T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

GEBELİKTE YAŞANAN ANKSİYETE, DEPRESYON VE PRENATAL DİSTRES DÜZEYİNİN, DOĞUM ÖNCESİ BEBEĞE BAĞLANMAYA ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nalan TOPAÇ TUNÇEL

Referans no: 10091328

EDİRNE –2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

GEBELİKTE YAŞANAN ANKSİYETE, DEPRESYON VE PRENATAL DİSTRES DÜZEYİNİN, DOĞUM ÖNCESİ BEBEĞE BAĞLANMAYA ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nalan TOPAÇ TUNÇEL

Destekleyen kurum:

Tez No:

EDİRNE –2018

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca her zaman bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım saygıdeğer tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'e, tez dönemimde istatiksel değerlendirmelerde beni destekleyen Sayın Prof. Dr. Necdet SÜT'e, veri toplama sürecinde beni destekleyen değerli doktorlara, meslektaşlarıma ve çalışmaya katılma nezaketi gösteren gebelere, her zaman yanımda olan eşime ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **GEBELİK** 3
- **GEBELİKTE GÖRÜLEN EMOSYONEL DEĞİŞİKLİKLER** 8
- **GEBELİĞE PSİKOLOJİK UYUM** 11
- **GEBELİKTE ANKSİYETE** 11
- **GEBELİKTE DEPRESYON** 12
- **GEBELİKTE PRENATAL DİSTRES** 14
- **DOĞUM ÖNCESİ (PRENATAL) BAĞLANMA** 15
- **ANKSİYETE, DEPRESYON VE PRENATAL DİSTRESİN BEBEĞE BAĞLANMAYA ETKİSİ** 17
- **GEBELİK SÜRECİNDE ANNEDE ANKSİYETE, DEPRESYON VE PRENATAL DİSTRESİN ÖNLENMESİ VE BEBEĞE BAĞLANMANIN ARTTIRILMASINDA EBE/HEMŞİRENİN ROLÜ** 18

GEREÇ VE YÖNTEMLER 21

BULGULAR 26

TARTIŞMA 40

SONUÇLAR VE ÖNERİLER 47

ÖZET 50

SUMMARY 52

KAYNAKLAR **54**
ŞEKİLLER LİSTESİ **66**
TABLOLAR LİSTESİ **67**
ÖZGEÇMİŞ **68**
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AC: Abdominal Circumference

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

APGAR: Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration

Ark.: Arkadaşları

BPD: Biparietal Diameter

CRL: Crown-Rump Length

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

DÖBE: Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri

FL: Femur Length

FSH: Follicle-Stimulating Hormone

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HC: Head Circumference

hCG: Human Chorionic Gonadotropin

HPL: Human Placental Lactogen

IUGR: Intrauterine Growth Retardation

LH: Luteinizing Hormone

PDÖ: Prenatal Distres Ölçeği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

GİRİŞ VE AMAÇ

Normal gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar herhangi bir antenatal komplikasyon veya rahatsızlık olmadan, canlı bir bebeğin doğmasıyla sonlanan fizyolojik bir olaydır (1). Gebelik ortalama 3'er aylık, 3 ayrı döneme ayrılan 40 haftalık bir süreçtir. Her bir döneme trimester (0-13 hafta 1. trimester, 14-27 hafta 2. trimester, 28 ve üzeri hafta 3. trimester) adı verilmektedir (2,3). Gebelik sürecinde anatomik ve fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik değişiklikler de ortaya çıkmaktadır (4,5). Bazı gebeler ortaya çıkan psikolojik değişikliklere rahatlıkla uyum sağlarken, bazı gebeler hafif, orta ve şiddetli seviyede psikososyal problemler yaşayabilmektedir (6,7). Psikososyal problemlerin temelini; fetüsün varlığı, gebede yaşanan fizyolojik değişiklikler, aile hayatı ve sosyal hayata ilişkin farklılıklar oluşturmaktadır (4,8).

Gebelik sürecinde anksiyete ve depresyon en sık karşılaşılan psikososyal problemlerdendir. Gebelikte eğitim seviyesinin düşük olması, mutsuz evlilik hayatı, prenatal stresörler, bebek için gerekli medikal koşulların bulunmaması, olumsuz yaşam koşulları, gebenin ailesiyle alakalı problemli ilişkiler gebelik döneminde anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma ihtimalini arttırmaktadır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda kadınlarda anksiyete bozukluğu görülme oranının %30 olduğu ve anksiyete ile depresyonun en yüksek prevalansa doğurganlık döneminde (18-44 yaş) ulaştığı bildirilmiştir (6,9). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda gebelikte depresif semptom görülme sıklığının ve depresyon oranının %5-51 arasında değiştiği bildirilmiştir (10,11). Özellikle gebeliğin ilk dönemlerinde ortaya çıkan depresyon, gebe ve fetüsü uzun dönemde de kötü etkilemektedir (12). Geçmişte depresyon atağı, gebenin ailesinde depresyon öyküsü, evlilik problemleri, olumsuz hayat deneyimleri,

istenmeyen gebelik, geçmişte düşük yapmış olma, fetüs için kaygılanma gebelikte depresyon için risk etkenleridir (6,13). Gebelik döneminde ve postnatal dönemde kadının annelik rolüne uyum sağlama çabası ise prenatal stresin asıl nedenidir. Bununla birlikte, çevresindeki kişilerin gebeden iyi bir anne olmasına dair beklentisi gebenin stresini arttırmaktadır (14,15). Literatürde gebelik dönemindeki stresin preterm doğum eylemine neden olabileceği bildirilmiştir. Bunun nedeninin stresin plasental ve hormonal dengeyi etkilemesi olduğu düşünülmektedir (16).

Doğum öncesi bağlanma ebeveynler ve henüz doğmayan çocukları arasında gelişen duygusal bir bağdır (17,18). Gebelik döneminde gebe ile fetüs arasında gerçekleşen bağlanma bebek ile kurulan ilk önemli ilişkidir ve doğumdan sonra da anne-çocuk arasındaki ilişkinin temelini oluşturmaktadır (19,20). Anne-bebek bağlanmasında, gebeliğin planlı bir gebelik olması ve fetüsün ayrı bir birey olarak görülmesi, fetüsün anne karnındaki hareketlerinin hissedilmesi gibi faktörler pozitif şekilde etkilemektedir (21,22). Gebelik döneminde psikososyal sağlıkta iyilik hali olduğu sürece doğum öncesi bağlanma seviyesi de artabilmektedir (23). Abasi ve ark. depresyon ve yüksek anksiyeteye sahip gebelerin düşük anne ve bebek bağlanmasına sahip olduğunu bildirmiştir (20).

Gebelik sürecinde anksiyete, depresyonun önlenmesi ve korunma ile prenatal stres düzeyinin azaltılması için gebeliğin her 3 aylık döneminde psikososyal tarama yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Gebelikte yapılacak taramalar sonucunda ebe ve hemşireler; anksiyete, depresyon ve prenatal distresi önleyici uygulamalar planlamalıdırlar. Bu sayede gebelikte ortaya çıkan fizyolojik problemlerin yanında, gebeliği kabul etme ve gebelik dönemine uyum problemi yaşanmasının önüne geçilebilmekte, aile fertlerine verilecek eğitimler ile de gebe kadının gereksinimi olan yeterli sosyal desteği aile bireylerinden alması sağlanabilmektedir (24). Ebe ve hemşirelerin katkısı ile sağlanan yeterli sosyal destek doğum öncesi anne-bebek bağlanmasını arttırabilmektedir.

Çalışmamızda gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin, doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisini incelemek amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarımız hem literatürü destekleyerek bilime katkı sağlayacak olup hem de ebe ve hemşirelere yol gösterici olacaktır.

GENEL BİLGİLER

GEBELİK

Gebelik fizyolojik olarak, fetüsün uterus dışında yaşamaya devam edebilmesi için gerekli olgunluğa erişmesine olanak sağlayan; psikososyal açıdan ise gebe ve ailesinin gebelik süreci, doğum eylemi ve lohusalık dönemine hazırlanmalarını sağlayan dönemdir. Gebelik döneminde yaşanan değişikliklere ailenin uyumu, anne ve bebek sağlığı için önemlidir (4,5).

Normal gebelik yaklaşık 267 gün devam eden, fertilizasyondan doğuma kadar herhangi bir antenatal komplikasyon veya rahatsızlık olmadan, canlı bir bebeğin doğmasıyla sonlanan fizyolojik bir olaydır (1). Gebelik ortalama üçer aylık üç ayrı döneme ayrılan 40 haftalık bir süreçtir. Her biri ayrı dönüm noktası olan bu dönemlere trimester (0-13 hafta 1. trimester, 14-27 hafta 2. trimester, 28 ve üzeri hafta 3. trimester) adı verilmektedir (2,3). Gebelik doğal bir süreç olmasıyla birlikte, gebede önemli anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişikliklere sebep olan bir dönemdir. Fertilizasyonla başlayan ve gebelikte sürekli devam eden bu değişiklikler, gebenin ve fetüsün sağlık halini en iyi şekilde devam ettirmek, metabolik ihtiyaçlarını gidermek ve doğum zamanı için gerekli anatomik yapıyı sağlamak için oluşmaktadır (1,25).

Nesillerinin devamını doğurganlık ile sağlayan kadınlar için gebelik, kadınların yaşamında önemli bir yere sahiptir (26). Gebelik kadınlar tarafından neşe, olgunluk, doyum, kendini gerçekleştirme ve mutluluk sebebi olarak algınlandığı gibi üzerinde aşırı yük hissetme, endişe, stres, kaygılı bekleyiş gibi olumsuz ruhsal dalgalanımların da görülebileceği

bir dönem olarak da algılanabilmektedir (14,27). Gebelikteki hormonal değişiklikler nedeniyle gebelik döneminde önemli ruhsal değişimlerin yaşandığı belirtilmektedir (28).

Gebeliğin Oluşumu

Gebelik oluşumu, erkek üreme hücresi olan sperm ile kadın üreme hücresi olan ovumun kadının üreme sistemindeki fallop tüplerinin ampulla kısmında döllenmesiyle yeni bir oluşum meydana gelmesidir (1,29). Vücudumuzdaki bütün hücrelerde olan kişisel genetik özelliklerin nesiller arası aktarımı ovum ve sperm aracılığıyla sağlanmaktadır. Olgunlaşmamış germ hücrelerinin büyüme ve gelişme sürecine gametogenezis denir. Erkeklerde germ hücresinin olgunlaşma dönemine spermatogenezis, kadınlarda ise oogenezis adı verilir (30).

Oogenezis: Gonadlardaki dişi germ hücresinin gelişerek olgun bir ovum haline gelmesidir.

Ovum: Zona pellusida, nukleus ve sitoplazma olarak üç bölümden oluşmakta olup, yaklaşık 150-200 mikron büyüklüğündedir. Sitoplazması besin maddelerinden zengindir ve implantasyona kadar zigotun besin ihtiyacını giderir (30). Ovulasyondan sonra ovum ortalama 24-48 saat canlı kalabilir (31).

Spermatogenezis: Erkek germ hücrelerinden olgun spermlerin oluşması sürecine spermatogenezis denir (32,33).

Sperm: Baş (4,6 mikron), ara bölüm ve kuyruk (50 mikron) bölümünden oluşmakta olup, küçük ve hareketlidir. Kadın vücuduna girdikten sonra yaşama süresi ortalama 48-72 saattir (30).

Fertilizasyon: Tubaların ampulla kısmında (ovulasyondan sonra 24-48 saat içinde) gerçekleşir. Ovumun tubalara transferi tubaların kas tabakasındaki kasılmalar, epitel hücrelerindeki silial hareketler ve salgı işlevi aracılığıyla gerçekleşmektedir (34,35). Spermler ise koitus gerçekleştiğinde serviks, uterus ve tubalara doğru aktif hareketlerle ilerlerler (30). Spermin ovuma penetrasyonu gerçekleştikten sonra zona pellusida diğer spermlerin ovuma

girişini engeller ve tubalara alınan oosit II mayoz bölünmelerini tamamlar (36). Spermium ve ovumun yarılanmış kromozomları yakınlaşıp, birleşerek 46 kromozomlu (44+XX ya da 44+XY kromozomlu) zigot adı verilen yeni bir hücre oluşturur. Zigot fallop tüplerinde hızla mitoz bölünmesini sürdürür ve ilk mitoz bölünme ile meydana gelen iki hücreye blastomer denir (30). Bölünmeler devam eder ve üçüncü günde morula adını alır (36). Morula, uterusa ulaştığında yapısında değişimler olur. Ortasına sıvı birikir, hücreler kenarlara çekilir. Bu sıvı dolu yapıya blastokist boşluğu adı verilir. Bu alandaki sıvı arttıkça blastomerler, trofoblast (dış hücre kümesi) ve embriyoblast (iç hücre kümesi) olarak iki gruba ayrılır. Bu oluşuma blastokist denir (37,38). Blastokist trofoblast hücreleri gelişerek plesanta ve membranları oluşturur. Blastokist embriyoblast hücreleri embriyoya şekillenir (39).

Trofoblastlar, sitotrofoblast (iç tabaka) ve sinsityotrofoblast (dış tabaka) olarak tabakalanır ve gebelik oluşumundan sonra ikinci haftanın sonlarına doğru endometriyumun desidua tabakasına tutunur. Bu tutunma olayı implantasyon olarak adlandırılır (36). Normal bir tutunma, uterusun fundus kısmında gerçekleşir (30). Desidua bazalis ile koryonik villuslar temas ederler. Koryonik villuslar gelişerek fetal plasentayı, desidua bazalis gelişerek maternal plasentayı oluşturur. Sinsityotrofoblast, sitotrofoblast ve mezoblast tabakalarından ise koryon zarı şekillenir ve amniyon zarı ile amniyotik kavite belirmeye başlar (40,41). Amniyotik mayi akciğer gelişimi için gereklidir. Amniyosentez ile amniyon sıvısından örnek alınarak kromozomal hastalıklar da belirlenebilmektedir (42). Amniyon embriyodan membranöz amniyon kesesi oluşmaktadır. Amniyonun embriyo ile bağlantısı (postnatal dönemdeki göbek bağı) embriyonun kıvrılmasından sonra ventral yüzü ile gerçekleşir (38,40).

Plasentadan hormon salınımı:

- Östrojen: 8-12 haftalar arasında korpus luteumdan salgılanır (43). Dokuzuncu haftadan sonra doğuma kadar plasentadan salgılanmaktadır (44,45).
- Progesteron: Esas olarak plasentadan, bir miktar ise korpus luteumdan salgılanır ve gebeliğin devamını sağlar (44,46). Östrojen ve progesteronun ortak etkisiyle FSH ve LH baskılanarak ovarian foliküllerin gelişimi engellenir ve bunun sonuncunda menstruasyon gerçekleşmez (43).
- Human Koryonik Gonadotropin (hCG): Korpus luteumdan progesteron salınımını aktive ederek pregnolon ve progesteron oluşumunu hızlandırır. Karbonhidrat intoleransına yol açar (44,47). Yaklaşık 10. haftaya kadar korpus luteumun gerilemesini engelleyerek hormon üretiminin devamını sağlar (43).

- Human Plasental Laktojen (HPL): Plasentanın sinsityotrofoblast hücreleri tarafından üretilir. Annenin insüline duyarlılığını azaltarak annenin daha az glikoz kullanmasını sağlar. Böylece fetüs glikozdan daha çok faydalanır (43).

Fetüsün Anne Karnında Büyüme-Gelişmesi

Fetal büyüme; gebelik haftası, baş-popo mesafesi (CRL), biparyetal çap (BPD), baş çevresi (HC), femur uzunluğu (FL) ve karın çevresi (AC) ölçümleriyle değerlendirilir. Fetüsün normal gelişimi anne karnında maternal, fetal, plasental ve çevresel etkenlere bağlıdır (48,49). Intrauterin evre, embriyonel ve fetal evre olarak ikiye ayrılmaktadır (50,51).

Embriyonel evre: Fertilize ovumdan hızla organ taslaklarının şekillendiği ilk 8 haftalık evredir (50,51).

3. hafta: Preimplantasyon evresidir. Fertilizasyondan implantasyona kadar olan dönemdir. Hücrelerde farklılaşma değil, sürekli olarak bölünerek çoğalma vardır (52,53). Gastrulasyon evresinde ektoderm, mezoderm, endoderm olmak üzere üç germ yaprağı oluşur, doku ve organların tümü bu tabakalardan gelişir (38,40).

4. hafta: 3. haftadan 7. haftaya kadar olan dönem organogenez evresidir (52). Bu haftada embriyonun ölçülerinde hızlı bir büyüme olur. 24. güne gelindiğinde kalp atımı ve fetüs ile koryonik villusler arasında kan dolaşımı başlar. Gelişmeye üçüncü haftada başlamış olan nöral tüpün ön ucundan beyin, arka ucundan spinal kord farklanır. Gelişimi normal bir embriyo 5 mm'ye ulaşmıştır (39).

5. hafta: 5. haftada böbrekler farklanmaya başlar (39).

8. hafta: Dil ve dudak oluşumu tamamlanır. Diş ve damak yapısı oluşmaya başlar. Embriyonun iskelet dokusu taslak olarak belirmiştir (44,54). 8. haftada beyin gelişmektedir. Baş vücuda oranla daha büyük görünür. Sağlıklı bir fetüsün boyu yaklaşık olarak 4 cm'dir (39).

Fetal evre: Embriyonel evre ve fetal evre arasında belirli bir sınır yoktur (39). 9-12. haftalarda başlayıp doğum eylemine kadar süren, vücudun büyümesi, doku ve organların

gelişmesi ile karakterize döneme fetal evre denir. Fetal evrede organ fonksiyonlarının gelişimi ön plandadır (48,55).

3. ay (9-12 haftalık dönem): 9. haftanın sonuna kadar erkek ve dişi dış genital organlar benzer görünür. 10. haftada bağırsak halkaları görülebilir. İdrar yapımı ve boşaltımı 9-12. haftalarda başlar (38,40). Fetüsün boyu yaklaşık 9 cm'dir (39).

4. ay (13-16 haftalık dönem): Fetüs hareketleri anne adayı tarafından hissedilir. Beyinde çok sayıda sinir hücresi hızla artış gösterir. Fetüsün boyu yaklaşık 16 cm'dir (39). Fetüsün gelişimi çok hızlıdır. İskelette kemikleşme başlar, bacaklar uzamıştır. 16. hafta sonunda insan görünümüne daha çok yaklaşmıştır (56,57).

5. ay (17-20 haftalık dönem): Fetüsün karaciğeri demir depolamaya başlar. Doğumdan sonra ilk yıl bu demir deposu kullanılır. Bütün vücutta vernix caseosa vardır. Vernix caseosa, gebelik döneminde fetüsün cildini amniyotik mayinin verebileceği hasarlardan korur. Doğumdan hemen sonra ise bebeğin vücut ısısını korumaya devam eder. Fetüs ortalama 25 cm boyunda ve 500 gr ağırlığındadır (39). Erkek fetüslerde 20. haftada testisler skrotuma inmeye başlar (38,40).

6. ay (21-24 haftalık dönem): 21. haftada fetüsün göz hareketleri başlar (38,40). Akciğerlerdeki alveoller surfaktan üretmeye başlar. Derinin rengi kapiller sistem geliştiği için pembedir. Cilt kırışıktır ve deri altı yağ dokusu gelişmeye başlamıştır (39).

