dolu ilişki' olarak tanımlamıştır (12). Avusturalyalı bir araştırmacı olan Condon da prenatal bağlanmayı açıklamaya çalışmıştır. Condon prenatal bağlanmayı 'gebe ebeveyn ve doğmamış çocuğu arasında doğal olarak gelişen duygusal bağ' olarak tanımlamıştır (21).

2.2. PRENATAL BAĞLANMA TEORİSİNİN TARİHİ

John Bowlby'nin bağlanmaya dair teorisi birçok disiplin tarafından kabul görmekte ve insan gelişiminin farklı evrelerinde geniş biçimde uygulanmaktadır (22). Bağlanma kuramı, yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomendir (23). Bowlby'nin teorisinin gebelik deneyimine olan evrimi ve prenatal bağlanmanın teorik yapısı devamlı teorik kökenli araştırmaları gerektirse de var olan çalışmalar öne sürülmüş bu yapıyı sağlık davranışları, marital ilişki, depresif semptomlar ve postpartum anne- bebek ilişkisi ile ilişkilendirmiştir. Yazında yer alan araştırmalar, prenatal bağlanmanın pek çok değişkenle bağlantısını akademisyenler ve klinisyenlere göstererek kadınlar ile yeni doğanlara bu anlamda bir hizmet sunmaya başlamıştır (22).

Bowlby aynı zamanda yeni doğan ve anne arasındaki bağlanmanın doğumdan çok önce başladığı fikrini de öne sürmüştür. Bowlby'nin anladığı şekilde bağlanma, yeni doğanın sağ kalımı garantilemek üzere başlattığı karşılıklı bir davranışsal süreçtir. Bu durumun nasıl olupta da bebek kucağa alınmadan başladığı merak konusu olmuştur. Bu noktada araştırmacılar, doğumdan sonraki ilk saatlerde yenidoğan ve anne arasında gördüklerinden ilham alarak (aynı zamanda bebeklerinin ölümünü deneyimleyen annelerdeki yası gözlemleyerek), geleneksel bağlanma teorisinin klinik anlam oluşturacak biçimde prenatal bağ kurma süreçlerini açıkladığına inanmaktaydılar (22).

2.2.1 Bağlanma Teorisinin Aile Ağacı

Bowlby'nin bağlanma teorisi bebeğin anneden gelecek yanıtı garantilemeye çalışması hedefine odaklanılarak davranış bilimleri, sibernetik, bilgi işleme, gelişimsel psikoloji ve psikanaliz bilimlerinden elde ettiği kavramların bir karışımıydı (24). İnsan bağlanmasını doğumda başlayan ve erişkin dönemde de süreklilik gösteren bir dizi evrimsel davranışlar sistemi olarak kavramsallaştırmıştı (25). Anne ve bebek arasındaki diadik etkileşimin başlangıçta Bowlby'e göre tamamen biyolojikti; bebeğin ana hedefi sağ kalım için anneye belli derecede bir fiziksel yakınlık kurma ve bunu sürdürmesi yönündeydi. Bowlby, daha sonra bu bakış açısına bağlanmanın hem gelişmekte olan çocuk hem de annesi açısından bazı psikolojik hedefler de içermekte olduğunu eklemiştir (27); ancak bağlanmanın bağımsız bir davranışsal sistem olduğu ve bilinç dışı istemlerle belirlenmesinin gerekmediği düşüncesi onu içinde bulunduğu çağdaki psikanalitik teorilerden ayrı tutmuştur (25).

Bowlby'nin bir meslektaşı, Mary Ainsworth, bebeğin bağlanma sürecine olan katkısının sadece biyolojik olmadığını ve annenin davranışlarına yönelik kendi affektif değerlendirmesini de içerdiğini ileri sürmüştür (26). Ainsworth'ün "Yabancı Durum" laboratuvar testi anne ve çocuk arasındaki bağlanma sistemlerinin aktivasyonunu bilimsel açıdan tanımlamaya yönelik ilk girişimdir (27). Yabancı durum testi, 12-20 ay yaş aralığında, içinde oyuncakların bulunduğu ve araştırıcı davranışların rahatlıkla yapılabileceği bir odada uygulanır. Sekiz aşamadan oluşur. İlk aşamada anne ve bebek odaya alınır ve ikiliye oda tanıtılır. İkinci aşamada bebek annesi tarafından bir örtünün üzerine yatırılır. Gözlemci, bu sırada odada bulunarak kendini tanıtır ve bu ikiliye eşlik eder. Dördüncü aşamada anne odadan çıkar (ilk ayrılma). Gözlemci, bebekle göz ilişkisi kurar, ancak sözlü bir uyaranda bulunmaz. Daha sonra gözlemci bebeğe, gülümser, bebekle konuşur ancak bebeğe yaklaşmaz. Bir sonraki aşamada ise araştırmacı güler ve konuşarak bebeğe yaklaşır. Daha sonra gözlemci bebeğin elini tutarak ya da kolunu okşayarak tensel temas kurar ve sonrasında bebeği kucağına almak için eğilir. Son olarak da, bebeği kucağına alır ve dizlerinin

üstüne oturtur. Bu uygulamalar sırasında bebeğin gösterdiği ağlama, dudak titremesi, yüzünü buruşturma, geriye çekilme gibi korku tepkileri puanlanır. Beşinci aşamada anne odaya girerken, gözlemci odadan ayrılır (ilk yeniden birleşme). Altıncı aşamada, bebek odada tek başına bırakılır (ikinci ayrılma) ardından gözlemci içeriye girerek daha önce yaptığı uygulamaları sırasıyla yapar. Son olarak gözlemci odadan çıkarken anne odaya alınır (ikinci yeniden birleşme). Bu arada bebeğin verdiği tepkiler kaydedilir. Böylece bebeğin anneden ayrılığa, yabancıya ve anne ile yeniden birleşmeye verdiği duygusal ve davranışsal tepkileri sistematik olarak gözlemlenip kaydedilir.

Bu uygulama sadece günümüzde halen kullanılmakta olan bağlanma stillerine dair bir sınıflandırma oluşturmakla kalmamış aynı zamanda yeniden birleşme sırasında annenin bebeğe olan yanıtlarını da dikkate alarak bağlanma sisteminin maternal davranışlarca etkilenmesini de içereceğini öne sürmüştür. Ainsworth ve meslektaşları bu maternal davranışların annenin bebeğinin emosyonel dünyasıyla olan ilgilenme düzeyini gösterdiğini ifade etmişler ve bu durumu “duyarlılık” olarak tanımlamışlardır (26). Duyarlı bakım verme davranışları sergileyen anneler şunları yapabilmişlerdir; bebeğin yolladığı sinyallere dikkatli biçimde eşgüdüm sergilemişler, sinyalleri uygun biçimde yorumlayabilmişler, zamanında ve uygun biçimde yanıt verebilmişler yani bebeği yoğun ve aşırı engellenme oluşturmayacak bir süre içinde yanıtlayabilmişlerdir.

Herkesin bekleyeceği üzere, maternal duyarlılık bebeklerdeki güvenli bağlanma ile yüksek düzeyde pozitif korelasyon göstermektedir. Bir bebeğin aldığı bakım şeklinin bir dizi sözel iletişim öncesi beklentinin merkezi ya da içsel bir işleyiş modelinin merkezi haline geldiği ve bunun da bebeğin geliştireceği ve sonrasında yaşam boyunca devam ettireceği insanlarla olan etkileşimi belirlediği anlaşılmıştır. Bu anlayış, bağlanma davranışlarına dair önceki sistemik bakış açısından farklı olarak ikili arasında annenin üstlendiği kısmın önemini vurgulamaktadır (28,29).

Bowlby’nin insan bağlanmasına dair ampirik çalışmasıyla eş zamanlı, Deutch, Bibring ve Benedeck isimlerindeki üç kadın teorisyen tarafından gebelik deneyiminin psikanalitik analizleri de öne sürülmüştür; bu teorisyenler prenatal bağlanmayı gebe kadının psişik enerjisini emosyonel olarak fetusuna yatırdığı bir süreç olarak tanımlamışlardır (30,31,32, 33,34). Gebelik ilerledikçe fetusun kadına daha insani gelmeye başladığını ve en sonunda fetusun hem benliğinin (self) bir uzantısı hem de bağımsız bir nesne olarak sevmeye başladığını öne sürmüşlerdir. Bu erken ilişki doğum sırasında bebeğini kaybeden annelerce sergilenen ve annelerin doğum sonrası bebekleriyle fiziksel bir temasa girip girmediklerinden

bağımsız olarak gelişen yoğun yas sürecini gözlemleyen klinisyenlerce gerçekleştirilen çalışmalarla da desteklenmiştir (18).

Bir pediatrist ve psikanalist olan Donald Winnicott'un çalışmaları da prenatal psikolojik süreçlerin tartışmasında vurgulanması gereken önemli noktalardandır. Winnicott gebeliğin geç dönemlerinin "annenin çok özel bir durumu, birincil annelik meşguliyeti (*Primer Maternal Meşguliyet-Primary Maternal Preoccupation*) gibi bir isimle ayrıca adlandırılması gereken bir psikolojik hal"i içerdiğini öne sürmüştür. Her ne kadar Winnicott bu füz tipi psikolojik durumun sağlıklı bebek gelişimi için gerekli olduğuna ve birincil annelik meşguliyetini deneyimlemeyen annelerin "kaybedileni telafi etmeye yönelik bir görevle yüzleşmeleri gerektiği"ne inansa da Winnicott'un erken dönemdeki çalışmalarında prenatal veya postnatal bağlanmaya dair bir vurgu bulunmadığı düşünülmektedir (11). Gerçekte, yakın tarihte araştırmacılar tarafından tanımlanan ve gebeliğin geç dönemlerinde başlayan, doğum sonrası birkaç gün içinde pik düzeyine ulaşan ve çoğu kadında postpartum ilk birkaç ayda yavaşça azalan geçici bir obsesif-kompulsif anksiyete fenomenini tanımladığı düşünülmektedir (35,36). Sonraki yıllarda yapılan ek araştırmalar anne ve yenidoğanın erken dönemde ayrılmasının yıkıcı etkilerine dikkati çekmiş ve erken postnatal bağlanmayı güçlendirmeye yönelik yollar öne sürmüşse de ancak yakın bir zamana kadar erken dönem bağlanmaya olan ilgi nadasa bırakılmıştır (18).

Bowlby ve teorisinin diğer öncülerini izleyenler, küçük çocukların, ergenlerin ve erişkinlerin iç dünyaları yoluyla bağlanmayı araştırmaya başlamışlardır. Davranışsal düzlemde temsili düzeleme geçiş erişkinlerce anımsanan erken döneme dair bağlanma deneyimlerinin araştırılmasına olanak sağlarken, aynı zamanda bu anıların kişilerarası ilişkilerde nasıl şablon rolü üstlendiğinin fark edilmesini de sağlamıştır (37,38,39). Yine de, prenatal bağlanma fikrine yeterince zaman ya da dikkat vermemiştir.

2.2.2. Prenatal Bağlanma Teorisinin Evrimi

Prenatal bağlanmaya dair esas teorisinin gelişiminde hemşirelerin çalışmaları önemli rol oynamıştır. Chicago Üniversitesi'nde anne bakımı dalında uzman hemşire Reva Rubin, kadınların maternal roldeki konumlarını araştırırken postpartum anne ile yenidoğan arasında hemen oluşan bağın prenatal süreçlerden köken aldığını saptayarak olasılıkla doğum öncesi başlayan bağlanmaya dair teorik bir yapının temelini tanımlamıştır. (40, 41, 42). Rubin yaptığı gözlemler sonucunda doğum öncesi kadınlarda dört özgül ödevin yerine getirildiğini önermiştir. Bunlar: (1) kendi ve bebeği için güvenli bir geçiş arama, (2) bebeğin kadın açısından önemli diğer bireylerce kabullenildiğinden emin olma, (3) bağlayıcılık (binding in) (Rubin bu terimi gebelik sürecinde kadının çocukla ilgili düşüncesinin kendi sistemiyle

birleştğini ve biz duygusunun ortaya çıktığını anlatmak için kullanmıştır.) ve (4) kendinden vermek. Rubin gebeliğe ait duygusal süreçleri içeren çalışmalarında her ne kadar “bağlanma” terimini kullanmasa da şunun söylemesine olanak tanımıştır: “İkinci trimesterin sonuna doğru gebe kadın içindeki çocuğun öylesine farkına varır ve ona öylesine bir değerle bağlanır ki çok candan ve onun için çok önemli, ona önemli derecede keyif ve gurur veren bir şeye sahip olduğunu anlar” (42).

Aynı zamanda, Avustralya’da bir perinatal epidemiyolog ilk kez gebe kalan kadınları gebeliklerinin üç trimesterleri boyunca farklı zaman dilimlerinde izlemiş ve zaman geçtikçe bu kadınların bebeklerini giderek artan derecede ‘insani’ bir şekilde hayal etmeye başladıklarını saptamıştır (43).

Gebelik takiplerinde ultrasonunun kullanılmaya başlaması ile fetusun görsel imgesine olan maternal bağlanmanın etkisi de araştırılmaya başlanmıştır (44). Lumley’nin bulgularına göre fetusun bu erken görüntüsü annenin onu “küçük bir birey” olarak ayırma becerisini artırmaktadır. Lumley, bir sonraki projesinde doğumdan önceki ve sonraki 5 zaman diliminde gerçekleştirilen basit teybe kaydedilmiş görüşmeler yoluyla—ebeveynlerin bebekleriyle olan ilk iletişimlerini değerlendirmiş ve prenatal bağlanmayı annelerin bebeklerini “gerçek bir birey” olarak gördükleri bir noktada “hayallerindeki fetusla ilişki kurmak” şeklinde kavramsallaştırmıştır (45). Lumley bu fenomeni ilk trimesterdeki olguların %30’unda, ikinci trimesterdekilerin %63’ünde ve 36. Haftadaki olguların %92’sinde saptadığını belirtmiştir. Hayallerindeki fetusla ilişki kurmakta zorlanan ve geciken annelerde, gebeliğin hoş olmayan semptomları ve eşlerin ilgisiz ya da destekçi olmayan tavırlarının varlığı yönünde yorumlamıştır.

ABD’de, Illinois Teknoloji Enstitüsü’nden bir psikolog olan Leifer gebelik sürecinde gözlemlediği psikolojik değişimlere dair bir monograf bildirim verileri yayımladı (46). Leifer gebeliğin bir emosyonel bir devrim ve hızlı bir rol değişimi süreci olarak tanımlarken aynı zamanda gelişimsel bir olgunlaşma sürecine de işaret ettiğini belirtmiştir. Ayrıca gebelikteki duygusal süreçlere kişilikle ilgili bileşenlerin etkilerine dikkati çekmiş ve gebeliğin ilk aylarındaki kişilik bütünleşmesinin derecesinin gebeliğin geri kalan dönemindeki psikolojik büyümeyi yordadığını ve bunun erken dönemdeki annelik için de geçerli olduğunu öne sürmüştür.

Prenatal bağlanma kavramındaki gelişime dair ilk literatür gözden geçirmesi Mecca Cranley tarafından yayınlanmıştır. Bu çalışmada maternal- fetal bağlanmaya dair altı boyutlu bir model öne sürülmüştür (47). Bu model kendiliğin fetustan ayrımı, fetusla olan etkileşim, fetusa özellikler atfetme, kendinden verme, rol alma ve yuva yapmayı içermektedir. Mecca

Cranley altı boyutla özetlediği bu prenatal bağlanma teorisi modelinden yola çıkarak prenatal bağlanmayı ölçümlemeye yarayan bir skala da geliştirmiştir. Cranley prenatal bağlanmayı bir kadının doğmamış çocuğuyla yakınlığını temsil eden davranışlara girme derecesi tanımıyla, bu teorik yapılanmanın ana yaratıcısı ve ilk tanımlamayı gerçekleştiren kişi olarak görülmektedir (20, 48).

Cranley'nin prenatal bağlanma yapısını kullanan bir araştırmacı olan Müller bu fenomeni davranışlara fazlasıyla odaklandığı ve bu nedenle anne ve fetusu arasındaki büyüyen duygusal yakınlığı gösteren düşünceler ile fantazileri devre dışında bıraktığını ileri sürerek eleştirmiştir (49,50). Müllerin gebelikle ilgili öne sürdüğü modele göre çocuk bekleyen annenin kendi annesiyle (veya primer bakım vereni ile) olan erken dönemdeki deneyimlerinin içsel temsillerin gelişimine neden olarak aile, partner ve arkadaşlarla olan sonraki bağlanma şekillerini etkilemektedir. Sonuç olarak bu süreçlerin bir kadının gebeliğe uyum sağlamasında ve fetusuna bağlanmasında önemli olacağını bildirmiştir.

Avusturalyalı bir araştırmacı olan John Condon da prenatal bağlanma tanımı açısından Cranley'nin çalışmalarını yetersiz bulmuştur. Condon erişkin bağlanma teorisine geri dönerek Bretherton'un bağlanma ile ilgili geniş bakış açısının ve özgül bir objeye olan “duygusal bağ” veya “psikolojik bağ”ının prenatal bağlanmaya uyarlanabileceğini ve bu yapıya bir tutarlılık da katacağını öne sürmüştür (51,52). Condon antenatal bağlanmanın sevgi ile ilişkili çekirdek deneyimi içerdiğini ve annenin “fetusunu tanıma, onunla olma ve ondan ayrılma ya da onu kaybetmeden kaçınma, onu koruma, gereksinimlerini anlama ve bunu karşılama”yı içeren gelişmekte olan bir ilişki şeklinde tanımlanabileceğini öne sürmüştür. Sonrasında prenatal bağlanmayı basitçe “gebe ebeveyn ve henüz doğmamış bebeği arasında normalde gelişen emosyonel bağ veya bağlantı” şeklinde tanımlamıştır (22).

Günümüze gelindiğinde ise Prenatal bağlanma davranışsal, bilisel ve duygusal alanları içerecek biçimde şu şekilde tanımlanmaktadır: “Prenatal bağlanma soyut bir kavramdır ve olasılıkla gebelik öncesi dönemde var olup bir ebeveyn ile fetusu arasındaki duygusal yakınlığa dayanan ilişkiyi temsil etmektedir. Prenatal bağlanma ekolojik bir sistemde gelişmekte olup bir diğer insanı zihinde canlandırmak üzere bilişsel ve emosyonel becerilerin kullanımı ile ilişkilidir” (53).

2.3. PRENATAL BAĞLANMANIN ÖLÇÜMÜ

Prenatal bağlanma kavramının soyutluğu taraftarlarını onu değerlendirme sırasında ölçümleme girişimlerinden vazgeçirmemiştir. Sosyal/kişilik bağlanması araştırmacıları

açısından, prenatal bağlanma ölçümleri genellikle kısa öz bildirime dayanan anketler yoluyla yapılmıştır. İlk antenatal bağlanma ölçeği olan Maternal Fetal Bağlanma Ölçeği (MFAS), Cranley'nin tezinde öne sürdüğü altı yön temel alınarak oluşturulmuştur: Selfin fetustan ayrımı, fetusla olan etkileşim, fetusa özellikler atfetme, kendinden verme, rol alma ve yuva yapma (20). Ölçek gebe kadınlarla olan görüşmelerdeki ortak özelliklere dayanarak klinisyenler ve doğum eğitmenlerince tanımlanan bağlanma ile yüklü ifadeler temel alınarak oluşturulmuştur. Böylesi bir gerecin elde edilmesi prenatal bağlanma araştırmalarını hızla ileriye taşımıştır. MFAS daha büyük örneklem gruplarında gerçekleştirilebilecek kesitsel araştırmalar için uygun ve etkin bir kantitatif ölçüm olanağı oluşturmuş ve geliştirilmesinden 25 yıl sonra dahi prenatal çalışmalarda hemşire araştırmacılarca sıklıkla kullanılmaya devam eden bir gereç olmayı sürdürmüştür (54,55).

