



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**DÜŞÜK VE YÜKSEK RİSKLİ GEBELERİN
PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Emine ÇELEBİ ÇUVALCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

TRABZON-2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**DÜŞÜK VE YÜKSEK RİSKLİ GEBELERİN
PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Emine ÇELEBİ ÇUVALCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

TRABZON-2022

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine ÇELEBİ ÇUVALCI'nın hazırladığı “Düşük ve Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17.02.2022



Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne / / 20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun / / 20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

17/02/2022

Emine ÇELEBİ ÇUVALCI

İthaf

Yüksek Lisans Tezimi; bu hayattaki en büyük destekçim olan, beni bu zamana kadar yetiştirmiş olan biricik aileme ve bu mücadelede benimle birlikte olan canım oğullarım Yiğit ve Poyraz' a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince; fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez çalışmam boyunca ilgi ve desteğini benden esirgemeyen, göstermiş olduğu muazzam sabrı ve merhameti nedeniyle minnettar olduğum, bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar her konuda yanımda olan ve her zaman varlığını yanımda hissettiğim değerli danışman hocam KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Akademik Kurul Üyesi ve SBF Ebelik Bölüm Başkanı Sayın Doç. Dr. Songül AKTAŞ’a,

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen Sayın Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK ve Dr. Öğr. Üyesi Buğra YÜCESAN hocalarıma ve tez savunma sınavımda tezime yapmış olduğu katkılarından dolayı Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK hocama ve KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ruveyde AYDIN hocama,

Lisansüstü eğitimim boyunca desteklerini benden esirgemeyen maddi ve manevi her anlamda yanımda olan eşim Furkan ÇUVALCI ve KTÜ Tarih bölümü sekreteri olan eşimin babası Hacı Arif ÇUVALCI ve ailesine,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, bana güçlü olmayı öğreten, dua ve sevgisiyle beni besleyen canım anneme, ulu çınarım babama, candan öte ablalarım ve biricik kardeşime,

Araştırmayı kabul eden tüm gebelere,

Sabır, destek ve güvenleri için sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Emine ÇELEBİ ÇUVALCI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik	4
2.1.1. Düşük Riskli Gebelik	4
2.1.2. Yüksek Riskli Gebelik	5
2.2. Gebelikte Risk Faktörleri	5
2.2.1. Genel Risk Faktörleri	5
2.2.2. Obstetrik Risk Faktörleri	5
2.2.3. Kişisel Tıbbi Öyküdeki (Özgeçmiş) Risk Faktörleri	6
2.2.4. Gebelikte Esnasında Ortaya Çıkan Risk Faktörleri	6
2.3. Bağlanma	7
2.3.1. Bağlanma Kavramı	7
2.3.2. Bağlanma Kuramı	7
2.3.3. Bağlanma Biçimleri	9
2.3.3.1. Güvenli Bağlanma	9
2.3.3.2. Kaygılı / Kararsız Bağlanma	10
2.3.3.3. Kaygılı / Kaçınan Bağlanma	10
2.3.3.4. Dağınık Bağlanma	11
2.4. Prenatal Bağlanma	11
2.5. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler	13
2.6. Prenatal Bağlanmayı Sağlamada Ebe ve Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	15

3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	17
3.5. Verilerin Toplanması	18
3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)	18
3.5.2. Prenatal Bağlanma Envanteri	19
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.7. Araştırmanın Etiği	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	39
7. KAYNAKLAR	42
EKLER	56
Ek 1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)	57
Ek 2. Prenatal Bağlanma Envanteri	61
Ek 3. Etik Kurul Onayı	62
Ek 4. Ölçek İzini	65
Ek 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	66
ÖZGEÇMİŞ	67

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No.	Sayfa
Tablo 1. Düşük ve yüksek riskli gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması	21
Tablo 2. Gebelerin risk durumlarına göre dağılımı	23
Tablo 3. Gebelerin düşük ve yüksek riskli olmasına göre prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması	24
Tablo 4. Düşük riskli gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre gebelikte prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması	25
Tablo 5. Yüksek riskli gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre gebelikte prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması	27
Tablo 6. Yüksek riskli gebelerin gebelik sorunları yaşama durumuna göre gebelikte prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması	29
Tablo 7. Düşük ve yüksek riskli gebelerin yaşı, gebelik haftası ve gebelik sayısı ile prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesi	30

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil

Sayfa

Şekil 1. Bağlanma biçimleri

9



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

PBE	Prenatal Bağlanma Envanteri
İUGG	İntra Uterin Gelişme Geriliği
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
EMR	Erken Membran Ruptürü
HEG	Hiperemezis Gravidarum
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IVF	İnvitro Fertilisasyon

Simgeler

F	Tek Yönlü Varyans Analizi
KW	Kruskal Wallis Varyans Analizi
T	Bağımsız Örneklem t Testi
χ^2	Ki Kare Testi
OR	Odd's Ratio

ÖZET

Düşük ve Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması

Araştırma düşük ve yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü, yüksek risk grubundaki gebeler için 165, düşük risk grubundaki gebeler için 165 gebe olmak üzere toplam 330 gebe oluşturmaktadır. Türkiye'nin herhangi bir ilinde yaşayan, 20 hafta ve üzeri gebeliği olan kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır. Veriler; Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu ve Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) formlarıyla online olarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, Bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Düşük riskli gebelerin yaş, gebelik haftası ve gebelik sayısı ortalaması sırasıyla 28.93 ± 4.47 , 27.59 ± 5.04 , 1.66 ± 0.83 'dir. Yüksek riskli gebelerin ise yaş, gebelik haftası ve gebelik sayısı ortalaması sırasıyla 29.98 ± 5.39 , 28.81 ± 3.75 , 1.98 ± 1.20 'dir. Gebelerin Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) toplam puan ortalaması; düşük riskli gebelerde 60.95 ± 13.25 , yüksek riskli gebelerde 58.07 ± 12.46 olarak saptanmıştır. Düşük ve yüksek riskli gebelerin PBE toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0.05$). Düşük riskli gebelerin, "gebelik sayısı ile PBE toplam puanı" arasında ($r = -0.146$, $p = 0.062$), yüksek riskli gebelerin "gebenin yaşı" ile PBE ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r = -0.171$, $p = 0.028$; $r = -0.269$, $p = 0.000$).

Sonuç olarak; bu çalışmada düşük ve yüksek riskli gebe olma ile prenatal bağlanma arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Gebenin sosyo-demografik ve obsetrik özellikleri prenatal bağlanmayı etkilemektedir. Prenatal bakımdan sorumlu olan ebe ve hemşirelerin; prenatal bağlanmayı artırmak için; gebelikte risk düzeyini erken dönemde belirleme, risk durumuna göre bireyselleşmiş antenatal bakım verme, eğitim, danışmanlık ve sürekli destek sağlama sorumlulukları bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Düşük risk, gebe, hemşire, prenatal bağlanma, yüksek risk.

ABSTRACT

Comparison of Prenatal Attachment Levels of Low and High Risk Pregnancies

The study was conducted in a descriptive method in order to compare the prenatal attachment levels of low and high risk pregnant women. The sample size of the study, consists of a total of 330 pregnancies, 165 for the pregnant women in the high risk group and 165 for the pregnant women in the low risk group. Living in any province of Turkey, women with a pregnancy of 20 weeks or more were included in the study. Data was collected as an online survey with the Pregnant Descriptive Information Form and the Prenatal Attachment Inventory (PES) forms. Percentages, means, independent groups t test, Analysis of Variance and Pearson correlation analysis were used in the evaluation of the data. The mean age, gestational week and number of pregnancies of low-risk pregnant women were 28.93 ± 4.47 , 27.59 ± 5.04 , 1.66 ± 0.83 , respectively. The mean age, gestational week and number of pregnancies of high-risk pregnant women were 29.98 ± 5.39 , 28.81 ± 3.75 , 1.98 ± 1.20 , respectively. Prenatal Attachment Inventory (PEI) total score average of pregnant women was determined as 60.95 ± 13.25 in low-risk pregnancies and 58.07 ± 12.46 in high-risk pregnancies. The difference between the mean PEI scores of the low-risk and high-risk pregnant women was statistically significant ($p < 0.05$). A statistically significant, negative and low-level correlation was found between the “number of pregnancies” and the total PPEO score of low-risk pregnancies ($r = -0.146$, $p = 0.062$), and between the “pregnancy age” of high-risk pregnancies and the PEI scale score (respectively). $r = -0.171$, $p = 0.028$; $r = -0.269$, $p = 0.000$).

As a result, in this study it was determined that there is a relationship between low-risk and high-risk pregnancy and prenatal attachment. The socio-demographic and obstetric characteristics of the pregnant affect prenatal attachment. To increase prenatal attachment midwives and nurses responsible for prenatal care have responsibilities in determining the risk level in pregnancy in the early period, providing individualized antenatal care according to the risk situation and providing education, consultancy and continuous support.

Keywords: High risk, low risk, nurse, pregnant, prenatal attachment,

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bağlanma, başkasına karşı duyulan bir bağlıdır. Bağlanma teorisi ilk olarak İngiliz John Bowlby tarafından ortaya konulmuştur. Bowlby'e göre bağlanma, ihtiyaç duyulduğu anda yakınlık kurmak için aranan güçlü bir istek olarak tanımlanmıştır (1). Literatürde bağlanmanın ilk temellerinin gebelikte bir başka ifadeyle prenatal dönemde ortaya çıktığı belirtilmektedir (2-4).

Prenatal bağlanma teorisi, 1981 yılında Cranley tarafından tanımlanmıştır. Bu teoriye göre bağlanma, ilk olarak psikolojik değişikliklere ve fetüse olumlu düşüncenin kabul edilmesiyle başlamaktadır (5). Fetüs ile gebe arasında kurulan eşsiz ilişki, prenatal bağlanma olarak adlandırılır (6). Gebe ve fetüs ile kurulan ilişkide, anne güven sağlayıp sorumluluk kazanmaktadır (7). Gebelik ayı ilerledikçe fetüsün büyüüp gelişmesi, bebeğin annenin sesine ve annenin karnına dokunmasına karşı verdiği tepkiler, annenin onu hissedip kendinden bir parça olarak kabul etmesi prenatal bağlanmayı artırmaktadır (3, 7, 8).

Prenatal bağlanma gebenin sosyo-demografik, obstetrik, psikolojik, çevresel ve kültürel gibi çoklu faktörlerinden etkilenmektedir (2, 6). Bu ana faktörlerden başlıcaları; gebenin yaşı, öğrenim düzeyi, evlilik uyumu, çocuk sayısı, sosyal destek ve sağlık durumu, gebeliğin planlanması ve istenmesi, sosyo-ekonomik düzeyi, perinatal kayıp ve depresyon öyküsü, fetal hareketleri algılama durumu, gestasyonel yaş ve bebeğin cinsiyetidir (2, 7, 8). Bunlara ek olarak fetüsün ultrasonda görülmesi, fetal hareketlerin anne tarafından hissedilmesi, gebelik haftasının ilerlemesi gibi durumlarda bağlanmayı etkileyebilmektedir (9). Gebenin fetüsün hareketlerini hissettiği 16-20 hafta arası prenatal bağlanma açısından önem taşımaktadır (1, 6, 9). Yarcheski ve ark. (2009) gebelik haftası ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, gebelik haftası artıkça prenatal bağlanmanın arttığı saptanmıştır (10). Yılmaz (2012) çalışmasında, çalışmayan gebelerde prenatal bağlanmanın daha düşük olduğunu belirtmiştir (11).

Gebenin fetüse bağlanması bir başka ifadeyle prenatal bağlanma; kadının gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlama, kendi ve fetüsün sağlığını riske sokan davranışlardan uzaklaşma, antenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanma, doğuma hazırlık yapma pozitif gebelik deneyimi geçirme gibi kendi ve fetüsün sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik katkı sağlamaktadır (8). Aynı zamanda prenatal bağlanma gebelik stres ve anksiyetesine, depresyona karşı da koruma sağlamaktadır (12, 13). Alhusen ve ark. (2008)

alışmasında depresif belirtilerin ve sosyal destek durumunun prenatal bağlanma düzeyini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır (14).

Gebelikte risk faktörlerinin artışı, prenatal bağlanmayı olumsuz etkilemektedir (7, 9, 12). Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeyi farklılık gösterebilmektedir (15). Düşük riskli gebelik, gebeliği komplikasyon riskine sokan maternal ve fetal faktörlerin olmadığı, aktif komplikasyonların olmadığı gebeliktir. Bu gebelerde fiziksel sorunlar meydana gelebilir ama bunları çoğu geçebilir ve sağlıklı bebekler dünyaya gelebilmektedir (9, 15). Yüksek riskli gebelik, gebenin veya fetüsün yaşamını ve sağlığını tehdit eden, hastalık ve ölüm riskini artıran bir etken/durumun olmasıdır (16). Gebeliğinde yüksek risk bulunanlar, fetüsü kaybedeceklerini düşünüp bebeği ile ilişki kurma ve bağlanma konusunda sorunlar yaşayabilmektedir (15, 16). Yüksek riskli gebelikler, bağlanmanın zayıf düzeyde olması için potansiyel risk faktörüdür (16). Riskli durum karşısında gebeler kaybetme korkusu yaşar, stres ve kaygı içine girebilmektedir (17). Stres ve kaygı prenatal bağlanmayı olumsuz etkileyebilmektedir (18). Yapılan bazı çalışmalarda, yüksek riskli gebelerde stres ve kaygının, düşük riskli gebelere göre daha fazla olduğu, stres ve kaygının prenatal bağlanmayı olumsuz etkilediği ortaya koyulmuştur (7, 15, 17, 18).

Prenatal bağlanmanın zayıf olması anne ile fetüsü arasında kurulacak olan güvenli bağlanmayı etkileyerek, gebelik döneminde olumsuz sağlık davranışları ve uygulamalarıyla fizyolojik ve psikolojik gelişiminde olumsuz sonuçlara ve fetüsü/yenidoğanın ileri yaşantısında zayıf ilişkilerine yol açabilmektedir (19).

Anne için gebelik döneminde hazırlıklı girmek sağlıklı olmak kadar prenatal bağlanma da önemlidir. Bağlanması iyi olan annelerin; aile içi bağlanma düzeylerinin arttığı, postpartum depresyonu ve savunmasızlık duygusunu azalttığını göstermiştir (18, 19). Prenatal bakımdan sorumlu olan ebe ve hemşirelerin; prenatal bağlanmayı artırmak için; gebelikte risk düzeyini erken dönemde belirleme, risk durumuna göre bireyselleşmiş antenatal bakım verme, eğitim, danışmanlık ve sürekli destek sağlama sorumlulukları bulunmaktadır (16).

Bu çalışmada amaç; düşük ve yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeylerini karşılaştırmaktır. Literatürde gebelerin bağlanma düzeyini ortaya koyan çok sayıda araştırma bulunmaktadır (1, 6, 11, 12, 18, 19). Ancak içinde bulunduğumuz Covid-19 pandemi dönemindeki gebelerin bağlanma düzeyini ortaya koyan, düşük ve yüksek riskli

gebelerin prenatal bağlanma düzeylerini karşılaştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. Yapılan çalışmanın ulusal ve uluslararası literatürdeki boşluğu doldurmaya ve yeni çalışmalara ışık tutabileceğine inanılmaktadır. Ayrıca bu çalışmanın; düşük ve yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanmayı etkileyen sosyo-demografik, obstetrik vb. faktörlerin incelenmesiyle, bağlanmayı azaltan riskleri önlemeye/azaltmaya yönelik hemşirelik ve ebelik girişimlerinin planlanmasına ve Dünya Sağlık Örgütü'nün hedeflediği pozitif gebelik deneyimi için antenatal bakım kalitesini artırma politikalarına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırma soruları:

1. Düşük riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeyi nasıldır?
2. Yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeyi nasıldır?
3. Düşük riskli gebeler ile yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi arasında fark var mıdır?
4. Düşük ve yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi üzerine sosyo-demografik ve obstetrik faktörlerin etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, ovum ve spermin fertilizasyonu ile yeni bir canlının oluşumudur. Gebeliğin toplam süresi son menstruasyonun ilk gününden başlayıp 280 günü ya da 40 haftayı kapsayan başka bir ifadeyle 10 lunar ayı kapsamaktadır (15, 17, 20). Gebelik trimester olarak adlandırılan, her biri üç aylık dönemden oluşan üç trimestera ayrılmaktadır. 1-13 haftalar arası birinci trimester, 13-27 haftalar arası ikinci trimester, 28 haftadan başlayıp doğumun gerçekleştiği tarihe kadar 3. trimester olarak ifade edilmektedir (21). Birinci trimester fetüsün oluşum sürecini, ikinci ve üçüncü trimester fetüsün büyümesini ve gelişmesinin olduğu dönemi kapsamaktadır (20, 21). Birinci trimester kadının gebeliğe adaptasyon sürecidir. Bu dönemde bulantı kusma gibi bazı fizyolojik değişikliklerin yaşanması ambivalan (zıt) duygulara sebep olmaktadır (16, 20). İkinci trimester fetüsün anne karnındaki hareketlerinin hissedilmesiyle başlayıp kadının gebeliğe uyumunu ve bir canlının varlığını kabullenmesiyle başladığı dönemi kapsamaktadır (12, 20). Üçüncü trimesterde ise büyüyen uterus ve alınan kilolar ile gebeliğin kadını yorduğu dönemi kapsamaktadır (22).