7. ay (25-28 haftalık dönem): Fetüsün saçları ve lanugo tüyleri gelişmiştir. Bağışıklık sistemi 29. haftada gelişmeye başlar (38,40). Bu ayda akciğerlerde oksijen-karbondioksit değişimi gerçekleşebilir. Surfaktan üretimi artmıştır. Doğum gerçekleşirse fetüs özel ortamda yaşatılabilir. Beyin gelişimi 28. haftadan itibaren artar ve doğumdan sonra da devam eder (39).

8. ay (29-32 haftalık dönem): 31. haftadan sonra fetal büyüme yavaşlar (38,40).

9. ay (33-36 haftalık dönem): 35. haftada kavrama refleksi gelişmiştir. 36. haftada baş ve karın çevresi hemen hemen eşittir. 37. haftada gerilme, irkilme, hıçkırma, parmak emme hareketleri yapabilir (38,40). Yüzde kırışıklık ve vücutta lanuga tüyleri azalmıştır. Erkek fetüslerde testisler skrotuma iner. Deri altı yağ dokusu artmıştır (39).

10. ay (37-40 haftalık dönem): 38. haftada bağırsaklarda ilk dışkı birikmeye başlar. Buna mekonyum adı verilir (38,40). Fetüs tam olarak büyümüş ve olgunlaşmıştır. Fetüs bu ayda doğarsa yenidoğan adını alır (39).

Gebelik Teşhisi

Gebelik Belirtileri;

- Bireysel/Subjektif belirtiler
- Olası/Objektif belirtiler
- Kesin/Pozitif belirtiler olmak üzere 3 grupta incelenmektedir (58).

Bireysel/Subjektif belirtiler: Amenore, memelerde değişim, bulantı-kusma, yorgunluk-halsizlik, sık idrara çıkma, abdomende büyüme, iştah değişiklikleri, kilo artışı, ciltte renk değişikliği, vajinal akıntıda artış, diş etlerinde hipertrofi görülmesidir (59).

Olası/Objektif belirtiler: Gebelik döneminde meydana gelen değişikliklerin muayene eden kişi tarafından tespit edilmesidir. Gebelik testinin pozitif olması, vulva-vajen-serviksde renk değişimleri, serviks ve vajende yumuşama, ballotement belirtisi, uterusun simetrik/asimetrik büyümesi ve düzensiz kasılmaları, Brawn von Fernwald's belirtisi, istmusun yumuşaması, Mc Donald's belirtisi, Ladin belirtisidir (39).

Kesin/Pozitif belirtiler: Herhangi bir patoloji ile karışmamış olan belirtilerdir. Fetüs kalp seslerinin duyulması, fetüs hareketlerinin hissedilmesi, fetüsün palpasyonla hissedilmesi, fetüsün ultrason/röntgen ile görüntülenmesidir (59).

GEBELİKTE GÖRÜLEN EMOSYONEL DEĞİŞİKLİKLER

Birinci Trimesterde Görülen Emosyonel Değişiklikler

Gebeliğin birinci trimesteri gebenin yeni durumuna ve gebelik gerçeğine uyum sağladığı trimesterdir (34,60). Kadın bu dönemde gebeliği kabullenmeye çalışır. Kadın

gebeliğe dair işaretleri doğrulamak için hevesli ve/veya kaygılı olabilir (4,61). İstenen bir gebelik olsa da gebelerin yaklaşık %80'inin gebe oldukları düşüncesini ilk olarak kabullenmedikleri, genellikle tam bir kabullenme ve zamanında kabullenmenin olmadığı belirtilmektedir (4,39). Gebeliğin birinci trimesterinin sonunda maydana gelen ve gebeliğin kabullenildiğini gösteren işaretler; gebelik durumundan mutluluk duyma ve hoşlanma, fiziksel sorunları tolere edebilme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla başa çıkabileceği konusunda kendine güvenmesi ve umut duygularıdır. Gebelik kabullenilmiş olsa da bu süreçte aşırı duyarlılık, hassasiyet, ani kızgınlık, huzursuzluk ya da coşku olarak ortaya çıkan duygulanımda hızlı geçişler ve sebepsiz dalgalanmalar ortaya çıkabilmektedir (6,62). İlk trimesterde yaşanan ruhsal değişikliklerden en belirgini gebe olup olmadığına ilişkin ortaya çıkan ambivalan duygulardır (63). Gebe bu dönemde daha pasif ve içe dönüktür. Daha önceki ilgi alanlarına daha az ilgi gösterebilir ve yalnız kalma ihtiyacı artabilir. Duygusal iniş çıkışlar bu dönemde çok görülür. Bir anı bir anına uymaz. Kendilerini çok iyi hissederken birkaç dakika sonra ağlayabilirler (34,39).

Gebeliğin birinci trimesterinde kadının ilgisi kendi üzerindedir (4,61). Gebelikte ilk zamanlarda, gebe sabah bulantılarıyla başa çıkmaya, meme hassasiyetine, vücudundaki fiziksel değişimlere, cinsellik, beslenme ve egzersiz gibi konularda meydana gelen değişimlere uyum göstermeye çabalamaktadır (6,62). Gebelerde iştah ve uyku ile ilgili değişiklikler, duygulanım ve kaygı durumlarında dalgalanma, libido kaybı, aşırı yorgunluk ve odaklanma güçlüğü, hafif depresif ruh hali olabilmektedir. Bu depresif belirtiler ikinci trimesterde daha az görülmektedir (6,12).

İkinci Trimesterde Görülen Emosyonel Değişiklikler

İkinci trimester döneminde, rahatsızlık veren gebelik belirtileri geçtiği ya da hafiflediği, aynı zamanda vücudu gebeliğe uyum gösterdiği için gebe kendini daha mutlu hisseder ve daha rahattır (34).

Gebe fetüsün hareketlerini bu dönemde hissetmeye başlar. Fetüsün hareketlerini hissetmeye başlayan gebe, fetüsü, kendisine bağımlı fakat ayrı bir varlık olarak görür. Bu deneyim anne ile bebek arasında güçlü duygusal bağların oluşmasını sağlayan erken bağlanmayı sağlamaktadır (4,61) Fetüsün varlığını kabul eden anne henüz doğmamış bebeğine odaklanır (14). İkinci trimesterde gebeliğe adaptasyon sağlanmış, gebelik

benimsenmiş ve dışa dönük dönem başlamıştır. Kadının ailesinin durumu, eşle ilişkisi, iş durumu, gebeliğin getireceği yeni güçlükler bu duruma karşı geliştirilen tutumda önemlidir (1,60). Gebelik kabullenilmiş olsa da, duygu ve mizaç değişiklikleri, sorun çözme yeteneğinde yavaşlama ya da değişiklik, aşırı hassasiyet, alıngan davranma, huzursuzluk, büyük mutluluk ve ani kızgınlık gibi bazı değişimler olabilmektedir (6,14).

İkinci trimesterde gebe kendisi ve bebekle alakalı yeni bilgileri öğrenmeye heveslidir. Bu dönem gebelikle ilgili bilgileri öğrenmeye ve diğer gebelerle iletişime yönelimin olduğu dönemdir (34,39). İkinci trimesterde gebe bebeğini sağlıklı bir şekilde dünyaya getirme ile ilgili kaygı; beslenme ve fetüsün gelişimi ile ilgili konulara ilgi duymaktadır. Enerjisi yüksektir ve memnuniyet hissi yaşamaktadır (4,61). İkinci trimesterde gebe, fetüsü koruyabilme konusunda endişelidir. Bu kaygılar genellikle narsizm ve içe dönüklük şeklinde ortaya çıkar. Gebe kadın tamamen kendisine ve bebeğine dönük yaşar. Gebe, giydiği kıyafetleri, yediklerini ve yaşadığı çevreyi öncesine göre daha fazla önemser. Çevresinde gelişen olayların fetüse etkisi olup olmadığını değerlendirir. Bu nedenle bazı kadınlar işlerine ve çevresinde bulunan bireylere daha az ilgili olurlar (34,39).

Bedenin büyüklüğündeki değişimler ve dış hatlardaki değişimler, abdomenin genişlemesi, belin kalınlaşması ve memelerin büyümesi ile kendini gösterebilir. Bu değişiklikler, fetüsün büyüdüğüne dair işaretler olduğu için çoğu gebe bu durumu olumlu kabul etmekle birlikte gebe ve eşinde gurur hissine neden olmaktadır. Fakat bazı kadınlar için stria gravidarum ve derinin hiperpigmentasyonu gibi değişimler olumsuz beden imgesi düşüncesi yaratabilmektedir (4,61).

Üçüncü Trimesterde Görülen Emosyonel Değişiklikler

İlk trimesterde yaşanan ambivalan duygular üçüncü trimesterde yeniden hissedilmeye başlamıştır. Kadın gebe olmaktan gurur duyar. Fakat doğum eylemi ile ilgili korkular yaşar. Gebelikte artan yük, fiziksel rahatsızlık ve sorumluluk duygusu gebe kadının ruhsal açıdan doğuma hazırlanması ihtiyacını ortaya çıkarır (39). Bununla birlikte gebenin yaptığı doğum ve bebek ile ilgili hazırlıklar artar (6).

Son üç ayda fizyolojik olarak hareketler kısıtlıdır, buna rağmen gelişen annelik hislerinin etkisiyle annelerin henüz doğmamış bebeklerine karşı korumacı yaklaşım gösterdiklerine inanılmaktadır. 32. haftadan sonra doğum eyleminin zor olması, sağlıksız

bebek dünyaya getirme, doğum sancısı, ölümden korkma, iyi ebeveyn olamayacağıyla ilgili korkular gebede stres ve kaygıya sebep olmaktadır (1,64). Gebe, sık sık, bebeğini koruyamadığı takdirde bebeğine zarar geleceği ya da kaybedebileceği korkusuna kapılır. Fetüs büyüdüğü için fetal hareketler daha sert hissedilir. Gebe ve fetüs iç içe olmalarına rağmen gebe bebeğini kendisine ait bir parça gibi hissetmez (4,61).

Son trimesterde özellikle yedinci gebelik ayında gebe kadının duyarlılığı artmaktadır. Üçüncü trimesterde eşin sevgi ve ilgisine daha belirgin ihtiyaç duyabilir. Eşinin yardım etmek için istekli olması ve gebenin ilgiyi hissetmesi kadının kendisini daha güvende ve zorluklarla başa çıkabilecek şekilde görmesini sağlar (4,61).

GEBELİĞE PSİKOLOJİK UYUM

Bireyin sosyal olarak tam bir iyilik durumunda olması yani sosyal hayatında olumsuzlukların olmamasına ‘psikososyal sağlık’ denir (65). Geçmiş yıllarda gebe olmak ‘psikiyatrik sorunlar için koruyucu bir süreç’ olarak kabul edilirken, artık bu görüş kabul edilmemektedir (12,66). Gebelik, kadının bütün organizmasıyla ilgili fonksiyonel ve anatomik değişikliklere neden olan önemli bir olaydır. Doğal olarak ruhsal durumunu da etkilemektedir (4,67). Gebenin ruhsal durumu ve duygusal yaşantısı gebeliğin gidişatı üzerinde etki gösterebileceği gibi gebelikte ruhsal ve duygusal yaşamına etki edebilmektedir (4,8). Bazı kadınlar gebelik teşhisiyle heyecanlanırken, bazı kadınlar için yıkıcı bir haber etkisi olabilmektedir. Sınırlı düzeyde ambivalan duygular olası bir tepkidir (4,68). İstenen bir gebelik olduğunda üreme gücünün kanıtı, anne olma hayalinin gerçekleşmesi yönünde bir adım olarak kabul edilir (4,69). Kadın gebeliğe uyum gösteremezse ağlama krizleri, yaşama isteğini kaybetme, kendini önemsiz görme, bebeği istememe ve gebeliği sonlandırma düşüncelerine kapılabilir (4,70). Gebelik kadınlar için bir stres dönemi olabilir ve sıklıkla depresyon ve anksiyete ile birleşebilir (71,72). Psikososyal tepkilerin temelini; fetüsün varlığı, gebedeki fizyolojik değişiklikler, aile hayatı ve sosyal hayatta gelişen farklılıklar oluşturmaktadır (4,8).

GEBELİKTE ANKSİYETE

Anksiyete kelimesi, darlık ve sıkışma anlamındaki hindogermanik ‘angh’ kökünden türemiştir. Anlamı farklı dillerde de benzerdir. ‘Anchein’ (sıkılmak, boğulmak), ‘angor’

(nefes düzensizliği, boğulmak) gibi anlamlara gelmektedir (1,73). Anksiyete; gerginlik, endişe, korku gibi kişisel duygularla kendini gösterir ve kişilik bütünlüğünün risk altında olduğu durum ya da durumlarda ortaya çıkabilmektedir. Gebelikte eğitim seviyesinin düşük olması, mutsuz evlilik hayatı, prenatal stresörler, bebek için gerekli medikal koşulların bulunmaması, olumsuz yaşam koşulları, gebenin ailesiyle alakalı problemli ilişkiler, gebelik döneminde anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma ihtimalini arttırmaktadır (6,9). Yapılan çalışmalarda kadınlarda anksiyete bozukluklarının ortalama %30 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Özellikle doğurganlık döneminde anksiyete bozukluklarının en yüksek seviyeye ulaştığı bildirilmektedir (6,9).

Gebelik dönemine ait fizyolojik değişikliklerin çoğu anksiyete belirtileriyle çok benzerdir. Bu sebeple anksiyete bozuklukları, gebe olan kadınlarda gizlenebilir. Anksiyete bozukluklarının, gebelik ve doğum eylemi ile ilgili komplikasyonları arttırdığı, yenidoğanın sağlığını negatif yönde etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve Intrauterin Gelişme Geriliği'ne (IUGR) neden olduğu bildirilmiştir (74,75).

GEBELİKTE DEPRESYON

Depresyon kişinin yaşama arzusu ve zevkinin kaybolduğu, bireyin kendisini yoğun keder içinde hissettiği, geleceğe dair kötümser, karamsar düşünceler, suçluluk duygu ve düşüncelerinin olduğu, geçmişle ilgili yoğun pişmanlık, ara ara ölüm fikri, bazen intihar teşebbüsü ve sonunda ölümün olabileceği, uyku düzeni, iştahla ilgili değişiklikler ve cinsel istek ile ilgili fizyolojik sorunların ortaya çıktığı bir hastalıktır (1,6). Depresyon; kronikleşme ve tekrarlama düzeyinin yüksek oluşu, iş gücü yitimi ve intihar olasılığını artırması sebebiyle önemli kişisel ve toplumsal bir sağlık problemidir (10,76). Depresif bozukluklar arasında üzerine en fazla çalışma yapılan majör depresif bozukluktur. Majör depresif bozukluğun hayat boyu risk oranı erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 olarak tespit edilmiştir (1,77).

Prenatal depresyon fetüsü ve annenin iyilik halini kötü etkilemesi ve doğum sonu dönemde depresyona temel hazırlaması sebebiyle üzerinde özellikle durulması ve erken tanı sağlanarak tedavi edilmesi gereken bir problemdir (78). Gebelik döneminde de uyku ve iştah ile ilgili değişiklikler, enerji düşüklüğü ve istek azalması gibi majör depresyonla ilgili pek çok klinik belirti ve bulguya rastlanır (1,79). Literatürde, gebelikte depresif semptom görülme sıklığının ve depresyon oranının %5-51 arasında değiştiği belirlenmiştir (10,11). Gebelik

döneminde depresif belirtilerin görülme oranları gebelik trimesterlerinde farklılık gösterebilmektedir. Bennet ve ark. yapmış olduğu sistematik araştırmada depresyon sıklığını, gebelik döneminin birinci trimesterinde %7,4, ikinci trimesterinde %12,8, üçüncü trimesterinde %12 olarak belirlemişlerdir (80).

Prenatal depresyonun akut ve devamlı sonuçları sadece anneyi etkilemez. Aynı zamanda bebeği ve anne ile aralarındaki etkileşimi de etkileyen fakat yeterince tanınıp tedaviye yönlendirilemeyen psikiyatrik bir hastalıktır (81). Özellikle gebeliğin ilk dönemlerinde ortaya çıkan depresyon, gebe ve fetüsü uzun dönemde de kötü etkilemektedir (12). Rosemary ve ark. çalışmasında; depresif ve kaygı bozukluğuna sahip gebelerde baş ağrısı, bulantı, sırt ağrısı gibi somatik sorunların normal gebelere oranla daha fazla ortaya çıktığını saptanmıştır (82). Geçmişte depresyon atağı, gebenin ailesinde depresyon öyküsü, evlilik problemleri, olumsuz hayat deneyimleri, istenmeyen gebelik, geçmişte düşük yapmış olma, fetüs için kaygılanma durumları gebelikte depresyon için risk etkenleridir (6,13). Gebelerde depresyon tanısının konması, önlenmesi, tedavi edilmesi ve tekrarlama olasılığına karşı ortaya çıkaran nedenlerin belirlenmesi önemlidir (10,83). Doğum öncesi dönemde depresyon için risk etkenlerini bilmek, depresyon riski taşıyan kadınları ortaya çıkarmaya ve tedavi edebilmeye katkıda bulunmaktadır (6,11).

Gebelik döneminde sıklıkla ortaya çıkan hastalıklar gebelik döneminde depresyon tanısını daha karışık hale getirmektedir (1,79). Prenatal depresyonun tanılanması ve tedaviye yönlendirilebilmesi için gebelik döneminde gebelerin düzenli şekilde depresyon için taranmaları önerilmektedir. Bu nedenle Türkiye'de, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi prenatal depresyona yönelik tarama programlarının sağlık profesyonellerince yapılmasına yönelik çalışmaların başlatılması, yaygınlaştırılması, depresyon ihtimali olan gebelerin daha erken dönemde tespit edilmesi gerekmektedir (12,84). Prenatal depresyon, doğum sonu dönemde depresyonun önemli bir sebebi olup fetal gelişimdeki bozukluklarla da ilişkili bulunmuştur (81,85). Bu nedenle doğum öncesi depresyon tedavisi önceliklidir ve birçok uzman doğum sonu depresyonun önüne geçmek için girişimlerin gebelik döneminde başlaması gerektiğini savunmaktadır (81,86).

Gebelikte Depresyon Tedavisi

Prenatal dönemde tedavi için antidepresan ilaçlar, kişilerarası psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi ve alternatif tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir (81). Gebelik döneminde

hafif ve orta seviyedeki depresyonda ilk olarak ilaçsız tedavi yöntemleri denenmelidir. Daha şiddetli depresyon gelişmiş olan hastalarda psikoterapi yeterli olmayabileceği için ek olarak antidepresan eklemek gerekebilmektedir. Bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğu, gebelik dönemindeki depresyonda ilaçla tedavinin bebek ve anne için olumlu sonuçlar sağladığını savunmaktadır. Tedavi planlanırken yalnız doktor ve gebenin değil uygunsa eşin, yenidoğan uzmanlarının, obstetrisyenlerin ve diğer sağlık ekibinin de düşünceleri alınmalıdır. Tedaviye başladıktan sonra doğum sonu dönem dahil gebelik süresince sıkı bir şekilde gözlemleme ve takip yapılarak nüks önlenmelidir. Bu konuda aile fertlerinin bilgilendirilmesinin ve ilgilerinin de önemli olduğu öğretilmeli ve aile bireylerinin desteği sağlanmalıdır (1,71).