Cranley'nin ölçeğini kullanan ilk araştırmacılardan biri olarak Müller, MFAS'ın hem kendi araştırmasında hem de sonrasında gelen 1992 tarihli literatür gözden geçirmesinde karşılaştığı sonuçsuz ve çoğunlukla çelişkili sonuçlar nedeniyle sıkıntı duymuştur (49,56). Zamanla bu beş alt ölçeğin gerçekten prenatal bağlanmayı saptayıp saptamadığı ve hatta prenatal bağlanmanın çok boyutlu bir tarzda ele alınıp alınamayacağı hususlarında şüphe duymaya başlamıştır. MFAS'ın geçerlik, güvenilirlik ve teorik zeminini sorgulamakta olan bir diğer araştırma ekibi Müller'e de ulaşacak şekilde antepartum stresle ilişkili çalışmalarında kendi verilerini oluşturmuşlardır (57,58). Müller bunun sonrasında bu katılımcılarla yapılan görüşmelerin ikincil bir analizini gerçekleştirebilmiş ve görüşme verilerince oluşturulan kategorilere Cranley'nin alt ölçeklerinden sadece üçünün karşılık verdiği, ikisinin ise (Kendinden verme ve fetus ile etkileşim) hiç karşılık vermediği sonucuna ulaşmıştır. Müller, Mercer ve arkadaşlarının çalışmasında (1988) yer alan kadınlarla gerçekleştirilen açık uçlu görüşmelerden elde edilen verilere göre Cranley'nin itemlerinin belirli bazı emosyonel bileşenleri yakalamadığını tespit etmiştir. Mercer çalışmasına katılanlar çoğunlukla henüz doğmamış bebekleri ile ilgili ifadelerde bulunurken “umarım”, “dilerim” ve “hayal ederim” gibi kelimeler kullanmışlar ve davranışlarla açığa vurmak yerine daha çok duygular (veya zihinsel durumlarını) ifade eder görünmüşlerdir. Bu analiz yeni bir ölçeğin, Prenatal Bağlanma Envanterinin (PAI) geliştirilmesine yol açmıştır (12). Bu gereç gebelik sırasında annenin fetusu ile olan kişisel ilişkisi veya şefkatli bağlanmasını ölçmeye yönelik tasarlanmıştır. Herhangi bir alt ölçeği içermemektedir, sadece global bir skoru elde edilmektedir. Bu ölçekle, duygusal yakınlığı vurgulamak, davranışsal ölçümleri dışlamak ve Cranley'nin MFAS'ına yandaş bir ölçek olarak durmasını sağlamak dolayısı ile çalışmalar arasındaki tutarlılığı artırmayı hedeflemiştir (12). Ne yazık ki PAI'nın MFAS'ın

yakalayamadığı prenatal bağlanmanın emosyonel bileşenlerinin değerlendirilmesi amacıyla ek olarak kullanımı oldukça az olmuştur. Her ne kadar bazıları iki ölçeği bir gerece birleştirmeyi önerse de böylesi bir birleştirilmiş ölçümün geçerliliği veya güvenilirliği ile ilgili çok az araştırma yapılmıştır (59).

Prenatal bağlanma alanındaki en yeni gereç Avustralya’da John Condon tarafından geliştirilmiştir (51). Condon var olan gereçlerin fetusa olan yaklaşımı gebelik ile anneliğe olan yaklaşımdan yetersiz düzeyde ayırdığını belirtmiştir. Kendi oluşturduğu Maternal Antenatal Bağlanma Ölçeği’ne (MAAS) 19 item eklemişti ve sadece bebekle ilgili olan düşünceler ile duygulara odaklanarak gebeliğin fiziksel durumu veya maternal role olan yaklaşımları dışarıda bırakmıştır. Ölçekle ilişkili “kalite” ve “yoğunluk” faktörlerini tanımlamıştır. “Kalite” annenin bildirdiği, yakınlık/mesafe, yumuşaklık/irritasyon, pozitif/negatif, keyifli/ hoş olmayan beklentiler ve fetusun gerçek bir birey olarak canlı/belirsiz içselleştirilmiş temsili gibi affektif deneyimleri tanımlamaktaydı. “Yoğunluk” annenin fetusu ile etkileşim halindeyken onu düşünmek, onunla konuşmak, onunla ilgili hayal kurmak veya taktil olarak onu hissetmek ile ilişkili geçirdiği zamanı belirtmekteydi. Condon bu iki faktörü dikey süremler olarak haritalandırmıştır ve böylece prenatal bağlanma stili açısından dört kadran oluşturmuştur: (1) güçlü/ sağlıklı bağlanma, (2) bağlanmanın kalitesi olumlu olsa da dikkatin dağılması veya kaçınmaya bağlı olarak düşük düzeyde meşguliyet, (3) düşük düzeyde meşguliyet ile birlikte ilgisizlik veya ambivalan şekilde ilgili olma ve (4) anksiyöz, ambivalan veya affektsiz meşguliyet (51).

Prenatal bağlanma değerlendirdiği öne sürülen bir diğer ölçek ise Prenatal Maternal Bağlanma ölçeğidir. Ancak ilk yöntemsel çalışmaya ek olarak sadece bir yayımlanmış çalışmada kullanılmış olması nedeniyle henüz kısıtlı veriye sahip olunan bir gereçtir (60,61).

2.4. PRENATAL BAĞLANMAYA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

2.4.1. Teknoloji ve Tanı Gereçleri

Yaşayan fetusun görüntülenmesi geçtiğimiz 30 yıl içerisinde mümkün olmuştur. Öncesinde fetusun yaşadığının kabul edilmesi sıklıkla, fetus ‘yaşam belirtisi gösterdiğinde’, gebe kadın bebeğinin uterus içinde hareket ettiğini hissettiğinde mümkün olabiliyordu. Gebeliğin erken dönemlerinde fetusun bağımsız bir varlık olarak görüntülenebilmesinin, maternal-fetal ilişkinin çok daha erken bir dönemde gelişimine katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir (62).

Literatür gözden geçirilmesi sonucu ultrason kullanımının prenatal bağlanmayı nasıl etkilediğini araştıran 5 farklı çalışmaya rastlanılmıştır. Çalışmaların çoğu üç boyutlu (3B) ya da 4 boyutlu (4B) ultrasonun eklenmesinin prenatal bağlanma düzeylerinde yarattığı değişimlere odaklanmış, bir tanesi ultrasona ek olarak muayenenin etkisini değerlendirmiştir. Çalışmaların çoğu 3B ya da 4B ultrasonun prenatal bağlanma düzeyinde artış sağlamadığı sonucuna ulaşmış; ancak ultrason muayenesini ekleyen Boukydis ve ark (2006), muayene grubunda prenatal bağlanmada artış bildirmiştir (63). Çalışmalarda ek olarak, herhangi bir ultrason uygulamasından sonra (ultrasonun tipinden bağımsız olarak) prenatal bağlanma düzeyinin arttığına dair kanıt elde edilmiştir (64). Ultrason uygulanma zamanının uzunluğu, teknisyenin deneyimi, soru sorma fırsatının verilmesi, hastalara bilgi verilmesi prenatal bağlanma etkileyen önemli faktörler olarak belirtilmektedir (64,65,66).

Ancak ultrasonun prenatal bağlanma üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların hiçbiri, katılımcıların ırk/etnisite özelliklerini belirtmemiştir. Irk ve etnisite özelliklerinin göz önüne alınmaması, bu çalışmaların genellenebilirliğini kısıtlamakta ve ırk, etnisite ve kültürün prenatal bağlanma gelişimi üzerindeki etkisinin anlaşılmasına katkıda bulunamamaktadır (63,64,65,66,67).

Yarcheski ve arkadaşlarının (2009) prenatal testleri (ultrason) prenatal bağlanma ile ilişkili olarak ele alan 10 çalışmadan elde edilen 11 hipotezi meta analiz ile incelemiştir. Ultrason ve prenatal bağlanma arasında saptanmış olan orta düzeydeki etki büyüklüğü temel alındığında ultrason kullanımının annenin bebeğine olan bağlanmasını güçlendirdiğini düşündürmektedir (68). Sandbrook ve Adamson- Macode (2004) tarafından da saptandığı üzere yapılan ilk ultrason görüntülemesi ile fetal hayatın gerçekliğine dair görsel bir kanıtın sağlanması bağlanmayı güçlendirmektedir (69).

2.4.2. Gestasyonel Yaş

Gestasyonel yaş ve fetal hareketlerin algılanması prenatal bağlanma ile ilişkili bulunmuştur; gestasyonel yaş arttıkça ve fetal hareketler hissedilmeye başlanınca prenatal bağlanmanın arttığı bildirilmiştir (70,71,72,73,74). Bu bulgular, prenatal bağlanma ölçülürken gestasyonel yaş ve annenin fetal hareketleri algılamasının hesaba katılmasının önemine işaret etmektedir.

Araştırmacılar gebeliklerinin daha erken döneminde fetal hareketlerin varlığını bildiren kadınların bildirmeyenlere göre daha yüksek prenatal bağlanma skorlarına sahip olduğunu iletmiştir (74). Bu son bulgular Cranley’ce öne sürülen prenatal bağlanma yapısına dair inandırıcılığı artırmış, annenin fetusuna dair farkındalığı arttıkça prenatal bağlanmanın artacağı beklentisiyle uyumlu olarak bu savı desteklemiştir.

Prenatal bağlanma doğası gereği progresiftir. Bu nedenle gebelik ilerledikçe prenatal bağlanmanın yoğunlaştığı açıktır. Yarcheski ve arkadaşlarının prenatal bağlanma ile ilişkili olarak gestasyonel yaşı 24 çalışmadan elde edilen 24 hipotezi meta analiz ile incelemiştir. Çalışma sonucunda prenatal bağlanma için en güçlü yordayıcının gestasyonel yaş olduğunu saptanmıştır (68).

2.4.3. Sosyodemografik değişkenler

2.4.3.a. Etnik köken

Preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve gebeliğin diğer olumsuz sonuçlarının; olumsuz sosyal ve ekonomik koşullar ile olumsuz sağlık koşullarına sahip ırksal ve etnik gruplarla ilişkili olduğu bilinmektedir (75). Benzer olarak, prenatal bağlanmanın sağlık uygulamalarına katılıyor olmayı öngördüğü, prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olmasının kaliteli sağlık uygulamaları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (76). Bu uygulamalar arasında prenatal bakım alma, nutrisyonel olarak güçlü bir diyeti sürdürme ve düzenli egzersiz yapma bulunmaktadır (77,78,79,80,81). Bu ilişkiler düşünüldüğünde, olumsuz gebelik sonlanımına eğilimli gruplarda prenatal bağlanmayı araştıran birçok çalışma olması beklenir. Ancak ne yazık ki sağlık sorunları açısından yüksek riskli bireylerde prenatal bağlanmayı araştıran çalışma çok azdır.

Yazında, prenatal bağlanmanın etnisite ile ilişkisini inceleyen ve düşük gelir düzeyine sahip kadınlarda prenatal bağlanmayı ölçen iki pilot çalışmada, Afrikalı Amerikalı ve İspanyol Amerikalı grupların prenatal bağlanma düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptamamıştır (82). Ancak bulgular yorumlanırken, aile destek sistemleri ya da sosyoekonomik durum gibi kilit değişkenlerin hesaba katılmaması, her iki grubun eğitim düzeylerinin ve evlilik durumlarının birbirinden farklı olması sonuçların temkinli olarak yorumlanmasını gerektirmektedir (Amerikalı Afrikalı katılımcıların %100'ü bekarken, İspanyol katılımcıların %40'ı bekardır). Ayrıca yazında yer alan, etnik köken ve prenatal bağlanmanın ilişkisini meta analizle inceleyen bir çalışmada, etnisitenin prenatal bağlanmaya etkisinin düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir (68).

2.4.3.b. Yaş

Demografik değişkenler arasında yer alan anne yaşının da prenatal bağlanma ile ilişkisi araştırılmıştır. Literatürde, maternal yaş ve prenatal bağlanma arasında ters bir korelasyon bildiren çalışmalara rastlanırken, korelasyon olmadığını ileten araştırmalar da bulunmaktadır (10,55,57,72,73,83,84,85,86). Bir grup araştırmacı 35 yaş ve üstü kadınların 20'lerinde olanlara göre daha düşük prenatal bağlanma skorları olduğunu iletmıştır, diğer bir grup ise ergenler ve erişkin kadınlar arasında prenatal bağlanma açısından bir farklılık bildirmemiştir

(70, 87). Prenatal bağlanma ile ilişkili olarak yapılan bir meta analizde maternal yaşın, prenatal bağlanmaya etkisinin düşük düzeyde olduğunu gösterilmiştir (68).

2.4.3.c. Parite

Prenatal bağlanma ile ilişkisi araştırılan bir başka sosyodemografik değişken ise annenin sahip olduğu çocuk sayısıdır. Mercer ve ark (1988) çocuk sayısı ve prenatal bağlanma skorları arasında düşük riskli kadınlar için ters bir korelasyon bulmuşken bu durum yüksek riskli kadınlarda geçerli değildir (58). Pascoe ve ark (1995) primigravidlerin multigravidlere göre daha yüksek prenatal bağlanma skorları olduğunu iletirken Mercer ve Ferketich (1995) ilk çocuklarına gebe olan deneyimsiz annelerin, deneyimli annelere göre daha yüksek prenatal bağlanma skorları olduğunu bildirmiştir (88,89). Yazında yer alan, paritenin prenatal bağlanma ile ilişkisini değerlendiren meta analizde, paritenin prenatal bağlanmaya etkisinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (68).

2.4.3.d. Annenin Eğitim Durumu

Prenatal bağlanma ile ilişkili olarak eğitim durumu da incelenmiştir. Yazında hem prenatal bağlanma ile eğitim durumu arasında eğitim düzeyinin arttıkça prenatal bağlanmanın arttığını gösteren hem de bu iki değişken arasında ilişki olmadığını gösteren sonuçlar bildirilmiştir (55,58,83,84,85,86,90). Literatürde, prenatal bağlanma ile eğitim durumu arasındaki ilişkiyi metaanalizle ele alan bir çalışmada eğitim durumunun prenatal bağlanmaya etkisinin düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (68).

2.4.3.e. Gelir Durumu

Sosyodemografik değişkenlerden gelir durumu, sosyoekonomik düzey düştükçe prenatal bağlanmanın da düşmesi hipotezi ile araştırılmıştır. Literatürde, prenatal bağlanma ile gelir durumu arasında ilişki olmadığını gösteren pek çok çalışmaya rastlanmaktadır (73,83,84). Yazında yer alan, prenatal bağlanma ile gelir durumunun ilişkisini dokuz çalışmadan elde edilen verilerin meta analizi ile değerlendiren bir araştırmada, gelir durumunun prenatal bağlanmaya etkisinin düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir (68).

2.4.3.f. Marital Durum

Evli kadınların sosyal desteklerini daha iyi olabileceği görüşünden yola çıkılarak marital durumun prenatal bağlanmaya etkisi üzerine çalışmalar yapılmıştır. Yazında, evli annelerin, bekar ve ergen annelere göre prenatal bağlanmada daha yüksek skorlar aldığı iki çalışmaya rastlanmıştır (72,83). Bu ilişki başka bir çalışmada replike edilmemiştir (85). Prenatal bağlanma ile ilişkili olarak eğitim durumunu, 11 çalışmadan elde edilen verilerle meta analiz ile incelemiş ve etkisinin düşük düzeyde olduğunu göstermiştir (68).

2.4.4. Annenin Duygudurumu

Doğum öncesi dönemde fetüsün, algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu ve annenin duygulanımlarına yanıt verebildiği bildirilmektedir (91,92). Bu nedenle, kadının perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı bebeğin intrauterin iyilik hali ile ilişkilidir (7,8,9).

Doğum öncesi streslerin annenin ruhsal sağlığına etki ettiği bilinmektedir (7,8,9). Doğum öncesi stres, günlük güçlükler, depresyon, anksiyete, öfke, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve hatta gebe kadının iyimserlik/kötümserlik yaşantıları gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Annenin stresi fetal stres ile gittikçe daha çok ilişkilendirilmekte, Bu duygusal durumların stres hormonlarını uyardığı, bu hormonlardaki fazla aktivitenin ise fetal büyümede gecikmelere, obstetrik komplikasyonlara ve erken doğum, düşük doğum kilosu, daha az optimal motor ve zihinsel gelişim dahil doğum sonrası sonuçlara kısa ya da uzun vadede katkıda bulunduğu söylenmektedir (14,15,16,17).

Annenin gebelikteki anksiyete, depresyon, algılanmış stres, psikolojik huzursuzluk ve baş etme gibi ruh sağlığı değişkenlerinin tamamı prenatal bağlanma ile ilişkili olarak araştırılmıştır. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının prenatal dönemde başlayabileceği ve gebelik süresince gözlenen depresyon prevalansının postpartum dönem prevalansı ile benzer düzeyde olduğu yönündeki kanıtların giderek artmasıyla depresyon ve anksiyetenin prenatal bağlanma üzerindeki etkileri merak konusu olmuştur (93,94,95,96). Hart ve McMahon (2006)'nın bu konudaki araştırmaları sonucu düşük kalitede fetal bağlanma gösteren kadınların anlamlı olarak daha fazla düzeyde anksiyete (durumluk ve sürekli anksiyete) ve depresyon tanımladığını dikkati çekmiştir (97). Depresif annelerin fetüslerinin ve yenidoğan bebeklerinin rahim içindeki aktivite artışı, fetüslerin daha az dikkatli olmasına neden olarak, anne konuşması ayrımında daha az performans göstermelerine ve yenidoğan bebeklerin annenin yüzünü ve sesini tercih etmede başarısız olmalarına yol açabildiği öne sürülmektedir (17).

Lindgren (2001,2003) gebelik risk durumu, etnisite, gelir düzeyi, annenin yaşadığı yer ve evlilik durumu gibi değişkenleri değerlendirerek prenatal bağlanma, doğum öncesi depresyon ve sağlık uygulamaları arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Ulaştığı sonuçlar arasında, depresyon puanları düşük olan kadınların prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu ve sağlık uygulamalarının, prenatal bağlanmanın üzerinde doğrudan ve anlamlı etkisi olduğu bulunmaktadır (83,98).

Yazında, prenatal bağlanma ve trait anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen iki çalışma, trait anksiyetenin prenatal bağlanma üzerine etkisi olmadığını; bu bulgudan farklı bir şekilde,

başka bir çalışmada ise durumsal anksiyete ve prenatal bağlanma arasında ters korelasyon saptandığını belirtmektedir (99,100). Mercer ve ark (1988) düşük veya yüksek riskli kadınlarda anksiyetenin prenatal bağlanma ile korele olmadığını bildirmiştir (58). Aynı araştırmacılar düşük riskli kadınlarda depresyon ve prenatal bağlanma arasında zayıf bir ters korelasyonun olduğunu ancak bu durumun yüksek riskli kadınlarda geçerli olmadığını bildirmiştir (58). Diğer araştırmacılar gebe veya postpartum kadınlarda prenatal bağlanma ve depresyon arasında herhangi bir korelasyon saptayamamıştır (55,83).

Mikulincer ve Florian (1999) ilk trimesterde prenatal bağlanmanın psikolojik stres ve emosyona odaklanmış başa çıkma ile ters ilişkili olduğunu saptamışlar ancak benzer durum iki ve üçüncü trimesterler için geçerli olmamıştır. Yine prenatal bağlanmanın kadınlarda ilk trimester için destek arama (bir başa çıkma tarzı) ile pozitif korele olduğunu ancak aynı durumun iki veya üçüncü trimesterler için geçerli olmadığını bildirmişlerdir (101). Phipps ve Zinn (1986b) başa çıkma tarzının (bilgi arayanlara karşılık bilgiden kaçınanlar) prenatal bağlanma ile ilişkili olmadığını saptamışlardır. Bu bulgular seçilen ruh sağlığı değişkenlerinin prenatal bağlanma ile tutarlı bir ilişki göstermediğine işaret etmektedir (102).

Yarcheski ve ark.'nın, 2009 yılında prenatal bağlanmanın anksiyete, depresyon, özgüven ilişkisini değerlendirdikleri meta analizde, bu değişkenler için etki düzeyi düşük düzeyde saptanmıştır (68).

2.4.5. Gebelikte Risk ve Algılanan Riskler

2.4.5.a. Geçmişte Fetal Kayıp ve Anomali Öyküsü

Perinatal kayıp ailelerin yaşamını derinden etkileyen travmatik bir yaşantıdır. Bebeğini kaybeden anne yıllar boyunca yas tutabilir ve bu kaybı takip eden gebelik, bağlanmayı olumsuz yönde etkileyen yoğun bir korku hissi uyandırabilir. Benzer şekilde, fetal anomali tanısı kadın ve eşi için harap edici olabilir çünkü in utero tespit edilen anomalilerin tedavisi çok nadiren mümkün olabilmektedir (103,104,105).

Yazında, doğum öncesi kaybın sonraki gebelikte prenatal bağlanma üzerindeki etkisini ya da doğum öncesi saptanan anomalilerin prenatal bağlanma üzerindeki etkisini araştıran ikisi niceliksel biri niteliksel üç araştırmanın varlığını göstermiştir. Niteliksel olan çalışma, ölümcül olmayan bir anomali varlığında gebelik deneyimini anlamayı amaçlayan fenomenolojik bir çalışmadır. Katılımcıların fetal anomalinin varlığını biliyor olmaları prenatal bağlanmanın gelişimini etkilememiş; 'bebeğim mükemmel değil, ancak yine de benim' gibi bir anlayış sağlamıştır. Niceliksel çalışmaların her ikisi de önceki fetal kayıp öyküsünün prenatal bağlanmayı olumsuz yönde etkilemediği sonucuna ulaşmıştır (106).