Gebelikler düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelikler veya düşük, orta ve yüksek riskli gebelikler olarak farklı şekillerde kategorize edilmektedir (23, 24). Bu çalışmada düşük ve yüksek riskli gebelikler olarak sınıflandırma yapılacaktır.

2.1.1. Düşük Riskli Gebelik

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre risk, istenilmeyen bir durumun bir ya da daha fazla etmenle birlikte oluşma olasılığındaki artış olarak tanımlanmaktadır. Gebe kalan her kadının aslında bir riski vardır. Bu yüzden düşük riskli gebeliği tanımlama gereği duyulmuştur (16, 20, 25).

Düşük riskli gebelik bir başka ifadeyle riski düşük gebelik; gebeliği komplikasyon riskine sokan maternal veya fetal faktörlerin olmadığı, aktif komplikasyonların olmadığı gebeliktir (26). Gebelik boyunca anne adayı herhangi bir komplikasyon taşımasa dahi gebelik riski düşük kabul edilir. Yapılan tanı ve tarama testleri düşük riskli gebelerde normal çıkmıştır. Risk annenin sağlığını tehdit etmemiş ve sağlıklı bireyler dünyaya gelmiştir (17, 20, 27). Koçak ve Ege (2018) 139 gebeyle yapmış olduğu çalışmasında

prenatal tanı ve tarama testlerindeki yetersiz bilginin kaygıyı artırdığını ve annenin psikolojik sağlığını olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur (28).

2.1.2. Yüksek Riskli Gebelik

Yüksek riskli gebelik bir başka ifadeyle riski yüksek gebelik; gebenin veya fetüsün yaşamını ve sağlığını tehdit eden, hastalık ve ölüm riskin artıran bir etken/durumun olmasıdır (16). Bu etken, gebeliğin seyrini olumsuz etkilemektedir. Gebelik döneminde yaşanan yüksek riskin, anne ve fetüsün yaşamını tehdit etmesi, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan önemli bir sorun olup, mortalite ve morbidite oranlarını arttırmaktadır (29).

Yüksek riskli gebelikte yaşanan problemler, gebelikten önce oluşan problemler (özgeçmiş) gibi, gebelik süresince de oluşabilmektedir. Gebelikte risk durumunu demografik ve obstetrik özelliklerden etkilendiği ifade edilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre doğumların yaklaşık üçte ikisi yüksek risk kategorisindedir (29). Risk durumunu tanılamak için, gebelik öyküsünün, fiziksel muayenenin, tanı ve tarama testlerinin ve fetalın sağlığının değerlendirilmesi dikkatli yapılmalıdır (22, 24, 25, 27, 30).

2.2. Gebelikte Risk Faktörleri

Gebeliği riske sokan çok sayıda risk faktörleri bulunmaktadır. Bunlar aşağıda sınıflandırılarak ele alınmıştır (15, 20, 23).

2.2.1. Genel Risk Faktörleri

- Gebenin yaşı (adölesan ve ileri yaş gebelik)
- $18 < \text{beden kitle indeksi} < 30$ (aşırı zayıf ve obezite)
- Zararlı madde kullanımı
- Sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan sorunlar
- Akraba evliliği vb. (20, 31).

2.2.2. Obstetrik Risk Faktörleri

- Doğum aralıklarının iki yıldan az olması
- Doğum sayısının 4-5 ve üzeri olması
- Makrozimi
- İntra uterin gelişme geriliği (İUGG)

- Preterm doğum
- Fetal malformasyon
- Hipertansif durumlar
- Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)
- Rh uygunsuzluğu veya hidrops fetalis
- Üç ve üçten fazla arka arkaya gerçekleşen spontan düşükler
- Müdahaleli doğumların olması (vakum, forseps)
- Plasenta retansiyonu
- Postpartum kanama
- Ektopik gebelik (15, 23, 24, 31).

2.2.3. Kişisel Tıbbi Öyküdeki (Özgeçmiş) Risk Faktörleri

- Kronik hastalıkların olması (diyabet, kalp hastalığı, kronik hipertansiyon, tiroit hastalıkları, fenil ketonüri, böbrek hastalığı, nörolojik hastalıklar, sistemik lupus eritematus, solunum hastalıkları vb)
- Servikal yetmezlik ve serklaj operasyonu
- Myomlar
- Kan transfüzyonu öyküsü
- Myomektomi öyküsü (15, 20, 25, 32).

2.2.4. Gebelikte Esnasında Ortaya Çıkan Risk Faktörleri

- Son adet tarihinin bilinmemesi
- Aneminin olması
- Pelvik anomali olması
- Hiperemesis gravidarum (HEG)
- Fetal hareket yokluğu
- Perinatal enfeksiyonlar
- Çoğul gebelik
- Polihidramnios ya da oligohidramnios
- Erken membran rüptürü (EMR)
- Gestasyonel Diabetes Mellitus
- Preeklampsi, Eklampsi
- Servikal yetmezlik

- Prezantasyon anomalisi (alın, makat ya da yan geliş)
- Erken kontraksiyonlar (15, 16, 20, 25, 32).

Gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle bağlanma arasında bir bağ bulunmaktadır. Risk faktörleri bağlanma açısından değerlendirilmektedir (20).

2.3. Bağlanma

2.3.1. Bağlanma Kavramı

Bağlanma Türk Dil Kurumu (TDK) tanımına göre, bağlanma işi veya durumudur. Bağlanma kelimesinin kökeni 13. yüzyıla dayanmaktadır. “bağ” ve “to attach” kelimelerine etimolojik (dil bilimi) olarak bakıldığında yapılan göreve inancı ve görevi en iyi şekilde yerine getirme dürtüsü olarak tanımlandığı görülmektedir (1, 5, 11, 33). Bağlanmaya yönelik çeşitli tanımlamalar bulunmaktadır. Bir tanıma göre bağlanma; insanlar ya da hayvanların başka bir insanlar ya da hayvanlar ile kurduğu ve sürdürdüğü sağlıklı ilişkidir (34). Psikoloji alanında ise bağlanma, bireyin yanımızda olmasını isteme ve birey yanımızdayken kendimizi güvende hissetme olarak tanımlanmaktadır (35). Birey ile primer bakım veren (anne veya bakım verici) arasında zamanla gelişen yakınlık duygusudur (36). Anne karnında başlayıp toplumsal hayatta sosyal ilişkilerin devamlılığı için gerekli olan bağlanma, ilişkilerin başlamasında önemli bir yer tutmaktadır (20, 35-37).

İnsanoğlu doğası gereği topluluk haline yaşar. Yaşamını sürdürebilmek için de anne, babasına ve diğer insanların varlığına ihtiyaç duyar. Bu durum intrauterin dönemden başlayıp bebeklik, çocukluk ve ileri yaşam dönemlerinde birine bağlanmayı temel bir yaşam gereksinimi olarak ortaya koymaktadır (34, 36, 38, 39).

2.3.2. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, bebek ile bebeğin bakımını ve ihtiyaçlarını karşılayan birincil kişiyle temelinde duygusal olarak oluşturulan ilişkileri açıklamayı amaçlamaktadır. Bağlanma kuramını ortaya ilk kez psikoanalitik geleneğe bağlı çocuk psikiyatri İngiliz John Bowlby tarafından Londra Çocuk Rehberliği Kliniğindeki yaptığı incelemeler sonucunda ortaya çıkmıştır (1, 33, 40). Bowlby bağlanmayı ihtiyaç duyulduğu anda yakınlık kurmak için aranan güçlü bir istek olarak tanımlamıştır. Kuramcı bağlanmanın, bebeklikten yetişkinliğe geçiş dönemine kadar yaşamın sürdürülmesi ve şekillenmesinde ayrıca kurulan tüm ilişkilerde önemli bir fonksiyonu olduğunu savunmaktadır (1, 41).

Bowlby'nin 1944'te "Kırk dört çocuk hırsız: kişilikleri ve yaşamları" ile yayınlanmış olan makalesinde anne kaybı olan, anne ile tekrarlayan ayrılıkları olan veya bir üvey anneden diğerine geçiş yaşayan çocukların suç işleyen çocuklar olduğundan bahsetmiştir. Bowlby bu araştırmaları sonucunda erken yaşta anneden ayrılan çocuklarda ruh sağlığı bozukluklarını ve ileri yaşlarda suç işleme riskini ortaya koyan çalışmasını 1950 yıllarında Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) sunmuştur (17, 35, 42). Bu çalışmasından sonra dünyada bağlanma, ebeveyn çocuk ilişkisi konularına yönelik araştırma eğilimi artmıştır (42).

Bowlby, anne ile bebeğin yakınlık sağlaması ve devam ettirebilmesi için bağlanma sistematığının önemine vurgu yapmaktadır. Bağlanma sistematığı; yenidoğanın anneye yakınlık göstermesi, çevreyi gözlemlemesi ve farkına varması açısından yeterli koşulları sağlamayı kapsamaktadır. Bu bağlanma sistematığı gerçekleştiğinde yenidoğanlar sağlıklı ve güvenli bir ortama kavuşmuş olacaktır. Bowlby, keşfetme-araştırma davranışı ile bağlanma davranışı arasında bir ilişkinin olduğunu savunmaktadır (20, 36, 43).

Bağlanma konusunda insanlar gibi hayvanlar ile yapılan çalışmalar da oldukça fazladır. Bu konuda çalışmalarıyla tanınmış olan Harlow'un (1958) katkısı da yadsınamaz. Harlow yapmış olduğu deneylerle bağlanmanın oluşmasında fizyolojik gereksinimlerin karşılanması ile doğrudan ilintili olmadığını, sosyal etkileşimde işlevinin olduğunu savunmaktadır. Bu dönemde bakım verenden ayrılmanın onarılamaz duygu yoksunluğuna neden olabileceğini dile getirmektedir (1, 35, 37, 38).

Bağlanma kuramı "John Bowlby" tarafından ortaya çıkarıldıktan sonra Mary Ainsworth'un (1979) kendi çalışmalarıyla da bağlanma üzerinde çalışmalar yapmış ve yaptığı incelemelerle bağlanma teorisine katkıda bulunmuştur (43). Ainsworth, bir laboratuvar ortamında 12-18 aylık bebeklerin birincil bakım verenleri ile "Yabancı Durum Testi" olarak adlandırdığı çalışmasını 8 aşamada 20 dakikada gerçekleştirmiştir (35, 42, 44, 45). İlk aşamada anne/bakıcı ve bebek odaya yerleştirip içeriye bir yabancı gelip sessizce oturur. İkinci aşamada yabancı bakım verenle konuşmaya başlayıp bir süre sonra çocukla oynamaya başlar. Üçüncü aşamada anne/bakıcı odadan ayrılır. Dördüncü aşamaya gelince yabancı, çocukla etkileşim halinde olur. Beşinci aşamada ise anne/bakım veren odaya girer ve yabancı odadan gider. Altıncı aşamaya gelindiğinde ise anne tekrar çocuğu yalnız bırakır. Deneyin yedinci aşamasında yabancı odaya girip çocuğa rahatlayacağı bir ortam oluşturur. Son aşamaya gelindiğinde ise anne tekrar odaya gelerek yabancı odadan

ayrılır. Bu deneyde ebeveyn etkisini düşük tutmak için annelerin bebek etkileşime geçmeden hareket eğiliminde bulunmamaları istenmiştir (2, 34, 43-46). Bu araştırmada bebeğin tepki verme durumlarına göre, bağlanma biçimleri belirlenmiştir. Ayrıca bu araştırmada bebeklerin anneleriyle sadece fiziksel yakınlık kurmadıklarını, aynı zamanda içsel olarak da annenin davranışlarını değerlendirdikleri belirtilmektedir (44-47).

2.3.3. Bağlanma Biçimleri

Bağlanma kuramı, anne ile bebeğin birbiri ile bağı, anne ve yenidoğan üzerinde mental ve psikosoyal sonuçlarını açıklamaya yardımcı olmaktadır (48).

Main ve Solomon güvenli, kaygılı-kararsız, dağınık ve kaygılı-kaçınan bağlanma olmak üzere 4 tip bağlanma biçiminden stilinden bahsetmektedir (49). Bu bağlanma biçimleri aşağıda açıklanmıştır.



Şekil 1. Bağlanma biçimleri

2.3.3.1. Güvenli Bağlanma

Güvenli bağlanma anne duyarlılığı olarak da ifade edilmekte olup, anne ile bebek arasında süregelen ve her daim erişebilir nitelikte olan bağlanmadır (48). Bu bağlanma biçimi, kişinin hayatı boyunca benliğine ilişkin olumlu beklentilerini karşılamaktadır. Güvenli bağlanma, bebeğin primer bakıcısına (genelde anneler kabul edilir) karşı güven duygusunu hissettirmektedir. Eğer bakım veren bebeğin yanından ayrılırsa güvenli bağlanan bebekler tepki verebilmekte ancak bakım verenler bebeğin yanına geri dönerse sakinleşebilmektedir (1, 4, 5, 44).

Güvenli bağlanma duygusal sağlığın gelişimi ve bebeklerin başkalarına olan güveni bakımından önem taşımaktadır. Güvenli bağlanan bebekler ileriki dönemlerde kuracakları ilişkiler konusunda tatminkar davranacaklardır. Emzirmenin anne ile bebeği arasında oluşan bağın güvenli olmasına katkı sağladığı belirtilmektedir (2, 7, 9, 33, 38).

2.3.3.2. Kaygılı / Kararsız Bağlanma

Kaygılı bağlanma; anne-bebek arasında ilişki kurulurken bireylerin sürekli kaygı/endişe duyduklarını ve başkalarından uzak durmayı tercih etmelerini ifade etmektedir. Bebekler primer bakıcılarına karşı davranış ve tutumları farklılık gösterebildiği için kararsız bağlanma olarak adlandırılmaktadır (8, 17, 30). Bakım veren, odadan ayrıldığı zaman bebek kendini sıkıntıda hissedebilmektedir. Ancak bebek, odaya giren bakım verenine karşı bir yandan temas kurmak isterken bir yandan temas kurmaktan kaçınmaktadır. Bu bağlanma biçiminde, bağlanma yaşayan çocuklar bakım vereni olmadığında keşfetmekten korkup kaygı düzeyleri artmaktadır ve keşif davranışlarında azalma eğilimi bulunmaktadır (35, 36, 43, 44).

Kaygılı /kararsız bağlanmaya sahip kişiler terk edilmekten çok korkmakta olup, karşı cinslerine karşı daha fazla yakınlık gösterme eğilimindedirler. İlişkilerini yaşarken duygularını yoğun bir şekilde gösterip, kısa sürede bağlanma gösterirler. İlişkilerinde fazla obsesif, ambivalan duyguları yoğun ve kıskanç yapıda oldukları görülmektedir. Erken dönemde bağımsız olmaya zorlanan çocuklarda bu bağlanma türü görülmektedir (5, 17, 46).

2.3.3.3. Kaygılı / Kaçınan Bağlanma

Kaçınan bağlanma stiline sahip bebekler, bakım verenlerinin yeterince ilgi göstermemesinden kaynaklı kendini güvende hissetmemektedir. Bu bağlanma stiline sahip bebekler primer bakıcısı ile aynı odada iken keşif eğilimindedir ancak bakım vereni ile etkileşim halinde değildir (47, 48). Kendilerini korumak için bakım verenlerinden kopma eğilimindedirler. Bu kişiler başkalarına yakın ilişki kurmaktan kaçınırken aslında kendilerine duyduğu güveni öne çıkarmaktadırlar. Bu tarz bağlanan bireyler, kendi ayakları üzerinde duran güçlü kişiler olarak tanımlamaktadır (1, 5, 45, 44).

Bu bağlanma stilinde aslında bakım verenin bebeğine karşı yakınlık göstermesi yönünden isteksiz görünmesiyle bebekte kabul edilmeme ve istenilmediği korkusu oluşabilmektedir (50). Kaçınan bağlanma stilindeki kişiler kırılgan, genellikle isteklerinin

eşleri tarafından karşılanmadığı, kendilerinin sevgiye değer olmadığını düşünüp onlara karşı güven duygusu hissedemezler. Çekingen kişiliklerin temelinde, bu bağlanma stiline olduğu varsayılmaktadır (33, 36, 39, 43, 50).