GEBELİKTE PRENATAL DİSTRES

Psikolojik distres klinikte genellikle anksiyete, depresyon ve/veya stres olarak adlandırılır (72,87). Stres, beden fonksiyonları ve çevre arasındaki çatışmanın sonucunda fizyolojik sistemlerde meydana gelen bir savunmadır (6,88). Stres prenatal dönemde sıkça görülür ve şiddetli, orta ve hafif olarak değerlendirilir. İngiltere'de gebelerde hafif ve orta stres düzeyi ile birinci basamak sağlık hizmetleri ilgilenirken, şiddetli vakalarda gebe psikiyatrik tedavi için yönlendirilmektedir (89). Gebelik dönemi duygusal olarak hassas bir dönemdir. Gebeliğin fizyolojik belirtileri, anne olma kaygısı, beden algısındaki değişimler, doğum eylemi ve bebek ile ilgili endişeler gebelerde strese neden olmaktadır (89,90). Gebelikle ilgili hissedilen sıkıntıların yanı sıra çevresel stres kaynakları da gebeliğe uyumu zorlaştırabilmektedir (64,91). Gebelik döneminde ve postnatal dönemde kadının annelik rolüne uyum sağlama çabası stresin asıl nedenidir. Bununla birlikte, çevresindeki kişilerin gebeden iyi bir anne olmasına dair beklentisi stres düzeyini arttırmaktadır (14,15).

Gebelik döneminde psikolojik distres prevalansıyla ilgili yapılan bazı araştırmalar, gelişmiş ülkelerde kadınların klinikte anlamlı psikolojik distres ataklarıyla karşılaştıklarını göstermektedir (72,92). Bir araştırmada gebeliğin 43 stres verici olaydan 12. sırada geldiği, başka bir çalışmada ise 116 stres verici olaydan 15. sırada geldiği belirlenmiştir (13,93). Literatürde gebelik dönemindeki stresin preterm doğum eylemine neden olabileceği belirlenmiştir. Bunun nedeni stresin plasenta ve hormonal dengeyi etkilemesi olarak düşünülmektedir (16). Yapılan çalışmalar gebelik öncesi annelik stresi ve bunun sonucunda ortaya çıkan yüksek seviyeli duygusal sıkıntının, başta depresyon ve kaygının, gebelikle ilgili ve doğumla ilgili komplikasyonların artmasına neden olduğu, yenidoğanın sağlığını olumsuz

yönde etkilediği, düşük doğum ağırlığına, erken doğuma, baş çevresinin küçük olmasına, APGAR düşüklüğüne ve IUGR'ne sebep olduğu bildirilmiştir (6,94).

Stresle başa çıkma, stres faktörlerinin ortaya çıkardığı duygusal gerilimi azaltma, ortadan kaldırma ya da bu gerilimle yaşayabilme maksadıyla gösterilen duygusal tepkilerin veya davranışların bütünüdür (88,95). Gebe kadın gebelik dönemindeki stres nedeniyle günlük yaşam aktivitilerini yerine getirmekte güçlük çekebilir ya da tam tersi olarak sağlıklı yaşam biçimi alışkanları kazanabilir (88,96). Etkin baş edebilme için gebenin sağlıklı ve dengeli bir yaşam sürdürmesi, psikolojik sağlığının korunması, olumlu davranışların benimsenmesi, sorun çözme yeteneğinin geliştirilmesi ve uygun çevreden destek alınması önemlidir (6,97).

DOĞUM ÖNCESİ (PRENATAL) BAĞLANMA

Bağlanma teorisi ilk olarak psikanalitik gelenekten olan İngiliz John Bowlby'ın bağlanma ve nesne ilişkileri kuramından ortaya çıkmıştır (17,98). Doğum öncesi bağlanma, bağlanma ile ortak yönler taşıyan ama geleneksel bebek-erişkin bağlanması ile eşdeğer olmayan "emosyonel bağ" olarak kabul edilmektedir (99,100). Doğum öncesi bağlanma ebeveynler ve henüz doğmayan çocukları arasında gelişen duygusal bir bağdır (17,18). Fisher ve ark. yaptığı çalışmada bunu onaylar nitelikte olup bağlanmanın doğum öncesi başladığını ve doğumdan sonraki dönemde de devam ettiğini ortaya koymaktadır (99,101). Anne ile fetüs arasında doğumdan önce bağlanmanın başladığı, doğum sırasında bebeğini kaybeden annelerin yaşadığı derin yas duygusunun gözlenmesiyle ortaya konmuştur (102,103). Anne-bebek bağlanması prenatal dönemde başlayıp postnatal dönemde de artarak gelişen ve annelik rolünü kabullenme sürecinde annelik yetenekleri ile güçlenerek ortaya çıkan bir süreçtir (104,105).

Doğum öncesi bağlanma gebeliğe pozitif bir şekilde tepki verildiğinde başlar (18,19). Peppers ve Knapp prenatal dönemde annenin bebeğine bağlanmasına yarar sağlayan dokuz önemli olayın olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar; planlı bir gebelik olması, gebeliğin kabul görmesi, gebeliğin onaylanması, fetüs hareketlerinin hissedilmesi, fetüsün bir kişi olarak kabul edilmesi, doğum yapması, gebenin bebeğini görmesi, bebeğiyle tensel temas kurması, bebeğine bakım vermesidir (22,106). Gebelik döneminde gebe kadının vücudunda ortaya çıkan değişiklikleri kabullenmesi, pozitif duygularını doğmamış olan bebeğine yansıtabilmesi bağlanmanın ilk adımlarını oluşturmaktadır (107,108). Gebelik döneminde gebe ile fetüs

arasında gerçekleşen bağlanma bebek ile kurulan ilk önemli ilişkidir ve doğumdan sonra da anne-çocuk arasındaki ilişkiye temel oluşturmaktadır (20,21). Gebe ile fetüs arasındaki ilişkinin önemi bağlanma kuramı ile somutlaştırılmıştır (23,109). Gebelik sürecinde bebeğe bağlılık; gebenin fetüsle ilgili hislerini, etkileşimlerini ve daha gebeyken kendisini bir ebeveyn olarak kabullenmesini, yani annelik kimliğini var etme sürecini kapsamaktadır (110).

Yapılan çalışma sonuçları doğum öncesi bağlanmanın gebelikte olumlu sağlık uygulamalarına yönlendirdiğini, annelik rolünün benimsenmesini kolaylaştırdığını, prenatal depresyona karşı koruyucu bir fonksiyonu olduğunu göstermiştir (17,111). Gebelerin sağlığa ilişkin olumlu davranış ve uygulamaları; alkol, tütün ve uyuşturucu madde kullanmaktan kaçınma, doğum öncesi bakım ile önerilen bakım uygulamalarına uyum sağlama, uyku saatlerini ayarlama, uygun egzersizleri yapma, sağlıklı beslenme alışkanlığı edinme, emniyet kemeri kullanımına dikkat etme, gerekirse tıbbi müdahalelere izin verme gibi pek çok olumlu tutumu içermektedir (23,112). Zayıf anne-bebek bağlanması ve olumsuz maternal davranışlar; yetersiz sosyal destek, depresyon, anksiyete ve aile içi ilişkilerindeki yüksek seviyedeki kontrol ile yakından bağlantılı olduğu bildirilmiştir (99,113). Doğum öncesi bağlanmanın anne açısından faydalarına bakıldığında; aile içi bağlanma düzeyini artırdığı, annede pozitif bir ruhsal durum sağlayarak doğum sonu depresyonu azalttığı, savunmasızlık hissini azaltma gibi faydalar sağladığı belirtilmektedir (23,112). İngiltere'de yapılan bir araştırmada doğum öncesi dönemde fetüse bağlanması yetersiz olan gebelerin kaygı, psikolojik hastalık ve depresyon, fetal istismar ve fetüsten rahatsızlık duyma olasılıklarında artış olduğu bildirilmiştir (100).

Bağlanmış bir gebe doğmamış bebeğinin kendisiyle iletişim kurduğuna inanır ve fetüsü ayrı bir birey olarak kabul eder. Ayrıca fetüsün korunma ve beslenme gibi yaşamsal faaliyetlerde kendisine ihtiyacı olduğunun fakındadır. Gebe henüz doğmamış olan bebeğinin kime benzeyeceğini, davranışlarını ve hayatı boyunca nasıl bir gelişimi olacağını hayal eder. Bağlanmaya bağlı olarak yaşanan duygular gebenin bebeğine sevgi, şefkat ve alaka göstermesine, beslemesine, korumasına ve iletişim kurmasına ve fetüsün ihtiyaçlarına duyarlı olmasına yarar sağlamaktadır (17,18). Gebe-fetüs bağlanmasının gebelik sürecinde gelişimi, doğumdan sonraki dönemde de anne-bebek bağlanmasına temel oluşturur ve çocuğun hayatında duygusal, bilişsel ve fiziksel gelişiminde aktif bir rol alır (99,114). Anne-fetüs bağlanma seviyesinin tespiti önemlidir. Çünkü zayıf bağlanma ihtimali olan kadınlara uygun yaklaşımlarda bulunularak tedavi mümkün olabilmekte ve bebeklerine bağlanmada duyarsız

davranan veya bu konu ile ilgili bilgi sahibi olmayan gebelere sunulan eğitim ve motivasyondan yarar sağlanabilmektedir (102,115).

Doğum Öncesi (Prenatal) Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Anne-bebek bağlanmasını; gebeliğin planlı bir gebelik olması ve fetüsün ayrı bir birey olarak görülmesi, fetüsün anne karnındaki hareketlerinin hissedilmesi pozitif şekilde etkilemektedir (21,22). Yapılan araştırmalarda gebelik haftası arttıkça fetüs ile etkileşimin artmasına bağlı olarak bağlanmanın da arttığı belirtilmiştir (110,116). Eğer gebe kadın kendi ebeveynleri ile sıcak, güvenli ve sevgi dolu bir bağ kurduysa bu bağ kendi bebeği ile olan etkileşimine ve eşiyle bebeği arasındaki ilişkiye gösterdiği desteğe de yansımaktadır (107,108). Gebeliğin olağan sürecinde devam etmesi ve risk faktörü olmaması doğum öncesi bağlanmayı ve bağlanmanın seviyesini de pozitif yönde etkilemektedir. (99,113) Literatürde primipar gebelerin multipar gebelere göre doğum öncesi bağlanma seviyelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (117).

Doğum öncesi bağlanmanın anksiyete, depresyon, olumsuz eş ilişkileri, sosyal desteğin düşük olması gibi faktörlerden negatif etkilendiği belirlenmiştir (102,118). Yapılan bir çalışmada 35 yaşın üzerinde olan gebelerin, planlı olmayan gebeliğin, öğrenim seviyesi düşük, çalışmayan ve birden fazla gebelik yaşamış gebelerin bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (112). Gebelikte riskli bir durum varlığında ya da hissedildiğinde doğum öncesi bağlanmanın etkilenebileceği belirtilmektedir. Fetüsün kaybedilmesi durumu da gebe için yıkıma neden olabilmekte ve bundan sonraki gebeliklere etki edebilmektedir. Gebe tekrar bebeğini kaybetme korkusuyla sonraki gebeliklerinde fetüse bağlanmaktan korkabilmektedir (4,109).

ANKSİYETE, DEPRESYON VE PRENATAL DİSTRESİN BEBEĞE BAĞLANMAYA ETKİSİ

Kadının prenatal dönemdeki psikolojik sağlığı ile anne-bebek bağlanması ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda prenatal depresyonun anne-bebek bağlanmasına negatif etkisi olduğu belirlenmiştir (113). McFarland ve ark. ikinci ve üçüncü trimesterdeki majör depresif bozukluğa sahip gebelerin düşük seviyede prenatal bağlanmaya sahip olduklarını

bildirmişlerdir (119). Fakat antidepresan kullanımı ile gebelikte anne ve bebek bağlanmasının bağlantılı olmadığı belirlenmiştir (102,119).

Abasi ve ark. depresyon ve yüksek anksiyeteye sahip gebelerin düşük anne ve bebek bağlanmasına sahip olduğunu bildirmişlerdir (20). Depresyonun ileri seviyelerinde anne-bebek bağlanması üzerine negatif etkilerinin olduğu, güvensiz bağlanma biçimi, duygusal ve davranışsal sorunlar, çocuklarda bilişsel gelişimde gecikmeler, anksiyetede, hiperaktivite bozukluğu oranlarında artış, dürtüsellik ve dikkat dağınıklığı olabileceği belirtilmektedir (81,120).

GEBELİK SÜRECİNDE ANNEDE ANKSİYETE, DEPRESYON VE PRENATAL DİSTRESİN ÖNLENMESİ VE BEBEĞE BAĞLANMANIN ARTTIRILMASINDA EBE/HEMŞİRENİN ROLÜ

Doğum Öncesi Bakım (DÖB), gebelik döneminde düzenli takiplerle verilen bakımdır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre DÖB alma oranları %97 olarak belirlenmiştir (121). Öykü alma, fizik muayene, laboratuvar testleri, ilaç desteği, bağışıklama, danışmanlık ve risk faktörlerini belirleme DÖB'ün kapsamındadır (122). DÖB'ün amacı gebenin ve fetüsün sağlığını devam ettirmek, geliştirmek, gebenin olumsuz alışkanlıklarını değiştirmek, doğru uygulamaları yinelemesini sağlamak ve yeni bilgiler sunmak, gebelikte meydana gelebilecek problemlerin önüne geçmek ve gebeyi laktasyon dönemine hazırlamaktır (34,60). Doğum öncesi bakım alan gebe ve fetüsün daha az komplikasyonla karşılaştığı kanıtlanmıştır (4,68).

Gebe kadınlar gebelik ve doğumla ilgili olarak anksiyete ve korku yaşayabilirler. Bunun için doğuma hazırlık kurslarının planlanarak korku ve anksiyetenin giderilmesi, gevşeme tekniklerinden yararlanma ve sosyal destek gebelik döneminde önem arz etmektedir (123). Sosyal destek yetersiz olduğunda gebelik döneminde ve doğumdan sonra psikolojik sağlığın bozularak annenin yaşam tarzını, beslenme alışkanlığını etkilediği, sigara, alkol ve madde kullanımına yönelttiği ve bu durumların da gebelik süreci, doğum eylemi ve doğum sonu dönemde anne ve bebeğin sağlığını etkileyebileceği gösterilmiştir (13,124). Geleneksel sağlık taramaları postnatal depresyonu ön planda tutsa da, günümüzdeki çalışmalar prenatal distres ile ilgili riskleri araştırmaya başlamıştır (72,89).

Gebeliğin planlı olması anne-bebek etkileşimi için çok önemlidir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için aktif ve yaygın olarak aile planlaması danışmanlığı sunmaları gerekmektedir (102). Aile fertlerine planlı gebeliğin önemi, gebeliğin benimsenmesi, gebenin fetüs hareketlerini hissetmesi ve bebeğini ayrı bir kişi olarak kabul etmesinin önemli olduğu sağlık personeli tarafından aile fertlerine anlatılmalıdır (106,125). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG), istenmeyen gebeliğin sonuçlarını en aza indirmek ve önemli problemleri tespit etmenin ihtimalini artırmak için yaklaşık her üç aylık dönemde en az bir kez olmak üzere psikososyal tarama yapılmasını önermektedir (23,126).

Mercer'in "Annelik Rol Yeteneği Kuramı ve Modeli" 1991 yılında, California'da bir sempozyumda tanıtılmış olup, 1995 yılında "Anne Olmak: Rubin'den Günümüze Kadar Annelik Kimliği Hakkında Araştırma" kitabında sadeleştirilmiştir. Mercer'e göre annelik kimliği gebelik döneminde gelişmeye başlar ve doğumdan sonraki ilk yılda gelişir (127). Gebelik döneminde zayıf bağlanma ihtimali olan kadınlar uygun yaklaşımlar ile tedavi edilebilmekte, bilgilendirme ve motivasyondan yarar sağlayabilmektedir (128). Özellikle ilk gebelikleri olan anne ve eşlerinin özgüvenleri ve bebek bakımı ile ilgili yeterliliklerinin artırılması için doğum öncesi hazırlık eğitimlerine yönlendirilebilir. Ebe ve hemşirelere; gebe kadınların sosyal destek sistemlerini göz önünde bulundurarak, gebelik ve doğum sonu dönemde ortaya çıkan güçlüklerle başa çıkmasında yardımcı olabilecek kişilerin sürece katılmasını sağlamaları önerilebilir (102). Ebe ve hemşireler gebe kadınların endişelerini dinlemeye, gebeliği ve bebeği ile alakalı sorularını cevaplandırmaya, annelik rolünü desteklemeye, gebenin bebek hakkındaki önyargılarını yok etmesine, kendini ve bebeğini pozitif olarak kabullenmesine yardımcı olur (104,129).

DÖB koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Türkiye'de DÖB alan kadınların oranı son yıllarda artmıştır. DÖB ile gebe ve fetüsün sağlık halini korumak, sağlıklı gelişimini sürdürmek, gebenin varsa bu konudaki yanlış rutinlerini düzeltmek, doğru uygulamalarını pekiştirmek, yeni bilgiler sağlamak, aileyi yeni rolleri ile ilgili bilgilendirmek ve yeni üyelerine hazırlamak amacı vardır. Doğru ve gerekli DÖB alması sağlanan kadınlar, gebeliği daha çabuk kabullenmekte, gebelik dönemine ve anne rolüne daha kolay adaptasyon sağlamaktadır (24). DÖB'da önemli rol ve görevleri olan ebe ve hemşireler gebelere en önemli destek kaynaklarından biridir (129,130). Ebe ve hemşireleri prenatal dönem, doğum eylemi ve postnatal dönemde aile bireyleri ve bebeğe uygun bir yaklaşım ile bağlanmayı başlatma ve bağlanma sürecini sürdürmede destek olmalıdırlar (106,131). Anne adayına

gebelik döneminde duygu ve kaygılarını dile getirmesinde, olumlu başa çıkma davranışlarını kullanmasında, aile içi ilişkilerin doğru kurulmasında ve çevresindeki sosyal destek kaynaklarından etkili bir biçimde faydalanmasında aileye bu imkanı sunacak ve ortamı sağlayacak en uygun konumda bulunan ekip üyeleridir (129,130). Gebe ve ailesi krize sebep olabilecek seviyede stresli ise, ebe ve hemşirelerin olumlu başa çıkma davranışlarına yönlendirme, ailenin stres nedenlerini belirtmelerinde ve geçmişte nasıl başa çıktıklarını gözden geçirmelerini yardımcı olma, doğru iletişim teknikleriyle ailenin yanında olduğunu hissettirmesi, destek sağlanması, çevresel stres faktörlerinin düzenlenmesi, ailenin hayatında yer alan ve kolaylıkla azaltılabilecek ya da yok edilebilecek stres faktörlerinin belirlenmesi ve bunlarla ilgili girişimlerin planlanması, rehberlik ve danışmanlık yapması, gebelik döneminde gebe ve aileyi bekleyen olaylar ve değişikliklerle ilgili eğitim vermesi beklenmektedir. Gebelik sürecinde etkin olarak stresle baş edebilmek için gebeye doğru ve derin nefes almanın öğretilmesi, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sigara ve alkol kullanılmaması, egzersiz yapılması ve stres faktörlerinin başkalarıyla paylaşılması gibi girişimlerin öğretilmesi önemlidir (6,88).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, gebelikte anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisini incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMA SORULARI

1. Gebe kadınlarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı ve düzeyi nasıldır?
2. Gebe kadınlarda prenatal distres düzeyi nasıldır?
3. Gebe kadınlarda doğum öncesi bağlanma düzeyi nasıldır?
4. Gebe kadınlarda anksiyete, depresyon ve prenatal distres ile doğum öncesi bağlanma arasındaki ilişki nasıldır?
5. Gebe kadınlarda doğum öncesi bağlanma üzerine etkili faktörler nelerdir?