2.4.5.b. Yüksek Riskli Gebelikler

Araştırmacılar yüksek riskli grubun daha düşük prenatal bağlanma skorları olacağını varsayarak yüksek ve düşük riskli gebe kadın grupları arasında prenatal bağlanma skorlarını karşılaştırmışlardır. Amniyosentez olan ve kontrol grubu kadınlar arasında prenatal bağlanma ortalama skorları açısından farklılık bulunmamıştır (107). Yazında, yüksek riskli (gebelik sürecinde tıbbi sorunlar) ve düşük riskli kadınlar (komplike olmayan gebelikler) ile ebeveyn eğitimi derslerine katılan kadınlar ile katılmayanlar arasında prenatal bağlanma ortalama skorları açısından farklılık saptanmadığını gösteren çalışmalara rastlanmıştır (58,84,90,108,109). Yine de araştırmacılar 16. gestasyon haftasında olup, amniyosentez grubunda olan kadınların kontrol grubuna göre daha düşük prenatal bağlanma skorlarına sahip olduğunu bildirmiştir (74). Prenatal bağlanma ile ilişkili olarak yüksek riskli gebelik dokuz çalışmadan edilen verilerle meta analiz yöntemi ile incelenmiş, ilişkilerinin düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir (68).

2.4.5.c. Yardımcı Üreme Teknikleri

İn vitro fertilizasyon (IVF) ile gerçekleşen gebelik sıklıkla uzun bir süre çocuksuz olma ve çoklu medikal işlemlere işaret etmektedir. IVF'nin ortaya çıkışından bu yana bu yolla gebe kalan kadınların sayısında dramatik bir artış olmuştur. IVF ile gebe kalan kadınların, uzun süren infertilitenin sıkıntısını yaşadıkları ve gebeliklerine olan yatırımlarının artacağı, bu nedenle prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek saptanacağı hipotezinde bulunulabilir. Ancak, Hjelmstedt, Widström ve Collins (2006), düşük ve fetal anomali korkularının azaldığı 26. gestasyon haftasında topladıkları PBE puanlarını karşılaştırdıklarında, IVF ile ve doğal olarak gebe kalmış kadınlar arasında farklılık saptamamıştır (110). Başka bir çalışmada da invitro fertilizasyon yoluyla gebe kalanlar ile yardımsız hamile kalan kadınlar arasında prenatal bağlanma ortalama skorları açısından farklılık saptanmamıştır (100,109).

2.4.5.d. Çoğul Gebelikler

Damato (2004) çalışmasında ikiz gebeliği olan annelerde prenatal bağlanmayı değerlendirmiş ve tek bebeğe gebe olan kadınlarla ikiz gebeliği olan kadınlar arasında fark saptamamıştır (111).

2.4.5.e. Madde Kullanımı/ Velayet Kaybı Öyküsü

Doğum öncesi yasadışı madde kullanımı, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, anne ve bebekte nörolojik, kardiyak ve solunumsal komplikasyonlar ve bebeğin bilişsel, motor ve psikolojik gelişiminde gelişme geriliği gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (112,113,114). Gebelik süresince madde kullanımı kadının, başarılı bağlanma için yaşamsal kabul edilen maternal gelişimsel görevleri, fetus ile sevgi dolu bir ilişkinin gelişmesi, riskli davranışların

azaltılması ve bebek için güvenli bir prenatal ortamın yaratılması, yerine getirmesini önemli derecede azaltır (115).

Literatürde madde kullanımı ve öncesinde çocuklarının velayetini kaybetme öyküsü olan annelerin prenatal bağlanmasını değerlendiren çalışmalara rastlanmıştır. Shieh ve Kravitz (2002, 2006) madde kullandığını belirten az sayıda anne ile yaptıkları çalışma sonucunda, farklı maddeleri kullanan gruplar (marihuana ve kokain/eroin) arasında prenatal bağlanma açısından fark olmadığını saptanmış ancak niceliksel verilere bakıldığında bu annelerin sıklıkla suçluluk duygusu, şüphe ve endişe gibi prenatal bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilecek duygular dile getirdiklerini belirtmiştir (116,117).

Lewis (2006), önceki velayet kaybının prenatal bağlanma üzerindeki etkisini bir kontrol grubuyla karşılaştırarak araştırmıştır. Kayıp grubunun sayıca küçük olması (n=9) nedeniyle iki grup arasında fark saptanmamıştır (118).

Son olarak, sigarayı bırakma evresinde bulup sigara içen anneler ile sigara içmeyen annelerde prenatal bağlanmayı araştıran bir çalışma yapılmıştır. Düşünme evresindeki sigara içen annelerde bağlanma puanları en yüksek bulunmuştur. Ancak neden sonuç ilişkisinin yönü, anne sigarayı bırakmaya yaklaşırken bağlanma süreçlerinde bir aktivasyon gerçekleşmiş olması ya da daha fazla bağlanma gösteren annenin sigarayı bırakmaya yönelmesi olasılığı nedeniyle mi olduğunu belirlemek mümkün olmamıştır (119).

Başka bir çalışmada madde bağımlılığı programına kaydolmuş ve metadon alan kadınların madde kullanma geçmişi olmayan kadınlara göre prenatal bağlanma skorları daha düşük saptanmıştır (120).

2.4.6. Aile Dinamiği ve Bağlanma

Anne-bebek ilişkisinin niteliği ile annenin çocukluk anıları arasında güçlü bir ilişki olduğuna yönelik kanıtlar giderek artmaktadır (121,122,123). Siddiqui, Hagglöf ve Eisemann'ın (2000) çalışması annelerin kendi yetiştirilmelerine dair anılarının, doğum öncesi bağlanmanın niteliği üzerinde önemli bir belirleyici olduğu görüşünü desteklemektedir (124). Yazında, uzunlamasına yapılmış ve babanın bağlanmasından söz eden az sayıdaki çalışmalardan biri, aile dinamikleri, baba-fetus bağlanması ile prenatal bağlanma ve bebeğin mizacı arasındaki ilişkileri araştırmak üzere gerçekleştirilmiştir. Bulgular arasında karşılıklılık (mutuality) hem anneler hem de babalar için daha fazla fetal bağlanma ile ilişkili olduğu bulunmaktadır. Karşılıklılık, ailesel ilişkilerdeki güven anlamına gelmektedir. Bu güven, yeni bir bireyin aileye katılmasını kabul etmeyi kolaylaştırır (125).

Çoğunlukla bağlanma değişkenleri şeklinde olacak biçimde, “diğerleri ile olan ilişkiler” de prenatal bağlanma ile ilişkili olarak çalışılmıştır. Araştırmacılar ergenlerde anne ile olan

ilişki ve prenatal bağlanma arasında pozitif korelasyonlar bildirmiştir (72,84). Diğer yandan Zachariah (1994) prenatal bağlanma ile anne veya baba ile olan bağlanma arasında önemli düzeyde bir korelasyon saptamamıştır (73). Mercer ve ark (1988) düşük riskli kadınlarda prenatal bağlanma skorlarının eş ilişkileri ile pozitif korele olduğunu ancak benzer bir durumun yüksek riskli kadınlarda geçerli olmadığını bildirmiştir (58). Bloom (1998) ergen kızlarda prenatal bağlanma ile bebeğin babasının tatmin edici ve yakın ilişki düzeyleri arasında pozitif korelasyonun olduğunu bildirmiştir (71). Fuller ve ark. (1993) prenatal bağlanma ve aile işlevselliği arasında pozitif korelasyonlar bulmuşken Mercer ve ark (1988) bu durumun ne yüksek riskli ne de düşük riskli kadınlarda geçerli olduğunu söylemiştir (58, 86) .

Bağlanma stillerinin prenatal bağlanma ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, Mikulincer ve Florian (1999) güvenli bağlanması olan kadınların (diğerlerine yüksek düzeyde güvenme gösterenler) kaçınan (emosyonel mesafe tercihi olanlar) veya anksiyöz ambivalan tarzı olanlara göre (reddedilme korkusu fazla olanlar) ilk trimesterde daha yüksek prenatal bağlanma skorlarına sahip olduğunu bildirmiştir (101). White ve ark (1999) gebeliğin üçüncü trimesterinde prenatal bağlanmanın karşılıklılık (aile ilişkilerinde emosyonel yakınlık ve sıcaklık) ile pozitif ilişkili olduğunu bildirmiştir (126). Wilson ve ark (2000) bu bulguyu replike etmiştir (125). Tüm bu bulgular gebe kadınların eşleriyle olan ilişkilerinin ve bağlanma stillerinin prenatal bağlanma ile ilişkili olduğunu göstermekteyse de tüm çalışmalarda tutarlı bir bulgu elde edilememiştir.

2.4.7. Sosyal Destek

Sosyal destek prenatal bağlanmanın öncül bir değişkeni olarak araştırılmıştır. Cranley (1981) güçlü bir sosyal destek sistemi ve prenatal bağlanma arasında pozitif bir korelasyon bildirmiştir (20). Norbeck Sosyal Destek gerecini kullanarak yaptığı araştırmasında ergenlerde prenatal bağlanma ile sosyal destek veya farklı etnik kökenlerden gelen ergenler arasında ilişki bulunmamıştır (84,127,128). Barrera Sosyal açıdan Destekleyici Davranışlar Envanteri kullanıldığı Mercer ve ark (1988) yaptığı çalışmada, prenatal bağlanma için düşük risk düzeyindeki kadınlar (kronik bir hatalık veya gebelikle ilişkili bir hastalığı olmayanlar) ve yüksek riskli kadınlar arasında (gebeliklerinin 24- 34. Haftasında medikal bir sorun nedeniyle hospitalize edilmiş kadınlar) algılanan sosyal destek açısından önemli düzeyde bir ilişki saptamamışlardır (62).

2.5. PRENATAL BAĞLANMANIN EMZİRMeye ETKİSİ

Biberon yerine emzirmeyi seçen kadınlarda, Foster ve ark. (1996) daha yüksek prenatal bağlanma skorları saptanmıştır (129). Bir başka araştırmada, bebeği ile bağlanması yakınlaşma yönünde olan kadınların emzirmeye, daha uzun emzirmeye ve başlangıçta zorluklar yaşasalar da emzirmeyi devam ettirmeye daha eğilimli oldukları bulunmuştur (130).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM :

Çalışmanın örneklemini Mayıs 2012 ile Ekim 2012 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalının Obstetri Polikliniğine başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 28-40 haftalık rutin obstetrik değerlendirilmesi yapılan gönüllü 145 gebe ve bebekleri oluşturmaktadır.

Yüz kırk beş olgudan birinin ultrason görüntüsü olmadığı için çalışma dışında bırakılmıştır. Bir olgu DEUTFH dışında doğum yaptığı için verilerine ulaşılamamıştır. Bir olgunun ise hastane verilerinin bulunduğu dosyası bulunamamıştır. Sonuç olarak 142 gebe ve bebekleri çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm olgular formları eksiksiz doldurmuştur.

Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. Klinik olarak normal düzeyde zekaya sahip olmak
2. İlk trimester boyunca normal açlık kan şekeri seviyesine sahip olmak
3. Birinci veya ikinci trimesterlerde yapılan kromozomal anomali tarama testleri normal olmak
4. Hastalardan ve/veya kendileri hakkında karar vermeye yetkili birinci derecede yakınlarından çalışmaya katılmak için yazılı onam almış olmak

Çalışmadan Dışlama Kriterleri

1. 18 yaşından küçük, 45 yaşından büyük gebeler
2. Klinik olarak mental retardasyonun olması
3. Gebelik öncesinde DM tanısını almış olması
4. Çoğul gebeliğinin olması
5. Glukoz ve protein metabolizmasını etkileyebilecek herhangi bir karaciğer, böbrek ve tiroid hastalığı öyküsü olması
6. Kronik hipertansiyon öyküsünün olması
7. Kronik kalp ve kronik sistemik inflamatuvar veya enfeksiyöz hastalığının olması
8. Klinik laboratuvar değerlerinin ciddi bir hastalığı gösteriyor olması
9. 18 yaşından küçük, 45 yaşından büyük gebeler
10. Gebenin Vücut Kitle İndeksinin 18'den düşük olması
11. Sigara, alkol kullanan ve madde bağımlılığının olması

Olguların ek hastalıkları, vücut kitle indeksleri (VKİ) ve yaşları gebelikteki morbiditeyi etkilediği dolayısı ile intrauterin iyilik hali, doğum kilosuna, doğum haftası, prenatal anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyebileceğinden dışlama kriterlerine dahil edilmiştir (131,132).

3.2. YÖNTEM

Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine başvuran, gebeliğin üçüncü trimesterında olan rutin obstetrik değerlendirilmesi yapılan gebeler ve bebekleri dahil edilmiştir. Çalışma; tek merkezli, multidisipliner, prospektif gözlemsel bir araştırma olarak planlanmıştır. Mayıs 2012 ile Ekim 2012 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Obstetrik polikliniğine başvuran 145 olgu çalışmaya dahil olma ve dışlama kriterleri açısından değerlendirildikten ve çalışma konusunda bilgilendirilerek Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu işaretlendikten sonra tüm olgulara aynı hekim tarafından Doppler USG ile umbilikal arter kan akımı ölçümü yapılmıştır. Örneklem grubunun gebelik haftaları değişkenlik gösterebileceğinden umbilikal arter kan akımı ölçüm parametreleri olan sistolik diastolik (S/D) oranı değerleri gebelerin haftalarına göre persantil eğrilerinde standardize edilerek kaydedilmiştir. Ayrıca umbilikal arter sistolik kan akımının tepe hızı (PSV) değerlendirilmiştir.

Doppler USG değerlendirilmesi sonrasında tek bir görüşmeci tarafından olguların sosyo-demografik özelliklerinin kaydedildiği sosyo-demografik veri kayıt formu doldurulmuştur. Gebelerdeki depresyon riskini belirleme ve şiddetini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory (BDE)), kaygı belirtilerinin düzeyini ölçmek için Beck Anksiyete Envanteri (Beck Anxiety Inventory (BAE)), yetişkin bağlanma tiplerini değerlendirmek için Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experiences in Close Relationships-Revised (YİYE-II)) ve gebelerin prenatal dönemde fetuslarına bağlanma düzeyini tespit etmek amacıyla Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE, Prenatal Attachment Inventory) uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan ve yukarıda belirtilen değerlendirmeleri yapılan gebelerden doğan bebeklerin doğumdan hemen sonra kilo ölçümleri ve ayrıca postpartum dönemde bebeklerin anne memesine adapte olma süreleri, emzirme hemşirelerinin dosya kayıtlarına bakılarak kaydedilmiştir.

3.3. GEREÇLER:

3.3.1. Sosyo-demografik Veri Formu:

Olgulara ait sosyo-demografik ve obstetrik verileri toplamak amacıyla tarafımızdan düzenlenmiş bir formdur. Araştırmaya katılan gebelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, önceki gebelik öyküsü, cinsiyet beklentisi, anomalili çocuk doğurma öyküsü, gebelik haftası, yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı, doğum kontrol yöntemi kullanma öyküsü, gebeliğin planlanması, gebeliğin zamanlama açısından uygunluğu, gebeliği sonlandırmayı düşünme, evliliğinin kaçınıcı ayında gebe kaldığı, eşi ile ilişkisi, eşinden şiddet öyküsünün olup olmadığı, bebeklerin doğum haftaları, doğum kiloları, cinsiyetleri, doğum şekilleri ve memeye adapte oldukları süreler gebe ile görüşülerek ve dosya kayıtları incelenerek forma işaretlenmiştir.

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory-BDE):

Beck AT tarafından 1961 yılında depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hem psikiyatri hem de genel tıp hastalarına uygulanabilmektedir. Envanterin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Nesrin Hisli tarafından 1989 yılında yapılmış, güvenilirlik

çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuş ve geçerlilik yönteminde BDE ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği kullanılmıştır. Buna göre aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir. Envanterin kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ancak literatürde prenatal dönemde uygulanan bu envanter için kesme değeri 11 puan ve üstü olarak saptandığında, annenin depresyonu olduğunu ya da depresyon yönünden yüksek riskli olduğunu belirlemektedir. Bu nedenle kesme değeri, bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak on bir puan ve üstü olarak alınacaktır (133,134,135,136).

3.3.3. Beck Anksiyete Envanteri (Beck Anxiety Inventory-BAE):

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında, kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Sıfır-Üç arası puanlanan dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin puanlanmasında 0-7 puan arası minimal anksiyeteyi, 8- 15 puan arası hafif anksiyeteyi, 16- 25 puan arası orta düzeyde anksiyeteyi, 26-63 puan arası ise şiddetli düzeyde anksiyeteyi göstermektedir. Literatürde, Beck Anksiyete Envanterinin prenatal dönemde annelerin anksiyete düzeyini daha güvenli yansıttığı belirtilmiştir. Bu nedenle bizim çalışmamızda da bu envanter kullanılmıştır (137).

3.3.4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experiences in Close Relationships-Revised-YİYE-II):

Envanter, Fraley, R. C., Waller, N. G. ve Brennan, K. A. tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir. Bağlanmada temel iki boyut olan yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınmayı ölçmeyi amaçlayan yetişkinlik dönemi bağlanma stillerini değerlendiren 36 maddelik self-report bir ölçektir. Her madde 1 ile 7 arasında puan alabilen dörtlü likert tiptedir. Ölçekten Kaygılı ve Kaçınma puanı olarak iki değer elde edilir. Her iki bağlanma özelliği için minimum puan 1, maximum puan 7'dir. Kaygı ve/veya kaçınma puanlarının yüksekliği bağlanmanın güvenilir olmadığına ilişkin bilgi vermektedir. Ters yüklü maddeler uygulayıcı olarak puanı tersine çevrilerek hesaplanır ve bu maddeler 4., 8., 16., 17., 18., 20., 21., 22., 24., 26., 30., 32., 34. ve 36. maddelerdir. Kaygı skorunu hesaplamak için tek sayılı maddelerin ortalamaları alınırken kaçınma skorunu hesaplamak için çift sayılı maddelerin ortalamaları alınmaktadır. İlgili boyutları ölçen maddeler ayrı ayrı toplanıp ortalamaları alınarak her bir katılımcı için kaygı ve kaçınma puanları hesaplanmaktadır. 2005

yılında Selcuk, E., Gunaydin, G., Sumer, N. ve Uysal A. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Envanterin güvenilirlik çalışmasında gerek kaçınma, gerekse kaygı boyutları yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olup, Cronbach alfa katsayısı kaygılı bağlanma özelliği için 0.86, kaçınan bağlanma özelliği için 0.90 olarak bulunmuştur (138).

3.3.5. Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory-PAI):

1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla 1990 yılında geliştirilmiş 21 maddelik bir ölçektir. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dörtlü likert tiptedir. 1= Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Sık sık, 4=Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Bu envanterin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Sema Dereli Yılmaz ve Nezihe Kızılkaya Beji tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Türkçeye uyarlanan Prenatal Bağlanma Envanteri'nin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha = ,84$ olarak bulunmuştur.

Prenatal bağlanma davranışlarının sıklığı ve yoğunluğunun 18-22. haftalarda hızlandığı gözlemlenmiştir. Maternal fetal bağlanma davranışlarındaki artış, gestasyonel yaşla ilişkili olarak fetal hareketlerin artmasından etkilenmektedir. Buna ek olarak fetüsün 26. haftada algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir. Bu bilgiler ışığında araştırmamıza dahil edilen gebelerin gebelik haftaları, prenatal bağlanmalarının pekiştiği ve prenatal bağlanmayla ilişkili değişkenlerin daha güvenli değerlendirilmesi amacıyla 28-40 hafta olarak belirlenmiştir (68,139).

3.3.6. Obstetrik Doppler Ultrasonografi:

Fetal kardiyak kontraktibilitesi ile fetal kan dolaşımının durumu, umbilikal arter Doppler ölçümlerinde PSV ve S/D oran ile değerlendirilmektedir. Umbilikal arter S/D oranı arttıkça hipoksemi ve asidemi riskinin artmaktadır (140).

Olguların takipleri sırasında USG ile yapılan fetal biometri sonucunda fetüs ölçümleri/kilosunun 5 persentilin altında olması durumunda intrauterin gelişme geriliği (İUGG) çalışma dışı bırakılmıştır.

Olguların gebelik yaşı, son adet tarihinin ilk gününe göre tespit edilmiş, şüphede kalınan durumlarda ultrasonografi incelemelerine göre gebelik haftası belirlenmiştir.

3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesinde SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 15, Inc, USA) programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile tanımlanmıştır. Parametrik koşulları sağlayan sürekli değişkenlerde iki grup arası farkı belirlemede t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) uygulanmıştır. Parametrik koşulları sağlamayan durumlarda iki grup arasındaki farkı belirlemede Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup içeren karşılaştırmalarda da Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Sayım değerlerinin karşılaştırılmasında ise ki-kare analizi ve Fisher Kesin Test kullanılmıştır. Sürekli ve kesikli verilerin arasındaki birliktelik Pearson korelasyon katsayısı ve anlamlılığı ile incelenmiştir. Yapılan tüm analizlerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.BULGULAR

Çalışmamızın verileri beş bölümde sunulmuştur. İlk olarak annelerin sosyo-demografik özellikleri, annelerin geçmiş gebelik öykülerine ilişkin veriler, annelerin şimdiki gebeliklerine ilişkin veriler, doğum haftası, doğum şekli, doğum kilosu, bebeğin cinsiyeti, bebeğin memeye adapte olduğu süre, YİYE-II Kaygı puanları, YİYE-II Kaçınma puanları, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları, Prenatal Bağlanma Envanteri puanları ile Doppler ultrasonografi verileri aktarılmıştır. İkinci bölümde annelerin bebeklerine prenatal bağlanmalarına etki eden faktörlere ait bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölüm annelerin yetişkin bağlanma özellikleri, gebeliklerinde anksiyete ve depresyon düzeyi ile prenatal bağlanmanın ilişkisini değerlendiren verilerden oluşmaktadır. Dördüncü bölümde ise annelerin yetişkin bağlanma özellikleri, gebeliklerinde anksiyete ve depresyon düzeyi ile bebeğin intrauterin gelişimi ve doğum kilosunun ilişkisini değerlendiren analizlerin sonuçları verilmiştir. Son bölümde ise annelerin prenatal bağlanmaları ile bebeğin intrauterin gelişimi, doğum kilosu ve memeye adapte olduğu süreye etkisine ait veriler aktarılmıştır.