2.3.3.4. Dağınık Bağlanma

Dağınık bağlanma (dezorganize/desoryante bağlanma) biçiminin temelinde diğer bağlanma stillerinin birleşimi söz konusu olup, dağınık bağlanmanın asıl nedeninin primer bakıcıdan korkma olduğu savunulmaktadır (44,49). Disorganize bağlanma örüntüsüne sahip bebekler davranışlarında süreklilik sağlamakta zorlanmaktadır. Bu bebekler değişik ve çelişkili davranışlar ortaya koymaktadırlar. Genellikle bakım verenleri iletişim kopuklukları yaşamaktadır. Bu tip bağlanma stiline çocukta nörolojik hasarlar olabileceğini öne sürülmektedir (51, 52).

2.4. Prenatal Bağlanma

Prenatal dönem, gebeliğin başlaması ile birlikte fetüsün büyüme ve gelişmesini tamamlayıp doğumun gerçekleştiği ana kadar olan süreyi kapsamaktadır. Bu dönem boyunca anne, karnında büyüyen bebeğine karşı duygular hissedip beklentiler içine girmektedir (9, 20, 32). Anne ile henüz doğmamış bebeği arasında oluşan bu duygu prenatal bağlanma olarak tanımlanmaktadır. İnsan ilişkilerinin oluşmasını katkı sağlayan bu yakınlık anne karnında başlayarak annenin erken dönemde bebeğini içselleştirmesine katkı sağlamaktadır. Kurulan bu ilişkinin kalitesi, ileriki dönemlerde bebeğin duygusal ve zihinsel gelişimine etki eden en önemli unsurdur (35, 50, 53).

Geçmişten günümüze değin prenatal bağlanma ile ilgili birçok araştırmalar yapıp teoriler geliştirilmiştir. İlk olarak Deutsch (1944) bağlanmanın gebelikte yaşanan duygusal ve fiziksel hareketlilik ile bağlantısı olduğunu ileri sürmüştür (54). Daha sonra Kennel ve ark. (1970) yapılan çalışmalarında, doğum esansında bebeklerini kaybeden annelerin yaşadığı yası, oluşan duygusal bağ olarak tanımlamıştır (55). Ardından Klaus ve ark (1972), erken dönemde annelerinden ayrılan bebeklerin olumsuz etkileşimlerini araştırmış ve bu araştırma prenatal bağlanmanın tanımlanmasına ışık tutmuştur (56). Prenatal bağlanma ile ilgili çeşitli tanımlar bulunmaktadır. İlk formal tanım, doğum ve bebek bakımı araştırmacısı Cranley (1981) tarafından yapılmıştır. Cranley prenatal bağlanmayı “annelerin doğmamış bebekleriyle olan etkileşimi ve onlara yönelik sevgilerini gösteren davranışların tümü” olarak tanımlamıştır (5, 57). Ardından Müller (1993) “anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen yegane ve sevgi dolu ilişki” olarak tanımlamıştır (58).

Avusturalyalı araştırmacı Condon (1997) ise; prenatal bağlanmayı ‘gebe kadın ve doğmamış çocuğu arasında doğal olarak gelişen duygusal bağ’ olarak tanımlamıştır (59).

Bağlanmaya yönelik kuramcılarının çeşitli yaklaşımları vardır. Cranley, maternal ve fetal arasındaki ilişkisini inceleyen çok yönlü araştırmasını bir modelle ortaya sunmuştur. Bu modelde; fetüsü kendinden ayırma, etkilenme, karakter ve anlam yükleme, kendine verme, sorumluluk alma ve bebek için ortam hazırlama boyutları bulunmaktadır. Bu boyutlar, gebenin doğmamış bebeğine karşı bağ kurma inancını desteklemektedir (5). Kuramcı Rubin (1976) doğum sonrası dönemde anne ile yenidoğan arasında bağın hemen oluşabilmesi için bir temel oluşturmuştur. Bu temeli oluştururken annenin “kendisi ile bebeği arasında güvenli geçiş araması, aile üyeleri tarafından bebeğinin saygın olması, bebeğine bağlanma, bebeğine kendini adanması” olmak üzere anneye 4 sorumluluk yüklemiştir (60). Teorisye Leifer (1977) anne ile fetüs arasında oluşan bağ; fetüs ile konuşma, hareketleri yoğun olan bebeğine tepkiler verme, annenin yemek yediği zaman bebeğin beslendiği, isimle hitap etme, eşini konuşmaya dahil etme, fetüsün harekete geçmesini sağlayacak davranışlarda bulunma olarak sıralamıştır. Bu şekilde annenin bebeğine hazır oluşunu, sevgi ve şefkat ile yaklaşp, ihtiyaçları için hassasiyetini öne sürmektedir (61).

Doğum sonu dönemde kurulan bağlanmanın aslında gebelik döneminde başladığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Güvenli bağlanma sağlanamaması halinde anne karnındaki fetüsün duygusal ve fizyolojik yönden risk altına girebilmektedir (2, 62-64). Doğum süresinde yaşanan travmalar doğum sonrası anne bebek bağlanmasını azaltabilmektedir. Yılmaz ve ark. (2019) 212 doğum yapmış, doğum sonrası 1-7 gün arasında olan travmatik doğum algısı yüksek olan kadınlarda, anne-bebek bağlanmasının azaldığını ortaya koymuştur (65).

Prenatal bağlanma, doğum sonrası maternal ve ebeveyn bağlanmasını doğrudan etkilemektedir. Smorti ve ark. (2020) çalışmasında gebeliğin 31 ve 32 haftalarında gebelerin prenatal bağlanma durumları, aynı gebelerin doğumundan 3 ay sonra postnatal maternal bağlanma durumları değerlendirilmiş olup, çalışma sonucunda prenatal bağlanmanın kalitesinin postnatal maternal bağlanmayı doğrudan etkilediği ortaya koyulmuştur (66) . Aynı çalışmada iyi düzeyde prenatal bağlanmanın; doğum deneyimleri ve doğum sonrası güvenli bağlanma için “koruyucu faktör” olduğu ortaya koyulmuştur. Bu

nedenle kadınların gebelikten başlayıp doğum sonrası dönem boyunca bağlanma yönünden desteklenmesi anne-fetüs/bebek sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (8, 40, 67).

2.5. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Prenatal bağlanma gebeliğe uyum süreci ile başlayıp annenin fetüse karşı olumlu duygularının aktarımı ile devam etmektedir. Prenatal bağlanmayı çoklu faktörler etkilemektedir (57). Maternal-fetal bağlanma ilk kez fetüsün hareketlerinin hissedilmesi ile ilişkilidir. Prenatal bağlanma gebeliğin 10. haftasında başlayıp, 16 ve 22. haftalarda fetal hareketliliğin hissedilmesi ile pik seviyeye ulaşmaktadır. Gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle prenatal bağlanma arasında ilişki bulunmaktadır (6, 9, 11, 68).

Pollock ve Percy (1999), yaptıkları çalışmada ultrasonda bebeğini gören ve hareketlerini sayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (69). Özellikle gebenin karnına dokunup fetüsü hissedip duygusal olarak birbirlerini cevap vermeleri maternal-fetal bağlanmanın temellerini oluşturmaktadır. Çelik ve Ergin (2020)'in deneysel çalışmasında 28, 32 ve 36. gebelik haftasında olan gebelere ebe yardımıyla birinci ve ikinci leopold manevrası yaptırarak gebelerin fetüsü hissetmeleri sağlanmış olup, çalışma sonucunda deney grubundaki bireylerin prenatal bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (38, 45, 70). Öte yandan fetal sağlığı değerlendirmek amaçlı yapılan ultrasonografinin, annenin bebeğini görmesiyle prenatal bağlanmayı artırdığı belirtilmektedir (14, 70).

Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörlerin çoğu gebelik döneminde meydana gelen fiziksel ve duygusal süreçleri kapsamaktadır. Bu faktörlerin başlıcaları; gebeliğe hazır olmak ve gebeliğini onaylamak, fetüsü bir birey olarak kabullenmek ve fetüsün hareketlerini hissetmektir (1, 16, 68, 71). Doğumun gerçekleşmesi ile annenin bebeğini görmesi, bebeğine dokunması ve ona bakım vermesi bağlanmanın gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemi kapsadığının temel göstergesidir (70, 72).

Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörlerin başlıcaları; gebenin yaşı/eğitimi, aile yapısı, ailenin sosyoekonomik durumu, annenin çalışma durumu, gebenin fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, gebeliği isteme durumu (2, 6, 9), gebelik sayısı, gebe kalma şekli, gebelik trimesteri, gebelikte yaşanan risk durumu, fetüsün hayati tehlikesinin olması veya anomalili bebeğe sahip olmak, yaşayan çocuk sayısı (16, 41). Gebenin eş, aile ve sosyal çevresi ile olan ilişkileri, gebelik döneminde sağlık hizmetinden yararlanma durumu, gebelik boyunca yaşanan korkular, gebelik esnasında stresörlerle başa çıkma stratejisi,

uyku düzeni, beslenme durumu, obezite, spor, sigara ve alkol kullanımı, daha önce çocuk sahibi olma gibi birçok etkenden etkilendiği söylenmektedir (2, 3, 20, 30, 73, 74). Aksoy ve ark. (2021) üçüncü trimesterde olan 152 gebe ile yapmış olduğu çalışmada öğrenim düzeyi lise ve üzeri olan gebelerin, prenatal bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (75). Büko ve Özkan (2016) 350 gebe ile yürütmüş olduğu çalışmasında, duygusal zekası artan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada; gebelik döneminde karşılaşılabileceği olumsuz durumlara karşı kolay baş eden gebelerin ruhsal açıdan iyilik halinde artış olabileceğini ileri sürmüştür (76). Bakır ve ark. (2014)'nın 160 gebe ile yapmış olduğu çalışmada, gebenin yaşının, eğitimin, çalışma durumunun, gebelik ve doğum sayısının, önceki gebeliklerde yaşanan düşük/kürtaj öyküsünün, gebeliği isteme durumunun prenatal bağlanmayı etkilediği saptanmıştır (77).

Gebeliğin yüksek riskli olması gebede stresi artırarak prenatal bağlanma için risk oluşturabilmektedir. Gebelikte yaşanan vajinal kanama, erken membran rüptürü gibi durumlar gebede korku uyandırarak prenatal bağlanmayı etkileyebilmektedir (78). Riskli gebeliklerde tıbbi tedavi ve bakım gerekebilmektedir. Hastanede yatan riskli gebelerde; sağlık sorunları ve azalan fiziksel aktivite ile birlikte multifaktöryel sorunlar yaşanmaktadır. Kendisinin ve bebeğinin sağlığından endişe duyma, uygulanan tedavi ve girişimler ile başkalarına bağımlı olma duygusu, ev ortamından uzak kalma gebenin stres ve anksiyete seviyelerini artırabilmektedir (79, 80). Eswi ve Khalil (2012) yapmış olduğu çalışmasında yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanma düzeylerini daha düşük bulunmuştur (8). Kavlak (2021) ve ark. infertilite tedavisi sonrası gebe kalan ve spontan gebe kalan kadınlarla yaptığı çalışmasında; infertilite tedavi sonrası gebe kalanların prenatal bağlanma puanlarının, spontan gebe kalanlara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (81). Dikmen ve ark. (2018) maternal obezitenin prenatal bağlanmaya etkisini inceleyen çalışmasında obez olanların bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (82). Özçoban ve ark. (2020) 352 gebe ile yürütmüş olduğu çalışmasında, sigara içenlerin prenatal bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Duman ve ark. (2021)'nin 121 preeklampsili gebe ile yapmış olduğu çalışmada, preeklampsili gebelerin anksiyetelerinin artmasına bağlı prenatal bağlanma düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (83). Literatürde gebeliğinde fetüste intrauterin gelişim geriliği olan gebelerin bebeklerine daha az bağlandığı belirtilmektedir. Deliktaş ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmasında preterm eylemin annelik rolüne uyumu zorlaştırıp bağlanmayı etkilediği ortaya koyulmuştur (84). Belirtilen tüm bu çalışma bulgularından

anlaşılabileceği gibi gebelikte yaşanan bazı problemler gebeliği olumsuz etkileyerek bağlanmanın daha düşük olmasına neden olmaktadır (85).

Öte yandan literatürde riskli gebeliklerde artan stresin, prenatal bağlanmayı artırdığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Gebelerin fetüsü kaybetme korkusu ile daha çok bebeğine bağlandıkları belirtilmektedir (77, 79, 85, 86). Dağlar ve ark. (2021) çalışmasında yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanmanın düşük riskli gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada yüksek riskli gebelerin stresle baş etme becerilerinin düşük riskli gebelere göre daha yüksek olduğunu ve gebenin baş etme becerisi ile prenatal bağlanma arasında doğru yönde ilişkinin olduğu ortaya koyulmuştur (87). Prenatal bağlanma konusuna yönelik çalışma bulguları arasındaki farklılıkları değerlendirir iken; gebedeki obstetrik riskin süresi, akut ya da kronik oluşu, gebenin stresle baş etme becerileri, gestasyonel hafta, gebelik sayısı gibi çoklu durumların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (1, 5, 9).

2.6. Prenatal Bağlanmayı Sağlamada Ebe ve Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kadının evlilik, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme adapte olmaya çalışırken bu dönemde birincil hizmet alacakları sağlık profesyonelleri kuşkusuz ebe/hemşirelerdir. Prenatal bakımdan sorumlu olan ebe ve hemşirelerin; prenatal bağlanmayı artırmak için; gebelikte risk düzeyini erken dönemde belirleme, risk durumuna göre bireyselleşmiş antenatal bakım verme, eğitim, danışmanlık ve sürekli destek sağlama sorumlulukları bulunmaktadır (26, 30, 88, 89).

Aşağıda ebe ve hemşirenin prenatal bağlanmada rol ve sorumlulukları aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır. Bunlar:

Ebe/hemşireler, prenatal dönemde gebe ve ailesi ile sürekli etkileşim halinde olması gereken ebe ve hemşireler prenatal bağlanmanın sevgi dolu başlayıp devam etmesi için bireyselleşmiş, kadın merkezli, kültüre ve etik değerlere duyarlı bakım hizmetleri planlamalıdır (33, 90, 91).

Doğum öncesi dönemde ebe/hemşireler gebenin duygularını, düşüncelerini, hissettiklerini ve sorunlarını yakından gözlemleyerek, gebe ile fetüsün sağlıklı ilişkiler kurmasına yardımcı olmalıdır. Bu dönemde bağlanmayı etkileyen faktörleri göz önünde bulundurarak eğitimler planlamalıdır. Bağlanmayı artıran faktörlerden fetal hareketlerinin hissedilmesi, isim ile seslenmesi, fetüs ile konuşması gibi girişimlerin tıbbi araç- gereç

gerektirmemesi, zaman ve mekan sıkıntısı yaşamadan yapabilecek olması konusunda gebe ve ailesi bilgilendirilip teşvik edilmelidir (92, 93).

Ebeveynlerin yetkinliklerini artırmak için doğum öncesi hazırlık sınıflarına yönlendirme yaparak prenatal bağlanmayı artırmayı hedeflemelidirler. Aydın ve Karaman (2018) aktarımına göre 44 gebe ile yapmış olduğu çalışmada ön test- son test ile doğuma hazırlık eğitimine katılan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin arttığını bulmuşlardır (94).

Gebelerde prenatal bağlanmanın artırılması, Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif gebelik deneyimi için intrapartum bakım kalitesinin artırılması amaç ve hedefine de katkı sağlamaktadır (95).

Kliniklerde sağlık hizmeti sunan ebe/hemşireler, karşılaştığı gebelerle gebeliklerini, gebeliği kabullenmelerini, fetüse bağlanmalarını ve kabullenmelerini tespit edip eğitimler planlamalıdır. Bağlanmaları açısından risk altında gördüğü gebelere uygun girişimlerde bulunup, kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgilendirmede yapmalıdırlar. Bağlanmayı değerlendirmek için “Prenatal Bağlanma Envanteri, Anne Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeği, Prenatal Bağlanma Ölçeği” gibi ölçüm araçlarını kullanarak gebelerin bağlanma düzeyini değerlendirerek nitelikli hizmet verip kaliteyi artırmayı amaçlamalıdır (2, 3, 86, 96, 97).

İstenmeyen gebeliklerin prenatal bağlanmayı azalttığı göz önünde bulundurularak ebe/hemşire, aile planlaması danışmanlığı yaparak istenmeyen gebelikleri önlemelidir (98).

Riskli gebelikte artan stres ve kaygının prenatal bağlanmayı etkileyebileceğini göz önünde bulundurularak Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği tarafından önerilen psikososyal tarama testinin yapılması sağlanarak bağlanma açısından gebeler değerlendirilmelidir. Riskli gebeliğe uyumu kolaylaştırarak ve gebenin sosyal desteğini artırarak prenatal bağlanma güçlendirilmelidir (40, 46, 92).