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma verileri, Temmuz 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında Kırklareli'nin Lüleburgaz ilçesinde bulunan, Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi'nin Kadın Doğum Polikliniği ve Kadın Doğum Servisi'nde toplandı. Araştırma hastaneye başvuran toplam n=319 gebe kadın (1. trimester n=107, 2. trimester n=106 ve 3. trimester n=106) üzerinde yürütüldü.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi'nin Kadın Doğum Polikliniği'ne takip olan ve servisine yatış yapan tüm gebe kadınlar oluşturdu.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklem seçiminde; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Prenatal Distres Ölçeği ve Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri arasında en düşük korelasyon katsayısı 0,20 olarak öngörülerek α=0,05 hata payı, ve %95 power değeri ile n=319 gebe kadının çalışmaya alınması gerektiği belirlendi.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmaya gebelik öncesi herhangi bir psikiyatrik ve kronik sağlık sorunu olmayan birinci, ikinci, üçüncü trimester gönüllü gebe kadınlar eşit sayıda dahil edildi.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Araştırmaya gebelik öncesi herhangi bir psikiyatrik ve kronik sağlık sorunu olan ve katılmaya gönüllü olmayan gebe kadınlar dahil edilmedi.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan Bilgi Formu (Ek 1), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ek 2), Prenatal Distres Ölçeği (Ek 3) ve Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (Ek 4) kullanılarak toplandı.

Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan bilgi formu; gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 5 soru, obstetrik ve jinekolojik özellikler ile ilgili 13

soru, alışkanlıkları ve yaşam tarzına ilişkin özellikler ile ilgili 6 soru olmak üzere, toplam 24 sorudan oluşmaktadır (1,20,129,132).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir (133). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Aydemir ve ark. tarafından 1997 yılında yapılmıştır (134). 14 maddeden oluşan HAD ölçeği anksiyete ve depresyon olarak iki alt boyuttan oluşmaktadır. Dört kategoriye sahip likert tipi ölçekte her madde 0 ile 3 puan arasında skorlanmaktadır. Alt boyutların toplamı puanı 0 ile 21 arasındadır. Ölçekten alınacak yüksek puanlar, yüksek anksiyete veya depresyon durumunu göstermektedir. 0-7 puan anksiyete ve depresyonun olmadığını, 8-10 arası puan sınırda anksiyete ve depresyon düzeyini ve 11≥ anksiyete ve depresyonun mevcut olduğunu göstermektedir (135). Aydemir ve ark. Cronbach Alpha katsayısını anksiyete alt ölçeği için 0.85, depresyon alt ölçeği için 0.78 olarak belirlemişlerdir (134). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.77, depresyon alt ölçeği için 0.77 olarak bulundu.

Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)

Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) 1999 yılında Yali ve Lobel tarafından geliştirilmiştir. 2008 yılında Lobel tarafından yeniden düzenlenerek son haline getirilmiştir (136). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Yüksel ve ark. tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Likert tipi ölçeğin maddeleri 0-2 arasında skorlanmaktadır. Maddelerin puan toplamından 0-34 arasında değer alınmaktadır. Yüksel ve ark. tarafından ölçeğin kesme değeri hesaplanmamış olup ölçekten alınan yüksek puan yüksek düzeyde prenatal distresi göstermektedir. Yüksel ve ark. çalışmasında Cronbach Alpha katsayısını 0.85 olarak belirlemişlerdir (96). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.81 olarak bulundu.

Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE)

Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) 1993 yılında Muller tarafından geliştirilmiştir (137). Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2013 yılında Duyan ve ark. tarafından

yapılmıştır. 21 maddeden oluşan ölçeğin her maddesi 1 ile 4 arasında skorlanmaktadır. Envanterden alınabilecek toplam puan 21 ile 84 arasındadır. Alınan puanın yüksek olması doğum öncesi bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Duyan ve ark. çalışmasında Cronbach Alpha katsayısını 0.90 olarak belirlemişlerdir (17). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olarak bulundu.

ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan TÜTF-BAEK 2015/126 sayılı etik onayı alındı (Ek 6).

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için etik onay sonrası Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alındı (Ek 5).

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Veriler Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği hasta görüşme odasında ve Kadın Doğum Servisi hasta odalarında gebeler ile yüz yüze yapılan görüşmeler ile ortalama 15 dakikada toplandı. Veri formlarında gebelerin kimliği ile ilgili bilgi alınmamış olup, kodlama sitemi kullanılmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış olup çalışma hakkında bilgilendirilen katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada niceliksel verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. İki kategoriden oluşan değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösterenler için Student t testi, normal dağılım göstermeyenler için Mann-Whitney U testi; üç kategoriden oluşan ve normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA, normal dağılım göstermeyenlerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin DÖBE toplam puan ortalaması üzerine etkisi geriye doğru adımsal (Backward) çoklu regresyon analizi yöntemi ile değerlendirildi.

Sonuçlar ortalama ± standart sapma ya da sayı (%) olarak gösterilmiş olup $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi. Verilerin analizinde T.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalında SPSS 20.0 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp) paket programı kullanıldı.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmada her trimester için eşit sayıda gebe kadının belirlenen süre içerisinde çalışmaya dahil edilmesi amaçlandı. Ancak gebelerin veri toplanması aşamasında formları yarım bırakarak çalışmadan ayrılmaları ve/veya katılmayı kabul etmemeleri nedeniyle veri toplama süresinin beklenenden daha uzun sürmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

BULGULAR

Araştırma, Temmuz 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında, gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisini incelemek amacıyla 1. trimester (n=107), 2. trimester (n=106) ve 3. trimester (n=106) toplam 319 gebe üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmada, toplanan verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra bulgular;

- Gebelik trimesterlerine göre kadınların sosyo-demografik özellikleri
- Gebelik trimesterlerine göre kadınların obstetrik-jinekolojik özellikleri
- Gebelik trimesterlerine göre kadınların alışkanlıkları ve yaşam tarzlarına ilişkin özellikleri
- Gebelik trimesterlerine göre kadınların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) verileri
- Gebelik trimesterlerine göre kadınların Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) verileri
- Gebelik trimesterlerine göre kadınların Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) verileri
- Gebe kadınların anksiyete, depresyon ve prenatal distres özellikleri ile doğum öncesi bağlanma envanteri arasındaki ilişkiye dair veriler
- Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) üzerine etkili faktörlere ilişkin veriler

GEBELİK TRİMESTERLERİNE GÖRE KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 1'de gebelik trimesterlerine göre kadınların sosyo-demografik özellikleri verilmektedir. Buna göre 1. trimester gebelerin yaş ortalamalarının 28,3±4,5, 2. trimester

gebelerin yaş ortalamalarının 28,8±4,9, 3. trimester gebelerin yaş ortalamalarının 28,9±4,2 olduğu bulundu (p=0,305). 1. trimester gebelerin %87,9'unun, 2. trimester gebelerin %83'ünün ve 3. trimester gebelerin %90,6'sının 35 yaş ve altında olduğu tespit edildi (p=0,251). Gebelerin eğitim durumları incelendiğinde; 1. trimester gebelerin %85'inin, 2. trimester gebelerin %84,9'unun, 3. trimester gebelerin %80,2'sinin lise ve üstü eğitim durumunda olduğu belirlendi (p=0,557). Gebelerin çalışma durumuna bakıldığında; 1. trimester gebelerin %54,2'sinin, 2. trimester gebelerin %43,4'ünün, 3. trimester gebelerin ise %50,9'unun çalıştığı tespit edildi (p=0,270). 1. trimester gebelerin %18,7'sinin ve 2. trimester gebelerin %19,8'inin özel sektörde çalıştığı, 3. trimester gebelerin %19,8'inin memur olduğu ve %19,8'inin ise özel sektörde çalıştığı belirlendi (p=0,108). Gebelerin aile yapısı incelendiğinde; 1. trimester gebelerin %89,7'sinin, 2. trimester gebelerin %87,7'sinin ve 3. trimester gebelerin %90,6'sının çekirdek aile tipinde yaşadığı tespit edildi (p=0,791).

1. trimester, 2. trimester ve 3. trimester gebelerin yaş, <35≥ gebe yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve aile yapıları arasında anlamlı farklılık bulunmadı. 1. trimester, 2. trimester ve 3. trimester gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin birbirine benzer olduğu belirlendi (p>0,05), (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelik trimesterlerine göre kadınların sosyo-demografik özellikleri (n=319)

	1.trimester (n=107)		**2.trimester (n=106)**		**3.trimester (n=106)**		**p**
	$\bar{x}$±SS		**$\bar{x}$±SS**		**$\bar{x}$±SS**		
Yaş	28,3±4,5		28,8±4,9		28,9±4,2		0,305*
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Yaş							
35 <	94	87,9	88	83,0	96	90,6	0,251**
35 ≥	13	12,1	18	17,0	10	9,4	
Eğitim Durumu							
İlköğretim ve altı	16	15,0	16	15,1	21	19,8	0,557**
Lise ve üstü	91	85,0	90	84,9	85	80,2	
Çalışma durumu							
Ev hanımı	49	45,8	60	56,6	52	49,1	0,270**
Çalışıyor	58	54,2	46	43,4	54	50,9	

Tablo 1. (devam) Gebelik trimesterlerine göre kadınların sosyo-demografik özellikleri (n=319)

	1.trimester (n=107)		2.trimester (n=106)		3.trimester (n=106)		p
	n	%	n	%	n	%	
Meslek							
İşçi	13	12,1	9	8,5	7	6,6	
Memur	15	14,0	16	15,1	21	19,8	0,108**
Çiftçi	2	1,9	0	0,0	0	0,0	
Özel sektör	20	18,7	21	19,8	21	19,8	
Diğer	10	9,3	1	0,9	6	5,7	
Aile yapısı							
Çekirdek aile	96	89,7	93	87,7	96	90,6	0,791**
Geniş aile	11	10,3	13	12,3	10	9,4	

*****Oneway ANOVA test; **Pearson Chi-Square.

GEBELİK TRİMESTERLERİNE GÖRE KADINLARIN OBSTETRİK-JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 2'de gebelik trimesterlerine göre çalışmaya katılan kadınların obstetrik-jinekolojik özellikleri verilmektedir. Buna göre 1. trimester gebelerin gebelik haftası ortalamasının 8,8±3,0, 2. trimester gebelerin 20,1±4,0 ve 3. trimester gebelerin 34,0±3,6 olarak belirlendi (p<0,001). Gebelik başlangıç kiloları incelendiğinde; 1. trimester gebelerin 64,8±11,6, 2. trimester gebelerin 65,2±13,5 ve 3. trimester gebelerin 64,2±12,5 (p=0,719); şuanki kiloları incelendiğinde 1. trimester gebelerin 65,2±11,8, 2. trimester gebelerin 70,1±13,7 ve 3. trimester gebelerin 76,0±11,7 kg ağırlığında olduğu saptandı (p=0,311). Canlı bebek doğurma ortalamaları; 1. trimester gebelerin 0,4±0,5, 2. trimester gebelerin 0,4±0,6 ve 3. trimester gebelerin 0,6±0,7 (p=0,33); abortus ortalamaları 1. trimester gebelerin 0,3±0,7, 2. trimester gebelerin 0,3±0,7 ve 3. trimester gebelerin 0,2±0,6 (p=0,325); kürtaj ortalamaları 1. trimester gebelerin 0,1±0,3, 2. trimester gebelerin 0,1±0,3 ve 3. trimester gebelerin 0,1±0,3 (p=0,366); normal doğum sayısı 1. trimester gebelerin 0,2±0,4, 2. trimester gebelerin 0,1±0,4 ve 3. trimester gebelerin 0,3±0,5 (p=0,001); sezeryan doğum sayısı 1. trimester gebelerin 0,2±0,5, 2. trimester gebelerin 0,3±0,5 ve 3. trimester gebelerin 0,3±0,5 (p=0,498); yaşayan çocuk sayısı 1. trimester gebelerin 0,4±0,6, 2. trimester gebelerin 0,4±0,6 ve 3. trimester gebelerin 0,5±0,6 (p=0,073) olarak belirlendi. 1. trimester gebelerin %52,3'ünün 2. trimester gebelerin %50,9'unun ve 3. trimester gebe kadınların %42,5'inin normal doğum tercih ettiği

belirlendi (p=0,296). Gebe kadınların sahip oldukları çocuklarda herhangi bir hastalığa bağlı tedavi görenlerin oranları 1. trimesterde %1,9, 2. trimesterde %2,8 ve 3. trimesterde %0,9 olarak belirlendi (p=0,600). 1. trimester gebelerin %96,3'ünün, 2. trimester gebelerin %95,3'ünün ve 3. trimester gebelerin %93,4'ünün isteyerek gebe kaldığı tespit edildi (p=0,623).

Gebelik trimesterlerinde yaşanan şikayetler incelendiğinde; 1. trimesterde %97,2'sinde, 2. trimesterde %97,2'sinde ve 3. trimester gebelerin %99,1'inde şikayetlerin mevcut olduğu bulundu (p=0,561). Buna göre; bulantı-kusma %55,1 oranı ile en fazla 1. trimesterde (p=0,508), mide yanması %56,6 oranı ile en fazla 3. trimesterde (p=0,001), kaşıntı-döküntü %9,4 oranı ile en fazla 3. trimesterde (p=0,387), halsizlik-yorgunluk %68,2 oranı ile en fazla 1. trimesterde (p=0,036), bel ağrısı %50,9 oranı ile en fazla 3. trimesterde (p<0,001) görüldüğü saptandı. Gebelerde bel ağrısı, halsizlik-yorgunluk ve mide yanması görülme sıklığında trimesterler arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Bel ağrısının yoğun olarak %50,9 oranı ile 3. trimester gebelerde ve %49,1 ile 2. trimester gebelerde görüldüğü bulundu. 1. trimester gebelerin %26,2'sinde görüldüğü belirlendi (p<0,001). Halsizlik-yorgunluğun, en yüksek %68,2 ile 1. trimesterde, 2. trimesterde %58,5, 3.trimesterde %50,9 olduğu belirlendi (p=0,036). Mide yanmasının 1. trimester gebelerde %31,8, 2. trimester gebelerde %47,2 ve 3. trimester gebelerde %56,6 oranında görüldüğü bulundu (p=0,001), (Tablo 2).

Tablo 2. Gebelik trimesterlerine göre kadınların obstetrik-jinekolojik özellikleri (n=319)

	1.trimester (n=107)	**2.trimester (n=106)**	**3.trimester (n=106)**	**p**
	$\bar{x}$±SS	**$\bar{x}$±SS**	**$\bar{x}$±SS**	
Gebelik haftası	8,8±3,0	20,1±4,0	34,0±3,6	**<0.001***
Gebelik başlangıç kg.	64,8±11,6	65,2±13,5	64,2±12,5	0,719*
Şuanki kilo	65,2±11,8	70,1±13,7	76,0±11,7	0,311*
Canlı bebek doğurma	0,4±0,5	0,4±0,6	0,6±0,7	**0,033***
Abortus	0,3±0,7	0,3 ±0,7	0,2±0,6	0,325*
Kürtaj	0,1±0,3	0,1±0,3	0,1±0,3	0,366*
Normal doğum sayısı	0,2±0,4	0,1±0,4	0,3±0,5	**0,001***
Sezeryan sayısı	0,2±0,5	0,3±0,5	0,3±0,5	0,498*

Tablo 2. (devam) Gebelik trimesterlerine göre kadınların obstetrik-jinekolojik özellikleri (n=319)

	1.trimester (n=107)		2.trimester (n=106)		3.trimester (n=106)		p
	x̄±SS		x̄±SS		x̄±SS		
Çocuk sayısı	0,4±0,6		0,4±0,6		0,5±0,6		0,073*
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Doğum tercihi							
Normal	56	52,3	54	50,9	45	42,5	0,296**
Sezeryan	51	47,7	52	49,1	61	57,5	
Çocuk varsa, tedavi görüyor mu?							
Hayır	105	98,1	103	97,2	105	99,1	0,600**
Evet	2	1,9	3	2,8	1	0,9	
İstenen gebelik mi?							
Hayır	4	3,7	5	4,7	7	6,6	0,623**
Evet	103	96,3	101	95,3	99	93,4	
Gebelik şikayetleri							
Evet	104	97,2	103	97,2	105	99,1	0,561**
Hayır	3	2,8	3	2,8	1	0,9	
Gebelik şikayetleri							
Bulantı-kusma/evet	59	55,1	54	50,9	50	47,2	0,508**
Mide yanması/evet	34	31,8	50	47,2	60	56,6	**0,001****
Kaşıntı döküntü/evet	5	4,7	9	8,5	10	9,4	0,387**
Halsizlik-yorgunluk/evet	73	68,2	62	58,5	54	50,9	**0,036****
Bel ağrısı/evet	28	26,2	52	49,1	54	50,9	**<0,001****

***Oneway ANOVA test; **Pearson Chi-Square.

GEBELİK TRİMESTERLERİNE GÖRE KADINLARIN ALIŞKANLIKLARI VE YAŞAM TARZLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Tablo 3'te gebelik trimesterlerine göre gebelerin alışkanlıkları ve yaşam tarzlarına ilişkin özellikleri verilmektedir. Buna göre 1. trimester gebelerin %72'sinin, 2. trimester gebelerin %63,2'sinin ve 3. trimester gebelerin %71,7'sinin gebelik öncesinde sigara kullanmadığı belirlendi (p=0,292). Gebelikte sürecinde sigara kullanımına bakıldığında; 1. trimesterde gebelerin %95,3'ünün, 2. trimesterde %95,3'ünün ve 3. trimesterde %96,2'nin

sigara kullanmadığı tespit edildi (p=0,931). 1. trimester gebelerin % 93,5'inin, 2. trimester gebelerin 97,2'sinin ve 3. trimester gebelerin %95,3'ünün hayata genel bakış açısının pozitif olduğu belirlendi (p=0,441). Gebelik boyunca egzersiz ya da yürüş yapma durumuna bakıldığında; 1. trimester gebelerin %61,7'sinin, 2. trimester gebelerin % 60,4'ünün ve 3. trimester gebelerin %57,5'inin yapmadığı saptandı (p=0,821). Gebelikte eşin ev işlerine yardımcı olma durumu incelendiğinde; 1. trimester gebelerin %50,5'inin, 2. trimester gebelerin %50,9'unun ve 3. trimester gebelerin %40,6'sının "her zaman" cevabını verdiği belirlendi (p=0,464). Gebelikte bir yakının ev işlerine yardımcı olma durumu sorgulandığında; 1. trimester gebelerin %39,3'ünün, 2. trimester gebelerin %42,5'inin ve 3. trimester gebelerin %38,7'sinin "her zaman" cevabını verdiği saptandı (p=0,548).

1. trimester, 2. trimester ve 3. trimester gebelerin gebelik öncesi sigara kullanımı, gebelikte sigara kullanımı, hayata genel bakış açısı, gebelik boyunca egzersiz ya da yürüyüş yapma durumu, gebelikte eşinin ev işlerine yardımcı olma ve başka bir yakınının ev işlerine yardımcı olma durumları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi. Gebelik trimesterlerine göre kadınların alışkanlıklarının birbirine benzer özellikte olduğu saptandı (p>0,05), (Tablo 3).