4.1. ANNELERE AİT SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR

4.1.1. Yaş:

Çalışmaya katılan tüm gebeler 19-43 yıl aralığındadır. Gebelerin yaş ortalaması (ort) $\pm$ standart sapma (SS) 28.9 $\pm$ 5.1 yıldır.

4.1.2. Gebelik Haftası:

Çalışmaya katılan gebelerin çalışmaya alındıklarında gebelik haftası aralığı 28-40 haftadır. Çalışmaya alınan gebelerin gebelik haftası ortalaması ($\pm$ SS) 33.60 $\pm$ 3.04'dür.

4.1.3. Evliliklerinin Kaçınıcı Ayında Gebe Kaldığı:

Çalışmaya katılan gebelerin gebe kalma ayları aralığı 1.-228. aydır. Gebelerin ortalama ($\pm$ SS) gebe kalma ayları 67.2 $\pm$ 9.6 aydır.

4.1.4. Çalışmaya Katılan Annelere Ait Diğer Sosyodemografik Bulgular:

Çalışmaya katılan gebelerin eğitim düzeyi, meslek, medeni hali, aile yapısı, eşi ile ilişkisinden oluşan sosyodemografik bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Annelerin eğitim düzeyini, mesleki durumunu, medeni halini, aile yapısını ve eşi ile ilişkisini gösteren sosyodemografik bulgular

	Olgu sayısı (N)	Yüzde (%)
Eğitim düzeyi		
İlkokul-ortaokul	59	40.7
Lise	45	31.0
Yüksek okul	41	28.3
Toplam	145	100.0
Meslek		
Ev hanımı	105	72.4
Kamuda görevli	26	17.9
Serbest	13	9.0
Öğrenci	1	0.7
Toplam	145	100.0
Medeni hali		
Evli	143	98.6
Ayrı-boşanmış	1	0.7
Dul	1	0.7
Toplam	145	100.0
Aile yapısı		
Tek ebeveyn	2	1.4
Çekirdek aile	125	86.2
Geniş aile	18	12.4
Toplam	145	100.0
Eşi ile ilişkisi		
Çok iyi	59	40.7
İyi	73	50.3
Orta	12	8.3
Çok kötü	1	0.7
Toplam	145	100.0

4.2. ANNELERİN OBSTETRİK ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN VERİLER

4.2.1. Annelerin Gebelik Sayısı

Çalışmaya katılan annelerin gebelik sayısı ortalaması ($\pm$ SS) 1.93 ± 0.95 'tür. Çalışma örnekleminde minimum gebelik sayısı bir, maksimum gebelik sayısı altıdır. Annelerin gebelik sayılarına ilişkin veriler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Annelerin gebelik sayısı

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
Gebelik sayısı		
1	56	38.6
2	54	37.2
3	25	17.2
4	9	6.3
5	0	0.0
6	1	0.7
Toplam	145	100.0

4.2.2. Annelerin Geçmiş Gebelik Öykülerine İlişkin Veriler

Annelerin geçmiş gebeliklerine ilişkin veriler olarak isteğe bağlı sonlandırma öyküsü, hastalık veya anomali nedeniyle sonlandırma öyküsü, spontan abortus öyküsü, ölü doğum öyküsü, sahip olduğu çocuk sayısı, anomalili çocuk doğurma öyküsü ve şimdiki gebeliğinin yardımcı üreme teknikleriyle olup olmadığı araştırılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 3. Annelerin geçmiş gebelik öykülerine ilişkin veriler

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
İsteğe bağlı sonlandırma		
Var	13	9.0
Yok	132	91.0
Toplam	145	100.0
Hastalık/anomali nedeniyle sonlandırma		
Var	5	3,4
Yok	140	96.6
Toplam	145	100.0
Spontan abortus		
Var	18	12.4
Yok	127	87.6
Toplam	145	100.0
Ölü doğum		
Var	6	4.1
Yok	139	95.9
Toplam	145	100.0
Bu gebelikten önce sahip olduğu çocuk sayısı		
Yok	68	46.9
1	57	39.3
2	19	13.1
3	1	0.7
Toplam	145	100.0
Anomalili çocuk doğurma öyküsü		
Var	4	2.8
Yok	141	97.2
Toplam	145	100.0

4.3. ANNELERİN ŞİMDİKİ GEBELİĞİNDE PSİKOSOSYAL RİSK ETMENLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Çalışmaya dahil edilen gebelerin şimdiki gebeliklerinde psikososyal risk etmenlerine ilişkin verilerden, gebe kalmadan önce doğum kontrol kullanma öyküsü olup olmadığı, şimdiki gebeliğinin doğum kontrol yöntemi kullanmış olmasına rağmen gerçekleşip gerçekleşmediği, gebeliğinin zamanlamasının uygunluğu, şimdiki gebeliğinde düşündüğü çocuk sayısına ulaşp ulaşmadığı, gebeliğini sonlandırma düşüncesinin olup olmadığı, cinsiyet düşüncesi ve gebeliği süresince şiddet görüp görmediği araştırılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Annelerin şimdiki gebeliğinde psikososyal risk etmenlerine ilişkin veriler

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
Doğum kontrol kullanma öyküsü		
Var	31	21.4
Yok	65	44.8
Gebelik için kesmiş	49	33.8
Toplam	145	100.0
Doğum kontrol yöntemi kullanmasına rağmen gebe kalma		
Evet	19	13.1
Hayır	126	86.9
Toplam	145	100.0
Gebeliğin zamanlamasının uygunluğu		
Evet	109	75.2
Hayır	36	24.8
Toplam	145	100.0
Düşünülen çocuk sayısına ulaştı mı?		
Evet	89	61.4
Hayır	48	33.1
Bilmiyor	8	5.5
Toplam	145	100.0
Yardımcı üreme tekniği ile gebelik		
Var	6	0.7
Yok	139	99.3
Toplam	145	100.0
Bu gebeliğini sonlandırma düşüncesi		
Evet	15	10.3
Hayır	130	89.7
Toplam	145	100.0
Gebelikte şiddet öyküsü		
Var	1	0.7
Yok	144	99.3
Toplam	145	100.0
Cinsiyet beklentisi		
Kız	62	42.8
Erkek	41	28.3
Beklentisi yok	42	29.0
Toplam	145	100.0

4.4. ANNELERİN YİYE-II (KAYGI VE KAÇINMA PUANLARI), PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ, BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ ORTALAMALARI

Çalışmaya dahil edilen 145 olgunun YİYE-II (Kaygı ve Kaçınma puanları), Prenatal Bağlanma Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğini eksiksiz doldurmuşlardır. Olguların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri Tablo 5’de özetlenmiştir.

Tablo 5. Çalışmaya dahil edilen 145 olgunun psikometrik ölçek puan ortalamaları

	Ortalama±Standart Sapma	Min-max değerleri
YİYE-II Kaygı puanı	3.144±0.887	1.500-5.615
YİYE-II Kaçınma puanı	2.337±0.907	1.000-5.313
Prenatal Bağlanma Envanteri	63.85±9.6	34-82
Beck depresyon ölçeği puanı	9.41±6.37	0-44
Beck anksiyete ölçeği puanı	14.35±8.89	2-55

*YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experiences in Close Relationships-Revised-II)

4.4.1. Beck Depresyon Ölçeği Kesme Puanına göre Olguların Dağılımı:

Beck depresyon ölçeğini tüm olgular eksiksiz doldurmuştur. Literatürde prenatal dönemde uygulandığında 11 puan ve üstünün olarak saptandığında, annenin depresyonu olduğunu ya da depresyon yönünden yüksek riskli olduğunu belirlediği bildirilmiştir. Bu nedenle kesme değeri, bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak 11 puan ve üstü olarak alınmıştır (133, 134, 135, 136). Olguların kesme puanına göre dağılımını gösteren bulgular Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Beck Depresyon Ölçeği kesme puanına göre olguların dağılımı

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
0-10 puan	91	62.8
11 ve üzeri	54	37.2
Toplam	145	100.0

4.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği:

Beck anksiyete ölçeğini tüm olgular eksiksiz doldurmuştur. Örneklem Beck Anksiyete ortalama puanı 14.35 ± 8.89 'dur. Minimum puan iki maksimum puan 55'dir. Ölçeğin puanlanmasında 0-7 puan arası minimal anksiyeteyi, 8- 15 puan arası hafif anksiyeteyi, 16-25 puan arası orta düzeyde anksiyeteyi, 26-63 puan arası ise şiddetli düzeyde anksiyeteyi göstermektedir. Literatürde, Beck Anksiyete Envanterinin prenatal dönemde annelerin anksiyete düzeyini daha güvenli yansıttığı belirtilmiştir (137). Olguların anksiyete düzeylerinin puanlarına göre dağılımını gösteren veriler Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. Beck Anksiyete Ölçeği anksiyete düzeylerine göre olguların dağılımı.

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
0-7 puan	35	24.1
8-15 puan	52	35.9
16-25 puan	43	29.7
26-63 puan	15	10.3
Toplam	145	100.0

4.5. DOPPLER ULTRASONOGRAFİ VERİLERİ:

Tüm örneklem Umlikal arter tepe akım hızı (PSV) ortalaması 41.15 ± 10.60 santimetre/saniye (cm/s)'dir. Minimum değer 20.06 cm/s maksimum değer 80.68 cm/s'dir. PSV değerinin normalitesi sistolik diastolik orana (S/D) bakılarak değerlendirilir. Eğer S/D oran normalse PSV değeri de normal kabul edilir. Örneklem S/D oranı persantil ortalaması 55.37 ± 27.58 'dir. Minimum 1 persantil maksimum değer 98 persantildir. S/D oranı persantili, 3 persantilin altında olması ya da 97 persantilin üzerinde olması patolojiktir. Çalışmamızın örneklemde S/D oranı persantili 3 persantilin altında olan gebe sayısı 6, 97 persantilin üzerinde olan gebe sayısı ise 2'dir.

4.6. DOĞUMA İLİŞKİN VERİLER

4.6.1. Doğum Haftası:

Çalışmaya katılan gebelerin doğum haftası aralığı 32-41 haftadır. Gebelerin doğum yaptığı haftaların ortalaması ($\pm$ SS) 38.8 ± 1.2 'dir.

4.6.2. Doğum Şekli:

Çalışmaya katılan gebelerin 77'si (%53.1) normal spontan vajinal doğum (NSVD) yoluyla, 66'sı (%45.5) sezaryan (C/S) ile doğum yapmıştır.

4.6.3. Doğum Kilosu:

Çalışmaya katılan annelerden doğan bebeklerin doğum kilosu 1850-4670 gram aralığındadır. Bebeklerin doğum kilosu ortalaması ($\pm$ SS) 3270 ± 481.7 gramdır.

4.7. BEBEKLERİN CİNSİYETİ VE MEMEYE ADAPTE OLMA ZAMANINA İLİŞKİN VERİLER

Çalışmaya dahil edilen annelerin bebeklerinin cinsiyetleri ve memeye adapte olma zamanlarına ilişkin veriler Tablo 8'de aktarılmıştır.

Tablo 8. Bebeklerin cinsiyeti ve doğumdan sonra memeye adapte olma zamanı

Bebeklerin cinsiyeti	N (%):
Kız	70 (48.3)
Erkek	73 (50.3)
Toplam*	143 (98.6)
Memeye adapte olma zamanı	
Doğumdan sonraki ilk 2 saat içinde	49 (33.8)
Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde	33 (22.8)
Doğumdan sonraki ilk hafta içinde	30 (20.7)
Doğumdan 1 hafta sonra	30 (20.7)
Toplam**	142 (97.9)

*Bir hastanın veri-kayıt dosyası bulunamadı; Bir hastanın da doğumu dış merkezde gerçekleşmiş.

** İki hastanın veri-kayıt dosyaları bulunamadı; Bir hastanın doğumu dış merkezde gerçekleşmiş.

4.8. ANNELERİN PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ SONUÇLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN VE PSİKOSOSYAL RİSK ETMENLERİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

4.8.1. Annelerin Yaşı ile Prenatal Bağlanmanın ilişkisi

Annelerin yaşı ile prenatal bağlanmanın arasındaki ilişki korelasyon analizi ile araştırılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 9. Annenin yaşı ile prenatal bağlanmanın ilişkisi

		PBE**
Anne Yaşı	r*	0.011
	p	0.896

*Pearson korelasyon testi

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.2. Annelerin Eğitim Durumu ve Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının ilişkisi

Annelerin eğitim düzeyi ile bebeklerine prenatal bağlanmaları arasındaki ilişki One Way ANOVA analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Bulgular Tablo 10’da belirtilmiştir.

Tablo 10. Annelerin eğitim düzeyi ve prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisi

Eğitim durumu	Olgu Sayısı (N)	PBE**	p	F
		Ortalama±SS		
İlkokul-ortaokul	59	62.54±10.07	0.327	1.126*
Lise	45	64.11±9.10		
Yüksekokul	41	65.44±9.41		
Toplam	145	63.85±9.60		

*One Way ANOVA; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.3. Annelerin Çalışma Durumu ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının İlişkisi

Çalışmaya katılan annelerden kamuda görevli olan, serbest çalışan, öğrenci olanlar çalışan olgu grubuna dahil edilerek istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Çalışan anneler ile ev hanımı olan annelerin bebeklerine prenatal bağlanması arasındaki farkın karşılaştırılması için t test uygulanmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Bulgular Tablo 11’de belirtilmiştir.

Tablo 11. Çalışan anneler ile ev hanımı olan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarıyla ilişkisi açısından karşılaştırılması

Anne Mesleği	N (%)	PBE**	p	t*
		Ortalama±SS		
Ev hanımı	105 (72.4)	63.08±9.80	0.467	-1.651
Çalışan	40 (27.6)	65.88±8.85		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

*T test; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.4. Şimdiki Gebeliklerinde Ek Hastalığı Olan Anneler ile Ek Hastalığı Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Annelerin şimdiki gebeliklerinde ek hastalığı olanlar ve ek hastalığı olmayanlar arasında bebeklerine bağlanmaları arasında fark olup olmadığına t test ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı fark (p=0.026) saptanmıştır. Bulgular Tablo 12’de belirtilmiştir.

Tablo 12. Şimdiki gebeliklerinde ek hastalığı olan anneler ile ek hastalığı olmayan annelerin prenatal bağlanmalarının karşılaştırılması

Gebelikte ek hastalık	N (%)	PBE**	p	t*
		Ortalama±SS		
Var	47 (32.4)	66.40±9.16	0.026	2.250
Yok	98 (67.6)	62.62±9.61		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* T test; SS: Standart Sapma

** PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.5. Geçmiş Gebeliklerinde Olumsuz Perinatal Öyküsü Olan Anneler ile Olumsuz Perinatal Öyküsü Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Annelerin geçmişinde isteğe bağlı sonlandırma öyküsü, hastalık veya anomali nedeniyle sonlandırma öyküsü, spontan abortus öyküsü, ölü doğum öyküsü, anomalili çocuk doğurma öyküsünden en az biri olanlar olumsuz perinatal öyküsü olan olgular olarak gruplanmıştır. Olumsuz perinatal öyküsü olan grup ile olumsuz perinatal öyküsü olmayan grubun bebeklerine prenatal bağlanmaları açısından farkın olup olmadığına t testle bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Bulgular Tablo 13’de özetlenmiştir.

Tablo 13. Geçmiş gebeliklerinde olumsuz perinatal öyküsü olan anneler ile olumsuz perinatal öyküsü olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

	N (%)	PBE**	p	t*
		Ortalama±SS		
Olumsuz perinatal öykü			0.082	1.771
Var	35 (24.1)	61.43±9.15		
Yok	110 (75.9)	64.62±9.65		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* T test; SS: Standart Sapma.

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.6. Annelerin Geçmiş Gebeliğinde İsteğe Bağlı Sonlandırma Öyküsü, Hastalık veya Anomali Nedeniyle Sonlandırma Öyküsü, Spontan Abortus Öyküsü, Ölü Doğum Öyküsü, Anomalili Çocuk Doğurma Öyküsü Olan Anneler ile Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Annelerin geçmiş gebelik öykülerinde isteğe bağlı sonlandırma öyküsü, hastalık veya anomali nedeniyle sonlandırma öyküsü, spontan abortus öyküsü, ölü doğum öyküsü, anomalili çocuk doğurma öyküsü olan anneler ile olmayan annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçlarının karşılaştırıldığında parametrik koşullar sağlanmadığı için non parametrik bir test olan Mann Whitney U testi ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Bulgular Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14. Geçmiş gebeliklerinde isteğe bağlı sonlandırma öyküsü, hastalık veya anomali nedeniyle sonlandırma öyküsü, spontan abortus öyküsü, ölü doğum öyküsü, anomalili çocuk doğurma öyküsü olan anneler ile olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

	N(%)	PBE	p	z*
		Ortalama±SS		
İsteğe bağlı sonlandırma			0,442	-0.769
Var	13 (9.0)	62.15±9.33		
Yok	132 (91.0)	64.02±9.65		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		
Hastalık/anomali nedeniyle sonlandırma öyküsü			0.084	-1.729
Var	5 (3.4)	56.60±8.38		
Yok	140 (96.6)	64.11±9.57		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		
Spontan Abortus Öyküsü			0.427	-0.795
Var	18 (12.4)	61.78±9.94		
Yok	127 (87.6)	64.14±9.56		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		
Ölü doğum öyküsü			0.318	-0.998
Var	6 (4.1)	59.83±9.36		
Yok	139 (95.9)	64.02±9.61		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		
Anomalili çocuk doğurma öyküsü			0.554	-0.592
Var	4 (2.8)	61.75±4.27		
Yok	141 (97.2)	63.91±9.71		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

*Mann Whitney U testi; SS: Standart Sapma.

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.7. İlk Gebeliği Olan Anneler ile Yaşayan Çocuğu Olan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

İlk gebeliği olan anneler ile yaşayan çocuğu olan annelerin bebeklerine prenatal bağlanma açısından farklılık olup olmadığı t test ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Veriler Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. İlk gebeliği olan anneler ile yaşayan çocuğu olan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

	N (%)	PBE	p	t*
		Ortalama±SS		
Yaşayan çocuk				
Var	68 (46.9)	65.22±9.25	0.106	1.626
Yok	77 (53.1)	62.64±9.80		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

*T test ; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.8. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Anneler ile Doğal Yolla Gebe Kalan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarla doğal yolla gebe kalanlar kadınlar arasındaki prenatal bağlanma açısından fark olup olmadığına parametrik koşullar sağlanamadığı için non parametrik bir test olan Mann Whitney U testi ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Bulgular Tablo 16’da özetlenmiştir.

Tablo 16. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan anneler ile doğal yolla gebe kalan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

	N (%)	PBE**	p	z*
		Ortalama±SS		
Yardımcı üreme teknikleri			0.751	-0.318
Var	6 (4.1)	64.17±12.78		
Yok	139 (95.9)	63.83±9.50		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* Mann Whitney U; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.9. Gebeliği Planlanmış Olan Anneler ile Gebeliği Planlanmamış Olan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik veri formunda, şimdiki gebeliğinde, doğum kontrol yöntemlerinden birini kullanmış olmasına rağmen gebe kalmış ve gebelik nedeniyle doğum kontrol yöntemini kullanmayı bırakmış olan annelerin gebeliği plansız olarak gruplanmıştır. Planlayarak gebe kalan annelerle planlamadan gebe kalan annelerin prenatal bağlanmaları açısından aralarındaki farka parametrik bir test olan t test ile bakılmıştır. Planlı gebeliği olan annelerin gebeliği plansız olan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bebeklerine bağlanmaları daha yüksek bulunmuştur (p=0.015). Sonuçlar Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Gebeliği planlanmış olan anneler ile gebeliği planlanmamış olan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

	N (%)	PBE**	p	t*
		Ortalama±SS		
Planlı gebelik	65 (44.8)	66.03±10.20	0.015	2.472
Plansız gebelik	80 (55.2)	62.08±8.76		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

*T test; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.10. Gebeliğin Zamanlamasının Uygun Olduğunu Düşünen Anneler ile Gebeliğin Zamanlamasının Uygun Olmadığını Düşünen Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gebeliğin zamanlamasının uygun olduğunu düşünen anneler ile gebeliğin zamanlamasının uygun olmadığını düşünen annelerin bebeklerine prenatal bağlanmaları açısından fark olup olmadığı parametrik bir test olan t test ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Bulgular Tablo 18’de özetlenmiştir.

