T.C.

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI VE PRENATAL BAĞLANMANIN DOĞUM SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Nazmiye ÇAYCI ESEN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğretim Üyesi Tülay KAVLAK

İSTANBUL

2019

T.C.

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI VE PRENATAL BAĞLANMANIN DOĞUM SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Nazmiye ÇAYCI ESEN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğretim Üyesi Tülay KAVLAK

İSTANBUL

2019

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI VE PRENATAL BAĞLANMANIN DOĞUM SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Nazmiye Çaycı Esen

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Tülay KAVLAK

2019

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada kadınların gebelikte sağlık uygulamaları, prenatal bağlanma düzeyleri ve doğum sonuçları arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini Mayıs – Aralık 2018 tarihleri arasında Elâzığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalında antenatal bakım alan 284 gebe oluşturdu. Araştırmada katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin soru formu, gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği (GSUÖ) ve prenatal bağlanma envanteri (PBE) ile veri toplandı. Bu gebeler takip edilerek doğum sonuçları (doğum haftası, bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum boyu, Apgar skorları) yenidoğan veri formuna işlendi. Eksik anket ve doğum sonucu verisi nedeni ile 27 gebe çalışma dışı kaldı. Veriler tanımlayıcı istatistikler, varyans ve korelasyon analizleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 257 gebenin yaş ortalaması 29,6±5,3 yıl **(**18-40), evlilik yaşı ortalaması ve evlilik süreleri sırası ile 23,0±4,7 yıl (14-39) ve 6,58±5,33 yıl (0,8-22) idi. Gebelerin ortalama GSUÖ puanı 122,0±13,4 (82-154) ve ortalama PBE puanı 64,4±10,7 (32-84) olarak saptandı. Gebelikte PBE puanı ve GSUÖ puanı arasında pozitif yönde güçlü korelasyon olduğu belirlendi ($r=0,326$ ve $p<0,001$). Doğum sonuçları ile PBE puanı ve GSUÖ puanı arasında korelasyon saptanmadı ($p>0,05$). Yenidoğanın doğum ağırlığının gebenin yaşı, boyu ve gebelik öncesi vücut kitle indeksi ile pozitif yönde korelasyonu olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Prenatal bağlanma düzeyinin bir göstergesi olarak PBE puanı ve gebelikte olumlu sağlık davranışlarının göstergesi olarak GSUÖ puanı arasında pozitif bir korelasyon olmasına karşın her iki ölçek puanının doğum sonuçları ile bir korelasyon saptanmadı.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Sağlık Uygulamaları, Prenatal Bağlanma, Doğum Sonuçları

THE EFFECT OF HEALTH PRACTICES DURING PREGNANCY AND PRENATAL ATTACHMENT ON NEONATAL OUTCOMES

Nazmiye ÇAYCI ESEN

Obstetric and Gynecological Nursing

Advisor: Dr. Tülay KAVLAK

2019

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to investigate the effect of health practices during pregnancy and prenatal attachment on neonatal outcomes.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 284 pregnant women who presented to Department of Gynecology and Obstetrics of Fırat University Hospital in Elazığ between May 2018 and December 2018. Health Practice Questionnaire (HPQ) and Prenatal Attachment Inventory (PAI) were used to collect data. In addition, the data of socio-demographic and obstetric characteristics of pregnant women and neonatal outcomes of pregnancy (birth week, sex, birth weight, birth height and Apgar scores) were also recorded. 27 pregnant women were excluded because of incomplete data. Descriptive statics, analysis of variance and correlation were performed.

Results: Data of 257 pregnant women with mean age 29.6±5.3 (18-40 years), mean age of marriage 23.0±4.7 (14-39 years) and mean length of marriage 6.58±5.33 (0.8-22 years) were analyzed. HPQ scores were positively and significantly correlated with PAI scores ($r=0,326$ and $p<0,001$). There was no correlation between neonatal outcomes and HPQ scores or neonatal outcomes and PAI scores ($p>0.05$). Birth weight was correlated with maternal age, maternal height and pre-pregnancy body mass index ($p<0.05$).

Conclusions: Despite correlation between PAI which indicate the level of prenatal attachment and HPQ scores which indicate positive health practices, no correlation between birth outcomes and PAI or HPQ scores were determined in this study.

Keywords: Pregnancy, Health Practices, Prenatal Attachment, Birth Weight

Hayatıma anlam katan çocuklarım Can Batu ve Defne Lara'ya,

varlığından mutluluk duyduğum sevgili eşim İhsan'a ve

beni yetiştiren sevgili anneciğim ve babacığıma

TEŞEKKÜR

Başta sayın Prof. Dr. Füsun Terzioğlu olmak üzere Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programında görev almış tüm hocalarıma, bu tezin hazırlanma sürecinde desteğini esirgemeyen ve rehberlik eden danışman hocam sayın Dr. Öğretim Üyesi Tülay Kavlak'a, her zaman yanımda olan ve yüksek lisans tezimin hazırlanmasında yardımlarından dolayı sevgili eşim İhsan Esen'e, ilgi ve yardımları için çalışmanın yapıldığı Fırat Üniversitesi Hastanesi, Kadın Sağlığı ve Doğum Kliniğinin tüm çalışanlarına ve tabii ki katılımları ile bu çalışmanın yapılmasına olanak sağlayan tüm gebelere çok teşekkür ederim.