Tablo 3. Gebelerin trimesterlerine göre alışkanlıkları ve yaşam tarzlarına ilişkin özellikleri (n=319)

	1.trimester (n=107)		**2.trimester (n=106)**		**3.trimester (n=106)**		**p**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Gebelik öncesi sigara kullanımı							
Hayır	77	72,0	67	63,2	76	71,7	0,292*
Evet	30	28,0	39	36,8	30	28,3	
Gebelikte sigara kullanımı							
Hayır	102	95,3	101	95,3	102	96,2	0,931*
Evet	5	4,7	5	4,7	4	3,8	
Hayata genel bakış açısı							
Pozitif	100	93,5	103	97,2	101	95,3	0,441*
Negatif	7	6,5	3	2,8	5	4,7	

Tablo 3. (devam) Gebelerin trimesterlerine göre alışkanlıkları ve yaşam tarzlarına ilişkin özellikleri (n=319)

Gebelik boyunca egzersiz/yürüyüş							
Hayır	66	61,7	64	60,4	61	57,5	0,821*
Evet	41	38,3	42	39,6	45	42,5	
Gebelikte ev işlerine yardımcı olma- eş							
Hiç	8	7,5	6	5,7	5	4,7	
Çok nadir	13	12,1	9	8,5	11	10,4	0,464*
Bazen	28	26,2	28	26,4	36	34,0	
Çok sık	4	3,7	9	8,5	11	10,4	
Her zaman	54	50,5	54	50,9	43	40,6	
Gebelikte ev işlerine yardımcı olma- yakın							
Hiç	13	12,1	16	15,1	10	9,4	
Çok nadir	12	11,2	9	8,5	8	7,5	0,548*
Bazen	33	30,8	30	28,3	33	31,1	
Çok sık	7	6,5	6	5,7	14	13,2	
Her zaman	42	39,3	45	42,5	41	38,7	

*Pearson Chi-Square

GEBELİK TRİMESTERLERİNE GÖRE KADINLARIN HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD) VERİLERİ

Tablo 4'te gebelik trimesterlerine göre kadınların HAD Ölçeği anksiyete ve depresyon alt boyut puan ortalamaları verilmektedir. Buna göre; 1. trimester gebelerin HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması 8,0±4,0, 2. trimester gebelerin 7,1±3,7, 3. trimester gebelerin 7,4±3,8 ve gebe kadınların tümünde 7,5±3,8 olarak belirlendi (p=0,191). Gebelikte yaşanan anksiyete sıklığına bakıldığında; gebelerin %52,4'ünde anksiyete yaşanmadığı, %25,4'ünde sınırda anksiyete ve %22,3'ünde anksiyete mevcut olduğu saptandı. Trimesterlere göre anksiyete sıklığının; 1. trimesterde %25,2, 2. trimesterde %19,8, 3. trimesterde %21,7 oranında yaşandığı belirlendi (Şekil 1).

HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması 1. trimester gebelerde 4,9±3,8, 2. trimester gebelerde 3,8±3,2, 3. trimester gebelerde 4,2±3,7 ve gebelerin tümünde 4,3±3,6 olarak belirlendi (p=0,104). Gebelikte yaşanan depresyon sıklığına bakıldığında; gebelerin %81,5'inde depresyon mevcut olmadığı, %10,7'sinde sınırda depresyon ve %7,8'inde depresyon mevcut olduğu saptandı. Trimesterlere göre depresyon sıklığının; 1. trimesterde %11,2, 2. trimesterde %5,7, 3. trimesterde %6,6 oranında olduğu belirlendi (Şekil 1).

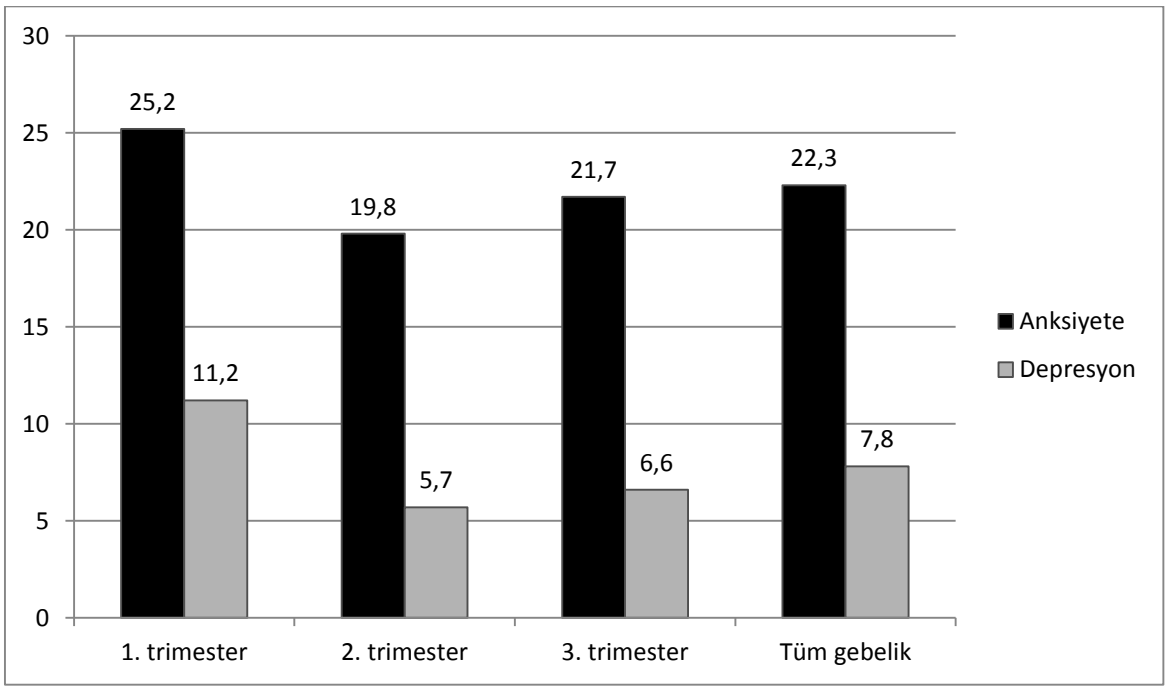
1., 2., 3. trimester ve tüm gebelerin anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05), (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelik trimesterlerine göre Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği alt boyut ve puan ortalamaları

HAD toplam ve alt boyutlar	1.trimester (n=107)		2.trimester (n=106)		3.trimester (n=106)		Toplam (n=319)		p
	Min-max puan	X̄±SS	Min-max puan	X̄±SS	Min-max puan	X̄±SS	Min-max puan	X̄±SS	
Anks.	0-21	8,0±4,0	1-21	7,1±3,7	0-18	7,4±3,8	0-21	7,5±3,8	0,191*
Depres.	0-17	4,9±3,8	0-12	3,8±3,2	0-19	4,2±3,7	0-19	4,3±3,6	0,104*

*Kruskal Wallis Test

Şekil 1. Gebelik trimesterlerine göre anksiyete ve depresyon görülme sıklığı



GEBELİK TRİMESTERLERİNE GÖRE KADINLARIN PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ (PDÖ) VERİLERİ

Tablo 5'te gebelik trimesterlerine göre kadınların Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) puan ortalamaları verilmektedir. Buna göre; 1. trimester gebelerin PDÖ puan ortalaması 9,7±5,7, 2. trimester gebelerin 9,2±5,2, 3. trimester gebelerin 9,2±4,8 ve gebe kadınların tümünde 9,4±5,2 olarak belirlendi (p=0,855). PDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 1., 2., 3. trimester ve tüm gebelerin PDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05), (Tablo 5).

Tablo 5. Gebelik trimesterlerine göre Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) puan ortalamaları

PDÖ ölçeği toplam puan	1.trimester (n=107)		2.trimester (n=106)		3.trimester (n=106)		Toplam (n=319)		p
	Min-max puan	$\bar{X}$±SS	Min-max puan	$\bar{X}$±SS	Min-max puan	$\bar{X}$±SS	Min-max puan	$\bar{X}$±SS	
	0-34	9,7±5,7	0-27	9,2±5,2	0-26	9,2±4,8	0-34	9,4±5,2	0,855*

*Kruskal Wallis Test

GEBELİK TRİMESTERLERİNE GÖRE KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ BAĞLANMA ENVANTERİ (DÖBE) VERİLERİ

Tablo 6'da gebelik trimesterlerine göre kadınların Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) puan ortalamaları verilmektedir. Buna göre 1. trimester gebelerin DÖBE puan ortalaması 54,9±13,9, 2. trimester gebelerin 61,3±10,9, 3. trimester gebelerin 64,1±11,1 ve gebelerin tümünde 60,1±12,6 olarak belirlendi (p<0,001). Gebelik trimesterleri arttıkça DÖBE puan ortalamasının da arttığı saptandı. 1. trimestere göre 2. trimester (Z:-3,476, p:0,001), 2. trimestere göre 3. trimester (Z:-2,150, p:0,032), 1. trimestere göre 3. trimester (Z:-4,923, p<0,001) puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelik trimesterlerine göre Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) puan ortalamaları

	1.trimester (n=107)		2.trimester (n=106)		1.trimester ve 2.trimester arasındaki fark		3.trimester (n=106)		1.trimester ve 3.trimester arasındaki fark		2.trimester ve 3.trimester arasındaki fark		Toplam (n=319)		p
	Min-max puan	$\bar{X}$±SS	Min-max puan	$\bar{X}$±SS	Z	p	Min-max puan	$\bar{X}$±SS	Z	p	Z	p	Min-max puan	$\bar{X}$±SS	
DÖBE puan ort.	29-84	54,9±13,9	31-84	61,3±10,9	-3,476	0,001†	38-84	64,1±11,1	-4,923	<0,001†	-2,150	0,032†	29-84	60,1±12,6	<0,001*

*Kruskal Wallis Test; † Mann-Whitney Test.

GEBE KADINLARIN HASTANE ANKSİYETE, DEPRESYON (HAD) VE PRENATAL DİSTRES (PDÖ) ÖZELLİKLERİ İLE DOĞUM ÖNCESİ BAĞLANMA ENVANTERİ (DÖBE) ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR VERİLER

Tablo 7'de gebelik trimesterlerine göre kadınların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) alt boyut ve puan ortalamaları, Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) ve Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi gösteren veriler verilmektedir (Tablo 7).

Buna göre; 1. trimester gebelerin; HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması ile HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ($r=0,462$, $p<0,001$) ve PDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,363$, $p<0,001$). 1. trimester gebelerin anksiyete düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyleri ve prenatal distres düzeyleri de yükselmekteydi. HAD ölçeği anksiyete alt boyut puanı ile DÖBE puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($r=0,045$, $p=0,648$). HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulundu ($r=0,420$, $p<0,001$). Buna göre depresyon düzeyi yükseldikçe prenatal distres düzeyi de yükselmekteydi. HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($r=0,020$, $p=0,839$). PDÖ puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,195$, $p=0,044$). Buna göre prenatal distres düzeyi arttıkça doğum öncesi bağlanma düzeyi de artmaktaydı.

2. trimester gebelerin; HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması ile HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ($r=0,516$, $p<0,001$) ve PDÖ puan ortalaması arasında ($r=0,447$, $p<0,001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Buna göre 2. trimester gebelerin anksiyete düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyleri ve prenatal distres düzeyleri de yükselmekteydi. HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($r=0,112$, $p=0,253$). HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile PDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,399$, $p<0,001$). Buna göre 2. trimester gebelerde depresyon düzeyi arttıkça prenatal distres de artmaktaydı. HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($r=0,086$, $p=0,382$). 2. trimester gebelerin PDÖ puan ortalaması ile DÖBE toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($r=0,084$, $p=0,391$).

3. trimester gebelerin HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması ile depresyon alt boyut puan ortalaması (r=0,468, p<0,001) ve PDÖ puan ortalaması (r=0,502, p<0,001) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Buna göre 3. trimester gebelerin anksiyete düzeyi artarken depresyon düzeyleri ve prenatal distres düzeyleri artmaktaydı. HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmadı (r=0,006, p=0,948). HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile PDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (r=0,437, p<0,001). HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (r=-0,290, p=0,003). 3. trimester gebelerde depresyon düzeyi arttıkça prenatal distres artmakta; depresyon düzeyi arttıkça doğum öncesi bağlanma azalmaktaydı. 3. trimester gebelerin PDÖ puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi (r=-0,033, p=0,740).

Tablo 7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) ve Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) arasındaki ilişki

		HAD-Anksiyete	**HAD-Depresyon**	**PDÖ toplam**	**DÖBE toplam**
1.trimester (n=107)					
HAD-Anksiyete	r_s p	-	0,462 **<0,001**	0,363 **<0,001**	0,045 0,648
HAD-Depresyon	r_s p	0,462 **<0,001**	-	0,420 **<0,001**	0,020 0,839
PDÖ toplam	r_s p	0,363 **<0,001**	0,420 **<0,001**	-	0,195 **0,044**
DÖBE toplam	r_s p	0,045 0,648	0,20 0,839	0,195 **0,044**	-
2.trimester (n=106)		**HAD-Anksiyete**	**HAD-Depresyon**	**PDÖ toplam**	**DÖBE toplam**
HAD-Anksiyete	r_s p	-	0,516 **<0,001**	0,447 **<0,001**	0,112 0,253

Tablo 7. (devam) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) ve Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) arasındaki ilişki

2.trimester (n=106)		**HAD-Anksiyete**	**HAD-Depresyon**	**PDÖ toplam**	**DÖBE toplam**
HAD-Depresyon	r_s	0,516	-	0,399	0,086
	p	**<0,001**		**<0,001**	0,382
PDÖ toplam	r_s	0,447	0,399	-	0,084
	p	**<0,001**	**<0,001**		0,391
DÖBE toplam	r_s	0,112	0,086	0,084	-
	p	0,253	0,382	0,391	
3.trimester (n=106)		**HAD-Anksiyete**	**HAD-Depresyon**	**PDÖ toplam**	**DÖBE toplam**
HAD-Anksiyete	r_s	-	0,468	0,502	0,006
	p		**<0,001**	**<0,001**	0,948
HAD-Depresyon	r_s	0,468	-	0,437	-0,290
	p	**<0,001**		**<0,001**	**0,003**
PDÖ toplam	r_s	0,502	0,437	-	-0,033
	p	**<0,001**	**<0,001**		0,740
DÖBE toplam	r_s	0,006	-0,290	-0,033	-
	p	0,948	**0,003**	0,740	

r_s: Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 8'de Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) üzerine etkili faktörler verilmektedir (Tablo 8). Buna göre HAD anksiyete ve depresyon alt boyutu puan ortalaması, <35≥ olma durumu, kaçıncı trimester olduğu, gebelik haftası, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışıyor ise mesleği, hangi aile tipinde yaşadığı, hangi doğum yöntemini tercih ettiği, çocuk sayısı, eğer çocuğu varsa hastalık olup olmadığı, gebeliğin planlanmış olma durumu, gebelikten önce ve gebelik döneminde sigara kullanma durumu, hayata karşı genel bakış açısının pozitif ya da negatif olması, gebelik ile ilgili şikayetlerin görülme sıklığı,

bulantı kusma, mide yanması, kaşıntı döküntü, halsizlik yorgunluk, bel ağrısı şikayeti, gebelikte hastalık ortaya çıkma durumu, gebelikte egzersiz yapılıp yapılmadığı, gebelikte eş desteği ve gebelikte yakın desteği faktörlerinin DÖBE toplam puan ortalaması üzerine etkisi geriye doğru adımsal (Backward) çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde; HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması (p=0,024; B:0,385), gebelik haftası (p<0,001; B:0,434), eğitim durumu (p<0,001; B:10,456), çalışma durumu (p=0,015; B:-3,217), hangi doğum yöntemini tercih ettiği (p=0,019; B:-3,048), hayata bakış açısı (p=0,042; B:-6,167) ve gebelikte yakın desteği (p=0,023; B:1,051) değişkenlerinin anlamlı etkiye sahip oldukları bulundu.

Buna göre; anksiyete arttıkça, gebelik haftası arttıkça, eğitim durumu yükseldikçe, alınan yakın desteği arttıkça doğum öncesi bağlanmanın arttığı; çalışan, sezaryen doğum tercih eden ve hayata bakış açısı negatif olan gebelerde doğum öncesi bağlanmanın azaldığı belirlendi.

Tablo 8. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) üzerine etkili faktörler

		B	**SS±**	**Beta**	**Z**	**p**
HAD-Anksiyete	Nicel	0,385	0,169	0,118	2,273	**0,024***
Gebelik haftası	Nicel	0,434	0,059	0,374	7,396	**<0,001***
Eğitim durumu	0:İlköğretim ve altı 1:Lise ve üzeri	10,456	1,739	0,310	6,011	**<0,001***
Çalışma durumu	0:Çalışmıyor 1:Çalışıyor	-3,217	1,310	-0,126	-2,456	**0,015***
Doğum tercihi	0:Normal 1:Sezaryen	-3,048	1,295	-0,120	-2,353	**0,019***
Bakış açısı	0:Pozitif 1:Negatif	-6,167	3,016	-0,105	-2,045	**0,042***
Gebelikte yakın desteği	Ordinal	1,051	0,459	0,115	2,289	**0,023***

*Geriye doğru adımsal (Backward) çoklu regresyon analizi

TARTIŞMA

Bu çalışmada, gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin, doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisinin araştırılması amaçlanmış olup elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası literatür ile tartışılmıştır.

Gebelik süreci fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişikliklerin meydana geldiği ve bu değişikliklere uyum sağlanması gereken hassas bir süreçtir (24,97). Gebelikte ruhsal problemler ortaya çıkar ve çözülemez ise anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir (6,138). Prenatal stres, gebeliğe uyum ve çevresel stres kaynakları nedeniyle yaşanabilmektedir. Doğum öncesi bağlanma ise ebeveynler ile henüz doğmayan bebekleri arasında gelişen duygusal bir bağdır. Doğum öncesi bağlanma, gebelikte yaşanması olası ruhsal problemler çözümlendiğinde ve gebeliğe pozitif bir şekilde tepki verildiğinde başlar (18).

Çalışmada 1. trimester gebelerin %25,2'sinde, 2. trimester gebelerin %19,8'inde, 3. trimester gebelerin %21,7'sinde; tüm gebelerin %22,3'ünde anksiyete mevcut olduğu belirlenmiştir (Şekil 1). Gebelik trimesterleri arasında anksiyete düzeyinin benzer (1. trimester gebelerde 8,0±4,0, 2. trimester gebelerde 7,1±3,7, 3. trimester gebelerde 7,4±3,8) olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Gebelikte anksiyete prevalansına yönelik literatür incelendiğinde; anksiyete sıklığını Arslan ve Öngel %28,8 (1), Çakır ve Can %34,1 (139), Vırıt ve ark. %35,6 (13); çalışma sonucundan farklı olarak Süt ve Süt %47,7 (3), Lee ve ark. %54 (140) olarak bildirmişlerdir. Tekgöz ve ark. (141) 3. trimester gebelerin %40,2'sinde, Eskici ve ark. (74) %75'inde anksiyete mevcut olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada anksiyete görülme sıklığının trimesterler arası benzer olduğu (1. trimesterde %37,0, 2. trimesterde

%38,4, 3. trimesterde %40,6) belirlenmiştir (142). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar olduğu gibi farklı sonuçlar da mevcuttur. Süt ve Süt (3) çalışmasında anksiyete sıklığını sırasıyla en fazla 3. trimester (%64), sonra 2. trimester (%44,8) ve 1. trimesterde (%34,3) olduğunu bildirmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü örneklem grubunun farklı bireysel, sosyo-kültürel yapı ve yaşam koşulları gibi değişkenler tarafından etkilenmesi anksiyete düzeyinde artışa ve azalmalara yol açabilmektedir.