Tablo 18. Gebeliğin zamanlamasının uygun olduğunu düşünen anneler ile gebeliğin zamanlamasının uygun olmadığını düşünen annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Gebeliğin zamanlamasının uygunluğu	N (%)	PBE**	p	t*
		Ortalama±SS		
Evet, uygun	109 (75.2)	64.65±9.60	0.080	1.764
Hayır, uygun değil	36 (24.8)	61.42±9.32		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* T test; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.11. Düşündüğü Çocuk Sayısına Bu Gebeliğinde Ulaştığını Düşünen Anneler ile Düşündüğü Çocuk Sayısına Ulaştığını Düşünmeyen Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Düşündüğü çocuk sayısına bu gebeliğinde ulaştığını düşünen anneler ile düşündüğü çocuk sayısına ulaştığını düşünmeyen anneler arasında prenatal bağlanma açısından fark olup olmadığı parametrik bir test olan t test ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bulgular Tablo 19’da özetlenmiştir.

Tablo 19. Düşündüğü çocuk sayısına bu gebeliğinde ulaştığını düşünen anneler ile düşündüğü çocuk sayısına ulaştığını düşünmeyen annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

	N (%)	PBE**	p	t*
		Ortalama±SS		
Düşündüğü çocuk sayısına ulaşma			0.133	-1.515
Evet	89 (61.4)	62.81±9.93		
Hayır	48 (38.6)	65.27±8.57		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* T test; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.12. Gebeliğini Sonlandırma Düşüncesi Olan Anneler ile Gebeliği Sonlandırma Düşüncesi Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gebeliğini sonlandırma düşüncesi olan anneler ile gebeliği sonlandırma düşüncesi olmayan annelerin prenatal bağlanmaları açısından fark olup olmadığına parametrik koşullar sağlanamadığı için non parametrik bir test olan Mann Whitney U testi ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Bulgular Tablo 20’de özetlenmiştir.

Tablo 20. Gebeliğini sonlandırma düşüncesi olan anneler ile gebeliği sonlandırma düşüncesi olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Mevcut gebeliği sonlandırma düşüncesi	N (%)	PBE**	p	Z*
		Ortalama±SS		
Evet	15 (10.3)	60.87±7.52	0.162	-1.397
Hayır	130 (89.7)	64.19±9.78		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* Mann Whitney U testi; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.13. Gebeliklerinde Kız Bebek Beklentisi Olan, Erkek Bebek Beklentisi Olan ve Cinsiyet Beklentisi Olmayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Gebeliklerinde kız bebek beklentisi olan, erkek bebek beklentisi olan ve cinsiyet beklentisi olmayan annelerin ile bebeklerine prenatal bağlanmaları arasında fark olup olmadığına One Way ANOVA testi ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Veriler Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21. Gebeliklerinde kız bebek beklentisi olan, erkek bebek beklentisi olan ve cinsiyet beklentisi olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Cinsiyet beklentisi	N (%)	PBE**	p	F
		Ortalama±SS		
Kız	62 (42.8)	62.63±9.14	0.260	1.359
Erkek	41 (28.3)	65.80±8.84		
Beklentisi olmayanlar	42 (29.0)	63.74±10.82		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* One Way ANOVA testi; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.14. Çekirdek Aileye Sahip ve Çekirdek Dışı Ailede Yaşayan Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen bir olgu tek ebeveyndir. Bu olgu geniş aile grubuna dahil edilerek çekirdek olmayan aile grubu oluşturulmuş ve istatistiksel analizler yapılmıştır. Çekirdek aileye sahip ve çekirdek dışı ailede yaşayan annelerin prenatal bağlanmaları açısından fark olup olmadığına parametrik koşullar sağlanamadığı için non parametrik bir test olan Mann Whitney U testi ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Çekirdek aileye sahip ve çekirdek dışı ailede yaşayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

	N (%)	PBE**	p	Z*
		Ortalama±SS		
Çekirdek aile	125 (86.2)	63.60±9.62	0.399	-0.843
Çekirdek dışı aile	20 (13.8)	65.40±9.61		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* Mann Whitney U testi; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.15. Annelerin Gebeliklerindeki Eş İlişkisinin Kalitesinin Prenatal Bebeklerine Bağlanma Envanteri Sonuçları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Annelerin gebeliklerindeki eş ilişkisinin kalitesi ile bebeklerine prenatal bebeklerine bağlanması arasındaki ilişki parametrik koşullar sağlanamadığı için non parametrik bir test olan Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Analizler, eş ilişkisi çok kötü olan bir olgu, eş ilişkisi orta olan gruba dahil edilerek eş ilişkisi ‘çok iyi’, ‘iyi’ ve orta’ olmak üzere, üç gruba yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=0.012$) saptanmıştır. Bulgular Tablo 23’de sunulmuştur. Ancak gruplar arasındaki farkın anlamlılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için, her iki grup Mann Whitney U testi ile tek tek karşılaştırılmıştır. Bu analiz sonucunda grup içi prenatal bağlanma açısından farkın eşi ile ilişkisi ‘çok iyi’ olan anneler ile eşi ile ilişkisi ‘iyi’ olan annelerden kaynaklandığı saptanmıştır. Veriler Tablo 24’de özetlenmiştir.

Tablo 23. Annelerin gebeliklerindeki eş ilişkisinin kalitesinin prenatal bağlanma envanteri sonuçları ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Eşi ile ilişki	N (%)	PBE**	p	df*
		Ortalama±SS		
Çok iyi	59 (40.7)	66.85±8.63	0.012	2
İyi	73 (50.3)	61.56±9.47		
Orta	13 (9.0)	63.08±11.47		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

*Kruskal Wallis testi; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

Tablo 24. Prenatal bağlanma envanteri sonuçlarına göre annelerin gebeliklerindeki eş ilişkisi kalitesine ilişkin gruplar arası farkın karşılaştırılması

Eşi ile ilişkisi	Olgu Sayısı (N)	p	Z*
Çok iyi	59	0.003	-2.988
İyi	73		
Çok iyi	59	0.238	-1.179
Orta	13		
İyi	73	0.736	-0.338
Orta	13		

*Mann Whitney U testi

4.8.16. Annelerin Gestasyonel Yaşı ve Doğum Haftalarının Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile İlişkisi

Annelerin gestasyonel yaşı ve doğum haftalarının prenatal bağlanma ile ilişkisine pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Tablo 25’de özetlenmiştir.

Tablo 25. Annelerin çalışma sırasındaki gestasyonel yaşı ve doğum haftalarının prenatal bağlanma envanteri sonuçları ile ilişkisi

	PBE***	N
Gestasyonel yaş		145
r*	0.057	
p	0.495	
Doğum haftası		143**
r*	-0.008	
p	0.924	

*Pearson korelasyon analizi; SS: Standart Sapma

** Bir hastanın veri-kayıt dosyası bulunamadı; Bir hastanın da doğumu dış merkezde gerçekleşmiş

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.8.17. Bebeklerin Cinsiyeti ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Bebeklerin kız ya da erkek cinsiyette olmaları ile annelerin prenatal bağlanmaları açısından farklılık olup olmadığına parametrik bir test olan t test ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bulgular Tablo 26’da özetlenmiştir.

Tablo 26. Bebeklerin cinsiyeti ile prenatal bağlanma envanterinin sonuçlarının karşılaştırılması

	N (%)	PBE**	p	t*
		Ortalama±SS		
Bebek cinsiyet			0.922	0.099
Kız	70 (48.3)	64.10±9.77		
Erkek	73 (50.3)	63.95±8.95		
Toplam	143 (98.6)***	63.85±9.60		

*T testi; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

*** İki hastanın doğumu dış merkezde gerçekleşmiştir.

4.9. ANNELERİN KENDİ BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ İLE PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ

Annelerin Kaygılı ve Kaçınan bağlanma özelliklerinin prenatal bağlanmaları ile arasındaki ilişkiye pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Bağlanma özelliği açısından Kaygı puanları yüksek olan anneler ile annelerin bebeklerine prenatal bağlanma puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ($p = 0.001$) bir negatif korelasyon saptanmıştır. Bulgular Tablo 27’de sunulmuştur.

Tablo 27. Annelerin Kaygılı ve Kaçınan bağlanma özellikleri ile prenatal bağlanma envanteri sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	PBE**	
YİYE-II Kaygı puanı	r^*	-0.274
	p	0.001**
YİYE-II Kaçınma puanı	r^*	-0.121
	p	0.146

* Pearson korelasyon analizi; SS: Standart Sapma.

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

*** YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experiences in Close Relationships-Revised)

4.10. ANNELERİN GEBELİKLERİNDEKİ ANKSİYETE VE DEPRESYONUN PRENATAL BAĞLANMA İLE İLİŞKİSİ

4.10.1. Annelerin Gebeliklerindeki Anksiyete ve Depresyonun Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile İlişkisi

Annelerin gebeliklerinde anksiyete ve depresyon puanları ile bebeklerine prenatal bağlanma envanteri sonuçları arasındaki ilişkiye pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği puanları yüksek olan anneler ile bu annelerin bebeklerine prenatal bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p=0.005$) negatif bir korelasyon saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Annelerin gebeliklerindeki Beck Anksiyete Ölçeğinden elde edilen anksiyete puanları ve Beck Depresyon Ölçeğinden elde edilen depresyon puanları ile prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

	PBE**	
Beck anksiyete ölçeği	r*	-0.089
	p	0.288
Beck depresyon ölçeği	r*	-0.231
	p	0.005**

*Pearson korelasyon analizi; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.10.2. Annelerin Beck Anksiyete Ölçek Puanları ile Belirlenen Anksiyete Düzeyleri ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

Annelerin Beck Anksiyete Ölçek puanları ile belirlenen farklı anksiyete düzeyleri ile bebeklerine prenatal bağlanmaları açısından fark olup olmadığına One Way ANOVA analizi ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Veriler Tablo 29’da sunulmuştur.

Tablo 29. Annelerin Beck Anksiyete Ölçek puanları ile belirlenen farklı anksiyete düzeyleri ile prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

	N (%)	PBE**	p	F
		Ortalama±SS		
Beck Anksiyete Ölçek puanları				
0-7	35 (24.1)	62.97±11.16	0.781	0.362*
8-15	52 (35.9)	64.88±8.67		
16-25	43 (29.7)	63.21±9.22		
26-63	15 (10.3)	64.13±10.50		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

* One Way ANOVA; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.10.3. Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanları ile Belirlenen Depresyon Düzeyleri ile Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

Annelerin Beck Depresyon Ölçek puanları ile belirlenen depresyon düzeyleri ile bebeklerine prenatal bağlanmaları açısından fark olup olmadığı t test ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Veriler Tablo 30’da sunulmuştur.

Tablo 30. Annelerin Beck Depresyon Ölçek puanları ile belirlenen depresyon düzeyleri ile prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

		PBE**	p	t*
Beck Depresyon ölçeği	N(%)	Ortalama±SS		
11 altı	91 (62.8)	65.04±9.66	0.051	1.965
11 ve üzeri	54 (37.2)	61.83±9.24		
Toplam	145 (100.0)	63.85±9.60		

*T-test; SS: Standart Sapma.

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

4.11. ANNELERİN KENDİ BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ İLE BEBEKLERİNİN İNTRAUTERİN GELİŞİMİ VE DOĞUM KİLOSUNUN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Annelerin Kaygılı ve Kaçınan bağlanma özellikleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi ve doğum kilosuyla arasındaki ilişkiye pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Bağlanma özelliği açısından kaçınma puanları yüksek olan annelerle, bu annelerin bebeklerinin doğum kiloları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ($p = 0.006$) negatif bir korelasyon saptanmıştır. Bulgular Tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31. Annelerin kaygılı ve kaçınan bağlanma özellikleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi ve doğum kilosuyla arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	PSV	S/D Oran Persantili	Doğum kilosu
YİYE-II Kaygı puanı			
r*	-0.056	0.079	-0.016
p	0.505	0.342	0.846
YİYE-II Kaçınma puanı			
r*	-0.148	0.015	-0.227
p	0.076	0.856	0.006**

*Pearson korelasyon analizi; SS: Standart Sapma

** YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experiences in Close Relationships-Revised)

***PSV: Umbilikal arter sistolik tepe akım hızı, S/D Oran Persantili: Umbilikal arter sistolik diastolik oranı persantili

4.12. ANNELERİN GEBELİKLERİNDEKİ ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE BEBEKLERİNİN İNTRAUTERİN GELİŞİMİ VE DOĞUM KİLOSUNUN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.12.1. Annelerin Gebeliklerindeki Anksiyete Puanları ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi

Annelerin gebeliklerindeki Beck Anksiyete Ölçek puanları ile belirlenen anksiyete puanları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosuna arasındaki ilişkiye pearson korelasyon analizi ile bakılmış, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 32’de özetlenmiştir.

Tablo 32. Annelerin gebeliklerindeki Beck Anksiyete Ölçeği ortalamaları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi ve doğum kilosuyla ilişkisinin değerlendirilmesi

	PSV	S/D Oran Persantili	Doğum kilosu
Beck Anksiyete Ölçeği			
r*	-0.020	-0.120	-0.002
p	0.809	0.151	0.981

*Pearson korelasyon analizi; SS: Standart Sapma

**PSV: Umblikal arter sistolik tepe akım hızı, S/D Oran Persantili: Umblikal arter sistolik diastolik oranı persantili

4.12.2. Annelerin Gebeliklerindeki Anksiyete Düzeyleri ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi

Annelerin gebeliklerindeki Beck Anksiyete Ölçek puanları ile değerlendirilen anksiyete düzeyleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosu arasındaki ilişkinin incelenmesinde One Way ANOVA analizi kullanılmış, bu değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Veriler Tablo 33’de sunulmuştur.

Tablo 33. Annelerin gebeliklerindeki Beck Anksiyete Ölçek puan dağılımları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosuna arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	PSV			S/D Oran Persantili			Doğum Kilosu		
	Ortalama±SS	p	F*	Ortalama±SS	p	F*	Ortalama±SS	p	F*
Beck Anksiyete Ölçek puanları									
0-7	40.52±10.98	0.741	0.417	56.08±24.93	0.207	1.538	3340.24±520.58	0.729	0.434
8-15	41.27±10.56			57.23±28.38			3262.77±529.27		
16-25	42.28±10.52			57.55±28.09			3216.56±438.98		
26-63	38.95±10.73			41.06±27.64			3300.36±319.52		
Toplam	41.15±10.60			55.37±27.58			3270.97±481.76		

*One Way ANOVA analizi; SS: Standart Sapma

**PSV: Umbilikal arter tepe akım hızı, S/D Oran Persantili: Umbilikal arter sistolik diastolik oranı persantili

4.12.3. Annelerin Gebeliklerindeki Beck Depresyon Ölçeği Ortalamaları ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi

Annelerin gebeliklerindeki Beck Depresyon Ölçek puanları ile belirlenen depresyon puanları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosuyla arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bulgular Tablo 34’de verilmiştir.

Tablo 34. Annelerin gebeliklerindeki Beck Depresyon Ölçek puanları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosunun ilişkisinin değerlendirilmesi

	PSV	S/D Oran persantili	Doğum kilosu
Beck Depresyon Ölçeği			
r*	-0.149	-0.119	-0.044
p	0.074	0.155	0.602

*Pearson korelasyon analizi; SS: Standart Sapma

**PSV: Umbilikal arter sistolik tepe akım hızı, S/D Oran Persantili: Umbilikal arter sistolik diastolik oranı persantili

4.12.4. Annelerin Gebeliklerindeki Beck Depresyon Ölçeği Kesme Değerinin Üstünde veya Altında Olması ile Bebeklerinin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosunun İlişkisinin Değerlendirilmesi

Annelerin Beck Depresyon Ölçek puanları ile belirlenen depresyon düzeyleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosu açısından farklılık olup olmadığına parametrik bir test olan t test ile bakılmıştır. Beck Depresyon ölçeğinden 10 puan ve altında alan anneler ile 11 puan ve üzerinde puan alan annelerin bebekleri arasında umbilikal arter S/D oran persantili istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ($p=0.04$) farklılık bulunmuştur. Veriler Tablo 35’de sunulmuştur.

Tablo 35. Annelerin gebeliklerindeki depresyon düzeyleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosunun ilişkisinin karşılaştırılması

	PSV			S/D Oran Persantili			Doğum Kilosu		
	Ortalama±SS	p	t*	Ortalama±SS	p	t*	Ortalama±SS	p	t*
Beck Depresyon Ölçek puanları									
0-10	42.46±10.40			59.15±25.56			3305.15±513.98		
11 ve üzeri	38.93±10.67	0.052	0.509	40.01±29.86	0.040	2.082	3214.65±421.90	0.278	0.129

*T test; SS: Standart Sapma

**PSV: Umbilikal arter tepe akım hızı, S/D Oran Persantili: Umbilikal arter sistolik diastolik oranı persantili

4.13. PRENATAL BAĞLANMA İLE BEBEĞİN İNTRAUTERİN GELİŞİMİ (PSV, S/D ORAN PERSANTİLİ), DOĞUM KİLOSU ve MEMEYE ADAPTE OLDUĞU SÜRE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.13.1. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Bebeğin İntrauterin Gelişimi (PSV, S/D Oran Persantili) ve Doğum Kilosu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Annelerin prenatal bağlanma envanteri puanları ile bebeğin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosuna arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bir hastanın veri-kayıt dosyası bulunamamış olup bir hastanın da doğumu dış merkezde gerçekleşmiştir. Veriler Tablo 36’da özetlenmiştir.

Tablo 36. Annelerin prenatal bağlanma envanteri puanları ile bebeğin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	PSV	S/D Oran Persantili	Doğum kilosu
PBE			
r*	0.161	-0.082	0.002
p	0.053	0.328	0.976

* Pearson korelasyon analizi; SS: Standart Sapma

**PSV: Umbilikal arter sistolik tepe akım hızı, S/D Oran Persantili: Umbilikal arter sistolik diastolik oranı persantili

4.13.2. Prenatal Bağlanma ile Bebeğin Memeye Adapte Olduğu Süre Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Annelerin bebeklerine prenatal bağlanmaları ile bebeğin memeye adapte olduğu süre arasındaki ilişkiye One Way ANOVA analizi ile bakılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık ($p=0.017$) saptanmıştır. Prenatal bağlanmanın bebeğin memeye adapte olduğu süreyi etkilediğini gösteren bu istatistiksel analizde, gruplar arasındaki farkın anlamlılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için grup içi karşılaştırma Post Hoc testlerden Bonferroni düzeltilmeli T testi ile yapılmıştır. Gruplar arası farklılığın birinci haftadan sonra emzirmeye adapte olan annelerin bebekleri ile bir hafta içinde emzirmeye adapte olan annelerin bebeklerden kaynaklandığı, analiz sürecinde bu iki grubun ortalamalarının farkının 7.6 olduğu ve iki grup arası farklılığın p değerinin 0,009 olduğu saptanmıştır. Buna göre prenatal bağlanma envanteri puanları düşük olan annelerin bebeklerinin birinci haftadan sonra emzirmeye adapte olabildiği anlaşılmıştır. Bulgular Tablo 37’de sunulmuştur.

Tablo 37. Prenatal bağlanma ile bebeğin memeye adapte olduğu süre arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	N	PBE	F*	p
		Ortalama±SS		
Bebeğin doğumdan sonra memeye adapte olduğu süre			3.492	0.017
İlk 2 saat içinde	49	64.31±9.22		
İlk 24 saat içinde	33	63.88±10.77		
İlk 1 hafta içinde	30	67.73±7.49		
1 haftadan sonra	30	60.13±8.42		

*One Way ANOVA analizi; ; SS: Standart Sapma

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

BESİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA

Bağlanma bebekle anne (ya da birincil bakım veren) arasında gelişen ve bebekte güven duygusunu yerleştiren güçlü bir bağıdır (1). Bir annenin bebeği ile kurduğu güvenli bağ, yani maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini teşvik eden en önemli öğelerden biridir (2). Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma deneyimi daha sonra yaşayacağı bağlanma deneyimleri için temel oluşturur. Henüz tam olarak kanıtlanamamasına karşın anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu ileri sürülmektedir (9).

Annenin stresi fetal stres ile gittikçe daha çok ilişkilendirilmekte, bebeği ile bağlanmasını etkilemektedir (14,15,16). Doğum öncesi dönemde fetüsün, annenin duygulanımlarına yanıt verebildiği ve yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir (91,92). Doğum öncesi stres, günlük güçlükler, depresyon, anksiyete, öfke, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve hatta gebe kadının iyimserlik/kötümserlik yaşantıları gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Bu duygusal durumların stres hormonlarını uyardığı, bu hormonlardaki fazla aktivitenin ise fetal büyümede gecikmelere, obstetrik komplikasyonlara ve erken doğum, düşük doğum kilosu, daha az optimal motor ve zihinsel gelişim dahil doğum sonrası sonuçlara kısa ya da uzun vadede katkıda bulunduğu söylenebilir (14,15,16).