Sağlık bir gebe sağlıklı bir toplum için ne kadar önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Bu anlayışla prenatal bakımdan sorumlu ebe/ hemşireler prenatal bağlanma ile ilgili güncel literatürü yakından takip ederek, bakımın ve bağlanmanın kalitesini yükseltmelidir (19, 26, 45).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, düşük ve yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Ocak 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Türkiye’de yaşayan gebelerle yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreninin 20 hafta ve üzerinde olan ve ulaşılabilen tüm gebeler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü, openepi version 3 programının ortalamalar arası farkın karşılaştırılması esasına göre belirlenmiştir. Bu hesaplama göre %95 güven aralığında, %90 güçte, örneklem büyüklüğü oranı 1, ortalamalar arası 2 farkla; yüksek risk grubundaki gebeler için 165, düşük risk grubundaki gebeler için 165 gebe olmak üzere toplam 330 gebe çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- En az ilkokul mezunu olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 20 yaş ve üzerinde olan gebeler
- Gebeliğin 20 hafta ve üzerinde (USG veya son adet tarihine göre) olması,
- İnternet erişimi olup online ankete katılabilecek gebeler
- Türkiye’nin herhangi bir ilinde yaşayan gebeler

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- İşitme ve görme engeli olan gebeler
- Türkçe okuma-yazma bilmeyenler
- Göçmen olan gebeler
- Covid 19 geçirmiş gebeler
- Annenin tanı almış bir psikiyatrik hastalığının olması
- Fetüsün hareketini hissetmeyen gebeler

- Adölesan gebeler

Bu çalışma, prenatal bağlanmayı etkileyen fetüs hareketlerinin anne tarafından hissedilmesi, abortus riskinin ortadan kalkmış olması, annenin fetüsü bir birey gibi görme dönemini içermesi nedeniyle 20 hafta ve üzeri gebelerle yapılmıştır.

Çalışmada gebelerin düşük ve yüksek riskli gebe olarak sınıflandırılmasında Sağlık Bakanlığının değerlendirme ölçütleri temel alınmaya özen gösterilmiştir. Çalışmada gebe kadın; online survey anket formunda bu gebeliğinde “abortus riski, servikal yetmezlik, gestasyonel diabet, kalp hastalığı gibi sistemik hastalıklar, erken doğum tehdidi, çoğul gebelik, anemi (11 g’ın altı), prenatal tarama test sonucunun “riskli” çıkması gibi kendi ve fetüs sağlığını riske sokan” bir yada birden çok obstetrik sorun yaşadığını belirtmişse bu gebe “yüksek riskli gebelik”, bu risk/ riskler yok ise “düşük risk” gebe kategorisinde ele alınmıştır. Kan uyuşmazlığı olan gebeler bu çalışmada düşük riskli gebe kategorisinde değerlendirilmiştir. Şüpheli olan bazı gebelik sorunları kesin tanı almadığından bu çalışmada düşük riskli gebe kategorisinde değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Haziran 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında araştırmacı tarafından oluşturulan anket survey ile whatsapp aracılığı ile “online” olarak toplanmıştır.

Verilerin toplanması bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Verileri toplamada sosyal platformlardan (facebook, instagram gibi) ve kartopu tekniğinden faydalanılmıştır. Kartopu yönteminde bir kişiden diğer kişiye ulaşma esası temeldir ve genellikle belli bir grubun liderine ulaşılır, bu kişi ile daha sonra grubun alt dallarına inilebilir. Yani bir diğer deyişle kartopu tepeden aşağıya doğru yuvarlandıkça/varıldıkça/ilerledikçe örneklem büyür ve veriler toplanır (99). Bu çalışmada da benzer veri toplama süreci işlenmiştir.

Araştırmada verileri toplamak için 2 form kullanılmıştır. Bu formlar aşağıda detaylı açıklanmıştır.

3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (68, 72, 76, 86). İlgili form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini, gebelikte riskli durumlarını belirleyen sorulardan oluşmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

PBE, 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiş, 2009 yılında Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin orijinalinde ve Türkçe'ye uyarlanmış şeklinde gebeliğin 20. haftasından sonra kullanıldığı görülmektedir. Öznel olarak prenatal bağlanmayı değerlendiren ölçek, gebelik döneminde kadınların düşüncelerini, duygularını, durumlarını ifade etmeyi ve bebeğine doğum öncesi dönemdeki bağlanma düzeylerini ortaya koymak amacıyla 21 alt başlıktan oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 puan arasında olabilen, 4'lü likert tiptedir. Ölçeğin her bir maddesi 1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Her zaman şeklinde puanlanmaktadır (Ek 2). Ölçekten 21 puan ile en az 84 puan ile en fazla puan elde edilmektedir. Alınan puanın yüksek olması prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Elde edilen puanın düşük olması, bağlanma düzeyinin düşük düzeyde oluşunu gösterir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.84 bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.943 bulunmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile çözümlenmiştir. Verilerin analizi yapılırken tanımlayıcı veriler için sayı, yüzdelik, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sürekli (numerik) verilerin değerlendirilmesinde verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kurtosis ve Skewness kat sayıları ile incelenmiştir. Bu çalışmada tüm veriler normal dağılım göstermiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t testi, üç ve daha fazla grupların karşılaştırılmasında Varyans Analizi kullanılmıştır. Varyans analizinde anlamlılık çıkması halinde, ileri analiz olarak varyansların homojen bulunduğu zaman LSD, olmadığı durumlarda Dunnett C kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemede pearson korelasyon analizi kullanılmıştır (100).

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 10.02.2021 tarih ve 24237859-151 sayı ile onay alınmıştır (Ek 3). Araştırmada kullanılacak ölçeğin kullanım izni çalışmaya başlamadan evvel araştırmacı tarafından elektronik posta yoluyla alınmıştır (Ek 4).

Veri toplama formlarını uygulamadan önce, annelere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda “araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?” sorusu sorularak sadece “Evet” seçeneğini işaretleyenler çalışma örneklemine alındı. Çalışmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke alınarak yapılmıştır (Ek 5). Ayrıca gebelere; alınan bilgilerin gizli tutulacağı, yalnızca bilimsel amaç doğrultusunda faydalanılacağı doğrultusunda yazılı açıklamada bulunarak ve “gizlilik ilkesine” bağlı kalarak ifade edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın verileri Covid-19 pandemi sürecinde toplanmıştır. Tüm dünyada ve ülkemizde Covid-19 pandemisi nedeni ile bulaşı önlemek, hastalık ve ölümleri azaltmak için kişilerle yüz yüze görüşme kısıtlanmış, sosyal mesafe kuralları ve karantina uygulamaları vb gibi uygulamalar başlatılmıştır. Covid-19 pandemi sürecine bağlı hem gebenin hem karnındaki bebeğinin yakın teması bağlı virüs bulaş riskini azaltma, gebe ve fetüs sağlığını korumak amacıyla veriler “online” toplanmıştır. İlaveten bu tezdeki öğrencinin pandemi sürecinde yeni doğum yapmış olması, yenidoğan bebeğinin olması ve bu süreçte bebeğini emziriyor olması gibi özel durumlarda çalışmanın online yapılmasını gerekli kılmıştır.

Çalışmanın 20 hafta ve üzerinde olan gebelerle yapılmış olması ve araştırma bulgularının bu araştırmaya katılan gebelere genellenebilir olması araştırmanın diğer sınırlılıklarıdır.

4. BULGULAR

Düşük ve yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla 330 gebe ile yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular bu bölümde gösterilmiştir.

Tablo 1. Düşük ve yüksek riskli gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması (n=330)

		Düşük Risk		Yüksek Risk		Önemlilik
		n	%	n	%	
Yaş Aralığı	20-24	23	13.9	22	13.3	$\chi^2=3.584$ p=0.465
	25-29	74	44.8	64	38.8	
	30-34	48	29.1	47	28.5	
	35-39	15	9.2	23	13.9	
	40+	5	3.0	9	5.5	
Eğitim Durumu	İlköğretim/Ortaokul	17	10.3	14	8.5	$\chi^2=3.284$ p=0.350
	Lise	34	20.6	46	27.8	
	Ön Lisans/ Lisans	106	64.2	94	57.0	
	Lisansüstü	8	4.9	11	6.7	
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	94	57.0	79	47.9	$\chi^2=2.734$ p=0.098
	Çalışmıyorum	71	43.0	86	52.1	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	156	94.5	152	92.1	$\chi^2=0.779$ p=0.377
	Geniş	9	5.5	13	7.9	
Yaşanılan Yer	Köy	5	3.1	8	5.1	$\chi^2=0.726$ p=0.696
	İlçe	24	14.5	24	14.3	
	İl merkez	136	82.4	133	80.6	
Yaşadığı Coğrafi Bölge	Marmara	19	11.5	13	7.9	$\chi^2=8.252$ p=0.220
	İç Anadolu	5	3.0	12	7.3	
	Ege	6	3.6	9	5.4	
	Akdeniz Bölgesi	4	2.4	7	4.2	
	Güneydoğu Anadolu	5	3.1	3	1.8	
	Karadeniz	108	65.5	111	66.3	
	Doğu Anadolu	18	10.9	10	6.1	
Gelir Algısı	Kötü	1	0.6	9	5.5	$\chi^2=8.207$ p=0.017
	Orta	110	66.7	94	57.0	
	İyi	54	32.7	62	37.5	
Gebe Kalma Şekli	Doğal yol (kendiliğinden)	165	100.0	153	92.7	$\chi^2=12.453$ p=0.002
	IVF-ET(tüp bebek)	-	-	7	4.2	
	Aşılama	-	-	5	3.1	
Gebeliği İsteme Durumu	Evet. ben ve eşim istedik	149	90.3	141	85.5	$\chi^2=1.887$ p=0.389
	İkimizden biri istemedik	6	3.6	10	6.0	
	Hem ben hem eşim istemedik	10	6.1	14	8.5	
Gebelikte Eş Desteği Algısı	Kötü	2	1.2	3	1.8	$\chi^2=3.813$ p=0.149
	Orta	29	17.6	43	26.1	
	İyi	134	81.2	119	72.1	

Tablo 1. (Devam)

Çocuk Sayısı	Bu ilk gebeliğim	88	53.3	78	47.3	$\chi^2=8.210$ p=0.084	
	1 çocuğum var	55	33.4	49	29.7		
	2 çocuğum var	16	9.7	25	15.2		
	3 çocuğum var	6	3.6	8	4.8		
	4 ve üzeri çocuğum var	-	-	5	3.0		
Doğum Öncesi Sağlık Hizmeti Alma Durumu	Hayır, alamıyorum. Covid-19 pandemisi olumsuz etkiledi	12	7.3	17	10.3	$\chi^2=1.724$ p=0.422	
	Evet, alıyorum	136	82.4	136	82.4		
	Kısmen alıyorum	17	10.3	12	7.3		
Sürekli Değişkenler	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	Önemlilik
Katılımcının Yaşı	165	28.93	4.47	165	29.98	5.39	t=-1.925, p=0.055
Gebelik Sayısı	165	1.66	0.83	165	1.98	1.20	t=-2.833, p= 0.005
Gebelik Haftası	165	27.59	5.04	165	28.81	3.75	t=-2.491, p= 0.013

Tablo 1’de görüldüğü gibi, düşük riskli gebelerin %44.8’i 25-29 yaş grubunda, %64.2’si lisans mezunu, %57’si gelir getiren bir işte çalışmakta ve %95.4’ü çekirdek ailede yaşamaktadır. Gebelerin %82.4’ü il merkezinde ikamet etmekte, %65.5’i Karadeniz Bölgesi’nde yaşamakta, %66.7’si “orta” düzeyde gelir algısına sahip ve hepsi spontan (doğal yol) ile gebe kalmıştır. Gebelerin %53.3’ünün ilk gebeliği, %90.3’ü bu gebeliği eşi ile birlikte istemekte, %81.2’si gebelikte eş desteğini “iyi” düzeyde bulmakta, %7.3’ü Covid-19 pandemisi nedeniyle düzenli sağlık hizmeti alamadığını ifade etmektedir.

Tablo 1’de görüldüğü gibi, yüksek riskli gebelerin %38.8’i 25-29 yaş grubunda, %57’si ön lisans/lisans mezunu, %47.9’u gelir getiren bir işte çalışmakta ve %92.1’i çekirdek ailede yaşamaktadır. Gebelerin %80.6’sı il merkezinde ikamet etmekte, %66.3’ü Karadeniz Bölgesi’nde yaşamakta, %57’si, “orta” düzeyde gelir algısına sahip ve %92.7’si spontan gebe kalmıştır. Gebelerin %47.3’nün ilk gebeliği, %85.5’i bu gebeliği eşi ile birlikte istemekte, %72.1’i gebelikte eş desteğini “iyi” düzeyde bulmakta, %10.3’ü Covid-19 pandemisi nedeniyle düzenli antenatal hizmet almadığını belirtmektedir.

Düşük riskli gebelerin; yaş ortalaması 28.93 ± 4.47 , ortalama gebelik sayısı 1.66 ± 0.83 ve ortalama gebelik haftası 27.59 ± 5.04 ’dür. Yüksek riskli gebelerin; yaş ortalaması 29.98 ± 5.39 , ortalama gebelik sayısı, 1.98 ± 1.20 ve ortalama gebelik haftası 28.81 ± 3.75 ’dir. Yüksek riskli gebelerde “gebelik sayısı” ve “gebelik haftası” ortalamaları, düşük riskli gebelerden daha fazla olup, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Yüksek riskli gebelerde gelir algısı ile gebe kalma şekli arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Yüksek riskli gebelerde; gelir algısının daha fazla “kötü” olarak algılandığı ve spontan gebelik oranının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerin risk durumlarına göre dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Gebelerin risk durumlarına göre dağılımı (n=330)

		Düşük Risk		Yüksek Risk		Önemlilik
		n	%	n	%	
Gebelikte Abortus Riski Yaşama Durumu	Yaşadım	-	-	136	82.4	-*
	Yaşamadım	165	100.0	29	17.6	
Gebeliğin 20. Haftasından Sonra Vajinal Kanama Yaşama (Plesenta Previa-Plesenta Dekolman) Durumu	Yaşamadım	165	100.0	118	71.5	-*
	Yaşadım	-	-	47	28.5	
Gebelikte Erken Doğum Tehlikesi (22-37 Haftalar Arası) Yaşama Durumu	Yaşamadım	165	100.0	118	71.5	-*
	Yaşadım	-	-	47	28.5	
Gebelikte Amnion Sıvısına Yönelik (Oligo, Poli hidroamion) yaşama duruu	Yaşamadım	165	100.0	85	51.5	-*
	Yaşadım	-	-	80	48.5	
Gebelikte Preeklamsi yaşama durumu	Yaşadım	-	-	32	19.4	-*
	Yaşamadım	165	100.0	133	80.6	
Gebelikte Sistemik Bir Hastalık (Kalp, Böbrek, Akciğer Gibi) Yaşama Durumu	Yaşamadım	165	100.0	156	94.5	-*
	Yaşadım	-	-	9	5.5	
Gebelikte İleri Derecede Kansızlık(Anemi) Yaşama Durumu	Yaşamadım	165	100.0	90	54.5	-*
	Yaşadım	-	-	75	45.5	
Ultrasonda Bebeğe Yönelik Sorun (Anamoli Gibi) Tesbiti	Hayır	162	98.2	119	72.1	$\chi^2=44.609$ $p=0.000$
	Evet	-	-	14	8.5	
	Şüpheli	3	1.8	32	19.4	
Prenatal Tarama Testlerinde Risk Varlığı	Yok	158	95.8	140	84.9	$\chi^2_{KW}=13.622$ $p=0.001$
	Şüpheli	7	4.2	8	4.8	
	Var	-	-	17	10.3	
Gestasyonel Diabet Varlığı	Yok	157	95.2	140	84.8	$\chi^2_{KW}=10.640$ $p=0.005$
	Şüpheli	8	4.8	15	9.1	
	Var	-	-	10	6.1	
Gebelikte Kan Uyuşmazlığı varlığı	Hayır	153	92.7	136	82.4	$\chi^2=8.172$ $p=0.017$
	Evet	9	5.5	20	12.1	
	Bilmiyorum	3	1.8	9	5.5	
Gebelikte Sigara İçme Durumu	İçiyorum	4	2.5	12	7.3	$\chi^2=12.286$ $p=0.002$
	İçmiyorum	155	93.9	134	81.2	
	Ara sıra içiyorum	6	3.6	19	11.5	
Gebenin Kendini Ruhsal Durumunu Algılama Düzeyi	Kötü	5	3.0	14	8.5	$\chi^2=8.112$ $p=0.017$
	Orta	75	45.5	87	52.7	
	İyi	85	51.5	64	38.8	

*İstatistiksel test yapılmamıştır.

Tablo 2’de görüldüğü gibi düşük riskli gebelerin %98.2’si ultrasonda bebeğe yönelik sorun yaşamamış, %95.8’inin tarama testlerinde sorun olmadığı saptanmış,

%92.7'sinde kan uyuşmazlığı bulunmamakta, %93.9'u gebeliğinde sigara kullanmamaktadır. %51.5'i gebelikte ruhsal durumunu “iyi” olarak değerlendirmektedir.