Çalışmada 1. trimester gebelerin %11,2'sinde, 2. trimester gebelerin %5,6'sında, 3. trimester gebelerin %6,6'sında; tüm gebelerin %7,8'inde depresyon mevcut olduğu belirlenmiştir (Şekil 1). Gebelik trimesterleri arasında depresyon düzeyinin benzer (1. trimester gebelerde 4,9±3,8, 2. trimester gebelerde 3,8±3,2, 3. trimester gebelerde 4,2±3,7) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Gebelikte depresyon prevalansına yönelik literatür incelendiğinde; Kılıçarslan ve Şahin (14) çalışmasında gebelerin %11'inde, Cebeci ve ark. (143) %12'sinde, Pop ve ark. (144) %8,2'sinde depresyon mevcut olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde çalışma sonucundan farklı olarak Süt ve Süt (3) %25,6'sında, Karaçam ve Ançel (145) %27,9'unda, Çakır ve Can (139) %32,4'ünde, Arslan ve Öngel (1) %35,0'inde, Dağlar ve Nur (132) %50,7'sinde, Yılmaz ve Beji (146) %53,5'inde, Lee ve ark. (140) %37,1'inde depresyon mevcut olduğunu belirlemiştir. Gebe kadınlarda ağır depresif belirti görülme sıklığını Sevindik ve Oğuzöncül (66) %12,5, Vırıt ve ark. (13) %18,3, Bodecs ve ark. (147) %19,9, Marcus ve ark. (148) %20, Pottinger ve ark. (149) %25, Costa ve ark. (150) %25, Kurki ve ark. (151) %30 olarak bildirmişlerdir. Eskici ve ark. (74) çalışmasında 3. trimester gebelerde depresyon oranını %14,4, Tekgöz ve ark. (141) %38,3 olarak belirlemiştir. Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon görülme sıklığında farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu farklılığın nedeninin anksiyete sıklığı ile benzer olduğu düşünülmektedir. Anık ve Ege (152) çalışmalarında depresyon sıklığının trimesterler arası benzer olduğunu (1. trimesterde %31,5, 2. trimesterde %26,8, 3. trimesterde %28,9) bildirmiştir. Bennet ve ark. yapmış olduğu sistematik araştırmada depresyon sıklığını, gebelik döneminin 1. trimesterinde %7,4, 2. trimesterinde %12,8, 3. trimesterinde %12 olarak trimesterler arası benzer düzeyde belirlemişlerdir (80). Çapık ve Pasinlioğlu (153), Yanıkkerem ve ark. (154) trimesterler arası depresyon görülme sıklığı arasında anlamlı fark olmadığını bildirmişlerdir. Çalışma sonucundan farklı olarak Süt ve Süt (3) çalışmalarında depresyon görülme sıklığını en fazla 3. trimester (%31,5), sonra 1. trimester (%22,9) ve 2. trimester (%22,4) olarak belirlemiştir. Yapılan bir çalışmada 3. trimester (%30) gebelerin depresyon seviyesi 1. trimester (%15) ve 2. trimester (%14) gebelere göre daha yüksek belirlenmiştir (155). Literatürde çalışmamız

sonuçları ile benzer sonuçlar bulunduğu gibi depresyon sıklığını daha yüksek belirleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışmamızda gebelerde anksiyete sıklığının depresyon sıklığından daha yüksek olduğu, trimesterlerde benzer düzeyde anksiyete ve depresyon yaşandığı belirlenmiştir. Gebelikte yaşanan fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişiklikler, gebeliğe uyum sağlamanın getirdiği zorluklar nedeniyle ruhsal problemler açığa çıkmaktadır. Bu da psikososyal sağlığı olumsuz etkileyerek anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir.

Çalışmada gebelerin tümünde PDÖ puan ortalamasının (9,4±5,2) düşük düzeyde olduğu belirlenmiş olup, gebelik trimesterlerinde (1. trimester gebelerde 9,7±5,7, 2. trimester gebelerde 9,2±5,2, 3. trimester gebelerde 9,2±4,8) prenatal distresin benzer düzeyde yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 5). Çalışmamızla benzer olarak Altınçelep ve Akın (6), Çapık ve Pasinlioğlu (153) çalışmalarında gebelerin düşük seviyede distres yaşadığını belirlemiştir. Çiltaş ve Köse (2) ise çalışmasında orta seviyeye yakın psikolojik distres yaşandığını bildirmişlerdir. Literatür incelendiğinde prenatal distres prevalansının değişiklik gösterdiği gözlenmiştir. Çapık ve ark. (72) çalışmasında gebelikte distres prevalansını %11,9, Potur ve ark. (156) %11,1 olarak belirlemiştir. Prost ve ark. Hindistan'da yaptığı çalışmada prenatal distres prevalansı %11,5 olarak belirlemiştir (157). Çalışmamız ile benzer şekilde Çiltaş ve Köse (2) çalışmasında gebelerin trimesterlere göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir. Literatürde farklı sonuçlara ulaşan çalışmalarda bulunmaktadır. Altınçelep ve Akın (6) çalışmalarında 3. trimester gebelere kıyasla, 2. trimester gebelerin daha yüksek prenatal distres düzeyine sahip olduğunu bildirmiştir. Gebelik sürecinde trimesterlere özgü değişiklikler nedeniyle gebe stres yaşayabilmektedir. İlk trimesterde gebeliğe uyum, ikinci trimesterde fizyolojik ve psikolojik değişimler, üçüncü trimesterde doğum zamanın yaklaşması gibi nedenler gebe de strese neden olmaktadır. Stres gebelik boyunca da devam edebilmektedir. Çalışmamızda, trimesterler arasında benzer düzeyde prenatal distres yaşandığı ve düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak PDÖ ölçeğinin kesme değeri olmadığı için prevalans hesaplanamamıştır.

Çalışmada gebelik trimesterleri ilerledikçe (1. trimestere göre 2. trimesterde, 2. trimestere göre 3. trimesterde, 1. trimestere göre 3. trimesterde) doğum öncesi bebeğe bağlanmanın anlamlı olarak arttığı (DÖBE: 1. trimesterde 54,9±13,9, 2. trimesterde 61,3±10,9, 3. trimesterde 64,1±11,1, gebelerin tümünde 60,1±12,6) tespit edilmiştir (Tablo 6). DÖBE'nin kesme değeri olmadığından alınan puanlara göre yorum yapıldığında özellikle 3. trimesterde bağlanma seviyesinin iyi düzeyde olduğu söylenebilmektedir. Literatür

incelendiğinde doğum öncesi bağlanma düzeyinin; Aksoy ve Yılmaz (158) 56,76±9,23, Bekmezci ve Özkan (4) 56.97±11.58, Elkin (110) 57,3±12,3, Balaban ve Özkan (159) 58.51±11.03, Günay ve Bayraktar (160) 59,74±10,8, Yılmaz ve Beji (146) 60,71±10,12, Metin ve Pasinlioğlu (129) 61.40±11.78 olarak iyi seviyede olduğunu bildirmişlerdir. Bakır ve ark. (19) riskli gebeler ile yaptığı çalışmada DÖBE puan ortalaması gebelerin tümünde 61.96±9.24 olarak belirlemiştir. Buko ve Özkan (161) 3. trimester gebeler ile yaptığı çalışmada doğum öncesi bağlanma seviyesinin iyi düzeyde (65,12±11,12) olduğunu bildirmiştir. Eswi ve Khalil (162) doğum öncesi bağlanma seviyesinin orta düzeyde (50,7±9,9) olduğunu bildirmiştir. Çalışmamız ile benzer şekilde Günay ve Bayraktar (160) çalışmasında 2. trimester gebelerin doğum öncesi bağlanma seviyelerinin 3. trimester gebelere göre daha düşük olduğunu belirlemiştir. Literatür sonuçları ve çalışmamız sonuçlarının doğum öncesi bağlanma konusunda fikir birliği içerisinde olduğu söylenebilir. Doğum öncesi bağlanma annenin gebeliğe pozitif yaklaşımıyla ilgilidir. Bağlanma fetüs hareketlerinin hissedilmesiyle başlamaktadır. Anne karnında fetüs büyüdükçe doğum öncesi bağlanmanın artması istenilen gebeliklerde beklenen bir sonuçtur. İlk trimesterde anne adayı gebelik ile ilgili şikayetlerle başa çıkmaya çalıştığından dolayı gebeliğin farkında olmayabilir. 2. trimesterde şikayetler azalmış ve anne adayının gebeliğe uyumu da artmıştır. Bebek için hazırlıklar başlar ve ilk hareketler hissedilir. 3. trimester ise genelde en heyecanlı dönemdir. Çünkü doğum olayı yaklaşmakta ve anne adayı karnındaki bebeğe giderek daha fazla bağlanmaktadır.

Çalışmamızda 1. trimesterde prenatal distres düzeyi arttıkça doğum öncesi bağlanmanın anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (Tablo 7). Bekmezci ve Özkan (4), Büber ve Güler (163) çalışmalarında prenatal distres artarken doğum öncesi bağlanmanın da arttığını saptamışlardır. Ossa ve ark. (164) gebelikte zayıf doğum öncesi bağlanma riskini %24,3 olarak bildirmiş olup, gebelikte zayıf bağlanmanın stres, depresyon ve sosyal destek yetersizliği ile ilgili olduğunu bildirmiştir. Gebelikte prenatal distres ve bağlanma düzeyinin paralel artışının bebeğin sağlıklı doğmasına yönelik yaşanan stresten kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Anne adayının prenatal stresi arttıkça bebeğe bağlanma seviyesi de artmaktadır.

Çalışmada 3. trimester gebelerde depresyon düzeyi arttıkça doğum öncesi bağlanma düzeyinin anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir (Tablo 7). Janbakhishov ve Özbek (165) çalışmalarında 3. trimester gebelerde depresyon düzeyi arttıkça bağlanmanın azaldığını

belirlemiştir. Ahlatcıoğlu ve Karaş (166), Abasi ve ark. (20), Lindgren (113) depresyon seviyesi yüksek gebelerin düşük anne ve bebek bağlanmasına sahip olduğunu bildirmişlerdir. Literatür ile çalışmamızın benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir. Ancak Günay ve Bayraktar (160) ve Kwon ve Bang (167) çalışmalarında depresyon ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Gebelerde stres ya da anksiyete artarken bağlanma seviyesi artmakta, depresyon düzeyi arttıkça bağlanma azalmaktadır. Anksiyete ve prenatal stres bağlanmayı arttırıyorken, depresyon gibi ileri hastalık seviyesine ulaştığında bağlanma da olumsuz yönde etkilenmektedir.

Çalışmada gebelik sürecinde anksiyete düzeyi arttıkça doğum öncesi bağlanmanın da arttığı saptanmıştır (Tablo 8). Benzer şekilde Bekmezci ve Özkan (4) çalışmasında anksiyete ile doğum öncesi bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Yani anksiyete arttıkça, doğum öncesi bağlanma düzeyi de artmaktadır. Bakır ve ark. (19) çalışmasında gebeliğini ilk duyduğunda üzüntü/anksiyete/korku yaşayan gebelerin bağlanma puanlarının mutluluk duyan gebelere göre daha düşük olduğunu ifade etmiştir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Abasi ve ark. (20) yaptıkları çalışmalarında anksiyete ile doğum öncesi bağlanma arasında negatif yönde ilişki belirlemişlerdir. Mcfarland ve ark. (119), Janbakhishov ve Özbek (165) çalışmalarında anksiyete ile gebelikte anne ve bebek bağlanması arasında bağlantı olmadığını bildirmiştir. Gebelikte yaşanan anksiyete ve doğum öncesi bağlanma arasında literatürde fikir birliği yoktur. Ancak bebeğin sağlığına ilişkin hissedilen endişe ile doğum öncesi bağlanma düzeyi arasında kuvvetli bağ olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada gebelik sürecinde gebelik haftası arttıkça doğum öncesi bağlanmanın da arttığı belirlenmiştir (Tablo 8). Mohamadirizi ve Kordi (116), Elkin (110), Barone ve ark. (168), Jamshidi Manesh ve ark. (169) gebelerde doğum öncesi bağlanma seviyesini gestasyonel yaşın pozitif yönde etkilediğini belirlemişlerdir. Literatür sonuçları çalışmamızla uyumlu olmakla birlikte farklı sonuçlara ulaşan çalışmalarda bulunmaktadır. Bakır ve ark. (19) çalışmasında gebelik haftası ve bağlanma seviyesi arasında anlamlı bir ilişki belirlememiştir. Janbakhishov ve Özbek (165), 3. trimester gebelerde gebelik haftasına göre bağlanma düzeylerini incelendiğinde anlamlı bir fark bulamamıştır. Dağlı ve Hazar (170) çalışmasında, gebelik haftası ve doğum öncesi bağlanma arasında ters yönde ilişki tespit etmiştir. Çalışma sonucumuz ve literatür doğrultusunda söylenebilir ki; gebelik haftası arttıkça fetal hareketler daha yoğun hissedilmekte ve bunun sonucunda anne bebeği

kendinden ayrı bir birey olarak kabul etmeye başlamaktadır. Bu nedenle gebelik haftası artışının doğum öncesi bağlanmayı arttırdığı söylenebilmektedir.

Çalışmada gebelerde eğitim durumunun lise ve üzerinde olmasının doğum öncesi bağlanmayı arttırdığı tespit edilmiştir (Tablo 8). Balaban ve Özkan (159), Bekmezci ve Özkan (4), Bakır ve ark. (19), Metin ve Pasinlioğlu (129), Üstünsöz ve ark. (171), Kwon ve Bang (167), Mohamadirizi ve Kordi (116), Jamshidi Manesh ve ark. (169) çalışmalarında eğitim durumu ile doğum öncesi bağlanma arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bildirmiştir. Yani eğitim durumu arttıkça, doğum öncesi bağlanma da artmaktadır. Farklı olarak; Elkin (110), Janbakhisov ve Özbek (165) çalışmalarında eğitim düzeyi ile doğum öncesi bağlanma arasında ilişki belirlememişlerdir. Günay ve Bayraktar (160) çalışmalarında ortaokul mezunlarının ilkokul mezunlarından, lise mezunlarının ilkokul mezunlarından daha fazla doğum öncesi bağlanma yaşandığını saptamıştır. Çalışma sonuçlarına yönelik söylenebilir ki; eğitim seviyesi arttıkça anne adaylarının bilgiye ulaşmalarının kolay olması, gebeliğe ve bebeğe ilişkin bilgilere açık olmaları doğum öncesi bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir. Literatürdeki farklı sonuçların, çalışma grubuna dahil edilen gebelerin farklı özelliklere sahip olması gibi nedenlerle olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada çalışan gebelerin doğum öncesi bağlanma seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Literatürde farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Elkin (110), Balaban ve Özkan (159) ve Bakır ve ark. (19) çalışan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bekmezci ve Özkan (4) çalışmasında anlamlı olmasa da çalışan gebelerin bağlanma düzeylerini daha yüksek bulmuştur. Janbakhishov ve Özbek (165) çalışmasında gebelerin çalışma durumu ile prenatal bağlanma arasında ilişki belirleyememiştir. Bizim çalışmamızı destekleyen bir sonuca literatürde rastlanmamıştır. Gebelikte çalışma koşullarının daha iyi olması arzulanan bir durumdur. Bulgumuz doğrultusunda; çalışma koşullarının istenilen şekilde olmaması, çalışan annelerin bebeğine yeterince vakit ayıramayacağı, bakımını üstlenemeyeceğini düşünmesi doğum öncesi bağlanmayı negatif yönde etkileyeceği söylenebilir.

Çalışmada gebelik sürecinde sezaryen doğum tercih eden gebelerin doğum öncesi bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Ahlatcıoğlu ve Karaş (166) çalışmalarında doğum şekline dair korkuları olmayan gebelerin doğum öncesi bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Literatürde bu sonuca ilişkin daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır. Normal doğuma hazırlık ve bu süreçte anne-bebek

arasında kurulan iletişim ve bağ daha fazladır. Ancak sezeryan doğum tercihinde bu hazırlık süreci yaşanmadığı için bağlanma düzeyinin de azaldığı düşünülmektedir.

Çalışmada gebelikte hayata bakış açısı negatif olan gebelerin doğum öncesi bağlanmasının da azaldığı bulunmuştur (Tablo 8). Buko ve Özkan (161) çalışmalarında hayata pozitif bakan gebelerin doğum öncesi bağlanma düzeylerinin daha fazla olduğunu bulmuştur. Demiryay ve Cengiz (34) çalışmalarında trimesterler ilerledikçe kendini enerjik ve çok mutlu hissetme (1. trimester %26,3, 2. trimester %36,9, 3. trimester %38,5) düzeyinin arttığını belirlemiştir. Souma (172), olumlu hayal kuran gebelerin doğum öncesi bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Kwon ve Bang (167) evliliklerinden memnun olmayan kadınların doğum öncesi bağlanmalarının daha düşük olduğunu belirlemiştir. Evlilik yaşantısından memnun olmayan gebe kadının hayata bakış açısı negatif olarak değerlendirilebilir. Gebelikte hayata bakış açısının pozitif olması anne adaylarının olaylar ve durumlar karşısında baş etme becerilerini arttırmaktadır. Bu nedenle gebelikte yaşanılan problemlerle başa çıkmak kolaylaşmakta, bebeğini kucağına alacağı anı daha fazla sevinçle beklemekte, dolayısıyla bebeğe bağlanma da artmaktadır.

Çalışmada gebelik sürecinde anne adayının yakın desteği almasının doğum öncesi bağlanmayı artırdığı belirlenmiştir (Tablo 8). Ülkemizde yapılan çalışmalarda algılanan sosyal destek seviyesinin iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (129,173). Aytaç ve Yazıcı (174) en yüksek sosyal desteğin aileden; Metin ve Pasinlioğlu (129) ise eş ve aileden alındığını bildirmiştir. Metin ve Pasinlioğlu (129), Hergüner ve ark. (175), Aksoy ve Yılmaz (158) çalışmalarında algılanan sosyal destek ile doğum öncesi bağlanma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Ossa ve ark. (164) gebelikte alınan aile desteğinin doğum öncesi bağlanmayı arttırdığını saptamıştır. Boztaş ve Ungan (176), 3. trimester gebelerin aldıkları sosyal destek ile doğum öncesi bağlanma arasında pozitif yönde ilişki olduğunu belirlemiştir. Bu konuda literatür ve çalışmamız bulgusunda fikir birliği bulunmaktadır. Eş ve yakınların gebeye destek olmaları, gebe kadının kendini güvende hissetmesini ve bebeğe bağlanmasını arttırmaktadır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Gebelikte anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisini incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- 1. trimester gebelerin HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması 8,0±4,0, 2. trimester gebelerin 7,1±3,7, 3. trimester gebelerin 7,4±3,8 ve gebe kadınların tümünde 7,5±3,8 olarak bulundu.
- Gebelikte anksiyete sıklığına bakıldığında; gebelerin %52,4'ünde anksiyete yaşanmadığı, %25,4'ünde sınırda anksiyete ve %22,3'ünde anksiyete mevcut olduğu belirlendi. Gebelik trimesterleri ayrı ayrı incelendiğinde; 1. trimester gebelerin %25,2'sinde, 2. trimester gebelerin %19,8'inde, 3. trimester gebelerin %21,7'sinde anksiyete yaşandığı saptandı.
- 1. trimester gebelerin HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması 4,9±3,8, 2. trimester gebelerin 3,8±3,2, 3. trimester gebelerin 4,2±3,7 ve gebe kadınların tümünde 4,3±3,6 olarak bulundu. Gebelikte depresyon sıklığına bakıldığında; gebelerin %81,5'inde depresyon olmadığı, %10,7'sinde sınırda depresyon ve %7,8'inde depresyon mevcut olduğu belirlendi. Gebelik trimesterleri ayrı ayrı incelendiğinde; 1. trimester gebelerin %11,2'sinde, 2. trimester gebelerin %5,7'sinde, 3. trimester gebelerin %6,6'sında depresyon mevcut olduğu saptandı.
- 1., 2., 3. trimester ve tüm gebelerin anksiyete ve depresyon alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı.