Gebelik sürecinde anne-fetüs bağlanması, bağlanma düzeyini tespit ederek ve zayıf bağlanma riski taşıyan kadınlara uygun girişimlerde bulunularak geliştirilebilmekte ve bebeklerine bağlanmada kayıtsız tavır sergileyen veya bu konu hakkında bilgisi olmayan kadınlara verilen eğitim ve motivasyondan yarar görülebilmektedir (13).

Bizim çalışmamızda, gebelerdeki anksiyetenin, depresyonun, yetişkin bağlanma özelliklerinin ve bebeklerine intrauterin bağlanma düzeylerinin fetusun umbilikal arter PSV'si ve S/D oranının persantil değeri, ayrıca doğum kilosu, bebeğin doğum sonrası bebeğin memeye adaptasyonuna kadar geçen süreye etkileri araştırılmıştır. Bu amaçla araştırmaya 19-43 yaş arasında ve gebeliğinin 3. trimesterında (28.- 40. hafta) olan rutin obstetrik değerlendirilmesi yapılan gebeler ve bebekleri dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında gebelerin anksiyete ve depresyonlarının var olup olmadığı, varsa şiddeti, yetişkin bağlanma özelliklerinin yanısıra fetuslarına geliştirdikleri bağlanma özellikleri ölçülerek kaydedilmiştir. Sayılan bu

parametrelerin fetusların intrauterin iyilik halleri olan umbilikal arter tepe PSV değeri ve S/D oranının persantil değerine ve memeye adapte oldukları süreye etkisi değerlendirilmiştir.

Prenatal bağlanmaya etki edebilecek olan etmenlerin çalışılmasında, prenatal bağlanma sürecinin gidişini belirleyen bebek-anne ikilisine ait değişkenlerin birlikte değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür. Prenatal bağlanma ile çalışmaya alınan annelere ait demografik özelliklerden anne yaşı incelendiğinde; annenin yaşı ile prenatal bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yazında, oldukça fazla sayıda araştırmacı maternal yaş ve prenatal bağlanma arasında ters bir korelasyon bildirmişlerse de, birçoğu böylesi bir korelasyonun olmadığını iletmiştir (10,55,57,72,73,83,84,85,86). Prenatal bağlanma ile ilişkili olarak maternal yaş, 28 çalışmanın dahil edildiği meta analiz ile inceleyen bir çalışmada, ilişkilerinin düşük düzeyde olduğunu göstermiştir (68). Bizim çalışmamızın sonucunda da anne yaşının prenatal bağlanma düzeyleri ile ilişkili saptanmaması, Yarcheski ve ark yaptığı metaanalitik çalışma ile benzerlik göstermektedir. Maternal yaş ve prenatal bağlanmanın ilişkisini değerlendiren Lindgren ve Mercer ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarındaki farklılıklar, çalışmalarına dahil ettikleri olguların yaş aralıklarının farklı olmasından ve örneklem büyüklüğünden kaynaklanıyor olabilir.

Prenatal bağlanma ile ilişkisi incelenen anneye ait sosyo demografik özelliklerden bir diğeri de annenin eğitim durumudur. Çalışmanın sonuçları annenin eğitim düzeyi ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki saptamazken; yazında prenatal bağlanma ile ilişkili olarak eğitim durumu incelendiğinde, annenin eğitim durumu düştüğünde prenatal bağlanmanın anlamlı biçimde arttığını bildiren, diğer yandan eğitim durumu arttıkça prenatal bağlanmanın arttığını saptayan ve eğitim durumu ile prenatal bağlanma arasında ilişkinin olmadığını belirten çalışmalara rastlanmaktadır (10,55,57,83,84,85,86,141). Prenatal bağlanma ile ilişkili olarak eğitim durumunu, 20 çalışmanın sonuçlarını meta analiz ile inceleyen bir çalışmada, ilişkilerinin düşük düzeyde olduğunu göstermiştir (68). Bizim çalışmamızda da elde ettiğimiz veriler doğrultusunda anne eğitim düzeyinin, prenatal bağlanmaya etki etmediği söylenebilir. Eğitim düzeyinin prenatal bağlanmaya etki etmemesinin sebebi eğitim düzeyi ne olursa olsun annenin koruyucu içgüdüyle bebeği için daha iyi bir intrauterin çevre yaratmak ve iyilik haline olan tehditleri ortadan kaldırmak üzere davranışsal değişiklikler geliştirmesi olabilir.

Annelerin sosyodemografik özelliklerinden çalışma durumunun prenatal bağlanma ile ilişkisi değerlendirildiğinde çalışan anneler ile ev hanımı olan annelerin bebeklerine prenatal bağlanması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışan bir anne olmak birçok anne için bebeği ile “yeterli ve sağlıklı” bir ilişki kuramama endişesini beraberinde getiriyor olabilir ve

doğum öncesi dönemde bebeğiyle ilişkili hazırlıkları yaparken yetersizlik hissi ve yetiştirememe kaygısı yaşayabilir. Yazında annelerin çalışma durumu ile prenatal bağlanmanın ilişkisini değerlendiren çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları annenin çalışmasının prenatal dönemde bağlanmaya olumsuz bir etki yapmadığına işaret etmektedir.

Prenatal bağlanma açısından annelerin şimdiki gebeliklerinde ek hastalığı olanlar ve ek hastalığı olmayanlar karşılaştırıldığında, şimdiki gebeliğinde ek hastalığı olan annelerin şimdiki gebeliğinde ek hastalığı olmayan annelere göre bebeklerine prenatal bağlanma puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yazında annelerin gebeliklerinde ek hastalığı olanlar ve olmayanlar ile prenatal bağlanmanın ilişkisini değerlendiren çalışmalara rastlanmamaktadır. Ek hastalığı olan annelerin gebelikleri konusunda daha hassas oldukları, bu nedenle gebelik takiplerine daha sık gittikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Annelerin bebeklerini ultrason ile daha uzun süre görmelerinin ve daha sık olan takipleri sırasında fazla soru sorma fırsatına sahip olmalarının prenatal bağlanmalarını arttırdığı düşünülebilir (141).

Annelerin geçmiş gebeliklerinde isteğe bağlı sonlandırma öyküsü, hastalık veya anomali nedeniyle sonlandırma öyküsü, spontan abortus öyküsü, ölü doğum öyküsü, anomalili çocuk doğurma öyküsünden en az biri olanlar olumsuz perinatal öyküsü olarak değerlendirilirken, geçmiş gebeliklerinde olumsuz perinatal öyküsü olan anneler ile olumsuz perinatal öyküsü olmayan annelerin bebeklerine prenatal bağlanmaları açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Perinatal kayıp ailelerin yaşamını derinden etkileyen travmatik bir yaşantıdır. Bebeğini kaybeden anne yıllar boyunca yas tutabilir ve bu kaybı takip eden gebelik, bağlanmayı olumsuz yönde etkileyen yoğun bir korku hissi uyandırabilir. Yazında, doğum öncesi kaybın sonraki gebelikte prenatal bağlanma üzerindeki etkisini araştıran çalışmalarda önceki fetal kayıp öyküsünün prenatal bağlanmayı olumsuz yönde etkilemediği sonucuna ulaşmıştır (139,143,144). Başka bir çalışmada perinatal kayıp öyküsü olan kadınların prenatal bağlanma düzeyleri daha düşük saptanmıştır (145). Bulgulardaki bu zıtlık Armstrong'un (2002) çalışmasında kullanılan örneklemin %90'ın üzerinde evli, beyaz ırktan ve üst-orta gelir düzeyine sahip kadınlardan oluşan oldukça homojen olmasından, Tsartsara ve Johnson'ın (2006) sonuçları küçük bir örnekleme ve fetal kayıp öyküsü olan katılımcılardan ikinci veri toplama zamanında yüksek bir drop out oranına dayanmaktadır (143,144). Bizim çalışmamızda perinatal kayıp öyküsü olan annelerle, perinatal kayıp öyküsü olmayan annelerin prenatal bağlanma açısından farklılık saptanmamıştır. Tüm gebelerin çalışmaya üçüncü trimesterde dahil edilmeleri ve bebeklerinin hareketlerini yoğun olarak hissetmeye

başlamaları, risk etmenine rağmen prenatal bağlanmanın yeterli düzeyde gelişmesini desteklemiş olabilir (69). Ayrıca perinatal kayıp öyküsü olan anneler mevcut gebeliklerinde, fetuslarına daha fazla zihinsel yatırımda bulunuyor ve ölçümlerde bağlanma düzeyleri yüksek saptanıyor olabilir. Ayrıca, çalışmamızın örnekleminin çoğunluğu evli ya da partneriyle birlikte yaşayan kadınlardan oluşmaktadır. Eş ya da aile desteğinin varlığının kadınlar üzerinde olumlu etki yaratarak kaybın üstesinden gelme ve prenatal bağlanmayı destekleme olasılığı bulunmaktadır.

Anneliğe geçiş karmaşık ve zorlu bir süreçtir. İlk gebelik, annelik deneyiminin kısıtlı olması ve annenin annelikle ilgili kendini yetersiz görmesi nedeniyle daha kaygılı bir süreç olabilir. Prenatal bağlanma açısından ilk gebeliği olan anneler ile yaşayan çocuğu olan anneler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yazında, çocuk sayısının prenatal bağlanma ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda, çocuk sayısı ve prenatal bağlanma skorları arasında düşük riskli kadınların çocuk sayısı arttıkça prenatal bağlanma skorlarının düştüğünü belirten, primigravidlerin multigravidlere göre daha yüksek prenatal bağlanma skorları olduğunu ileten ve deneyimsiz annelerin (ilk çocukları olan) deneyimli annelere göre daha yüksek prenatal bağlanma skorları olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmaktadır (57,88,89). Bizim çalışmamızda primigravidlerle multigravidler arasında prenatal bağlanma açısından farklılık saptanmamıştır. Bu veri gebelik sayısının her bir fetusa bağlanma düzeyini etkilemediğine işaret etmektedir. Bu alanda Prenatal bağlanmanın gebelik sayısı ile ilişkisini değerlendiren daha büyük örneklem grubuyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anomalili çocuk doğurma öyküsü olan annelerin sonraki gebeliğini yine anomalili bir bebek dünyaya getirmek kaygısıyla zorlu geçireceği ve bu durumun bebeğine intrauterin bağlanmasını etkileyebileceği düşünülmüştür. Bu nedenle prenatal bağlanma ve anomalili çocuk doğurma arasındaki ilişki değerlendirilmiş, prenatal bağlanma açısından anomalili çocuk doğurma öyküsü olan annelerle, anomalili çocuk doğurma öyküsü olmayan anneler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (103,104,105). Yazında, ölümcül olmayan bir anomali varlığında annelerin 'bebeğim mükemmel değil, ancak yine de benim' gibi bir anlayışla prenatal bağlanmalarının gelişimini etkilemediğine dair bir çalışma mevcuttur (106). Ancak annenin anomalili bebek doğurduktan sonraki gebeliği sırasında bebeğe bağlanmasını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bizim çalışmamızdan elde edilen veriler anomalili çocuk doğurma öyküsünün daha sonraki gebeliklerinde her ne kadar annelik için risk etmeni kabul edilse de, prenatal bağlanma için risk oluşturmuyor görülmektedir (103,104,105). Bunun nedeni annelerin anomalili bir çocuk doğurmuş olmaları

nedeniyle mevcut gebeliklerinde daha hassas olmaları, gebelik takiplerine daha sık gitmeleri, yeni gelen “sorunsuz” bebeğe daha fazla bağlanmalarından kaynaklanıyor olabilir.

İn vitro fertilizasyon (IVF) ile gerçekleşen gebelik sıklıkla uzun bir süre çocuksuz olma ve çoklu medikal işlemlere işaret etmektedir. IVF ile gebe kalan kadınların, uzun süren infertilitenin sıkıntısını yaşadıkları ve gebeliklerine olan yatırımlarının artacağı, bu nedenle prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek saptanacağı hipotezinde bulunulabilir. Yazında prenatal bağlanma puanlarını karşılaştırdıklarında, IVF ile ve doğal olarak gebe kalmış kadınlar arasında farklılık saptanmamıştır (68,100,109,110,146). Diğer yandan infertilite tedavisi ile gebe kalan annelerin doğal yolla gebe kalan annelerden daha fazla prenatal bağlanma puanları aldığını belirten bir çalışmaya da rastlanmaktadır (147). Çalışmamızda yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarla doğal yolla gebe kalanlar kadınlar arasında prenatal bağlanma açısından farklılık saptanmamış olması, infertilite tedavisinin tek başına prenatal bağlanmaya etki etmediğini düşündürmektedir. İnfertilite sürecinin her çift için farklı yaşandığı göz önünde bulundurulduğunda, bu süreçte baş etme becerileri ve eş ilişkisi iyi olanlarda süreç daha olumlu seyredebilir. Bizim çalışmamızın örnekleminin büyük çoğunluğunun eş ilişkisi iyi veya çok iyi olarak tanımlamıştır. Bu durum annenin gebelik sürecinde desteklenerek prenatal bağlanmanın etkilenmesine yol açmış olabilir.

Prenatal bağlanmayı değerlendirirken, prenatal bağlanmaya etki edebilecek psikososyal risk etmenlerinin de önemli olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle çalışmaya katılan annelerin psikososyal özellikleri değerlendirilirken, son gebeliklerinin planlı ve zamanlama açısından uygun olup olmadığı, annelerin düşündüğü çocuk sayısına ulaşp ulaşmadığı ve gebeliğini sonlandırma düşüncesi olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre, son gebeliğinin planlayarak gebe kalan annelerin planlamadan gebe kalan annelere göre bebeklerine prenatal bağlanmaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yazında planlı ve planlı olmayan gebeliklerle prenatal bağlanmanın ilişkisini inceleyen kısıtlı sayıda araştırma yer almaktadır. Bir çalışmada plansız gebelik ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (148). Bu çalışmanın katılımcılarının düşük sosyoekonomik düzeyde, stres düzeyi yüksek ve aile desteğinin düşük olduğu bir bölgeden geliyor olması verilerin dikkatle yorumlanmasını gerektirmektedir. Bir başka çalışmada planlı gebelik ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir (68). Planlı gebelik, gebe kalmaya hazır olma ve gebeliğin sağlıklı bir biçimde ilerlemesi için önemlidir ve annenin bebeğine bağlanmasını desteklemiş olabilir (149). Bizim çalışmamızda elde edilen dikkat çekici bir bulgu olan planlayarak gebe kalan annelerin prenatal bağlanmalarının daha yüksek olmasının nedeni, gebelik öncesinde ve gebelik

sürecinde kadının doğmamış bebeğini tanıma arzusu, gebelik sürecinde doğmamış çocuğu ile etkileşime girmekten duyulan keyif ve bebeğini koruma düşüncelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Prenatal bağlanmaya etki edebilecek psikososyal risk etmenlerinden gebeliğin zamanlamasının uygunluğu, düşünülen çocuk sayısına ulaşılma, son gebeliğini sonlandırma düşüncesi gruplar arasında prenatal bağlanma açısından anlamlı bir fark göstermemiştir. Yazında gebeliğinden memnuniyet ve istenen ya da istenmeyen gebeliklerle prenatal bağlanmanın ilişkisini değerlendiren bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın örneklemini düşük sosyo ekonomik düzeyde, yüksek stres düzeyine sahip bireyler oluşturmaktadır. Aynı çalışmada üçüncü trimesterdeki gebelere gebeliklerinin planlı olup olmadığı, gebeliklerinde memnun olup olmadıkları ve gebeliklerini isteyip istemedikleri sorulmuş ve prenatal bağlanma ile ilişkisi incelendiğinde, gebeliğinden memnuniyetsiz olanlar ve istenmeyen gebeliği olanların prenatal bağlanmaları anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Bizim çalışmamızda gebeliğin zamanlaması, düşündüğü çocuk sayısına ulaşma ve gebeliğini sonlandırma düşüncesi ile prenatal bağlanma arasında ilişki saptanmamasının nedeni olarak annelerin gebelikleri ile ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri, doğuma yaklaştıkları bir dönemde ifade etmeme veya edememeleri yol açmış olabilir. Gebeliğin daha erken dönemlerinde farklı sonuçlar bulunabilir.

Prenatal bağlanma ile anneye ait psikososyal risk etmenlerinden birinin de, annenin beklentisinden farklı cinsiyetteki fetusa prenatal bağlanmasının olumsuz etkileneceği düşünüldükçe, annenin bebeğine dair cinsiyet beklentisi ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki incelenmiştir. Bizim çalışmamızda gebeliklerinde kız bebek beklentisi olan, erkek bebek beklentisi olan ve cinsiyet beklentisi olmayan annelerin bebeklerine prenatal bağlanmaları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yazında cinsiyet beklentisi ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu alanda gebeliğin farklı trimesterlerinde prenatal bağlanmayı değerlendiren daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Prenatal bağlanma ile ilişkisi incelenen bebeğe ait demografik özelliklerden biri de cinsiyettir. Gebelik sürecinde fetusun cinsiyetinin beklenti ile uyuşup uyuşmamasının prenatal bağlanmayı etkileyebileceği düşünülmüştür. Yazında prenatal bağlanma ile cinsiyet ilişkisini araştıran çalışmalara rastlanmamaktadır. Elde edilen veriler bu hipotezi desteklememiş, prenatal bağlanma ile bebek cinsiyetinin ilişkisinin olmayabileceğine işaret etmiştir.

Çalışmamızda prenatal bağlanmaya etki edebileceğini düşündüğümüz aile yapısının özellikleri ve prenatal bağlanma arasındaki ilişki incelendiğinde, çekirdek aileye sahip ve

çekirdek dışı ailede yaşayan annelerin prenatal bağlanmaları açısından fark saptanmamıştır. Yazında prenatal bağlanmanın aile yapısı ile ilişkisini değerlendiren araştırmalara rastlanmamıştır. Bu alanda farklı sosyokültürel özelliklere sahip örnekleme yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Psikososyal risk etmenlerinden annenin bebeğin babasıyla ilişkisinin kalitesinin de prenatal bağlanmaya etki edebileceği öne sürülmektedir. Annelerin eşleriyle olan ilişkilerinin kalitesinin prenatal bağlanması ile ilişkisinin olup olmadığı incelenirken, eş ilişkisi ‘çok iyi’, ‘iyi’ ve orta’ olmak üzere üç gruba ayrıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri analizler sonucunda, bu farkın eşi ile ilişkisi ‘çok iyi’ olan anneler ile eşi ile ilişkisi ‘iyi’ olan annelerden kaynaklandığı saptanırken; marital ilişkinin kalitesi ile prenatal bağlanmanın pozitif anlamda ilişkili olduğu söylenebilir. Yazında karşılıklılık (mutuality) hem anneler hem de babalar için daha fazla fetal bağlanma ile ilişkili olduğu, prenatal bağlanma skorlarının eş ilişkileri ile pozitif korele olduğunu, evlilik ilişkilerinde tatminsiz annelerin prenatal bağlanma skorlarının daha düşük olduğu yönünde pek çok araştırma bulunmaktadır (21,57,71,86,125,141,150). Bu bulgularla zıt bir şekilde yazında partneriyle ilişkisinden memnuniyet ile prenatal bağlanma arasında anlamlı ilişki saptamayan bir çalışmaya da rastlanmaktadır (148). Eş ilişkisinde karşılıklılık, ailesel ilişkilerdeki güvenlik anlamına gelmektedir. Bu güvenliğin, yeni bir bireyin aileye katılmasını kabul etmeyi kolaylaştırdığı bildirilmektedir (125). Yazında yer alan veriler ile uyumlu olan çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde, olumlu eş ilişkisinin prenatal bağlanmayı olumlu etkilediği düşünülebilir.

Yazında prenatal bağlanmaya etki edebilecek gebelikle ilişkili değişkenlerden gestasyonel yaşın da önemini vurgulayan pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. Çalışmamızda annelerin gestasyonel yaşı ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yazında gestasyonel yaş arttıkça ve fetal hareketler hissedilmeye başlanınca prenatal bağlanmanın arttığı bildirilmiştir (70,71,72,73,74). Bu bulgular, prenatal bağlanma ölçülürken gestasyonel yaş ve annenin fetal hareketleri algılamasının hesaba katılmasının önemine işaret etmektedir. Çalışmamızın örnekleminin tamamını, fetal hareketleri çoktan algılamış ve prenatal bağlanmanın en yüksek düzeyde olduğu üçüncü trimesterdeki gebelerin oluşturduğu ve dolayısı ile gestasyonel yaşlarının birbirlerine yakın olduğu göz önünde bulundurulduğunda, gestasyonel yaşın prenatal bağlanmaya etkisini değerlendirmek için bir kısıtlılık oluşturduğu düşünülebilir.

Annelerin doğum öncesi stres, günlük güçlükler, depresyon, anksiyete, öfke, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve iyimserlik/kötümserlik yaşantıları stres

hormonlarını uyararak fetal büyümede gecikmelere, obstetrik komplikasyonlara ve erken doğuma, düşük doğum kilosuna yol açabileceği söylenmektedir (14,15,16). Bu nedenle annelerin prenatal bağlanma düzeyi ile doğum haftasının ilişkisine bakılmıştır. Çalışma kapsamında prenatal bağlanmanın doğum haftası ile ilişkisi incelendiğinde; doğum haftası ile prenatal bağlanma düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. Yazında prenatal bağlanmanın doğum haftası ile ilişkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamaktadır. Bu alanda daha geniş örneklemle yapılacak çalışmalardan elde edilecek verilere gereksinim vardır.