Tablo 2’de görüldüğü gibi yüksek riskli gebelerin; %82.4’ü abortus riski (düşük tehlikesi), %28.5’i gebeliğin 20.haftasında vajinal kanama (plesanta previa- plesanta dekolman gibi) ve %28.5’i erken doğum tehlikesi (22-37 haftalar arası) yaşadığını ifade etmiştir. Gebelerin %48.5’i gebelikte amnion sıvısına yönelik (oligo, poli hidroamnion), %19.4’ü gebelikte pre-eklemsi, %45.5’i ileri derecede anemi sorunu yaşadığını belirtmiştir. %94.5’i gebelikte sistemik bir hastalık (kalp, böbrek, akciğer gibi) yaşamadığını belirtmiştir. Gebelerin 8.5’i ultrasonda bebeğe yönelik sorun (anamoli) yaşadığını, %10.3’ü prenatal tarama testlerinde “risk” saptandığını, %12.1’i Rh uyuşmazlığı olduğunu ve %6.1’i gestasyonel diabeti olduğunu, %7.3’ü gebeliği boyunca sigara içtiğini belirtmiştir. Yüksek riskli gebelerin %52.7’i gebelikte ruhsal durumunu “orta” olarak değerlendirmektedir.

Tablo 2’de görüldüğü gibi Yüksek riskli gebelerde; düşük riskli gebelere göre prenatal tarama testlerinde, gestasyonel diabet hastalığında, ultrasonografide fetal anomali olma durumunun “şüpheli ” olma oranı daha yüksek olup, gruplarası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 2’de görüldüğü gibi Yüksek riskli gebelerde, gebelikte ruhsal durumunu “kötü” ve “orta” düzeyde algılama ile düzenli sigara içme yüzdesi, düşük riskli gebelerden yüksek bulunmuş olup, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p <0.05$).

Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Gebelerin düşük ve yüksek riskli olmasına göre prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması

	Düşük Risk			Yüksek Risk			Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
Prenatal Bağlanma Ölçeği	165	60.95	13.25	165	58.07	12.46	$t=2.034$ $p=0.043$

Tablo 3’de görüldüğü gibi Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) toplam puan ortalaması düşük risk grubundaki gebelerde 60.95 ± 13.25 , yüksek risk grubundaki gebeler

ise 58.07 ± 12.46 puan almıştır. Düşük ve yüksek riskli gebelerin PBE puan ortalamaları farkı istatistiksel açıdan daha anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Düşük riskli gebelerin PBE puan ortalamaları, daha yüksek saptanmıştır.

Düşük riskli gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre gebelikte prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Düşük riskli gebelerin sosyo- demografik ve obstetrik özelliklerine göre gebelikte prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (n=165)

Sosyo- Demografik ve Obsetrik Özellikler		n	PBE			
			Ort.	SS.	Test	P
Yaş Aralığı	20-24	23	59.30	15.14	F=1.943	0.106
	25-29	74	63.27	11.97		
	30-34	48	60.50	12.55		
	35-39	15	57.33	17.40		
	40+	5	49.40	8.71		
Eğitim Durumu	İlköğretim/ortaokul	17	51.82	13.43	F=5.414	0.001
	Lise	34	57.41	15.00		
	Ön Lisans/ Lisans	106	63.08	11.87		
	Lisansüstü	8	67.25	12.20		
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	94	61.98	13.81	t=1.147	0.253
	Çalışmıyorum	71	59.59	12.44		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	156	61.18	13.17	t=0.920	0.359
	Geniş	9	57.00	14.74		
Yaşanılan Yer	Köy	5	55.20	10.71	F=0.663	0.517
	İlçe	24	62.63	12.96		
	İl merkez	136	60.87	13.40		
Gelir Algısı	Kötü	1	42.00	.	F=1.561	0.213
	Orta	110	60.33	13.77		
	İyi	54	62.57	11.95		
Gebeliği İsteme Durumu	Evet, ben ve eşim istedik	149	61.13	13.11	F=0.160	0.852
	İkimizden biri istemedik	6	58.50	19.04		
	Hem ben hem eşim istemedik	10	59.70	12.89		
Gebelikte Eş Desteği Algısı	Kötü	2	56.00	39.60	F=1.476	0.232
	Orta	29	57.34	15.34		
	İyi	134	61.80	12.30		
Çocuk Sayısı	Bu ilk gebeliğim	88	64.61	11.27	F=6.894	0.000
	1 çocuğum var	55	57.91	14.55		
	2 çocuğum var	16	51.00	11.03		
	3 çocuğum var	6	61.67	15.54		
Doğum Öncesi Sağlık Hizmeti Alma Durumu	Hayır, alamıyorum. Covid-19 pandemisi olumsuz etkiledi	12	63.08	13.51	F=0.374	0.689
	Evet. alıyorum	136	61.03	13.20		
	Kısmen alıyorum	17	58.82	13.97		

Tablo 4’de görüldüğü gibi düşük riskli gebelerin, eğitim durumu ve çocuk sayısına göre Gebelikte Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilköğretim/ortaokul mezunlarının PBE puanının; lise, ön lisans/lisans ve lisansüstü mezunlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Çocuk sayısına göre ise farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilk gebeliği olanların PBE puanının; 1 ve 2 çocuğu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4’de görüldüğü gibi, yaş, çalışma durumu, aile tipi, yaşanılan yer, gelir algısı, gebeliği isteme durumu, gebeliğe eş desteği algısı, doğum öncesi sağlık hizmeti alma durumuna göre PBE puan ortalamaları farkının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Yüksek riskli gebelerde sosyo-demografik ve obstetrik özelliklere göre Gebelikte Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Yüksek riskli gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre gebelikte prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (n=165)

		n	PBE			
			Ort.	SS.	Test	p
Yaş Aralığı	20-24	22	60.05	14.22	F=1.406	0.234
	25-29	64	59.58	11.66		
	30-34	47	58.13	13.70		
	35-39	23	53.65	11.27		
	40+	9	53.56	6.54		
Eğitim Durumu	İlköğretim/ortaokul	14	52.93	11.26	F=2.107	0.101
	Lise	46	55.65	12.84		
	Ön Lisans/ Lisans	94	59.85	12.50		
	Lisansüstü	11	59.55	9.47		
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	79	58.42	12.02	t=0.340	0.734
	Çalışmıyorum	86	57.76	12.90		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	152	58.66	12.07	F=4.446	0.037
	Geniş	13	51.15	15.23		
Yaşanılan Yer	Köy	8	54.50	13.14	F=1.797	0.169
	İlçe	24	54.29	11.40		
	İl merkez	133	58.97	12.52		
Gelir Algısı	Kötü	9	51.44	11.66	F=4.511	0.012
	Orta	94	56.48	12.69		
	İyi	62	61.45	11.48		
Gebe Kalma Şekli	Doğal yol (kendiliğinden)	153	58.07	12.47	F=0.414	0.662
	IVF-ET(tüp bebek)	7	60.86	12.13		
	Aşıllama	5	54.20	14.13		
Gebeliği İsteme Durumu	Evet, ben ve eşim istedik	141	58.38	12.56	F=0.847	0.430
	İkimizden biri istemedik	10	53.10	7.61		
	Hem ben hem eşim istemedik	14	58.50	14.10		
Gebelikte Eş Desteği Algısı	Kötü	3	43.33	2.89	F=4.695	0.010
	Orta	43	54.81	12.15		
	İyi	119	59.62	12.29		
Çocuk Sayısı	Bu ilk gebeliğim	78	61.91	11.86	F=4.104	0.003
	1 çocuğum var	49	55.71	11.99		
	2 çocuğum var	25	52.76	12.74		
	3 çocuğum var	8	52.75	9.25		
	4 ve üzeri çocuğum var	5	56.40	14.50		
Doğum Öncesi Sağlık Hizmeti Alma Durumu	Hayır, alamıyorum. Covid-19 pandemisi olumsuz etkiledi	17	57.88	15.10	F=0.248	0.781
	Evet, alıyorum	136	58.31	12.02		
	Kısmen alıyorum	12	55.67	14.18		
Gebenin Kendini Ruhsal Durumunu Algılama Düzeyi	Kötü	14	56.57	13.83	F=2.585	0.078
	Orta	87	60.13	12.54		
	İyi	64	55.61	11.71		

Tablo 5’de görüldüğü gibi yüksek riskli gebelerin aile tipi, gelir algısı, gebeliğe eş desteği algısı ve çocuk sayısına göre Gebelikte Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) Puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Yüksek riskli gebelerde, çekirdek ailede yaşayanların prenatal bağlanma ölçeği puan ortalamaları, daha yüksek saptanmıştır.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); iyi düzeyde gelir algısına sahip olanların puanlarının, orta ve kötü gelire sahip olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelikte eş desteği algısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); eş desteği algısı “iyi” olanların puanlarının kötü olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çocuk sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilk gebeliği olanların puanlarının 1, 2, 3 ve üzeri çocuğu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5 ‘de görüldüğü gibi yüksek riskli gebelerde yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer, gebeliği isteme durumu, doğum öncesi sağlık hizmeti alma durumu ve gebelikteki ruhsal durumuna göre Gebelikte Prenatal Bağlanma Envanteri Puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Yüksek riskli gebelerin gebelik sorunları yaşama durumuna göre gebelikte prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 6.’da gösterilmektedir.

Tablo 6. Yüksek riskli gebelerin gebelik sorunları yaşama durumuna göre gebelikte prenatal bağlanma envanteri (PBE) toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (n=165)

		n	PBE			
			Ort.	SS.	Test	p
Gebelikte Abortus Riski Yaşama Durumu	Yaşadım	136	57.72	12.30	t=-0.786	0.433
	Yaşamadım	29	59.72	13.25		
Gebeliğin 20. Haftasından Sonra Vajinal Kanama Yaşama (Plesenta Previa-Plesenta Dekolman) Durumu	Yaşadım	47	58.57	12.78	t=0.326	0.745
	Yaşamadım	118	57.87	12.37		
Gebelikte Erken Doğum Tehlikesi (22-37 Haftalar Arası)Yaşama Durumu	Yaşadım	47	58.23	13.40	t=0.105	0.917
	Yaşamadım	118	58.01	12.12		
Gebelikte Amnion Sıvısına Yönelik (Oligo, Poli hidroamion) yaşama durumu	Yaşadım	80	55.80	12.36	t=-2.304	0.023
	Yaşamadım	85	60.21	12.23		
Gebelikte Preeklamsi yaşama durumu	Yaşadım	32	60.75	11.19	t=-1.358	0.176
	Yaşamadım	133	57.43	12.69		
Gebelikte Sistemik Bir Hastalık (Kalp, Böbrek, Akciğer Gibi)Yaşama Durumu	Yaşadım	9	53.33	10.43	t=-1.175	0.242
	Yaşamadım	156	58.35	12.54		
Gebelikte İleri Derecede Kansızlık(Anemi) yaşama durumu	Yaşadım	75	57.88	13.05	t=-0.181	0.857
	Yaşamadım	90	58.23	12.01		
Ultrasonda Bebeğe Yönelik Sorun (Anamoli Gibi) Tesbiti	Hayır	119	59.06	12.67	F=1.488	0.229
	Evet	14	57.00	11.69		
	Şüpheli	32	54.88	11.71		
Prenatal Tarama Testlerinde Risk Varlığı	Hayır	140	57.84	12.67	F=0.371	0.691
	Evet	8	61.75	10.61		
	Şüpheli	17	58.24	11.81		
Gestasyonel Diabet Varlığı	Hayır	140	57.41	12.45	F=1.926	0.149
	Evet	15	64.00	12.18		
	Şüpheli	10	58.50	11.66		
Gebelikte Kan Uyuşmazlığı varlığı	Hayır	136	58.29	12.61	F=0.768	0.466
	Evet	20	58.80	12.79		
	Bilmiyorum	9	53.11	8.78		

Tablo 6’da görüldüğü gibi yüksek riskli gebelerin amnion sıvısına yönelik (oligo, poli hidroamion) yaşama durumu PBE puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$). PBE puan ortalaması; amnion sıvısına yönelik (oligo, poli hidroamion) sorun yaşamayan gebelerde, sorun yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 6’da görüldüğü gibi yüksek riskli gebelerde; abortus riski, gebeliğin 20. haftasından sonra vajinal kanamalar, gebelikte erken doğum tehlikesi (22-37 haftalar arası,

preeklemsi, sistemik bir hastalık (kalp, böbrek, akciğer gibi), ileri derecede anemi, ultrasonda bebeğine yönelik sorun (anamoli gibi) yaşama, prenatal tarama testlerim sorunlu çıkması, gestasyonel diabetes ve RH uyumsuzluğu yaşama durumları ile PBE puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Düşük ve yüksek riskli gebelerin yaşı, gebelik haftası ve gebelik sayısı ile prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7. Düşük ve yüksek riskli gebelerin yaşı, gebelik haftası ve gebelik sayısı ile prenatal bağlanma envanteri (PBE) puan ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesi

Gebenin risk durumu			PBE
Düşük Risk	Gebenin Yaşı	r	-0.146
		p	0.062
		n	165
	Gebelik Sayısı	r	-0.273
		p	0.000
		n	165
	Gebelik Haftası	r	-0.031
		p	0.695
		n	165
Yüksek Risk	Gebenin Yaşı	r	-0.171
		p	0.028
		n	165
	Gebelik Sayısı	r	-0.269
		p	0.000
		n	165
	Gebelik Haftası	r	0.001
		p	0.992
		n	165

Tablo 7’de görüldüğü gibi düşük riskli gebelerin, “gebelik sayısı” ile “PBE” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelik sayısı arttıkça PBE puanı azalmaktadır. Gebenin yaşı ve gebelik haftası ile PBE puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7’de görüldüğü gibi Yüksek riskli gebelerin; gebenin yaşı ve gebelik sayısı ile PBE puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Gebenin yaşı ve gebelik sayısı arttıkça, PBE puanı azalmaktadır. Gebelik haftası ile PBE arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma düşük ve yüksek riskli gebelerin (n=165 düşük riskli, n=165 yüksek riskli) prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Gebelikte yaşanan obstetrik riskler, gebeliğin düşük ya da yüksek riskli oluşu vb. durumlar gebenin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını etkileyerek gebe ve doğmamış bebeği arasındaki bağı olumsuz etkileyebilmektedir (20, 73, 81, 86). Bu çalışmada gebelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Ölçeği (PBE)'ne göre toplam puan ortalaması düşük riskli gebelerde (60.95 ± 13.25), yüksek riskli gebelerden (58.07 ± 12.46) daha fazla saptanmıştır. Yapılan bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde Eswi ve Khalil (2012)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerde (n=45), düşük riskli gebelere (n=55) göre prenatal bağlanma puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (8). Pisoni ve ark. (2016)'nın 43 yüksek riskli gebe ve eşi, 37 düşük riskli gebe ve eşi ile yaptıkları çalışmada; düşük riskli gebelerin ve eşlerinin, yüksek riskli gebe ve eşlerine göre hem prenatal hem de doğum sonrası maternal ve ebeveyn bağlanmalarının daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (101). Bizim çalışmanın aksine Dağlar ve ark. (2021), Özgen (2016) çalışmasında yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanmanın düşük riskli gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (42, 87). Dağlar ve ark. (2021) çalışmasında yüksek riskli gebelerin stresle baş etme becerilerinin düşük riskli gebelere göre daha yüksek olduğunu ve gebenin baş etme becerisi ile prenatal bağlanma arasında doğru yönde ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışma bulguları arasındaki prenatal bağlanma düzeyi farklılığını değerlendirirken; gebeliğin düşük ya da riskli olmasının yanı sıra gebedeki obstetrik riskin süresi, akut ya da kronik oluşu, gebeliğe uyum düzeyi, gebenin stresle baş etme becerileri, gebeliğin doğal yolla veya IVF (İnvitro Fertilisasyon) tıbbi müdahale ile gerçekleşme durumu, gestasyonel hafta, gebelik sayısı, gebelikte yaşadığı sorunun süresi, gebenin sosyo-demografik ve ruhsal özellikleri, çalışmanın yapıldığı yer ve zaman (pandemi, afet, göç gibi zamanları kapsayıp kapsamadı), örneklem sayısı gibi çoklu durumların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (77, 87, 102). Bu çalışma 20 hafta ve üzeri gebeliği olan, Türkiye'nin farklı bölgelerinde yaşayan, Covid-19 pandemi sürecinde gerçekleşmiştir. Çalışmadaki gebelerin prenatal puan ortalaması değerlendirilirken bu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır.