- 1. trimester gebelerin PDÖ puan ortalaması 9,7±5,7, 2. trimester gebelerin 9,2±5,2, 3. trimester gebelerin 9,2±4,8 ve gebe kadınların tümünde 9,4±5,2 olarak bulundu. 1., 2., 3. trimester ve tüm gebelerin PDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı.
- 1. trimester gebelerin DÖBE puan ortalaması 54,9±13,9, 2. trimester gebelerin 61,3±10,9, 3. trimester gebelerin 64,1±11,1 ve gebelerin tümünde 60,1±12,6 olarak belirlendi. Gebelik trimesterleri arttıkça DÖBE puan ortalamasının da arttığı saptandı. 1. trimestere göre 2. trimester, 2. trimestere göre 3. trimester, 1. trimestere göre 3. trimester puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu.
- 1. trimester gebelerin; HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması ile HAD ölçeği depresyon alt boyutu puan ortalaması ve PDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Buna göre, 1. trimester gebelerin anksiyete düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyleri ve prenatal distres düzeyleri de yükselmekteydi.
- 1. trimester gebelerin; HAD ölçeği depresyon alt boyutu puan ortalaması ile PDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulundu. Buna göre, depresyon düzeyi yükseldikçe prenatal distres düzeyi de yükselmekteydi.
- 1. trimester gebelerin; PDÖ toplam puan ortalaması ile DÖBE toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Buna göre prenatal distres düzeyi arttıkça doğum öncesi bağlanma düzeyi de artmaktaydı.
- 2. trimester gebelerin; HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması ile HAD ölçeği depresyon alt boyutu puan ortalaması ve PDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulundu. Buna göre, 2. trimester gebelerin anksiyete düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyleri ve prenatal distres düzeyleri de yükselmekteydi.
- 2. trimester gebelerin; HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile PDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Buna göre 2. trimester gebelerde depresyon düzeyi arttıkça prenatal distres de artmaktaydı.
- 3. trimester gebelerin; HAD ölçeği anksiyete alt boyutu puan ortalaması ile depresyon alt boyut puan ortalaması ve PDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Buna göre, 3. trimester gebelerin anksiyete düzeyi artarken depresyon düzeyleri ve prenatal distres düzeyleri artmaktaydı.
- 3. trimester gebelerin; HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile PDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. HAD ölçeği depresyon alt boyut puan ortalaması ile DÖBE toplam puan ortalaması arasında negatif yönde

anlamlı ilişki olduğu saptandı. Buna göre, 3. trimester gebelerde depresyon düzeyi arttıkça prenatal distres artmakta; depresyon düzeyi arttıkça doğum öncesi bağlanma azalmaktaydı.

- Tüm faktörlerin DÖBE puan ortalaması üzerine etkisi geriye doğru adımsal (Backward) çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde; HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması, gebelik haftası, eğitim durumu, çalışma durumu, hangi doğum yöntemini tercih ettiği, hayata bakış açısı ve gebelikte yakın desteği faktörlerinin anlamlı etkiye sahip oldukları bulundu. Buna göre; anksiyete arttıkça, gebelik haftası arttıkça, eğitim durumu yükseldikçe, alınan yakın desteği arttıkça doğum öncesi bağlanmanın arttığı; çalışan, sezaryen tercih eden ve hayata bakış açısı negatif olan gebelerde doğum öncesi bağlanmanın azaldığı belirlendi.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gebeliğin her 3 aylık döneminde psikososyal sağlığa yönelik taramaların yapılması,
- Yapılacak taramalar sonucunda ebe ve hemşirelerin; anksiyete, depresyon ve prenatal distresi önleyici uygulamalar planlayarak postpartum dönem anne ve bebek arasındaki bağlanmaya bağlı iyilik halinin sağlanması, sosyal destek ağlarını güçlendirici önlemler alınması ve gebelere yönelik doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması,
- Gebe kadınlar üzerinde bu konu ile ilgili niteliksel araştırmaların yapılmasını önermekteyiz.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi dönemde bebeğe bağlanma üzerine etkisini incelemektir.

Kesitsel tipte bu araştırmanın verileri, Temmuz 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında Kırklareli'nin Lüleburgaz ilçesinde bulunan, Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi'nin Kadın Doğum Polikliniği ve Kadın Doğum Servisi'nde toplanmıştır. Araştırma hastaneye başvuran toplam n=319 gebe kadın (1. trimester n=107, 2. trimester n=106 ve 3. trimester n=106) üzerinde yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) ve Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) kullanılarak toplanmıştır.

1. trimester gebelerin PDÖ puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,195, p=0,044). 3. trimester gebelerin HAD ölçeği depresyon alt boyutu puan ortalaması ile DÖBE puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (r=-0,290, p=0,003). Gebelik sürecinde bazı faktörlerin DÖBE puan ortalaması üzerine etkisi incelendiğinde; HAD ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması (p=0,024; B:0,385), gebelik haftası (p<0,001; B:0,434), eğitim durumu (p<0,001; B:10,456), çalışma durumu (p=0,015; B:-3,217), hangi doğum yöntemini tercih ettiği (p=0,019; B:-3,048), hayata bakış açısı (p=0,042; B:-6,167) ve gebelikte yakın desteği (p=0,023; B:1,051) faktörlerinin de anlamlı etkiye sahip oldukları saptanmıştır.

Sonuç olarak, 1. trimester gebelerde prenatal distres düzeyi arttıkça doğum öncesi bebeğe bağlanma düzeyi de artmakta; 3. trimesterde depresyon düzeyi arttıkça doğum öncesi bağlanma azalmaktadır. Ayrıca gebelerde anksiyete düzeyi, gebelik haftası, alınan yakın desteği arttıkça ve eğitim durumu yükseldikçe doğum öncesi bebeğe bağlanma artmakta;

çalışan, sezaryen doğum tercih eden ve hayata bakış açısı negatif olan gebelerde doğum öncesi bağlanma azalmaktadır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Doğum öncesi bağlanma, Gebe, Prenatal distres

THE EFFECT OF ANXIETY, DEPRESSION AND PRENATAL DISTRESS LEVELS IN PREGNANCY ON PRENATAL ATTACHMENT

SUMMARY

The objective of this work is to analyse the effect of anxiety, depression and prenatal distress levels in pregnancy on prenatal attachment.

The cross-sectional data of this research are collected between July 2015 and December 2016 at the Lüleburgaz Private Medikent Hospital Maternity Policlinic and Maternity Service in the Lüleburgaz district of Kırklareli. The research was conducted on pregnant women applying to the hospital in total n=319 (1^{st} trimester n=107, 2^{nd} trimester n=106 and 3^{rd} trimester n=106). The data was collected via information forms prepared by the researchers, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Prenatal Distress Questionnaire (PDQ) and Prenatal Attachment Inventory (PAI).

There was found a positive meaningful relation between the PDQ point average and the PAI point average of the 1^{st} trimester pregnant (r=0,195, p=0,044). A negative meaningful relation between the HADS depression sub-dimension point average and PAI point average of the 3^{rd} trimester pregnant (r=-0,290, p=0,003). While analysing some factors on the pregnancy on the PAI point average effect, it was detected that the factors of HADS anxiety sub-dimension point average (p=0,024; B:0,385), pregnancy week (p<0,001; B:0,434), educational background (p<0,001; B:10,456), employment status (p=0,015; B:-3,217), which method of birth/delivery preferred (p=0,019; B:-3,048), perspective on live (p=0,042; B:-6,167) and relatives support in pregnancy (p=0,023; B:1,051) have a significant effect.

In conclusion, if the prenatal distress level of the pregnant increases in the 1st trimester, the attachment to the baby in the pregnancy increases; if the depression level increases in the 3rd trimester, the attachment in the pregnancy decreases. Furthermore if the anxiety level, the pregnancy week, the support of the relatives and the educational background increases, the attachment in the pregnancy to the baby increases; the attachment to the baby in the pregnancy decreases if the pregnant works, prefers caesarean section and has a negative perspective on live.

Key words: Anxiety, Depression, Prenatal attachment, Pregnancy, Prenatal distress

KAYNAKLAR

1. Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler (tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.

2. Çiltaş NY. Gebelikte Distresin Tanımlanması (tez). Erzincan: Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

3. Süt HK, Necdet Süt. Gebelik trimesterlerine göre anksiyete ve depresyon. 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, Adana, 26-29 Mayıs 2016. Bildiri kitabı, PP 059.

4. Bekmezci H. Gebelerin Psikosoyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma ile İlişkisi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

5. Daş Z. Gebeliğin psikososyal ve kültürel boyutu. Taşkın L (Editör). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Genişletilmiş 12. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s. 211-223.

6. Altınçelep F. Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

7. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10:1.

8. Babacan GA, Çevik N, Hataf HS, Biçen Ş, Keskin G, Tuna MA. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. Anatolian Journal of Clinical Investigation 2011; 5:7-14.

9. Kocabaşoğlu N, Başer ZS. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu Dizisi 2008; 62: 349-354.

10. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Munhan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2011; 21(2): 79-84.

11. Özkan S. Psikiyatrik tıp: konsültasyon liyezon psikiyatrisi. 1. baskı. İstanbul: Roche 1993; 9: 201,203-206.

12. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(1): 142-162.

13. Vırıt O, Akbaş E, Savaş AH, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 9-13.

14. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.

15. Yeşiltepe OÜ. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. Perinatoloji Dergisi 2004; 12(1): 5-11.

16. Hobel CJ, Dunkel-Schetter C, Roesch SC, Castro LC, Arora CP. Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in preterm delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999; 180(1): 257-263.

17. Duyan V, Kapısız GS, Yakut Hİ. Doğum öncesi bağlanma envanterinin bir grup gebe üzerinde türkçeye uyarlama çalışması. The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology 2013; 10: 1609-1614.

18. Ryan O. Attachment relationships: nurturing healthy bonds. Chicago IL: Learning Seed; 2010.

19. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2014; 1(1).

20. Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Nasırı TG. Assesment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. Life Science Journal 2012; 9: 68-75.

21. Dağlar G. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Anne-Bebek Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü; 2014.

22. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. Psychiatry 1980; 43: 155-159.

23. Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2016; 8.

24. Demirbaş H, Kadıoğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. MÜSBED 2014; 4(4): 200-206.

25. Fenkçi IV. Maternal fizyoloji. Çiçek MN (Editörler) Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ankara: Öncü Basımevi; 2004. s.161-169.

26. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1): 115-126.

27. Efe H. Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri (tez). İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği; 2006.

28. Yanıkkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi 2006; 3: 35-42.

29. Kimya Y, Cengiz C. Maternal fizyoloji. Kişnişci HA (Ed.). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ankara: Güven Kitabevi; 1996. s. 239-250.

30. Rathsfich G. İnsan üreme fizyolojisi. Beji NK (Editör). Kadın Sağlığı ve hastalıkları. Genişletilmiş 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. s. 255-271.

31. Taşkın L. Üreme sisteminin fizyolojisi. Taşkın L (Editör). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Genişletilmiş 12.baskı. Ankara: Akademi Tıp Kitabevi; 2014. s. 49-68.

32. Bayram Ş. Fas/FasL Yolağının Diyabetik Erkek İnfertilitesindeki Rolünün Değerlendirilmesi (tez). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

33. Ross MH, Pawlina W. Erkek üreme sistemi (çeviri: N. Demir). Baykal B (Editör). İlişkili hücre biyolojisi ve moleküler biyoloji Ankara: Palme Yayınları;2014. s.787-8.

34. Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar (tez). Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

35. Hacettepe kadın hastalıkları ve doğum bilgisi ders notları. 5. baskı. İzmir: Metay Yayınları, 1994.

36. Pabuccu R, Göktolga Ü. Kadın üreme organlarının embriyolojisi. Attar E, Ata B (Editörler). Gomel'in jinekolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. s.7-21.

37. Anamurluoğlu E. In-vitro Fertilizasyon Hastalarında Endometriyal Reseptivitenin Transvajinal Doppler Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.

38. Moore K, Persaud T. Klinik yönleri ile insan embriyolojisi (çeviri: Yıldırım M, Okar İ, Dalcık H). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s.131.

39. Taşkın L. Gebeliğin oluşumu ve fetüsün fizyolojisi. Taşkın L (Editör). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Genişletilmiş 12. baskı. Ankara: Akademi Tıp Kitabevi; 2014. s. 69-108.

40. Çetindağ A. Gebe Kadınlarda Trimesterlere Göre Serum Anjiogenik ve Antianjiyogenik Faktör Düzeyleri (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sivas; 2013.

41. Carlson BM. Human embryology and developmental biology. 3. baskı. Elsevier Mosby, 2004.

42. Cengiz C, Yalçın K. Maternal fizyoloji. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H ve ark. (Editörler). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. 2. baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2008. s. 163-177.

43. Gümüşsoy S, Kavlak O. Gebelikte fizyolojik değişiklikler. Sevil Ü, Ertem G (Editörler). Perinatoloji ve Bakım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. s. 101-126.

44. Taşdelen C. 1.ve 2. Trimesterde Progesteron Türevi İlaç Kullanımının Gestasyonel Diyabetes Mellitus Oluşumu Ve Gebelik Sonuçlarına Etkisinin Araştırılması (Tez). Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.

45. Kühl C. Insulin secretion and insulin resistance in pregnancy and GDM. Implications for diagnosis and management. Diabetes 1991; 40(2): 18-24.

46. Brody A, Veland K, Kase N. Endocrine disorders in pregnancy. Appleton and Lange 1989; 247-272.

47. Karam JH. Endocrinology and metabolism clinics of north america, diabetes mellitus: perspectives on therapy. 1992; 21(2): 433-456.

48. Desdicioğlu K, Malas MA. Fetal büyümeye etki eden maternal faktörler. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13(2): 47-54.

49. Varol FG, Sayın NC. Fetal büyüme. Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A (Editörler). Obstetrik maternal fetal tıp ve perinatoloji. Ankara: MN Medikal Nobel; 2001. s.1040-1054.

50. Balkan S. İnsan Fetuslarında Kulak Kepçesi Ve Bazı Yüz Parametrelerinin Ölçümü (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.

51. Demirağ B. Çocuk sağlığı ve hastalıkları. 2. baskı. Ankara: Kandil Matbaası; 1985. s.5-173.

52. Bıçakçı CB. Radyasyonun fetüs üzerine ekileri. Türk Onkoloji Dergisi 2009; 24(4): 185-190.

53. Valentine J. Biological effects after prenatal irradiation (embryo and fetus). ICRP Publication 90. Ann ICRP 2003; 33: 1-200.

54. Şirin A, Kavlak O. Kadın sağlığı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık, 2002. s. 585.

55. Örs R, Dilmen U. Fetal fizyoloji. Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürgan T ve ark. (Editörler) Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996. s.205-213.

56. Acar M. İnsan Fetuslarında Nazal Ve Orbital Parametrelerin Ölçümleri (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

57. Sadler TW (Çeviri: AC Başaklar). Langman medikal embriyoloji. Ankara: Palme Yayıncılık; 2011. s. 27-31.

58. Beji NK, Özkan SA. Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler. Beji NK (Editör). Kadın sağlığı ve hastalıkları. Genişletilmiş 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. s. 285-306.

59. Kömürcü N. Doğum öncesi dönem ve sorunları. Coşkun A (Editör). Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği el kitabı. 1. baskı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1996. s. 31-70.

60. Karanisoğlu H. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği. 1. baskı. Eskişehir: Anadolu Üni. Web-Ofset, 1996.

61. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, Ashwill JW. Maternal-child nursing. 4. baskı. Canada: Elsevier, 2013. s. 258-275.

62. Durat G. Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.

63. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2009; 40: 57-62.

64. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 23(1): 61-64.

65. Kesgin C, Topuzoğlu A. Sağlığın tanımı: başaçıkma. Journal of İstanbul Kültür University 2006; 3: 47-49.

66. Sevindik F. Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi; 2005.

67. Asımgil A. Bebeğimi büyütüyorum: anne ve bebek sağlığı. 1. baskı. İstanbul: Timaş Yayınları, 2007: 69.

68. Erdoğan S, Candansayar S. Obstetrik ve jinekolojinin psikiyatrik yönleri (çeviri: MB. Tıraş). DeCherney AH, Goodwin TM, Nathan L, Laufer N (Editörler). Güncel obstetrik ve jinekoloji tanı ve tedavi. 10. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010. s. 187,193,1014-1024.

69. Yağcıoğlu E, Ayhan Y. Kadın hastalıkları ve doğumda psikoloji ve psikiyatrinin yeri. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H ve ark. (Editörler). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi (2. baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008. s. 61.

70. Yıldız FÜ, Temiz G. Doğum öncesi gelişim. 2. baskı. Konya: Atlas Kitabevi; 2007. s.81-83,92.

71. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2008; 28: 525-532.

72. Çapık A, Apay SE, Sakar T. Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 18:3.

73. Işık E, Taner Y. Çocuk ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. Asimetrik Parelel Kitabevi; 2006. s.3-29.

74. Eskici L, Akça ASD, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. The Anatolian Journal of Clinical Investigation 2012; 6(1): 10-16.

75. Berle JQ, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy: a linkage study from the nord-trondelag health study (hunt) and medical birth registry of norway. Archives of Women's Mental Health 2005; 8: 181-89.

76. Öngel K, Mergen H, Tan Ş, Kişioğlu AN, Katırcı E, Çadırcı D ve ark. Psychometric properties of depression in university students of Turkey. Biomedical Research 2010; 21(3): 265-71.

77. Köroğlu E. Amerikan psikiyatri birliği mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. 4. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994.

78. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17: 243-251.

79. Sanowolla SB. Women's healty and psychiatry, Phidelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2002. s. 115-123.

80. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstetrics Gynecology 2004; 103: 698-709.

81. Altın GE. Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası terapi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(2): 188-203.

82. Rosemary H, Kelly M. Somatic complaints among pregnant women. General Hospital Psychiatry 2001; 23: 107-113.

83. Mergen, Ongel K, Factors associated with depression among Turkish faculty of education freshmen by Beck-Depression Inventory-II-Turkish. Zdravniski Vestnik 2009; 77: 548-54.

84. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. Early Human Development 2009; 85: 65-7.

85. Graff LA, Dyck DG, Schallow JR. Predicting postpartum depressive symptoms and structural modeling analysis. Perceptual and Motor Skills 1991; 73: 1137-1138.

86. Walther V. Postpartum depression: a review for perinatal social workers. Soc Work Health Care 1997; 24: 99-111.

87. Schuurmans C, Kurrasch DM. Neurodevelopmental consequences of maternal distress: what do we really know? Clinical Genetics 2013; 83(2): 108-17.

88. Şen S. Erken (Preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

89. Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. International Journal of Nursing Studies 2009; 46(5): 669-77.

90. Ertuğrul M. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Gerçeklik ve Güvenirlik Çalışması (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

91. Michels R. Psychiatry. J.B. (Editör). The psychiatric aspects of obstetrics and gynecology. revised edition. Lippincott Co;1989. s. 1-11.

92. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstetrics & Gynecology 2005; 106(5-1): 1071-83.

93. Öztürk H, Şirin A. Doğum yapan annelerde algılanan sosyal destek faktörlerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 16: 31-40.

94. Savrun M. Gebelik ve depresyon. Gebelik Özel Sayısı Klinik Gelişim 2008; 21: 165-166.

95. Gennaro S, Hennessy MD. Psychological and physiological stres: impact on preterm birth. JOGNN 2003; 32(5): 668-675.

96. Yüksel F, Akın S, Durna Z. Prenatal Distres Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve faktör analizi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2011; 8(3): 43-51.

97. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; (4): 98-105.

98. Hazan C, Shaver PR. Attachment and an organizational framework for research on closerelationships. Psychological Inquiry 1994. s. 51-22.

99. Özorhan EY, Apay SE, Düzyurt M. Riskli olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2015; 3:1-15.