Prenatal bağlanma ile ilişkisi açıklanmaya çalışan psikososyal etmenlerinden annenin bağlanma özelliklerinin de önemli olduğu düşünülmüştür. Yazın gözden geçirildiğinde annenin yetişkin bağlanma stilinin prenatal bağlanma ile ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmıştır. Sözü edilen bu çalışmada, güvenli bağlanması olan kadınların (diğerlerine yüksek düzeyde güvenme gösterenler) kaçınan (emosyonel mesafe tercihi olanlar) veya anksiyöz ambivalan tarzı olanlara göre (reddedilme korkusu fazla olanlar) ilk trimesterde daha yüksek prenatal bağlanma skorlarına sahip olduğu belirtilmiştir. Yazında yer alan başka bir çalışma ise annelerin kendi yetiştirilmelerine dair anılarının, prenatal bağlanmaya etkisi araştırılmış ve doğum öncesi bağlanmanın niteliği üzerinde annenin anılarının önemli bir belirleyici olduğu bildirmiştir (101,124). Bizim çalışmamızda, bağlanma özelliği açısından kaygı puanları yüksek olan annelerin bebeklerine prenatal bağlanma skorları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Yazında yer alan kısıtlı veriler ile uyumlu olan çalışmamızın bulguları birlikte değerlendirildiğinde, annenin bağlanma özelliklerinin prenatal bağlanmayı etkilediği düşünülebilir.

Psikososyal etmenlerinden annenin gebelikteki anksiyete düzeyinin de prenatal bağlanmaya etkisi olduğu öne sürülmüştür (99). Gebelik doğası ve dinamik yapısı gereği kaygılı bir süreçtir. İlk trimesterlerde düşük korkuları, sonraki dönemde doğuma ilişkin kaygılar belirginleşir. Yazında bir çalışmada anksiyetenin prenatal bağlanma üzerindeki etkisini araştırmış ve düşük kalitede prenatal bağlanma gösteren kadınların anlamlı olarak daha fazla düzeyde anksiyete (durumluk ve sürekli anksiyete) tanımladığı bulunmuştur (97). Bu bulgulardan farklı olarak yazında yer alan iki çalışmada sürekli anksiyete ve prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (57,99,100). Prenatal bağlanma ile anksiyete ilişkisini değerlendiren bir metaanalizde ise anksiyetenin etki düzeyi düşük sınırlarda saptanmış ancak örneklem büyüklüğü ve çalışma kalitesi arttıkça etki büyüklüğünün arttığı gösterilmiştir (68). Bizim çalışmamız kapsamında değerlendirilen annelerin anksiyete skorları ile prenatal bağlanma arasında ilişki saptanmamıştır. Ayrıca çalışmadan elde edilen verilerin analizi sürecinde anneler anksiyete düzeylerine göre

gruplandırılarak prenatal bağlanma ile ilişkisi yeniden değerlendirilmiş ancak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yarcheski ve ark.'larının (2009) da çalışmalarında belirttiği üzere, çalışmamızda anksiyete ve prenatal bağlanma arasında ilişki bulunmamasının sebebi olarak olgu sayısındaki yetersizlik gösterilebilir.

Prenatal bağlanmayla ilişkisi olduğu düşünülen psikososyal etmenlerden bir diğeri de depresyon düzeyidir. Prenatal bağlanma annenin gebelik ve anneliğe ilişkin gebelikten duyulan keyif, annelikle ilgili heyecan, gelecekle ilgili umudun yansımalarının en yüksek düzeye varması olarak tanımlanabilir. Klinik olarak depresif bir gebenin prenatal bağlanmanın anneliğe ilişkin bu duyumsamaları daha az deneyimlemesi beklenir. Yazında depresyon ve prenatal bağlanmanın ilişkisini değerlendiren pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. İki farklı çalışmada depresyon düzeyi arttıkça prenatal bağlanmanın azaldığı saptanmıştır (151,152). Benzer biçimde bizim çalışmamızda da, depresyon puanları yüksek olan annelerin prenatal bağlanma puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Ek olarak ölçek kesme değeri 11 puan ve üstü olan annelerin kesme değerinin altında puan annelere oranla prenatal bağlanma puanları sınırda düşüktür. Olgu sayısının artması durumunda, anlamlı farkın gözlenebileceği düşünülmüştür. Yazındaki verilerle çalışmamızın bulguları birlikte değerlendirildiğinde prenatal depresyonun doğum öncesi dönemde anne-fetus bağlanmasına olumsuz etki ettiği düşünülebilir.

Annelerin bağlanma özellikleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (umbilikal arter PSV, S/D oranı persantil değeri) ve doğum kilosuyla arasındaki ilişkisi henüz çalışılmamış bir alandır. Bizim çalışmamız annelerin bağlanma özellikleri ile bebeklerinin umbilikal arter PSV, S/D oranı persantil değeri ve doğum kilosu ile ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Annelerin gebeliklerinde Kaygılı ve Kaçınan bağlanma özellikleri ile bebeklerinin umbilikal arter PSV, S/D oranı persantil değeri ve doğum kilosuyla arasındaki ilişkiye bakılırken, bağlanma özelliği açısından Kaçınma puanları yüksek olan annelerin bebeklerinin doğum kiloları anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Bağlanma, yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösteren kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomendir. Güvensiz bağlanma biçimi, daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisidir ve güvensiz bağlanan bireylerin stres düzeyi yüksektir. Kaçınan bağlanma özellikleri olan annelerin bebeklerinin doğum kilolarının daha düşük olmasının nedeni olarak bu annelerin strese duyarlı olmaları, stres sonucunda oluşan biyolojik risklerin intrauterin mikro çevreye etki ederek bebeğin gelişimine etki etmesi düşünülebilir. Bu konuda daha ayrıntılı değerlendirme içeren çalışmalara gereksinim vardır.

Gebelik sürecinde anksiyetenin, umbilikal arterde anormal kan akımına neden olarak intrauterin gelişme geriliği, obstetrik komplikasyonlar hatta preeklampsiye neden olabileceği hipotezi öne sürülmüştür (153,154). Bu hipotezden yola çıkarak, çalışma kapsamında annelerin gebeliklerindeki anksiyete skorları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (umbilikal arter PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosuyla arasındaki ilişki ele alınmıştır. Ancak annelerin anksiyete skorları ve umbilikal arter PSV, S/D oran persantili, doğum kilosuyla arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca çalışmadan elde edilen verilerin analizi sürecinde anneler anksiyete düzeylerine göre gruplandırılarak umbilikal arter PSV, S/D oran persantili, doğum kilosuyla arasındaki ilişki yeniden değerlendirilmiş ancak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yazında panik bozukluk tanılı gebelerde yapılmış bir çalışmada, annenin anksiyete düzeyi düşük doğum ağırlığı ile ilişkili bulunurken, bir başka çalışmada ise durumluk ve sürekli anksiyete ile umbilikal arter rezistans indeksi arasındaki ilişkiyi değerlendirilmiş, anksiyete düzeyi yüksek olan gebelerde uterin kan akımı hızının dalga paterninin daha bozuk olduğunu gösterilmiştir (154,155). Yazında yer alan başka bir çalışmada ise maternal stres ile fetal ağırlık arasındaki ilişki ele alınmış ve anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (141). Bizim çalışmamız annelerin anksiyetelerinin bebeğin umbilikal arter PSV, S/D oranı persantiline ve doğum kilosuna etki etmediğine işaret ederken, yazında hem PSV hem S/D oran persantili ve doğum kilosunu birlikte değerlendiren araştırmaya rastlanmamaktadır. Bu nedenle anksiyetenin umbilikal arter kan akımı üzerine kronik ve akut etkilerini ve bebeğin gelişimini değerlendirmeye yönelik daha fazla olgu içeren araştırmalara ihtiyaç vardır.

Psikososyal risk etmenlerinden depresyonun bebeğin intrauterin gelişimini ve dolayısıyla doğum kilosunu da etkileyebileceği hipotezi ile annelerin gebelik sürecindeki depresyon skorları ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (umbilikal arter PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosuyla arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Ancak annelerin depresyon skorları ve umbilikal arter PSV, S/D oran persantili, doğum kilosuyla arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yazında belirtilen şekilde perinatal dönemde uygulanan depresyon skorları kesme değeri on bir puan ve üstü olarak gruplandırılarak umbilikal arter PSV, S/D oran persantili, doğum kilosuyla ile ilişkisi yeniden değerlendirilmiştir (133,134,135,136). Depresyon puanları kesme değerinin üzerinde olan annelerin bebeklerinin umbilikal arter SD oranı persantili istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Yazında depresyon ile umbilikal arter PSV, S/D oran persantili, doğum kilosuyla arasındaki ilişkiye bakan çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu çalışmadan elde edilen veriler

depresyonun bebeğin intrauterin kan akımını etkileyerek gelişimini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Gebelik döneminde prenatal bağlanmanın önemini belirtmek için annelerin, koruyucu içgüdüyle daha iyi bir intrauterin çevre yaratmak ve bebeğinin iyilik haline olan tehditleri ortadan kaldırmak üzere davranışsal değişikliklerin geliştirdiği öne sürülmüştür (69). Bu bilgiler ışığında, annenin gebeliğinde daha iyi bir intrauterin çevre yaratmak için kendi fiziksel sağlığına da dikkat edeceği fikrinden yola çıkarak, annelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile bebeklerinin umblikal arter PSV, S/D oran persantili, doğum kilosuyla arasında arasındaki ilişkinin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmüştür. Ancak çalışmamız kapsamında annelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile bebeklerinin umblikal arter PSV, S/D oran persantili, doğum kilosuyla arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Yazında prenatal bağlanma ile umblikal arter PSV, S/D oran persantili, doğum kilosuyla arasındaki ilişkiye bakan çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu çalışmadan elde edilen veriler prenatal bağlanmanın tek başına ve doğrudan bebeğin intrauterin kan akımına ve fetal gelişimine etki etmediğine işaret etmektedir.

Prenatal bağlanma, anne ve doğmamış bebeği arasındaki yegane ilişkidir ve bebeğin doğumdan sonra annesine güvenli bağlanmasını öngörür. Bağlanma ilişkisinin; bebeklerin doğuştan gelen emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma gibi davranışları aracılığıyla anne ile ilk etkileşimi başlatarak; doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde başladığı belirtilmektedir (25). Bebeğin doğumdan sonra anne ile ilk ve temel etkileşimini sağlayan emzirmenin de bağlanma gelişiminde önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir

Emzirmeyi seçme konusunda karar vermeye fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel etkenler etki eder. Yazında biberon yerine emzirmeyi seçen annelerin daha yüksek prenatal bağlanma düzeyine sahip olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (59,129). Ancak prenatal bağlanma ve bebeğin memeye adapte olduğu süre arasındaki ilişki henüz çalışılmamış bir alandır. Bu nedenle bizim çalışmamızda prenatal bağlanma ve memeye adapte olunan süre arasındaki ilişki incelenmiştir. Annelerin bebeklerine prenatal bağlanmaları ile bebeğin memeye adapte olduğu süre arasındaki ilişkiye bakılırken; birinci haftadan önce memeye adapte olan bebeklerin annelerinin prenatal bağlanma düzeyleri, birinci haftadan sonra memeye adapte olan bebeklerin annelerinin prenatal bağlanma düzeylerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan annelerin bebeklerinin doğumdan sonraki bir hafta içinde memeye adapte olmasının nedeni olarak annelerin emzirme konusunda istekli ve hazırlıklı olmaları düşünülebilir. Bizim

Çalışmamız prenatal bağlanma skorlarının bebeğın memeye adapte olma süresini etkilediğini gösteren ilk çalışmadır.

ALTINCI BÖLÜM

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER:

- Annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçları ile sosyodemografik özelliklerinin ve psikososyal risk etmenlerinin ilişkisini gösteren sonuçlar:
 - ü Gebeliğinde ek hastalığı olan annelerin prenatal bağlanma puanları daha yüksek bulunmuştur.
 - ü Geçmiş gebeliklerinde olumsuz perinatal öyküsü olan anneler ile olumsuz perinatal öyküsü olmayan annelerin prenatal bağlanma envanteri sonuçları açısından farklılık saptanmamıştır.
 - ü Gebeliğin planlanmış olması durumunda prenatal bağlanma skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
 - ü Eş ilişkisi ‘çok iyi’ olan grubun prenatal bağlanma skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Annelerin kendi bağlanma özellikleri ile prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının ilişkisini gösteren sonuçlar:
 - ü Bağlanma özelliği açısından kaygı puanları yüksek olan gebelerin prenatal bağlanma puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Annelerin gebeliklerindeki anksiyete ve depresyonun prenatal bağlanma ile ilişkisini gösteren sonuçlar:
 - ü Depresyon puanları yüksek olan gebelerin prenatal bağlanma puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Annelerin kendi bağlanma özellikleri ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosunun ilişkisini gösteren sonuçlar
 - ü Bağlanma özelliği açısından kaçınma puanları yüksek olan gebelerin bebeklerinin doğum kiloları daha düşük saptanmıştır.
- Annelerin gebeliklerindeki anksiyete ve depresyonu ile bebeklerinin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosunun ilişkisini gösteren sonuçlar:
 - ü Beck Depresyon ölçeğinden 11 puan ve üzerinde puan alan annelerin bebeklerinin intrauterin umblikal arter S/D oran persantili daha düşük bulunmuştur.

- Prenatal bağlanma ile bebeğin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili), doğum kilosu ve memeye adapte olduğu süre arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçlar:
- ü Annelerin prenatal bebeklerine bağlanma düzeyleri ile bebeğin intrauterin gelişimi (PSV, S/D oran persantili) ve doğum kilosu arasındaki anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- ü Birinci haftadan önce memeye adapte olan bebeklerin annelerinin prenatal bağlanma puanları, birinci haftadan sonra memeye adapte olan annelerin prenatal bağlanma puanlarından daha yüksek olarak bulunmuştur.

Anneliğe geçiş karmaşık ve zorlu bir süreçtir. Psikolojik, sosyal ve fiziksel olarak büyük çaba gerektirmektedir. Prenatal bağlanma, gebeliğin gelişimsel bir ödevi olmasının yanı sıra gebeliğe uyumun bir işaretçisidir (98). Gebelik sürecinde prenatal bağlanma düzeyini tespit ederek ve zayıf bağlanma riski taşıyan kadınlara uygun girişimlerde bulunulması ile bebeklerine bağlanmalarının güçlendirilmesi ve doğum sonrasında bebekleri ile etkileşimlerinin kalitesinin artırılması, bebeklerin annelerine güvenli bağlanma geliştirmesini sağlamak koruyucu ruh sağlığı ve toplumun ruh sağlığını geliştirmek açısından önemlidir. Kadının gebeliği sırasında prenatal bağlanma düzeylerinin düşük olduğu belirlenirse, kadının fiziksel ve psikolojik durumunu iyileştirerek annenin ve fetusun sağlığını en iyi duruma getirecek uygun müdahalelerde bulunulmalıdır. Prenatal bakımla ilgili klinik kılavuzlar geliştirilmeli ve bu şekilde kadınların gebelikleri süresince yeterli düzeyde sosyal destek aldıklarından emin olunmalıdır.

Annenin prenatal ve postpartum ruh sağlığının, ebeveynlik davranışları ve bebek açısından sonlanımını belirlemek için boylamsal çalışmalar gerekmektedir. Ruh sağlığı araştırmaları prenatal bağlanmanın psikopatoloji ile olan ilişkisini anlamının yanı sıra ebeveynler ve çocuklardaki dayanıklılık faktörlerini belirlemeyle de gelişecektir. Sağlık personeli, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde, anneliğe ait adaptasyon davranışlarında sorun saptadığında, sunulacak olan erken terapötik girişimler yoluyla çocuk istismarını, mental hastalıkları ve birçok psikosomatik hastalıkları önlemek için annenin bebeğe bağlamasını desteklemelidir.

Prenatal bağlanma dünya çapında gebe kadınlar ve henüz doğmamış çocukları için önemli önermeler içermektedir. Yine de prenatal bağlanma çalışmalarının büyük çoğunluğu ABD’de Amerikalı kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların gelişmekte olan ülkeleri de kapsayacak şekilde uluslararası düzeyde gerçekleştirilmesi gerekmektedir, bu şekilde prenatal

bağlanma açısından kültürel farklılıkların aydınlatılabileceği ve farklı ırk ve etnik bakış açılarının daha iyi anlaşılabilmesi düşünülmektedir.

Üreme teknolojilerindeki hızlı gelişme ile prenatal bağlanma üzerine yeni sorular oluşacak ve 21. yüzyılda araştırmalar için aydınlatılması gereken yeni alanlar ortaya çıkacaktır.

Sağlık çalışanları olarak, prenatal bakımdaki engel ve eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve her kadına sağlıklı bir gebelik ve sağlıklı bir bebek sahibi olma fırsatını sunmak bizim sorumluluğumuzdur.

KAYNAKLAR:

1. A.Şebnem Soysal, Şahin Bodur, Elvan İşeri, Selahattin Şenol: Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. Klinik Psikiyatri 2005; 8:88-99.
2. Sabuncuoğlu O, Berkem M.: Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular, Turk Psikiyatri Derg 2006; 17(4): 252-258
3. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Dev Psychol, 1992; 28(5) :759-75.
4. Goulet C, Bell L, St-Cyr Tribble D, et al. A concept analysis of parent- infant attachment, J Adv Nurs (JAN), 1998; 28(5): 1071-1081.
5. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma, Türk Psikoloji Dergisi, 1999; 14(43):71-106.
6. Solmaz T. Psikolojinin alt alanları, romantik bağlanma: Bebeklik dönemi bağlanma süreci, yetişkin bağlanma stilleri ve romantik ilişkiler, Türk Psikoloji Bülteni, 2002; 24-25: 105-113.
7. Bowlby, J. Attachment and loss: Vol.1. Attachment, New York: Basic Books. 1969/82.
8. Bowlby, J. A secure base. New York: Basic Books. 1988
9. Bloom KC, The Development of attachment behaviors in pregnant adolescents. Nurs. Res, 1995; 44(5): 284-289.
10. Kemp VH, Page C 1986 The Psychosocial impact of a high-risk pregnancy on the family. J obstet Gynecol Neonatal Nurs, 1986; 15 (3): 232-236.
11. Winnicott, Donald W. Primary maternal preoccupation. In collected papers, through pediatrics to psychoanalysis 1956; pp:300-305.
12. Muller, ME. The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory. Dissertation. University of California, San Fransisco; 1990.
13. Shieh C, Kravitz M, Wang HH. What do we know about maternal-fetal attachment? Kaohsiung Med Sci 2001; 17: 448-54.
14. Huizink AC, de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002 Sep; 41(9):1078-85.
15. Gutteling BM, de Weerth C, Willemsen-Swinkels SH, Huizink AC, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2005 Feb;14(1):41-51

16. Barnett B, Schaafsma MF, Guzman AM, Parker GB (1991). Maternal anxiety: a 5-year review of an intervention study. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991 Mar; 32(3):423-38.
17. Dieter JN, Field T, Hernandez-Reif M, Jones NA, Lecanuet JP, Salman FA, Redzepi M. Maternal depression and increased fetal activity. *J Obstet Gynaecol*. 2001 Sep; 21(5):468-73.
18. Kennell, J. H. , Slyter, H. , & Klaus, M. H. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 1970; 283:344 - 349 .
19. Klaus, M. H., Jerauld, R., Kreger, N. C. , McAlpine , W. , Steffa , M. , & Kennel , J. H. Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine*, 1972; 286: 460 - 463 .
20. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research* 1981a; 30:281–284.
21. Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology* 1997;70:359–372.
22. Brandon A., Pitts S., Denton W., Allen Stringer C. ve Evans H.M., A history of the theory of prenatal attachment, *Prenat Perinat Psychol Health*. 2009; 23(4): 201–222.
23. Kesebir S.,Kavzoğlu S.Ö., Üstündağ M.F., Bağlanma ve Psikopatoloji, *Psikiyatri ve Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(2):321-342.
24. Bretherton I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992; 28:759–775.
25. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of PsychoAnalysis*. 1958; 39:350–373. [PubMed: 13610508]
26. Ainsworth, MDS.; Blehar, MC.; Waters, E.; Wall, S. Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
27. Ainsworth, MD.; Wittig, BA. Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Foss, BM., editor. *Determinants of infant behavior*. Vol. 4. London: Methuen; 1969. p.113-136.
28. Bowlby, J. *Attachment and Loss Volume II: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books, Inc; 1973.
29. Sroufe LA, Waters E. Attachment as an organizational construct. *Child Development*. 1977; 48:1184–1199.
30. Benedek T. Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1959 Jul.7:389–417.