Yapılan bu çalışmada düşük ve yüksek riskli gebelerde; yaş aralığı, eğitim, aile tipi, çalışma ve gebeliği isteme durumu, gebelikte eş desteği algısı gibi özellikler benzer bulunmuştur. Bu yönüyle çalışmada iki grup homojendir. Diğer yandan bu çalışmada yüksek riskli gebelerde düşük riskli gebelere göre; gelir algısı daha fazla “kötü”, IVF gebelik daha yüksek oranda, gebelik haftası ve gebelik sayısı daha fazla ortalama değerde, gebelikte ruhsal durumunu “kötü” düzeyde algılama daha yüksek orandadır ($p<0.05$). Belirtilen bu farklılıkların; çalışmadaki yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma puan ortalamasının, düşük riskli gebelere göre daha düşük çıkmasında etkili olmuş olabileceği akla gelmektedir. Literatürde bu düşüncemizi destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (103-105). Sezenler ve Erbaş (2020)’ın çalışmasında gebelerin depresif semptomları arttıkça prenatal bağlanma düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (103). Bu çalışma, bizim çalışmamızın gebelikte ruhsal durumunu kötü algılayanlarda prenatal bağlanma puanının düşük saptanması bulgusunu desteklemektedir. Yine bizim çalışmamızı bulgusunu destekler özellikte; Karabulutlu ve ark. (2020), Özdemir ve ark. (2020)’nın çalışmasında geliri giderden az olan, gelir algısı düşük olan gebelerde prenatal bağlanma puanı düşük saptanmıştır (104, 105).

Yapılan bu çalışmada gebelerin verileri Covid-19 pandemisinin ilk dalgalarında toplanmış olmasına bağlı; pandemi döneminde gebelerin kendisine ve fetusuna yönelik kaygı ve stres, ölüm korkusu, sosyal destek azlığı, ekonomik sıkıntılar, antenatal hizmetlerden yeterince faydalanamama gibi durumların “gebelikte prenatal bağlanma puan ortalaması” üzerinde etkili olabileceğini akla getirmektedir. Covid-19 pandemisi öncesi Özgen’in (2016) çalışmasında riskli gebelerin PBE’nin puan ortalaması 67.16 ± 10.96 saptanmış olup, pandemi döneminde yapılan bizim bu çalışmamızdaki PBE puan ortalamasından (58.07 ± 12.46) oldukça yüksek saptanmıştır (42). Aktaş ve Aydın’ın (2021), Karavadra ve ark. (2020)’ın, Effati-Daryani ve ark. (2020)’ın çalışmasında, COVID-19 pandemisinde gebelerin stres ve anksiyetelerinin arttığı, yakın temasa bağlı kendisine ve bebeğine virüs bulaşma korkusuyla gebelik kontrollerine gitmediği, pandemiye bağlı gebelerin fiziksel ve psikososyal sağlıklarının bozulduğu belirtilmektedir (106-108). Karaca ve ark. (2021) çalışmasında gebelerin Covid 19 anksiyetesi azaldıkça, prenatal bağlanmalarının arttığı saptanmıştır (109). Bir başka ifadeyle Covid-19’a bağlı anksiyete arttıkça prenatal bağlanma azalmıştır. Bu çalışmada da yüksek riskli gebelerin %10.3’ü düşük riskli gebelerin %7.3’ü pandemiye bağlı antenatal hizmet alamadıklarını belirtmektedir. Çalışma bulguları doğrultusunda gebelerin antenatal hizmetlerde gebeyi

hastanede bilgilendirme, ultrason muayenesi, fiziksel değerlendirme, fetüs kalp hareketlerini dinleme gibi uygulamaların azalmış olmasına ve gebelikte anksiyete ve stresinin artmış olmasına bağlı prenatal bağlanma puanı üzerinde azaltıcı etkisinin olabileceği şeklinde yorumlamak mümkündür.

Prenatal bağlanma, doğum sonrası maternal ve ebeveyn bağlanmasını doğrudan etkilemektedir. Smorti ve ark. (2020) alışmasında gebeliğin 31 ve 32 haftalarında gebelerin prenatal bağlanma durumları, aynı gebelerin doğumundan 3 ay sonra postnatal maternal bağlanma durumları değerlendirilmiş olup, çalışma sonucunda prenatal bağlanmanın kalitesinin postnatal maternal bağlanmayı doğrudan etkilediği ortaya koyulmuştur (66). Aynı çalışmada iyi düzeyde prenatal bağlanmanın; doğum deneyimleri ve doğum sonrası güvenli bağlanma için “koruyucu faktör” olduğu ortaya koyulmuştur. Yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanmanın artırılması, düşük riskli gebelerde var olan iyi düzeydeki prenatal bağlanmanın korunması ve daha çok yükseltilmesi için antenatal bakım hizmetlerinden birinci derece de sorumlu olan ebe ve hemşirelerdir. Gerek pandemi döneminde gerekse tüm dönemlerde prekonsepsiyonel dönemden başlayıp, gebelik, doğum ve doğu sonrası tüm dönemlerde sürekli desteğini sürdürmeleri, tele danışmanlık hizmetleri vermeleri, gebe ve eşi ile birlikte bütüncül bakım hizmeti sunmaları, gebelerin abortus, gestasyonel diabet, erken doğum, gebelik distresi gibi yaşadığı ve karşılaştığı obstetrik riskler ile başetme becerisi kazandırmaları ve bağlanmayı artırıcı uygulamalar konusunda danışmanlık yapmaları gerekmektedir (20, 98, 106). Literatürde gebelerde gevşeme egzersizinin, leopold manevrası uygulamasının, doğuma hazırlık eğitiminin, ebeveynlik eğitiminin, gevşeyici egzersizlerin, eğitim ve danışmanlık uygulamalarının prenatal bağlanmayı artırdığı vurgulanmaktadır (110). Ebe ve hemşireler ucuz ve girişimsel olmayan bu uygulamalar konusunda gebe ve ailesini bilgilendirmeli, kendileri için uygun olan bu teknikleri uygulamaları için cesaretlendirmelidir (97, 104, 110).

Gebelikte yaşanan vajinal kanama sorunları, sistemik hastalıklar, prenatal tarama testlerinin risk düzeyinde tespit edilmesi, fetal anomali varlığı, sosyal destek yetersizliği gibi durumlar gebede stres, anksiyete, depresyon gibi ruh sağlığının bozulmasına neden olabilmektedir (111, 112). Gebenin ruh sağlığının bozulması doğumu travmatik algılama ve prenatal bağlanma yetersizliği için bir risk faktörüdür (102, 112). Eswi ve Khalil (2012), Havutçu (2019), İzmir (2019) alışmasında sağlık sorunu yaşayan gebelerin prenatal bağlanma puanlarının düşük olduğunu ortaya koyulmuştur (8, 17, 26). Bu çalışmadaki

yüksek riskli gebe grubundaki her 5 gebeden 4'ü abortus riski ve pre-eklemsi, her 3-4 gebeden birinin gebeliğin 20.haftasından şimdiye değin vajinal kanama (plesanta previa-plesanta dekolman gibi) ve erken doğum tehlikesi (22-37 haftalar arası); yaklaşık yarısı gebelikte amnion sıvısına (oligo, poli hidroamnion) ve anemiye yönelik (ileri düzeyde anemi) sorunu yaşadığını belirtmiştir (Tablo 6). Yüksek riskli gebelerde; düşük riskli gebelere göre “prenatal tarama testinin, gestasyonel diyabet tanısının, ultrasonografide fetal anomali riskinin” “şüpheli ” olma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmadaki yüksek riskli gebelerde bu risklerin varlığının, prenatal bağlanma üzerine olumsuz etkisinin olabileceği akla gelmektedir. Duman ve ark. (2021) 121 preeklampsili gebe ile yapmış olduğu çalışmada preeklamsi belirtileri arttıkça, şiddetli preeklampsili belirtileri ortaya çıktıkça prenatal bağlanmanın azaldığını bulmuştur (113). Çalışmamızda da yüksek riskli gebelerde amniyon sıvısına yönelik sorun yaşamayan gebelerin bağlanma düzeylerinin daha yüksek olması, risk azalmasının prenatal bağlanmayı artırabileceği düşüncesini desteklemektedir. Öte yandan yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanmayı değerlendirir iken; gebelikte risk faktörünün tek ya da çoklu olması, obstetrik sorunun süresi, gebenin stresle ve problemle baş etme becerisi, sorunun akut ya da kronik olma gibi durumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Canlı (2020) çalışmasında; kronik hastalığı olan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin, kronik hastalığı olmayan gebelere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (45). Bu nedenle, prenatal bağlanma düzeyinin değerlendirmede; gebeliği riske sokan problemin özellikleri (süre, risk faktörü sayısı vb), gebenin baş etme becerileri ve gebeliğe psikososyal uyumu, gebenin psikolojik durumu ve kişisel özellikleri gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Gebelikte sosyal destek prenatal bağlanmayı etkileyebilmektedir (74, 75, 92). Yapılan bu çalışmada düşük ve yüksek riskli gebelerde eş desteği algısı arttıkça prenatal bağlanma puan ortalaması artmıştır. Puan ortalamaları farkı yüksek riskli gebeliklerde istatistiksel olarak anlamlı saptanmış iken, düşük riskli gebelerde anlamlı bulunmamıştır. Aksoy ve ark. (2021) üçüncü trimesterdeki gebelerle yapmış olduğu çalışmada da sosyal desteği artan gebelerin bağlanma düzeylerinin arttığını bulmuştur (74). Kara ve Nazik (2021) çalışmasında preeklampsili gebelerin daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu, bu gebelerde sosyal destek arttıkça prenatal bağlanmanın arttığı saptanmıştır (114).

Literatürde yüksek riskli gebeliklerin; gebenin psikolojik iyi oluşluğunu olumsuz etkilediği, sosyal destek ihtiyacını artırdığı vurgulanmaktadır (103, 112). Pandemi, afet,

göç gibi durumlar gebelikte ruh sağlığı bozulmasını ilave artıran faktörlerdir (106). Yapılan çalışmalarda Covid-19 pandemisinin hem gebelerin ruh sağlığını hem de gebe ile eşinin ilişkilerini etkilediğini ortaya koymaktadır (107, 108). Aktaş ve Aydın'ın (2021) nitel çalışmasında Covid-19 pandemi sürecinin bazı gebelerin gebeliğe uyumunu azalttığı, eş ilişkisini bozduğu bazı gebelerin de (özellikle ilk gebeliği olanların) pandemiye bağlı eşi ile daha fazla vakit geçirdiği ve eş ilişkisini ve evlilik uyumunu olumlu yönde artırdığı ortaya koyulmuştur (106). Ada (2020)'nın çalışmasında gebelikte evlilik uyumu arttıkça annelik rolünün arttığı ortaya koyulmuştur. Annelik rolünün artması ise prenatal bağlanmayı artırmaktadır (115). Gebede psikolojik iyi oluşluk düzeyinin artması; öz yeterliliğinin ve öz bakımının artmasına, gebeliğini ve karnındaki bebeğini daha çok olumlu anlamlandırmasına ve fetüs ile bağlılığın güçlenmesine katkı sağlamaktadır (116). Bu yönüyle prenatal bağlanma kavramı ile psikolojik iyi oluşluk düzeyi arasında yakın ilişkiden bahsetmek mümkündür (92, 102). Hee and Young (2015)'in Kore'de yüksek riskli gebelerle yapmış olduğu çalışmada anksiyete, multiparite, doğum öncesi bakım ve çift uyumu, yüksek riskli gebelikte maternal-fetal bağlanmayı etkilediği bulunmuştur (117).

Bu çalışmada düşük ve yüksek riskli gebelerin, “gebelik sayısı” ile PBE toplam puanı” arasında; yüksek riskli gebelerin “gebenin yaşı” ile PBE ölçek puanı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu çalışmadaki gebelerin çoğunluğu nullipardır. Bu yönüyle istemli gebelik olma, ilk gebelik heyecanı, bakmakla yükümlü olduğu çocuk sayısının olmayışı/az oluşu, daha düzenli kontrole gitme gibi durumların prenatal bağlanma puanını artırıcı etkisinin olabileceği akla gelmektedir. Yapılan birçok çalışmalarda gebelik yaşı ile prenatal bağlanma arasında ilişki saptanmıştır (82, 118-122). Bu çalışmaların aksine birçok çalışmada ise gebelik yaşı ile prenatal bağlanma arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (10, 33, 51, 123-126). Prenatal bağlanma ile gebelik haftası ve gebenin yaşı ilişkisi değerlendirilirken; yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istemli olup olmaması gebelik deneyimleri, psikosoyal, çevresel, kültürel gibi birçok göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu çalışmada düşük riskli gebelerde gebelik sayısı arttıkça bağlanma azalmıştır ($p<0.05$). Yüksek riskli gebelerde ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde gebelik sayısı arttıkça bağlanmanın azaldığını gösteren kaynaklar bulunmaktadır. Canlı (2020) , Gürol ve ark. (2020) ve Kapısız ve ark. (2020)' nın çalışmalarında da gebelik sayısı

arttıkça prenatal bağlanmanın azaldığı saptanmıştır (45, 127, 128). Bizim çalışmanın aksine Çağlayan (2019), Elkin (2015) ve Ossa ve ark. (2012)'nin çalışmasında gebelik sayısı ile prenatal bağlanma puanı arasında ilişki bulunmamıştır (68, 72, 125). Bu çalışmada ilk gebeliği daha fazla olan kadınların fetüsa karşı olumlu duygular beslemesi ve gebelik süresince heyecanlı olup kontrollere düzenli gitmesiyle bağlanmalarının yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada gebeliğin planlı olması ve isteme durumunun prenatal bağlanmayı etkilemediği saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni örneklem büyüklüğünün azlığı ve neredeyse gebelerin tamamına yakının gebeliği istemeleri olabilir (Düşük riskli gebelerin % 90.3, yüksek riskli gebelerde %85.5).

Gebelik haftası arttıkça anne karnında büyüyen fetüsün hareketliliği artıp anne fetüs bağlanmasını artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (39, 128-133). Bu çalışmanın örneklem grubunun 20 hafta ve üzeri gebelerle yapılmış olması, anne karnındaki fetüsün hareketlerin çoktan hissedilmiş olması prenatal bağlanma ve gebelik haftası ilişkisinin belirlenmesi için bir sınırlılık olduğu düşünülebilir.

Çalışmada düşük riskli gebelerde ilk gebeliği olanların PBE puanının; 1 ve 2 çocuğu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Yüksek riskli gebelerde ise ilk gebeliği olanların puanlarının 1, 2, 3 ve üzeri çocuğu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Alan ve Çankaya (2018), Çağlayan (2019), Çoşkuner ve ark. (2020)'nin çalışmaları ile örtüşmektedir (72, 82, 134). Gürol ve ark. (2020)'nin çalışmasında ise çalışmamızın aksine multiparların bağlanmaları daha yüksek bulunmuştur (127). Bu farklılığın bağlanmaya hazır olma ile fetüsü isteyip istememe gerçeği ile alakalı olduğu düşünülmektedir. Annelik deneyimleri artan gebelerin rolüne uyumunun artması ve kültürel farklılıklara bağlı olarak artmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada düşük ve yüksek riskli gebelerde eğitim düzeyi arttıkça bağlanmanın arttığı, bu artışın düşük riskli gebeliklerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, prenatal bağlanma puan ortalamasının arttığı saptanmıştır (38, 46, 83, 135, 136). Belirtilen bu çalışmaların aksine eğitim düzeyi azaldıkça prenatal bağlanmanın azaldığı gösteren çalışmalar da mevcuttur (10, 113, 125, 137-139). Eğitim düzeyinin azalmasının; gebelerde sağlık arama davranışının azalmasına ve buna bağlı gebeliğe ve fetüse yönelik risk algısının az olmuş olabileceği akla gelmektedir. Yazıcı Topçu ve Aktaş (2021) çalışmasında; eğitim düzeyi düşük olan

gebelerin sađlık okuryazarlıđı düzeyinin de dűşűk olduđu ve bu gebelerin dođumu travmatik algılama riskinin daha az olduđu saptanmıřtır (140).

Bu çalıřmada yűksek riskli gebelerde, gelir algısı dűşűk olanların PBE puan ortalaması dűşűk bulunmuřtur. Karabulutlu ve ark. (2020), zdemir ve ark. (2020)'nın çalıřmasında geliri giderden az olan, gelir algısı dűşűk olan gebelerde prenatal bađlanma puanı dűşűk saptanmıřtır (104, 141). Yapılan birçok çalıřmada gelir durumu ile prenatal bađlanma arasında anlamlı fark bulmamıřlardır (12, 38, 92, 114, 142). Bu yűnű ile çalıřmamızla rtűřmektedir. Aileye yeni katılan bir bireyin sosyoekonomik yűnden kaygı oluřturabileceđi ihtimali bađlanmanın daha dűşűk olduđunu dűřűndűrmektedir. Çalıřmamızın aksine bazı çalıřmalarda prenatal dűnemde anne bebek arasındaki bađın kurulmasında gelir algısının / durumunun etkili olmadıđı saptanmıřtır (114, 118, 119, 133, 143).

Yapılan bu çalıřmada dűşűk ve yűksek riskli gebelerde, çalıřma durumunun, gebeliđi isteme durumunun, gebelik haftasının, gebelikte sigara kullanma durumu ile PBE puan ortalaması arasında bir iliřki saptanmamıřtır. Bu çalıřmada gebelerin prenatal bađlama dűzeyleri diđer çalıřmalarla karřılařtırılırken gebelerin “Covid-19 pandemi sűrecinde olması, 20 hafta ve űzeri gebelerden oluřması, nullipar, primigravida ve multigravida gebeleri kapsaması” gibi özelliklerin gűz nűnde bulundurulması gerekliliđidir.