100. Pollock PH, Percy A. Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. Child Abuse Neglect 1999; 23(12): 1345-1357.

101. Fisher JRW, Hammarberg K, Baker GHW. Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. Fertility and Sterility 2008; 89:1103-1112.

102. Yılmaz D. Prenatal anne-bebek bağlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013; 10(3): 28-33.

103. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. The New England Journal of Medicine 1970; 283(7): 344-349.

104. Özkan H. Annelik Kimlik Gelişimi Eğitiminin Primiparların Annelik Rolü Kazanımına ve Bebeğim Algısına Etkisi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

105. McVeigh CA, Smith M. A compraison of adult and teenage mother' self-esteem and satisfaction with social support. Midwifery 2000; 16(4): 269-276.

106. Şolt A. Doğum Sayısının Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü; 2011.

107. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(2): 321-342.

108. Zeanah CH, Boris NW, Larriey JA. Infant development and developmantal risk: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1997; 36: 165-178.

109. Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2002; 20: 253-266.

110. Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2015; 24: 230-236.

111. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans H. A history of the theory of prenatal attachment. The Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health 2009; 23(4): 201-222.

112. Lucas A. Promoting maternal fetal attachment with women affected by hiv and/or substance use. National Abandoned Infants Assistance Resource Center 2013; 1-12.

113. Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. Research in Nursing & Health 2001; 24: 203-17.

114. Oppenheim D, Koren-Karie N, Sagi-Schwartz A. Emotion dialogues between mothers and children at 4.5 and 7.5 years: relations with children'sa attachment at 1 year. Child Development 2007; 78: 38–52.

115. Muller ME. The Development and Testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory (tez). San Fransisco: University of California; 1990.

116. Mohamadirizi S, Kordi M. The relationship between multi-dimensional self-compassion and fetal-maternal attachment in prenatal period in referred women to Mashhad Health Center. Journal of Education and Health Promotion 2016; 5: 21.

117. Siddiqui A, Hagglof B, Eisemann M. An exploration of prenatal attachment in swedish expectant women. Journal of Reproductive and Infant Psychology 1999; 17: 369-380.

118. Damato EG. Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. Advances in Neonatal Care 2004; 4(5): 274-291.

119. Mcfarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. Archives of Women's Mental Health 2011; 14: 425-434.

120. Mennes M, Stiers P, Lagae L, Van den Bergh B. Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex. Neurosci Biobehav Rev 2006; 30: 1078-1086.

121. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim Tarihi: 02.09.2017.

122. Akın A, Aklan C, Ergin A ve ark. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması programları için bilgi-eğitim-iletişim rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü; 1997.

123. Ayhan A, Başaran A. Jinekolojik neoplazilerin sınıflandırılması Attar E, Ata B (Editörler). Gomel'in Jinekolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. s.65-70.

124. Harley K, Eskenazi B. Time in the united states, social support and health behaviors during pregnancy among women of mexican descent. Social Science&Medicine 2006; 62: 3048-61.

125. Üstünsöz A, İnanç N. Sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebelerde doğum öncesi anne-bebek bağlılığının karşılaştırılması. Gülhane Tıp Dergisi 2001; 43(1): 62-65.

126. Cunnigham FG, Gant N, Leveno K, Gılstrap III L, Hauth J, Wenstrom K (Çeviri: Akman AC). Williams doğum bilgisi, 21. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005. s.227-6.

127. Potur DC. Annelik rolü yeteneği-anne olmak. Ocakçı AF, Alpar ŞE (Editörler). Hemşirelikte, kavram, kuram ve model örnekleri. İstanbul: İstanbul Kitabevi; 2013. s. 67-85.

128. Shieh C, Kravitz M, Wang HH. What do we know about maternal-fetal attachment? Kaohsiung Journal of Medical Sciences 2001; 17: 448-54.

129. Metin A. Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

130. Akbaş E. Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

131. Şen S. Anneanne-Anne-Bebek Bağlanmasının İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

132. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; 36: 429-441.

133. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6): 361-370.

134. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlik güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8: 280-287.

135. Süt HK, Kaplan PB. Quality of life in women with infertility via the fertiqol and the hospital anxiety and depression scales. Nursing and Health Sciences 2015; 17: 84-89.

136. Lobel M. The Stony Brook pregnancy project: Revised Prenatal Distress Questionnaire (NUPDQ): 17-Item Version, NUPDQ2.DOC, 2008.

137. Muller ME. Development of the prenatal attachment inventory. West Journal of Nursing Research 1993; 15: 199-211.

138. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Dergisi 2008; 3(9): 40-66.

139. Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Turkish Family Physician 2012; 3(2).

140. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstetrics Gynecology 2007; 110: 1102-12.

141. Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2009; 13(3): 132-136.

142. Costa D, Larouche J, Drista M, Brender W. Variations in stres levels over the course of pregnancy. Journal of Psychosomatic Research 1999; 47(6): 609-21.

143. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10: 11-8.

144. Pop VJ, Pommer AM, Pop-Purceleanu M, Wijnen HA, Bergink V, Pouwer F. Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: The TPDS. BMC Pregnancy Childbirth 2011; 11(10): 80-7.

145. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. Midwifery 2009; 25: 344-356.

146. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 2010; 2(3).

147. Bodecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample. Orvosi Hetilap 2009; 150(41): 1888-93.

148. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressice symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. Journal of Womens Health 2003; 12(4): 373-80.

149. Pottinger AM, Trotman-Edwards H, Younger N. Detecting depression during pregnancy and associated lifestyle practices and concerns among women in a hospital-based obstetric clinic in Jamaica. General Hospital Psychiatry 2009; 31: 254-261.

150. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. Journal of Affective Disorders 2000; 59(1): 31-40.

151. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstetrica and Gynecology 2000; 95(4): 487-490.

152. Anık Y. Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Depresyon Riski ile İlişkisi (tez). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü; 2017.

153. Çapık A. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

154. Yanıkkerem E, Altan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. Kadın Doğum Dergisi 2004; 2: 301-306.

155. Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. Maternal and Child Health Journal 2009; 13: 577-87.

156. Potur DC, Merih YD, Sarak K, Küçükoğlu S. Gebelerin distres düzeyleri ve stresle baş etme tarzlarının belirlenmesi. 1. Uluslarası ve 2. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, 7-8 Ekim 2016. Bildiri kitabı, P 72.

157. Prost A, Lakshminarayana R, Nair N, Tripathy P, Copas A, Mahapatra R et al. Predictors of Maternal Psychological Distress in Rural India: A Cross-Sectional Community-Based Study. Journal of Affective Disorders 2012; 138(3): 277-86.

158. Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences 2016; 1(3): 163-9.

159. Balaban S. Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Prenatal Bağlanmayla İlişkisi ve Etkileyen Faktörler (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

160. Günay P. Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanma Düzeyi ile İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.

161. Buko G. Gebelerin Duygusal Zekaları ile Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

162. Eswi A, Khalil A. Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. World Applied Sciences Journal 2012; 18: 462-471.

163. Büber Z. Primipar Gebelerde Prenatal Bağlanma Stilleri, Prenatal Distres Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.

164. Ossa X, Bustos L, Fernandez L. Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in temuco. Chili Midwifery 2011; 28: 689-696.

165. Janbakhishov CE. Gebelerde, Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali İlişkisinin Değerlendirilmesi: Prospektif Bir Çalışma (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.

166. Ahlatcıoğlu EN. Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanmanın Depresyonla İlişkisi (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.

167. Kwon MK. Bang KS. Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. Journal Of Korean Academy Of Nursing 2011; 41(2): 276-83.

168. Barone L, Lionetti F, Dellagiulia A. Maternal-fetal attachment and its correlatest in a sample of Italian women: a study using the Prenatal Attachment Inventory. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2014.

169. Jamshidimanesh M, Astaraki L, Behboodi Z, Taghizadeh Z, Haghani H. Maternal-fetal attachment and its associated factors. Journal of hayat 2012; 18: 33–45.

170. Dağlı K. Gebelikte Bebeğe Yönelik Yapılan Hazırlıkların Prenatal Bağlanma ile İlişkisi (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

171. Üstünsöz A, Güvenç G, Akyüz A, Oflaz F. Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. Midwifery 2010; 26: 1-9.

172. Souma M. The relation between maternal-fetal attachment and behavior in daily life of primigravid women. Journal of Japan Academy of Midwifery 2011; 25(2): 203-214.

173. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1(2): 71-26.

174. Aytaç SH. Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

175. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2014; 27: 15-20.

176. Boztaş S. Üçüncü Trimester Sağlıklı Gebelerde Aile Hekimliği Gözüyle Prenatal Anne-Bebek Bağlanmasının Araştırılması (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Gebelik trimesterlerine göre anksiyete ve depresyon görülme sıklığı…….33

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Gebelik trimesterlerine göre kadınların sosyo-demografik özellikleri..... 27
Tablo 2. Gebelik trimesterlerine göre kadınların obstetrik-jinekolojik özellikleri..... 29
Tablo 3. Gebelerin trimesterlerine göre alışkanlıkları ve yaşam tarzlarına ilişkin özellikleri 31
Tablo 4. Gebelik trimesterlerine göre Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği alt boyut ve puan ortalamaları 33
Tablo 5. Gebelik trimesterlerine göre Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) puan ortalamaları..... 34
Tablo 6. Gebelik trimesterlerine göre Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) puan ortalamaları..... 35
Tablo 7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) ve Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) arasındaki ilişki 37
Tablo 8. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE) üzerine etkili faktörler 39

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Kırklareli'nde doğan Nalan Topaç Tunçel ilköğretim, ortaöğretim ve lise öğretimini Kırklareli'nde tamamlamıştır. 2009 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümünde başladığı lisans eğitimini 2013 yılında tamamlamış ve ebe ünvanı almıştır. 2014 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2012 yılında stajyer olarak başladığı Koşuyolu Özel Medipol Hastanesi Bebek Gözlem Odası'nda (İstanbul) 2014 yılına kadar çalışmaya devam etmiştir. 2014-2016 yıllarında Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi Kadın Doğum Servisi'nde (Kırklareli) ebe olarak çalışmıştır. 2016 yılında Babaeski İlçe Sağlık Müdürlüğü Pancarköy Sağlık Evi'ne (Kırklareli) ebe olarak atanmıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Bilgi Formu

Ek 2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Ek 3. Prenatal Distress Ölçeği (PDÖ)

Ek 4. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (DÖBE)

Ek 5. Etik Kurul İzni

Ek 6. Kurum İzni

EK 1. BİLGİ FORMU

1.Yaşınız: .....

2. Gebelik haftanız: .....

3. Gebelik başlangıç kilonuz: …….

4.Şu anki kilonuz:…….

5. Eğitim durumunuz: 1( ) İlköğretim ve altı 2 ( ) Lise ve üstü

6. Çalışma durumunuz : 1 ( ) Ev hanımı 2 ( ) Çalışıyor

7. Çalışıyor iseniz mesleğiniz: 1 ( ) İşçi 2 ( ) Memur 3 ( ) Çiftçi 4 ( ) Özel sektör 5 ( ) Diğer

8. Aile yapınız: 1 ( ) Çekirdek aile 2 ( ) Geniş aile

9. Canlı bebek doğum sayısı: ……

10. Düşük sayısı:……

11. Kürtaj sayısı:……

12. Normal doğum sayısı:…….

13. Sezeryan sayısı:……

14. Şu anki gebeliğinizde doğum şekli tercihiniz: 1 ( ) Normal 2 ( ) Sezeryan

15. Bu gebeliğiniz dışında başka çocuğunuz var mı?

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise sayısı: …….

16. Çocuğunuz var ise tedavi gördüğü bir sağlık problemi var mı?1( ) Hayır 2( )Evet

17.Şu anki gebelik istenilen bir gebelik mi? 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet

18.Gebelikten önce sigara kullanıyor muydunuz? 1 ( ) Hayır 2( ) Evet

19.Şu an ki gebelikte sigara kullanıyor musunuz? 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet

20.Hayata genel olarak bakış açınız nasıldır? 1 ( ) Pozitif 2 ( ) Negatif

21.Gebelik sürecinde aşağıdaki şikayetlerden hangileri sizde var?

1( ) Bulantı kusma 2( ) Mide yanması 3( ) Kaşıntı-Ciltte döküntüler

4( ) Halsizlik-Yorgunluk 5( ) Bel ağrısı 6( ) Diğer

22.Gebelikte günlük düzenli egzersiz veya yürüyüş yapıyor musunuz?

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet

23.Gebelik sürecinde eşiniz ev işleri vb. konularda size destek oluyor mu?

1 ( ) Hiç 2 ( ) Çok nadir 3 ( ) Bazen

4 ( ) Çok sık 5 ( ) Her zaman

24.Gebelik sürecinde ev işleri vb. konularda yakınlarınız size destek oluyor mu?

1 ( ) Hiç 2 ( ) Çok nadir 3 ( ) Bazen

4 ( ) Çok sık 5 ( ) Her zaman

EK 2. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

A (1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.
3 ( ) Çoğu zaman
2 ( ) Birçok zaman
1 ( ) Zaman zaman, bazen
0 ( ) Hiçbir zaman

D (2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
0 ( ) Aynı eskisi kadar
1 ( ) Pek eskisi kadar değil
2 ( ) Yalnızca biraz eskisi kadar
3 ( ) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

A (3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
3 ( ) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
2 ( ) Evet, ama çok da şiddetli değil
1 ( ) Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
0 ( ) Hayır, hiç öyle değil

D (4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
0 ( ) Her zaman olduğu kadar
1 ( ) Şimdi pek o kadar değil
2 ( ) Şimdi kesinlikle o kadar değil
3 ( ) Artık hiç değil

A (5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
3 ( ) Çoğu zaman
2 ( ) Birçok zaman
1 ( ) Zaman zaman, ama çok sık değil
0 ( ) Yalnızca bazen

D (6) Kendimi neşeli hissediyorum.
3 ( ) Hiçbir zaman
2 ( ) Sık değil
1 ( ) Bazen
0 ( ) Çoğu zaman

D (8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
3 ( ) Hemen hemen her zaman
2 ( ) Çok sık
1 ( ) Bazen
0 ( ) Hiçbir zaman

A (9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
0 ( ) Hiçbir zaman
1 ( ) Bazen
2 ( ) Oldukça sık
3 ( ) Çok sık

D (10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
3 ( ) Kesinlikle
2 ( ) Gerektiği kadar özen göstermiyorum
1 ( ) Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
0 ( ) Her zamanki kadar özen gösteriyorum

A (11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
3 ( ) Gerçekten de çok fazla
2 ( ) Oldukça fazla
1 ( ) Çok fazla değil
0 ( ) Hiç değil

D (12) Olacakları zevkle bekliyorum.
0 ( ) Her zaman olduğu kadar
1 ( ) Her zamankinden biraz daha az
2 ( ) Her zamankinden kesinlikle daha az
3 ( ) Hemen hemen hiç

A (13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
3 ( ) Gerçekten de çok sık
2 ( ) Oldukça sık
1 ( ) Çok sık değil
0 ( ) Hiçbir zaman

A (7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum. 0 ( ) Kesinlikle 1 ( ) Genellikle 2 ( ) Sık değil 3 ( ) Hiçbir zaman	**D (14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.** 0 ( ) Sıklıkla 1 ( ) Bazen 2 ( ) Pek sık değil 3 ( ) Çok seyrek

EK 3. PRENATAL DİSTRESS ÖLÇEĞİ (PDÖ)

	Hiç (0)	Biraz (1)	Çok Fazla (2)
1.Gebeliğinizin bu döneminde yeni doğan bebeğin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
2.Gebeliğinizin bu döneminde yüksek tansiyon veya şeker hastalığı gibi devam eden sağlık sorunlarınızın gebeliğinize etkisi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
3.Gebeliğinizin bu döneminde enerjinizin düşük olması ve kendinizi yorgun hissetmeniz konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
4.Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında hissedeceğiniz ağrı/sancı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
5.Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız sağlık bakım hizmetleri için yaptığınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
6.Gebeliğinizin bu döneminde kilonuzda ve vücudunuzun görünümünde oluşan değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
7.Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin çok erken doğma olasılığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
8.Gebeliğinizin bu döneminde gebelikte ortaya çıkan kusma, ayaklarda şişlik veya bel ağrısı gibi bedensel şikayetler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (Evet ise; hangi şikayetler? ..…… ……..)			
9.Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız tıbbi bakımın kalitesi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
10.Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumu nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinizde yaşayacağınız değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (Evet ise; özellikle kim?…….……..)			
11.Gebeliğinizin bu döneminde sağlıksız bir bebeğiniz olabileceği konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
12.Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında neler olacağı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
13.Gebeliğinizin bu döneminde çalışma yaşamınız veya ailenizin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			

14.Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin giysileri, beslenmesi ve sağlık bakımı için yapacağınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
15.Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bir işte çalışmak durumunda olmanız konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
16.Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bebeğin günlük bakımı, diğer bakım konuları ve bebek bakımında destek alınan kişiler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
17.Gebeliğinizin bu döneminde kullandığınız sigara, alkol ya da ilaçlardan bebeğin etkilenmiş olup olmadığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			

EK 4. DOĞUM ÖNCESİ BAĞLANMA ENVANTERİ

	Neredeyse hiçbir zaman (1)	**Bazen (2)**	**Çoğunlukla (3)**	**Neredeyse her zaman (4)**
1.Bebeğin şu an neye benzediğini merak ediyorum				
2.Bebeğe ismiyle seslendiğimi hayal ediyorum				
3.Bebeğin hareket ettiğini hissetmekten keyif alıyorum				
4.Bebeğimin çoktan bir kişiliğe sahip olduğunu düşünüyorum				
5.Başkalarının elini karnıma koyup bebeğin hareketlerini hissetmelerine izin veriyorum				
6.Yaptığım şeylerin bebekte farklılık yarattığını biliyorum				
7.Bebeğimle yapacağım şeyleri planlıyorum				
8.Bebeğin içimde neler yaptığını başkalarına anlatırım				
9.Bebeğin neresine dokunduğumu hayal ediyorum				
10.Bebeğin ne zaman uyuduğunu biliyorum				
11.Bebeğimi hareket ettirebilirim				
12.Bebek için bir şeyler satın alır/yaparım				
13.Bebeğimi seviyorum				
14.Bebeğin karnımda ne yaptığını hayal ediyorum				
15.Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım				
16.Bebekle ilgili hayaller kuruyorum				
17.Bebeğin neden hareket ettiğini bilirim				
18.Karnımın üzerinden bebeği okşuyorum/onunla temas kuruyorum				
19.Bebekle sırları paylaşırım				
20.Bebeğin beni işittiğini bilirim				
21.Bebek hakkında düşündüğümde çok heyecanlanırım				

EK 5. ETİK KURUL İZNİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/126
	PROTOKOL ADI	Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin, Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI ARAŞTIRMA MERKEZİ	Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SUT
	DESTEKLEYİCİ	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal / Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 12/09** **Tarih:24.06.2015** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SUT'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Nalan TOPAÇ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugul KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan
Dekan V.

EK 6. KURUM İZNİ

özel medikent hastanesi

İLGİLİ MAKAMA

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencilerinden 1148327105 öğrenci numaralı Nalan TOPAÇ'ın Lisansüstü tez verilerini Özel Medikent Hastanesinde toplamasına izin veriyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr.Turgay YÜCEL
Mesul Müdür

ÖZEL MEDİKENT HASTANESİ LÜLEBURGAZ 2008

Adres: Dere Mahallesi, Edirne Asfaltı, Küme Evler No:6 Lüleburgaz/ KIRKLARELİ
Tel : 444 59 39 Faks: 0 288 412 46 00
web : www.medikent.com.tr e-mail : info@medikent.com.tr