31. Benedek, T.; Liebman, S. Psychological aspects of pregnancy and parent-child relationships. Oxford, England: Lippincott; 1958. p. 1-16.
32. Bibring GL. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1959; 14: 113–121.
33. Bibring GL, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1961; 16:9–72.
34. Deutch, H. The psychology of women. New York: Grune & Stratton; 1945.
35. Leckman JF, Feldman R, Swain JE, Eicher V, Thompson N, Mayes LC. Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment. *Journal of Neural Transmission*. 2004; 111(7):753–771.
36. Leckman JF, Mayes LC, Feldman R, Evans DW, King RA, Cohen DJ. Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1999; 396(100):1–26.
37. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985; 50(1–2):66–104.
38. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*. 1988; 59:135–146.
39. George, C.; Kaplan, N.; Main, M. The attachment interview for adults. Berkeley: University of California; 1985 (Vol. Unpublished work).
40. Rubin R. Attainment of the maternal role: Part I. Processes. *Nursing Research*. 1967a; 16(3):237–245.
41. Rubin R. Attainment of the maternal role: Part II. Models and referents. *Nursing Research*. 1967b; 16(4):342–346.
42. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*. 1975; 4:143–153.
43. Lumley, JM. The development of maternal-foetal bonding in first pregnancy. *Third International Congress, Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*; 1972.
44. Lumley JM. Through a glass darkly: Ultrasound and prenatal bonding. *Birth*. 1980; 17:214–217.

45. Lumley JM. Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian Pediatric Journal*. 1982; 18:106–109.
46. Leifer M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*. 1977; 95:55–96.
47. Cranley, MS. The impact of perceived stress and social support on maternal-fetal attachment in the third trimester. University of Wisconsin; Madison, WI: 1979.
48. Cannella BL. Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 50(1):60–8.
49. Muller ME. A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1992; 6(1):5–22.
50. Muller ME, Ferketich S. Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursing Research*. 1993; 42(3):144–147.
51. Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1993; 66:167–183.
52. Bretherton, I.; Waters, E. Growing Points of Attachment Theory and Research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985. Attachment theory: Retrospect and prospect; p.3-35.
53. Doan HM, Zimmerman A. Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*. 2003; 18(2):109–129.
54. Beck CT. Available instruments for research on prenatal attachment and adaptation to pregnancy. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*. 1999; 24(1):25–32.
55. Grace JT. Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*. 1989; 38(4):228–232.
56. Muller ME, Ferketich S. Assessing the validity of the dimensions of prenatal attachment. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1992; 20(1):1–10.
57. Mercer RT, Ferketich S, DeJoseph J, May K, Sollid D. Effect of stress on family functioning during pregnancy. *Nursing Research*. 1988; 37:268–275.
58. Mercer RT, Ferketich S, May K, DeJoseph J, Sollid D. Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing & Health*. 1988; 11(4):269–278.
59. Huang H, Wang S, Chen C. Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in Taiwan. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2004; 31(3):183–188.

60. Fowles, ER. The relationship between prenatal maternal attachment, postpartum depressive symptoms and maternal role attainment. Unpublished Phd. Loyola University of Chicago; 1994.
61. LoBiondo-Wood, G.; Vito-O'Rourke, K. The prenatal maternal attachment scale: A methodological study. Paper presented at the NAACOG's Research Conference; 1990.
62. Stormer, N. Seeing the fetus: The role of technology and image in the maternal-fetal relationship. *Journal of the American Medical Association*, 2003; 289, 1700.
63. Boukydis, C. F., Treadwell, M. C., Delaney-Black, V., Boyes, K., King, M., Robinson, T. et al. Women's responses to ultrasound examinations during routine screens in an obstetric clinic. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 2006; 25: 721 – 728.
64. Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 2005; 96, 129 - 137
65. Pretorius, D. H., Gattu, S., Ji, E., Hollenbach, K., Newton, R., Hull, A., et al. Preexamination and postexamination assessment of parental-fetal bonding in patients undergoing 3-/4-dimensional obstetric ultrasonography. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 2006; 25, 1411 - 1421
66. Rustico, M. A., Mastromatteo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregori, D., & Nicolini, U. Two-dimensional vs. two- plus fourdimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: A randomized study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2005; 25 : 468 - 472 .
67. Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R. J., & Woodfield, R.L. The impact of two-dimensional versus threedimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2005; 27 : 245 - 251
68. A. Yarcheski et al. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46: 708–715
69. Sandbrook, S.P., Adamson-Macedo, E.N. Maternal-fetal attachment: searching for a new definition. *Neuroendocrinology Letters*. 2004; 25 (Suppl. 1): 169–182.
70. Berryman, J. C. & Windridge, K. C. Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1996; 14: 133-143.
71. Bloom K.C. Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*. 1998; 27: 420–430.

72. Wailand, J. & Tate, S. Maternal-fetal attachment and perceived relationship with important others in adolescents. *Birth*, 1993; 20: 198-203.
73. Zachariah, R. Maternal-fetal attachment: The influence of mother-daughter and husband-wife relationships. *Research in Nursing and Health*. 1994; 17: 37 - 44.
74. Heidrich, S. M.& Cranley, M. S. Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 1989; 38: 81-84.
75. Patrick, T. E. & Bryan, Y. Research strategies for optimizing pregnancy outcomes in minority populations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005; 192: 64 - 70 .
76. Walker, L. O., Cooney, A. T.& Riggs, M. W . Psychosocial and demographic factors related to health behaviors in the 1st trimester. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1999; 28 : 606 - 614 .
77. Lowry, L. W. & Beikirch, P . Effect of comprehensive care on pregnancy outcomes . *Applied Nursing Research*. 1998; 11: 55 - 61 .
78. Abrams B, Altman SL, Pickett KE. Pregnancy weight gain: Still controversial. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;71S:1233S–1241S.
79. Cnattingius S, Signorello LB, Anneren G, Clausson B, Ekblom A, Ljunger E, et al. Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion. *New England Journal of Medicine* 2000;343:1839–1845.
80. Clapp, J. F. Exercise during pregnancy: A clinical update. *Clinics in Sports Medicine*. 2000; 19: 273 - 286 .
81. Koniak-Griffin, D. Aerobic exercise, psychological well-being, and physical discomforts during adolescent pregnancy. *Research in Nursing & Health*. 1994; 17: 253 - 263 .
82. Ahern NR, Ruland JP. Maternal-fetal attachment in African-American and Hispanic-American women. *Journal of Perinatal Education* 2003;12(4):27–35.
83. Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health* 2001;24:203–217.
84. Curry M.A. Maternal behavior of hospitalized pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 1987; 7: 165–181.
85. Lerum CW, Major US, LoBiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal–fetal attachment. *Birth*. 1989;1:13–7.

86. Fuller, S. G., Moore, L. R. , & Lester , J. W . Influence of family functioning on maternal fetal attachment. *Journal of Perinatology*. 1993;13: 453 - 460 .
87. Kemp V., Sibley D. & Pond E. A comparison of adolescent and adult mothers on factors affecting maternal role attainment. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1990; 19: 63–75.
88. Pascoe J.M., Kototailo P.K. & Broekhuizen F.F. Correlates of multigravida women's binge drinking during pregnancy. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1995; 149: 1325–1329.
89. Mercer R.T. & Ferketich S.L. Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing and Health*. 1995; 18: 333–343.
90. Kemp V. & Page C. Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*. 1986; 16: 179–183.
91. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore Maryland. 1994: 161-165
92. Altuğ BF, Özkan I Bilişsel Süreçlerin Gelişimi. *Psikiyatri Bülteni*. 1996; 4(2):58-64.
93. Austin, M. P. Perinatal mental health: Opportunities and challenges for psychiatry . *Australasian Psychiatry*. 2003; 11:, 399 - 403 .
94. Austin, M. P Antenatal screening and early intervention for “ perinatal ” distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archive of Women ' s Mental Health*. 2004; 7: 1 - 6 .
95. Evans, J. , Heron, J. , Francomb, H. , Ok , S. & Golding , J . Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*. 2001; 323: 257 - 260 .
96. Green, J. M. Postnatal depression or perinatal dysphoria? Findings from a longitudinal community-based study using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1998; 16: 143 - 155.
97. Hart, R. & McMahon, C. A . Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women ' s Mental Health*. 2006; 9: 329 - 337.
98. Lindgren, K . A comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2003; 32: 313 - 321 .
99. Gaffney K.F. Maternal–fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Journal of Perinatology*. 1986; 13: 453–460.

100. Stanton F. & Golombok S. Maternal–fetal attachment during pregnancy following in-vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 1993; 14: 154–158.
101. Mikulincer M. & Florian V. Maternal–fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy – the contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1999; 18: 225–276.
102. Phipps S. & Zinn A. (1986b) Psychological response to amniocentesis: II. Effects of coping style. *American Journal of Medical Genetics* 25, 143–148.
103. Kenner, C. & Dreyer, L. A. Prenatal and neonatal testing and screening: A double-edged sword. *Nursing Clinics of North America*. 2000; 35:, 627 - 642 .
104. Sandelowski, M. , & Corson Jones , L . Couples ’ evaluation of foreknowledge of fetal impairment. *Clinical Nursing Research*. 1996a; 5: 81 - 96 .
105. Sandelowski, M. & Corson Jones, L . “ Healing fictions ” : Stories of choosing in the aftermath of the detection of fetal anomalies. *Social Science & Medicine*. 1996b; 42: 353 - 361 .
106. Hedrick, J. The lived experience of pregnancy while carrying a child with a known, nonlethal congenital abnormality. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2005; 34: 732 - 740 .
107. Phipps S. & Zinn A. Psychological response to amniocentesis: I. Mood state and adaptation to pregnancy. *American Journal of Medical Genetics*. 1986a; 25, 131–148.
108. Chazotte C., Freda M.C., Elovitz M. & Youchah J. Maternal depressive symptoms and maternal–fetal attachment in gestational diabetes. *Journal of Women’s Health*. 1995; 4: 375–380.
109. Nichols M.R. Adjustment to new parenthood: attenders verses nonattenders at prenatal education classes. *Birth*. 1995; 22: 21–26.
110. Hjelmstedt , A. , Widström , A. , & Collins , A . Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally . *Birth*. 2006; 33: 303 - 310 .
111. Damato , E. G . Predictors of prenatal attachment in mothers of twins .*Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2004; 33: 436 - 445 .
112. Bauer , C. R. , Shankaran , S. , Bada , H. S. , Lester , B. , Wright , L. L. , Krause-Steinrauf , H , et al . The maternal lifestyle study: Drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 186: 487 - 496 .

- 113.Mehta , S. K. , Super , D. M. , Salvator , A. , Singer , L. , Connuck , D. , Fradley , L. G., et al. Heart rate variability in cocaine-exposed newborn infants. *American Heart Journal*, 2001; 142: 828 - 832.
- 114.Singer , L. T. , Arendt , R. , Minnes , S. , Farkas , K. , Salvator , A. , Kirchner ,H. L ., et al. Cognitive and motor outcomes of cocaineexposed infants. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 287: 1952 - 1959.
- 115.Rubin, R . Maternal identity and the maternal experience. New York : Springer. 1984.
- 116.Shieh , C. , & Kravitz , M . Maternal-fetal attachment in pregnant women who use illicit drugs . *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2002; 31: 156 - 164 .
- 117.Shieh , C. & Kravitz , M . Severity of drug use, initiation of prenatal care, and maternal-fetal attachment in pregnant marijuana and cocaine/heroin users . *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006; 35: 499 - 508 .
- 118.Lewis , M. W . Relationship of prior custody loss to maternalfetal bonding in a subsequent pregnancy . *Children and Youth Services Review*. 2006; 28: 1169 - 1180 .
- 119.Slade , P. , Laxton-Kane , M. , & Spiby , H . Smoking in pregnancy: The role of the transtheoretical model and the mother ' s attachment to the fetus. *Addictive Behaviors*. 2006; 31: 743 – 757.
- 120.Mikhail MS, Freda MC, Merkatz RB, Polizzotto R, Mazloom E, Merkatz IR. The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrics &Gynecology*. 1991; 165(4 Pt 1):988–991.
- 121.Fonagy , P. , Steele , H. , & Steele , M . Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age . *Child Development*. 1991; 62: 891 - 905 .
- 122.Main , M. , & Hesse , D . Parents ' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M. Greenberg , D. Cicchetti , & M. Cummings. *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. 1990 : 161 - 185
- 123.Ward , M. J. , & Carlson , E. A . Association among adult attachment representations, maternal sensitivity and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers . *Child Development*. 1995; 66: 69 - 79 .
- 124.Siddiqui, A., Hägglöf, B. & Eisemann, M. Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2000; 18: 67 - 74 .

125. Wilson, M. E. , White , M. A. , Cobb , B. , Curry , R. , Greene , D. , & Popovich , D .
Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament . Journal of
Advanced Nursing. 2000; 31: 204 - 210 .
126. White M.A., Wilson M.E., Elander G. & Persson B. The Swedish family: transition to
parenthood. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 1999; 13: 171–176.
127. Koniak-Griffin D. The relationship between social support, self-esteem and maternal–
fetal attachment in adolescents. Research in Nursing and Health. 1988; 11, 269–278.
128. Koniak-Griffin D., Lominska S. & Brecht M.L. Social support during adolescent
pregnancy: A comparison of three ethnic groups. Journal of Adolescence. 1993; 16:
153–158.
129. Foster S.F., Slade P. & Wilson K. Body image, maternal–fetal attachment and breast-
feeding. Journal of Psychosomatic Research. 1996; 41: 181–184.
130. Elaine Scharfe Maternal Attachment Representations and Initiation and Duration of
Breastfeeding. J Hum Lact 2012; 28:218-226
131. Marshall NE, Spong CY. Obesity, pregnancy complications, and birth outcomes.
Semin Reprod Med. 2012 Dec; 30 (6):465-71.
132. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced
maternal age and adverse pregnancy outcome: evidence from a large contemporary
cohort. PLoS One. 2013; 8(2):e56583
133. Harris, B., Huckle, P., Thomas, R., et al., The use of rating scales to identify post-natal
depression. Br J Psychiatry, 1989. 154: p. 813-817.
134. Lee, D.T., Yip, A.S., Chiu, H.F., et al., Screening for postnatal depression: are specific
instruments mandatory? J Affect Disord, 2001. 63(1-3): p. 233-8.
135. Beck, C.T., Gable, R.K. Comparative analysis of the performance of the Postpartum
Depression Screening Scale with two other depression instruments. Nurs Res, 2001.
50(4): p. 242-50.
136. Whiffon, V., Screening for postpartum depression: A methodological note. J Clin
Psychol 1988. 44(3): p. 367-371.
137. Allison S. J., Stafford J and Anumba D. OC. The effect of stress and anxiety
associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. BMC
Women's Health: 2011, 11:33.
138. Selçuk E. ve ark. Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde
Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi.
Türk Psikoloji Yazıları. 2005; 8 (16): 1-11.

- 139.Yılmaz S.D, Beji N.K. Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. Midwifery 2013 , <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.015>
- 140.Kingdom JC, Burrell SJ, Kaufmann P: Pathology and clinical implications of abnormal umbilical artery Doppler waveforms. Ultrasound Obstet Gynecol 1997;9:271-286.
- 141.Mi-Kyung K., Bang K.S., Relationship of Prenatal Stress and Depression to Maternal-Fetal Attachment and Fetal Growth. J Korean Nurs 2011 Vol.41 No.2, 276-283
- 142.Alhusen J.L., A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. JOGNN, 2008;37, 315 - 328
- 143.Armstrong, D. S. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. Journal of Nursing Scholarship. 2002; 34: 339 - 345
- 144.Tsartsara , E. , & Johnson , M. P . The impact of miscarriage on women ' s pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2006; 27: 173 - 182 .
- 145.Armstrong D.S., Hutti, M.H.,Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. 1998: 27, 183-189.
- 146.Fisher J.R.W., Hammarberg K. & Baker G.H.W. Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. Fertility and Sterility. 2008; 89: 1103–1112.
- 147.Chen, C.J., Chen, Y.C. Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. Journal of Advanced Nursing. 2011. 67 (10), 2200-2208.
- 148.Ossa, X., Bustos, L., Fernandez, L. Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. Midwife. 2012: 28, e689-e696
- 149.Yılmaz S.D, Beji N.K. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi. 2010;20(3): 99-108
- 150.Honjo S, Arai S, Kaneko H, Ujiie T, Murase S, Sechiyama H, Sasaki Y, Hatagaki C, Inagaki E, Usui M, Miwa K, Ishihara M, Hashimoto O, Nomura K, Itakura A, Inoko K. Antenatal depression and maternal–fetal attachment. Psychopathology. 2003; 36 (6):304–311
- 151.McFarland J. et al. Major Depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. Arch Womens Ment Health. 2011. 14;425-434.

152. Goecke T.W. et al. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Arch Gynecol Obstet*. 2012. March.
153. Van den Bergh B.R.H. et al. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2005. 29: 237-258.
154. Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999;318:153-7
155. Warren, S.L., Racu, C., Gregg, V., et al., Maternal panic disorder: Infant prematurity and low birth weight. *J Anxiety Disord*, 2006. 20(3): p. 342-52.

EKLER

EK-1: Sosyodemografik veri formu

**GEBELERDE ANKSİYETENİN, DEPRESYONUN, YETİŞKİN BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİNİN VE PRENATAL DÖNEMDE BEBEKLERİNE BAĞLANMA
DÜZEYLERİNİN FETUSUN İNTRAUTERİN İYİLİK HALİ İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ANNE VE AİLE ÖZELLİKLERİ VERİ FORMU

ANNE ÖZELLİKLERİ:

Adı ve Soyadı:

Başvuru tarihi:

Telefon:

BMI:

Adres:

Başvuruda gebelik haftası:

Doğum tarihi:

Eğitimi:

1)okur yazar değil

2)ilkokul- ortaokul

3)lise

4)yüksek okul

Mesleği:

1)ev hanımı

2)kamuda görevli

3)serbest

4)emekli

Medeni hali:

1)bekar

2)evli

3)ayrılmış/boşanmış

4)dul

Sigara kullanımı:

Alkol kullanımı:

Kullandığı ilaç:

Gebeliğinde ek hastalık:

ANNENİN GEBELİK ÖYKÜSÜ:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Anomalili çocuk doğurma öyküsü

- 1)var 2)yok

BU GEBELİĞİNDE;

Yardımcı üreme tekniği:

- 1)var 2) yok
a)Tüp Bebek b)aşılama

Bu gebeliğinden önce doğum kontrol yöntemi kullanma öyküsü

- 1)yok 2)var
3)var, ancak gebelik nedeniyle kesmiş 4)bilmiyor

Bu gebeliği doğum kontrol yöntemi kullanmasına rağmen gerçekleşmiş olabilir mi?

- 1)evet 2)hayır 3)bilmiyor

Bu gebeliğin zamanlama açısından uygunluğu:

- 1)evet uygun 2)hayır uygun değil 3)bilmiyor

Bu gebelik ile sahip olmayı düşündüğü çocuk sayısına ulaştığını düşünüyor mu?

- 1)evet 2)hayır 3)bilmiyor

Gebe kaldığını öğrendiğinde bebeğin cinsiyetinin ne olacağını düşünmüştü?

- 1)Kız 2)erkek 3) bebeğin cinsiyeti ile ilgili beklentisi yoktu

Bu gebeliğini sonlandırmayı düşünüp düşünmediği?

- 1)evet düşünmüştüm 2)hayır düşünmemiştim 3)bilmiyor

Evliliğinin kaçınıcı ayında/yılında gebe kaldığı:

AİLE ÖZELLİKLERİ

Aile yapısı: 1)tek ebeveyn 2)çekirdek aile 3)geniş aile

Eşi ile genel olarak ilişkisi:

- 1)çok iyi 2)iyi 3)orta
4)kötü 5)çok kötü 6)yaşamıyor

Gebelikte şiddet öyküsü:

- 1)var 2)yok

BEBEK FORMU:

Adı soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum tarihi:

Doğum kilosu:

Doğum haftası:

Doğum şekli: 1)Normal doğum 2)sezaryan 3)Forceps

Emzirmeye başlama zamanı:

- 1) doğumdan sonraki ilk 2 saat içinde
2) doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde
3) doğumdan sonraki ilk 1 hafta içinde
4) doğumdan sonraki 1 haftadan sonra

DOPPLER DEĞERLENDİRME

1)Umbilikal arter S/D oranı ¹

2)Umbilikal arter PSV ²

¹S/D oranı- sistolik diastolik oran

²PSV- Pik sistolik velosimetri

EK-2 Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

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

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

EK-3: Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (Experiences in Close Relationships-Revised-YİYE-II)

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Hiç Kararsızım/ Tamamen
katılmıyorum fikrim yok katılıyorum

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip dayanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemseydiğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Hiç Kararsızım/ Tamamen
katılmıyorum fikrim yok katılıyorum

17.Birlikte olduğum kişinin beni terkedeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18.Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19.Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
20.Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21.Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22.Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23.Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24.Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25.Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26.Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27.Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28.Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29.Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, "gerçek ben"den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30.Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31.Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendirir.	1	2	3	4	5	6	7
32.Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip dayanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33.Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
34.Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35.Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.	1	2	3	4	5	6	7
36.Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

EK-4**Beck Anksiyete Ölçeği**

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi Ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Beck Depresyon Ölçeği**Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....**

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyordum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....