Bu çalışmada yűksek riskli gebelerde çekirdek ailede yaşayanların PBE puan ortalamaları, geniş ailede yaşayanlara gűre daha yűksek bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusuna benzerlik gűsteren çalışmalar mevcuttur (82, 122, 133, 144). Öte yandan çalışmasında gebelerin aile tipi ile prenatal bağlanma puanı arasında ilişki olmadığı gűsteren çalışmalar da vardır (10-12, 17, 75, 127, 145). Bu farklılık araştırmaya dahil edilen gebelerin yaşadıkları aile yapısı özelliğinin sayısal dağılımından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan birçok çalışmada bu çalışma ile benzer şekilde gebelikte çalışma durumu ile prenatal bağlanma puan ortalaması arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (11, 77, 94, 104, 139). Birçok çalışmada çalışmamıza benzer olarak istenen ve planlı gebeliklerde prenatal bağlanma daha yűksek bulunmuştur (12, 36, 41, 144, 146, 147). Çalışmamızdan farklı olarak Massey ve ark. (2005) ve Aslantekin zoban ve ark. (2020) alışmasında gebelikte sigara içiminin dűşűk prenatal bağlanma dűzeyi ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (83).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Düşük ve yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla amacı ile yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Düşük riskli gebelerde, yüksek riskli gebelere göre prenatal bağlanma düzeyi yüksek bulunmuştur.
- Düşük riskli gebelerde eğitim arttıkça, prenatal bağlanmanın arttığı saptanmıştır.
- Düşük riskli gebelerde ilk gebeliği olanların, yaşayan 1 ve 2 çocuğu olanlara göre prenatal bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Düşük riskli gebelerde; yaş, çalışma durumu, aile tipi, yaşanan yer, gelir algısı, gebeliği isteme durumu, gebeliğe eş desteği algısı, doğum öncesi sağlık hizmeti alma durumu ile prenatal bağlanma arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Yüksek riskli gebelerde, gebenin yaşı arttıkça prenatal bağlanma düzeyinin azaldığı bulunmuştur.
- Yüksek riskli gebelerde çekirdek ailede yaşayanların prenatal bağlanmalarının geniş aileye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yüksek riskli gebelerde ilk gebeliği olanların PBE puanlarının 1, 2, 3 ve üzeri çocuğu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Yüksek riskli gebelerde gebelikte ruhsal durumunu “kötü” ve “orta” düzeyde algılama ile düzenli sigara içme oranı, düşük riskli gebelerden yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).
- Yüksek riskli gebelerde, PBE puan ortalaması; amnion sıvısına yönelik (oligo, poli hidroamion) sorun yaşamayan gebelerde, sorun yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Düşük ve yüksek riskli gebelerde, gebelik sayısı arttıkça prenatal bağlanmanın azaldığı bulunmuştur.
- Düşük ve yüksek riskli gebeler arasında gebelik haftası ile prenatal bağlanma arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Yüksek riskli gebelerde yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanan yer, gebeliği isteme durumu, doğum öncesi sağlık hizmeti alma durumu ve

gebelikteki ruhsal durumu ile prenatal bağlanma arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır($p>0.05$).

- Yüksek riskli gebelerde; abortus riski, gebeliğin 20. haftasından sonra vajinal kanamalar, gebelikte erken doğum tehlikesi (22-37 haftalar arası, preeklamsi, sistemik bir hastalık (kalp, böbrek, akciğer gibi), ileri derecede anemi, ultrasonda bebeğine yönelik sorun (anamoli gibi) yaşama, prenatal tarama testlerim sorunlu çıkması, gestasyonel diyabet ve RH uyumsuzluğu yaşama durumları ile prenatal bağlanma arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

1. Uygulamaya yönelik öneriler:

- Gebelere hizmet veren birimlerde çalışan ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerin hizmet içi eğitimlerle prenatal bağlanma ve bu bağlanmanın önemi konusunda bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması,
- Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında tüm gebelerin antenatal dönemde ebe ve hemşireler tarafından; prenatal bağlanma yönünden rutin olarak değerlendirilmesi,
- Gebelerin erken dönemde risk düzeyi (yüksek ya da düşük) belirlenmeli,
- Ebe, hemşire ve kadın sağlığı ve hastalıkları hekimleri tarafından gebelere prenatal bağlanmayı artırabilecek fetal hareketleri takip etme, ultrasonda bebeğini gösterme gibi yaklaşımlarda bulunmalı,
- Gebelerin doğuma hazırlık sınıfına katılmalarını teşvik ederek gebelik bilincinin ve doğum öz yeterliliğinin artırılması ile prenatal bağlanmanın yükseltilmesi,
- İstemsiz gebelik, anemi gibi önlenabilir risk faktörlerini prekonsepsiyonel dönemde önleyerek / ortadan kaldırarak gebeliğe riski düşük olarak başlamak sağlanmalı,
- Yüksek risk grubundaki gebelerin prenatal bağlanması düşük olma riski nedeniyle ebe ve hemşireler tarafından daha sık ve bireyselleşmiş hizmetlerle desteklenmesi
- Antenatal bakım hizmeti almanın gebelerde distressi azaltarak prenatal bağlanmaya etkisinin olabileceğinin göz önünde bulundurularak içinde

bulunduğumuz covid-19 pandemi döneminde de gebelere yönelik tele-sağlık, e-sağlık, mobil-sağlık hizmetlerin arttırılması,

2. Araştırmaya yönelik öneriler

- Daha büyük popülasyonlu araştırmaların yapılması,
- Her gebelik trimestirindeki gebelerin bağlanma düzeylerinin belirlenmesi
- Gebede prenatal bağlanmayı duygu, düşünce ve tutum yönüyle inceleyen nitel araştırmaların artırılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Bowlby J (1969). Attachment and Loss. Birinci baskı. Attachment. New York, Basic Books.
2. Dereli Yılmaz S (2013). Prenatal anne-bebek bağlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 10 (3): 28-33.
3. Duyan V, Kapısız Gül S, Yakut Hİ (2013). The adaptation of fetal attachment inventory to turkish with a group of pregnant women. Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing 10(39): 1609-1614.
4. Lau SR, Beilby JM, Byrnes ML, Hennessey NW (2012), Parenting styles and attachment in school-aged children whostutter. Journal of Commnication Disorders 42(2): 98-110.
5. Cranley MS (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Journal of Nursing Research 30: 281-284.
6. Nacar EH, Gökkaya F (2019). Bağlanma ve maternal bağlanma konusunda bir derleme. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi 1(1): 49-55.
7. Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F (2016). Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. Türkiye Klinikleri Journal Health Sciences 1(3): 163-169.
8. Koptur A, Güner Emül T (2017). Fetüs ve yenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: maternal ve paternal bağlanma ve hemşirelik. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33(3): 153-164.
9. Eswi A, Khalil A (2012). Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. World Applied Sciences Journal 18(4): 462-471.
10. Yarcheski A, Mahon ME, Yarcheski TJ, Hanks MM, Canella BL (2009). A meta analytic study of predictors of mathernal fetal attachment. International Journal Nursing Studies 46(5): 708-715.
11. Yılmaz SD, Beji NK (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 20(3): 99-108.

12. Çaycı Esen N (2019). Gebelikte sağlık uygulamaları ve prenatal bağlanmanın doğum sonuçları üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
13. Arslan S, Okcu G, Coşkun AM, Temiz F (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 6(1): 179-192.
14. Alhusen JL (2008). A literature update on maternal- fetal attachment. Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing 37(3): 315-328.
15. Aydemir H, Hazar HU (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(2): 815-833.
16. Aktaş S (2018). Gebeliğin erken dönemindeki obstetrik riskler, fetal anomaliler ve fetal sağlığın değerlendirilmesi (ebelere yönelik). Birinci baskı. Modern Tıp Kitabevi, Ankara.
17. Havutçu G (2019). Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisi. Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın
18. Ölçer Z, Oskay Ü (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 12(2): 85-92.
19. Bekmezci H, Özkan H (2016). Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 8(5): 50-62.
20. Taşkın L (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 151-196.
21. Coşar Çetin F, Yeşilçiçek Çalık K (2018). Doğum Öncesi Dönem I. Yeşilçiçek Çalık K (Ed.), Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 125-149.
22. Yanık D, Özcanarlan F (2019). Riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle baş etme düzeyleri arasındaki ilişki. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2(3): 96-104
23. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (2014). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.

24. Yates S (2010). Pregnancy and childbirth.1. Edition ISBN 978-0-7020-3055-0 sayfa: 367-392.
25. Coşkun A (2008). Yüksek riskli gebelikler fetus/yenidoğana etkisi ve hemşirelik yaklaşımı, Dağoğlu T (ed.), Görak G (ed.). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri.2. Baskı. ISBN: 978-975-420-630-2 İstanbul, Sayfa: 59-101.
26. Şentürk İzmir MK(2019). Riskli gebelerin prenatal bağlanma ve doğum korkusu yaşama durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
27. Gözüyeşil E, Arızöz Düzgün A (2021). Yüksek riskli gebelerde prenatal distres ve etkileyen faktörler. Journal of Education and Research in Nursing 18(2): 183-189.
28. https://www.researchgate.net/profile/Vesile-Kocak-2/publication/312481162_Prenatal_Tarama_Testi_Uygulanan_Gebelerin_Kaygi_Duzeyi_ve_Iliskili_Faktorler/links/5c78e58c92851c6950494139/Prenatal-Tarama-Testi-Uygulanan-Gebelerin-Kaygi-Duezeyi-ve-Iliskili-Faktoerler.pdf [Erişildi 24 Aralık 2020].
29. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara.
30. Akmaz D (2021). Gebelikte yaşanan reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın
31. <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/Pages/default.aspx>. [Erişildi 26 Temmuz 2020].
32. Coşkun A (2012). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-62575-6-8 İstanbul, Sayfa: 168-169.
33. Öztürk E (2018). Algılanan sosyal desteğin prenatal bağlanma ve gebelikte yaşanan anksiyete üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa.

34. Çelik Yaşar Ç (2020). Baba adaylarında yetişkin bağlanma tipi, anksiyete düzeyi, aleksitiminin prenatal ve postnatal baba bebek bağlanmasına etkileri. Tıpta uzmanlık tezi, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
35. Yılmaz H (2021). İleri yaş gebelerin prenatal bağlanmaya etkisi. Yüksek lisan tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın
36. Kaya A (2020). Gebelerde doğum korkusu ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya
37. Özcan H, Arar İ, Çakır A (2018). Babalar ve gebelik süreci. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 49(1): 72-76.
38. Dağlı K (2017). Gebelikte bebeğe yönelik yapılan hazırlıkların prenatal bağlanma ile ilişkisi. Yüksek lisan tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın
39. Güney E (2016). Fetal hareket sayımının doğum öncesi anne bağlanması üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya
40. Hoca Nacar E (2018). Annelerin bağlanma stilleri ve stresle başa çıkma tarzları ile maternal bağlanmanın ilişkisi: öz duyarlılığın aracı rolü. Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa
41. Şolt Kırca A, Şavaşer S (2017). Doğum sayısının anne-bebek bağlanmasına etkisi. HSP 4(3): 236-243.
42. Özgen D (2016). Sağlıklı ve riskli gebelerde prenatal bağlanma. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya
43. Ainsworth SMD (1979). Infant-mother attachment, American Psychologist 34(10): 932-937.
44. Altan S (2019). Hamile kadın ve eşlerinin doğum öncesi ve sonrası bebeğe bağlanma düzeyleri, evlilik uyumu ve doğum öncesi beklentileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: boylamsal bir çalışma. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul

45. Canlı A (2020). Gebelerin beden benlik algılarının prenatal bağlanma düzeylerine etkisinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
46. Badem A, Zeyneloğlu S (2021). Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 1(1): 37-47.
47. Çelebi EZ (2019). Doğum şeklinin annelerin bebeklerini algılama, bağlanma ve ebeveynlik davranışı üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul
48. Main M, Solomon J (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation in Greenberg. M. T. Cicchetti D. & Cummings E. M. (Eds.), Attachment in the preschool years. Chicago, IL: University of Chicago Press, Sayfa: 121–160.
49. Uytun MÇ, Öztop DB, Eşel E (2013) Ergenlik ve erişkinlikte bağlanma davranışının değerlendirilmesi, düşünen adam. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 36: 177-189.
50. Genç Rolas B (2019). Gebeliğin üçüncü trimestrinde olan annelereverilen web tabanlı bebek bakım eğitiminin doğum sonrası anne- bebek bağlanma düzeylerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Zonguldak
51. Siddiqui A, Hagglof B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother infant interaction. Early Human Development 59: 13-25.
52. Üzel N. ve Özbalcı S (2017). (Çeviri Editörleri). Bağlanma (Bonding). Birinci baskı. Beyazova U, Modern tıp Kitabevi, Ankara.
53. Çelik M (2018). Gebelere I. ve II. leopold manevraları ile yapılan hemşirelik girişiminin prenatal bağlanma üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kocaeli
54. Deutsch H (1945). The psychology of women. New York, Grune, Stratton. Sayfa: 365-393.

55. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine* 283,344-349.
56. Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, Mc Alpine W, Steffa M, Kennel JH (1972). Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine* 286, 460-463.
57. Bekmezci H (2015). Gebelerin psikososyal sağlık durumlarının prenatal bağlanma ile ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum
58. Muller ME (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing* 25(2):161-166.
59. Condon JT (1985). The parental-fetal relationship: A comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology* 4(4): 271-284.
60. Rubin R (1975). Maternal task in pregnancy. *MCN* 4(3): 143-53.
61. Leifer M (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs* 95: 55-96.
62. Çoban A, Saruhan A (2005). Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 21(2): 89-96.
63. Akarsu Höbek R, Tuncay B, Yüzer Alsaç S (2017). Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(4): 275-279.
64. Baltacı N, Başer M (2020). Riskli gebelerde yaşanan anksiyete, prenatal bağlanma ve hemşirenin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 13(3): 206-212.
65. <http://hdl.handle.net/20.500.12498/4937> [Erişildi 28 Aralık 2021]
66. Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development* 142, 104956. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>.
67. Engin N, Kuzlu Ayyıldız T (2021). Anne-bebek bağlanmasının annelik algısı ve bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 5(3): 583-596.

68. Elkin N (2015). Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 24(6): 230-236.
69. Pollock PH, Percy A (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse and Neglect* 23(12):1345-1357.
70. Çelik M, Ergin A (2020). The effect on pregnant women's prenatal attachment of a nursing practice using the first and second Leopold's maneuvers. *Japan Journal of Nursing Science* 17(2): 24-28.
71. Çakır D (2019). Maternal bağlanma kuramı. Sağlık bilimleri alanında araştırma makaleleri. Gece Akademi, Ankara, Sayfa: 11-27.
72. Çağlayan N (2019). Gebelikte prenatal bağlanma davranışları ve ilişkili faktörler. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
73. Baltacı N (2021). Normal gebelik ve bakım. Doğan Yükseköl Ö, Evcili F, Demirel G (Ed), Gebelikte Maternal, Paternal ve Parental Bağlanma Süreci ve Bakım, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa: 396-405.
74. Baltacı N, Başer M (2018). Maternal-fetal attachment during pregnancy and nursing. Alexandrova E, Shapekova NL, Ak B, Özcanaslan F (Ed.), *Health Sciences Research in the Globalizing World*, St. Kliment Ohridski University Press, Sofia, Sayfa: 123-131.
75. Aksoy A, Aksu A, Vefikuluçay Yılmaz D, Değirmenci F, Çelebi A (2021). The relationship between prenatal attachment and social support levels of pregnant women in the third trimester and factors affecting this relationship. *Journal of Education and Research in Nursing* 18(2): 198-204.
76. Buko G, Özkan H (2016). Gebelerin duygusal zekâları ile prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 19(4): 217-224.
77. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü (2014). Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 1(1): 25-37.
78. Gilbert SE, Harmon SJ (2002). Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. 2. Basım. Taşkın L. Palme Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 35, 118-131.

79. Güleç Satır D, Eminov A, Kavlak O (2020). Yüksek riskli gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyi ile hemşirelik bakım memnuniyetinin incelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(4): 70-75.
80. Akarsu RH, Oskay Ü (2017). Yüksek Riskli Gebelerin Tehlike Belirtileri Hakkında Bilgi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33(2):16-26.
81. Kavlak O, Çetinkaya E, Kazankaya F, Mısırlı S (2021). İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlarda prenatal bağlanma. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 30(1): 25-31.
82. Alan Dikmen H, Çankaya S (2018). Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 9(2): 118-123.
83. Aslantekin Özçoban F, Yalnız Dilen H, Kaynak S, Uzel N (2020). Gebelikte sigara kullanımının prenatal bağlanmaya etkisi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 444-454.
84. Deliktaş A, Körükcü Ö, Kukulu K (2015). Farklı gruplarda annelik deneyimi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5(4): 274-283.
85. Lang C (2018). Bağlanma-Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi. 1. Basım. N Üzel, S Özbalcı. Ankara Modern Tıp Kitabevi, Sayfa: 1-2, 15-17, 29-30, 55-58.
86. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N (2013). Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 16(2): 103-109.
87. Daglar G, Bilgic D, Cakır D (2021). The correlation between levels of prenatal attachment and styles coping with stress in pregnant women. Journal of Reproductive and Infant Psychology 13: 1-12.
88. Aydın Özkan S, Kaya Şenol D, Aslan E (2020). Üçüncü trimester gebelerde konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 13(2): 92-99.
89. Oruç M (2018). Doğum sonu dönemde kadınların annelik fonksiyonu ile maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya

90. Çalışkan E (2019). Doğuma hazırlık eğitiminin perinatal anksiyete düzeyi, doğum korkusu ve bağlanmaya etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul
91. Rathfisch G (2015). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Kızılkaya Beji N (Ed.), Gebelik: İnsan Üreme Fizyolojisi. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 255-271.
92. Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S, Aslantekin F (2016). Riskli gebelerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. Türkiye Klinikleri Journal Health Sciences 1(3): 163-169.
93. Altun E, Kaplan S (2020). Doğum travmasının anne ve bebek bağlanması üzerine etkisi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 4(1): 54-66.
94. Aydın Kartal Y, Karaman T(2018). Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 49(1): 85-91.
95. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Erişildi 10 Ocak 2021].
96. Benli TE (2019). Doğum öncesi baba bağlanma ölçeğinin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya
97. Çataloluk A, Kahraman A, Alparslan Ö (2021). Türkiye’de anne/baba-bebek bağlanmasını belirlemeye yönelik kullanılan ölçeklerin incelenmesi. Pediatric Practice Research Journal 9(1): 11-17.
98. Ekrami F, Chrandabi S, Kheiroddin C, Mirghafourvand M (2019). Effect of counseling on maternal-fetal attachment in women with unplanned pregnancy: a randomized controlled trial. Journal of Reproductive and Infant Psychology 38(2): 151-165.
99. https://www.researchgate.net/publication/322341862_Basturk_S_ve_Tastepe_M_2013_Evren_ve_orneklem_S_Basturk_Ed_Bilimsel_Arastirma_Yontemleri_sf_129-159_Ankara_Vize_Yayincilik/link/5a54f561a6fdcc30f86b88e1/download [Erişildi 4 Haziran 2020].
100. Büko Öztürk Ş (2014). Sosyal bilimler için el kitabı (20 ed). Pegem Akademi Yayınevi, Ankara.

101. Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Tinelli C, Stronati M (2016). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine* 29(5): 771–776.
102. Srivastava A, Bhatnagar P (2019). Maternal fetal attachment and perceived stress during pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 8(9): 3750–3756
103. Sezenler S, Erbaş N (2020). Investigation of the prenatal attachment levels of pregnant with depressive symptoms. *Turkish Journal of Science and Health* 2(3): 56-66.
104. Karabulutlu Ö, Beydağ KM, Lazoğlu M (2020). Prenatal attachment levels and affecting factors of pregnant women living in İstanbul and Kars. *Kafkas Journal Medical journal* 10(1): 24-31.
105. Özdemir K, Başkaya Y, İdare A (2021). Annelerin maternal bağlanma düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 18(1): 638-642.
106. Aydın R, Aktaş S (2021). An investigation of women's pregnancy experiences during the covid-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Clinical Practice*, e14418.
107. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E (2020). Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth* 20(1): 1- 8.
108. Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Yngyknd SG, Mirghafourvand M (2020). Depression, stress, anxiety, and their predic-tors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol* 8(1): 1-10.
109. Karaca P, Koyucu RG, Aksu SÇ (2021). The relationship between pregnant women's anxiety levels about coronavirus and prenatal attachment. *Archives of Psychiatric Nursing* doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.12.001>.

110. Teskereci G, Ünal A, Özbek N, Koçak B (2021). Care practices supporting prenatal attachment. *Current Approaches in Psychiatry* 13(4): 805-819.
111. Atasever İ, Çelik AS (2018). Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 21(1): 60-68.
112. Aktas S, Calik KY (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 17(9) e16640 doi: 10.5812/ircmj.16640 .
113. Duman M, Doğan Yükseköl Ö, Durgun Ozan Y (2021). Preeklampsili gebelerde gebelikle ilişkili anksiyetenin prenatal bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 18(3): 907-915.
114. Kara P, Nazik E (2021). Effects of anxiety and social support levels on the prenatal attachment of pregnant women with preeclampsia. *Çukurova Medical Journal* 46(3): 889-896.
115. Ada G (2021). Gebelerin annelik rolü algı ile evlilik uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon
116. Karakoç H, Özkan H. (2017). The relationship with prenatal attachment of psychosocial health status of pregnant women. *International Journal of Health Sciences* 5(1): 36–46.
117. Hee LS, Young LE (2015). Factors influencing maternal-fetal attachment in high-risk pregnancy. *Advanced Science and Technology Letters Healthcare and Nursing* 104: 38-42.
118. Mercer RT, Ferketich S, May K, DeJoseph J, Sollid D (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing Health* 11(4): 269–278.
119. Damato EG (2004). Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing* 33 (4): 436-445.
120. Hjelmstedt A, Wıdstro MA, Collins A (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth* 33: 303-310.

121. Şahin M (2020). Gebelerde travmatik doğum algısı ve anne bağlanması ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ordu
122. Sezenler Sarıkaya S, Erbaş N (2021). Investigation of the prenatal attachment levels of pregnant with depressive symptoms. Turkish Journal of Science and Health 2(3): 56-66.
123. Kemp VH, Page C (1986). The psychosocial impact of a high-risk pregnancy on the family. Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing 15(3): 232-236.
124. Janbakhshov CE (2013). Gebelerde anksiyete, depresyon, yetişkin bağlanma özellikleri, prenatal bağlanma düzeyleri ve fetusun intrauterin iyilik hali ilişkisinin değerlendirilmesi: prospektif bir çalışma. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
125. Ossa X, Bustos L, Fernandez L (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. Midwifery 28: 689-696.
126. Söğüt Ö (2019). Gestasyonel diyabetli gebelerde, prenatal bağlanma düzeyi ve doğuma karşı tutumun incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
127. Gürol A, Ejder Apay S, Sönmez T (2020). Effects of the labour fear on the prenatal attachment and determination of the affecting factors. Archives of Health Science and Research 7(2): 45-137.
128. Kapısız Gül S, Çalık Var E, Duyan V (2020). Anne özellikleri, gebelik ve doğum öncesi bağlanma arasındaki ilişki. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 14(2): 651-656.
129. Wayland J, Tate S (1993). Maternal-fetal attachment and perceived relationship with important others in adolescents. Birth 20: 198-203.
130. Zachariah R (1994). Maternal-fetal attachment: the influence of mother-daughter and husband-wife relationships. Research in Nursing Health 17: 37-44.

131. Tsartsara E, Johnson MP (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 27(3): 173-182.
132. Küçükkaya B, Kahyaoğlu Süt H, Öz S, Sarıkaya Altan N (2020). Gebelik döneminde çiftler arası uyum ve prenatal bağlanma arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(1): 102-110.
133. Öztürk B, Erbaş N (2021). Gebelerde prenatal bağlanma ve durumluk anksiyete düzeyinin belirlenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 18(3): 873-882.
134. Çoşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Demirci N (2020). Primipar ve multipar gebelerin prenatal bağlanmalarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Jaren* 6(1): 132- 140.
135. Kwon MK, Bang KS (2011). Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *Journal of Korean Academy of Nursing* 41(2): 276-283.
136. Çitil Canbay F, Öztürk S (2018). The comparative descriptive study: the effect of marital adjustment and life satisfaction on prenatal attachment in adolescent and adult pregnant women. Kuş M (Ed.), Ph.D. Gece Kitaplığı Yayınevi, Ankara, Sayfa: 118-130.
137. Vedova AMD, Dabrassi F, Imbasciati A (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian Women. *Journal of Reproductive Infant Psychology* 26 (2): 86-98.
138. Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Nasiri Takami G (2012). Assesment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal* 9: 68-75.
139. Sade G, Ejder Apay S, Tedik SE, Mucuk Ö, Ağapınar Şahin S (2020). Algılanan doğum korkusunun prenatal bağlanmaya etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 29(3): 180-185.

140. Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2022). An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth. *Social Work in Public Health* 37(2): 195-207.
141. Özdemir K, Çevirme A, Başkaya Y (2020). Anxiety and prenatal attachment levels in pregnancy and influencing factors. *Cukurova Medical Journal* 45(2): 502-510.
142. Lindgren K (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing Health* 24: 203-217.
143. Lerum CW, Major US, Lo Biondo-Wood G (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal–fetal attachment. *Birth* 1: 13-7.
144. Balaban S (2016). Gebelikteki sağlık uygulamalarının prenatal bağlanmayla ilişkisi ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum
145. Metin A, Pasinlioğlu T (2016). Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 5: 49-66.
146. Tichelman E, Westerneng M, Witteven AB (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *Plos One* 14(9): 1-15.
147. Phunymmalee M, Boriboonhirunsarn D, Buayaem T (2019). Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 39(6): 1-5.



Ek 1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)

Düşük ve Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Ben Emine Çelebi Çuvalcı, KTÜ Sağlık Bilimleri Entitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Siz gebelerin gebeliğinize bağlı risk durumunuza göre (düşük ya da yüksek risk olması) karnınızdaki bebeğinizle bağlanma düzeyinizi(prenatal bağlanma) incelemek amacıyla bir araştırma yapmayı planlamaktayım. Bu nedenle, siz 20 HAFTA ve ÜZERİ gebeliği olan kadınlarla eğer izin verirseniz, belirttiğim konuda araştırma yapmak istiyorum. Anketteki sorulara vereceğiniz doğru yanıtlar, bilime önemli katkı sağlayacak ve de bu çalışmayı güçlü kılacaktır. Size herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacaktır ve anket sorularına verdiğiniz cevaplardan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Verdiğiniz hiçbir bilgiyi, araştırmacı dışında kimse bilmeyecek ve bilgi gizliliği özenle korunacaktır. Bu araştırma ticari amaçlar için kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz soruları özenle cevapladığınız için teşekkür ederim.

Çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır.

Emine Çelebi Çuvalcı (Yüksek Lisans Öğrencisi)

Çalışmaya Katılmayı Gönüllü Olarak Kabul Ediyorum ()

1. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum. *

☐ Onay

2. Kaç yaşında olduğunuzu lütfen yazınız. *

3. Eğitim durumunuz nedir? *

- ☐ İlköğretim
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Ön Lisans/ Lisans
- ☐ Lisansüstü
- ☐ Diğer

4. Çalışma durumunuz nedir? *

- ☐ Çalışıyorum
- ☐ Çalışmıyorum (Ev Hanımıyım)
- ☐ Diğer:

5. Aşağıdakilerden hangi aile tipi size uymaktadır? *

- ☐ Çekirdek aile (ben, eşim ve çocuklarım)
- ☐ Geniş (ben, eşim, çocuklarım, kayınvalidem, kayınpederim vs.)
- ☐ Diğer:

Ek 1. (Devam)

6. Yaşadığınız yer neresidir? *

- ☐ Köy
- ☐ İlçe
- ☐ İl merkez
- ☐ Diğer:

7. Hangi bölgede yaşıyorsunuz? *

- ☐ Marmara
- ☐ İç Anadolu
- ☐ Ege
- ☐ Akdeniz Bölgesi
- ☐ Güneydoğu Anadolu
- ☐ Karadeniz
- ☐ Doğu Anadolu
- ☐ Diğer:

8. Gelir düzeyinizi aşağıdakilerden hangisi ile ifade edersiniz? *

- ☐ Kötü
- ☐ Orta
- ☐ İyi
- ☐ Diğer:

9. Bu kaçını gebeliğiniz? *

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 ve üzeri

10. Bu gebeliğinizde gebe kalma şekliniz? *

- ☐ Doğal yol (kendiliğinden)
- ☐ IVF-ET(tüp bebek)
- ☐ Aşılama
- ☐ Diğer:

11. Kaç haftalık gebesiniz, lütfen yazınız *

12. Bu gebeliğinize isteyerek mi gebe kaldınız? *

- ☐ Evet, ben ve eşim istedik
- ☐ İkimizden biri istemedik
- ☐ Hem ben hem eşim istemedik
- ☐ Diğer:

13. Bu gebeliğinizde eşinizin desteğini aşağıdaki seçeneklerden hangisi ile tanımlarsınız? *

- ☐ Kötü
- ☐ Orta
- ☐ İyi
- ☐ Diğer:

Ek 1. (Devam)

14. Aşağıda çocuk sayısı ile ilgili(bu gebeliğinizi saymaksızın) verilen bilgilerden hangisi size uymaktadır? *

- ☐ Bu ilk gebeliğim
- ☐ 1 çocuğum var
- ☐ 2 çocuğum var
- ☐ 3 çocuğum var
- ☐ 4 ve üzeri çocuğum var
- ☐ Diğer:

15. Bu gebeliğinize özgü aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı, lütfen belirtiniz. *

Düşük Tehlikesi

- ☐ Yaşadım
- ☐ Yaşamadım

Gebeliğin 20. haftasından sonra vajinal kanamalar

- ☐ Yaşadım
- ☐ Yaşamadım

Erken Doğum Tehlikesi (22-37 Haftalar arası)

- ☐ Yaşadım
- ☐ Yaşamadım

Suyun (amniyon sıvısı) az ya da çok olması

- ☐ Yaşadım
- ☐ Yaşamadım

Tansiyon Yüksekliği (Preeklamsi,zehirlenme)

- ☐ Yaşadım
- ☐ Yaşamadım

Sistemik bir hastalık (kalp, böbrek, akciğer gibi)

- ☐ Yaşadım
- ☐ Yaşamadım

İleri derecede kansızlık(anemi)

- ☐ Yaşadım
- ☐ Yaşamadım

16. Bu gebeliğinize özgü aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı, lütfen belirtiniz. *

Ultrasonda bebeğime yönelik sorun (anamoli gibi)

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Şüpheli

Tarama testlerim sorunlu çıktı

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Şüpheli

Ek 1. (Devam)

Şeker Hastalığı

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Şüpheli

17. Kan uyuşmazlığınız (Rh uyuşmazlığınız) var mı? *

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

18. Gebeliğiniz boyunca sigara, alkol veya madde kullanma durumunuzu lütfen belirtiniz? *

- ☐ Kullandım
- ☐ Kullanmadım
- ☐ Ara sıra kullandım
- ☐ Diğer:

19. Gebeliğinizin başından şu ana kadar doğum öncesi sağlık hizmetini düzenli aldınız/ alıyor musunuz? *

- ☐ Evet, alıyorum
- ☐ Hayır, alamıyorum. Covid-19 pandemisi olumsuz etkiledi
- ☐ Kısmen alıyorum.
- ☐ Diğer:

20. Bu gebeliğinizde ruhsal durumunuzu aşağıdaki seçeneklerden hangisi ile tanımlarsınız? *

- ☐ Kötü
- ☐ Orta
- ☐ İyi
- ☐ Diğer:

21. Bu gebeliğinize yönelik risk durumunu aşağıdaki seçeneklerden hangisi ile tanımlarsınız? *

- ☐ Düşük Riskli
- ☐ Orta Düzeyde
- ☐ Yüksek Riskli
- ☐ Kararsızım
- ☐ Diğer:

Ek 2. Prenatal Bağlanma Envanteri Ölçeği

Ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Aşağıdaki maddeler "hiçbir zaman", bazen, sık sık "her zaman" ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Şu anki gebeliğiniz süresince;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Her 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 alırım 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. Etik Kurul İzni



Ek 3. Devam



Ek 3. Devam



Ek 4. Ölçek İzinleri



Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir çalışma olup, adı ‘Düşük ve Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması’dır. Bu çalışma, yüksek riskli gebeler ile düşük riskli gebelerin, prenatal bağlanma düzeyini karşılaştırmayı amaçlamıştır. Çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Size herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacaktır ve anket sorularına verdiğiniz cevaplardan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu araştırma ticari amaçlar için kullanılmayacaktır. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz soruları özenle cevapladığınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yazılı olan ve araştırma öncesi katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve “Whatsapp” uygulaması üzerinden açıklamasını ve aklıma gelen bütün soruları sordum ve bana yapılan tüm açıklamaları tamamen anladım. Katılımı kabul edip etmeyeceğime karar vermek için bana yeterli süre tanındı. Bu koşullar altında araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın tam bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı Soyadı:

Araştırmacı Adı Soyadı:

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : ÇELEBİ ÇUVALCI Emine

Uyruğu :

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon

E-Posta

Yazışma Adresi

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Hemşirelik)	2016
Lise	Maçka Mehmet Akif Ersoy Anadolu Lisesi	2012

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-2021

YABANCI DİL

İngilizce (52.50 YÖKDİL)