Nazmiye ÇAYCI ESEN

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

DIŞ KAPAK

İÇ KAPAK

KABUL ONAY

ETİK BEYANI iii

ÖZET iv

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT) v

İTHAF vi

TEŞEKKÜR vii

İÇİNDEKİLER LİSTESİ viii

TABLO LİSTESİ x

ŞEKİL LİSTESİ xi

KISALTMALAR LİSTESİ xii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1 Gebelik 4
2.2 Gebelikte Sistemik Değişiklikler 4
2.2.1 Gebelikte kadın üreme sisteminde değişiklikler 4
2.2.2 Gebelikte memelerde değişiklikler 5
2.2.3 Gebelerde kas-iskelet sisteminde değişiklikler 5
2.2.4 Gebelikte deride değişiklikler 5
2.2.5 Gebelikte kardiyovasküler sistemde değişiklikler 5
2.2.6 Gebelikte solunum sisteminde değişiklikler 6
2.2.7 Gebelikte gastrointestinal sistemde değişiklikler 6
2.2.8 Gebelikte üriner sistemde değişiklikler 6
2.2.9 Gebelikte psikolojik değişiklikler 7
2.3 Gebelikte Sağlık Uygulamaları 7
2.3.1 Prenatal bakım 8
2.3.2 Gebelikte muayene ve rehberlik 9
2.3.1 Gebelikte beslenme 10
2.3.2 Gebelikte sigara kullanımı 11
2.3.3 Gebelikte alkol, uyuşturucu ve madde kullanımı 12
2.3.4 Gebelikte fiziksel aktivite 12
2.3.5 Gebelikte cinsel yolla bulaşabilen enfeksiyonlar 13
2.3.6 Gebelikte periodontal hastalık 14
2.3.7 Doğum öncesi eğitim 14
2.4 Prenatal Bağlanma ve Etkileri 15

2.4.1 Bağlanma Teorisi 15
2.4.2 Prenatal bağlanma 15
2.4.3 Prenatal bağlanma ile ilişkili faktörler 17
2.4.4 Prenatal bağlanmada ebe ve hemşirelerin rolü 18

3. MATERYAL VE METOD 20

3.1 Araştırmanın Deseni 20
3.2 Araştırmanın Amacı 20
3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 20
3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi 20
3.5 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 20
3.6 Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 20
3.7 Veri Toplama Araçları 21
3.7.1 Birey tanıtım formu ve yenidoğan veri formu 21
3.7.2 Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği 21
3.7.3 Prenatal bağlanma envanteri 22
3.8 Veri Toplama Süreci 22
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi 23
3.10 Araştırmanın Kısıtlılıkları 24
3.11 Araştırmanın Etik Yönü 24

4. BULGULAR 25

5. TARTIŞMA VE SONUÇ 40

KAYNAKLAR 50

EKLER 60

A. Gebe ve Yenidoğan Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Formu 60
B. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği 65
C. Prenatal Bağlanma Envanteri 72
D. Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik Onayı 73
E. Etik Kurul Onayı 74
F. Aydınlatılmış Onam Formu 76
G. Kullanılan GSUÖ ve PBE'i için Yazarlardan Alınan İzinler 77
H. Özgeçmiş 79

TABLO LİSTESİ **Sayfa**

Tablo 4.1. Gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması 25
Tablo 4.2. Gebelerin yaşı, evlilik yaşı, evlilik süresi ve gebelik haftası 28
Tablo 4.3. Gebelerin mevcut gebeliğine ilişkin özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması 29
Tablo 4.4. Gebelerin gebelik öncesi özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması 31
Tablo 4.5. Gebelerin önceki gebeliklerine ilişkin özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması 32
Tablo 4.6. Gebelerin şimdiki doğumlarına ilişkin özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması 34
Tablo 4.7. Yenidoğan bebeklerin doğum haftaları, doğum ağırlığı, doğum boyu, 1. ve 5. Dakika Apgar skorları 35
Tablo 4.8. Gebelerin GSUÖ ve PBE puan ortalamaları ve ölçeklerin güvenirlilik istatistiği 35
Tablo 4.9. Gebelerin ve yenidoğan bebeklerin özellikleri ile GSUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki 36
Tablo 4.10. Gebelerin ve yenidoğan bebeklerin özellikleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki 37
Tablo 4.11. Yenidoğan doğum ağırlığı ile gebelerin bazı özellikleri, GSUÖ ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki 38

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1. Gebelerin çalışmaya dahil edilme süreci akış şeması 23
Şekil 4.2. Gebelerin prenatal bağlanma envanteri ve gebelikte sağlık uygulama ölçek puanları arasına korelasyon grafiği 39

KISALMALAR LİSTESİ

GSUÖ	Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği
PBE	Prenatal bağlanma envanteri
VKİ	Vücut kitle indeksi

1. GİRİŞ

Sağlıklı bir toplum için ülke nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlığı büyük öneme sahiptir. Dünya genelinde kadınlar erkeklere göre daha uzun yaşamakla birlikte yaşam kalitesi daha düşüktür. Kadın sağlığı biyolojik etkenlerin yanında eğitim, sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasal süreçlerden etkilenmektedir. Kadının doğurganlığı ile ilişkili sağlığı çocuk sağlığına dolayısı ile gelecek nesillerin sağlığına doğrudan etkileri olduğundan ayrıca bir öneme sahiptir (Yanıkkerem ve Şirin, 2016).

Gebelik, kadın yaşamının çok özel ve anlamlı bir dönemidir. Gebelikte kadının sağlığı, hem kendi hem de fetüs ve yenidoğan sağlığını da ilgilendirmesi açısından önemlidir. Gebelikteki sağlık uygulamaları, gebenin kendi sağlığı ile fetüs ve yenidoğan sağlığını da kapsayan, gebeliğin seyrini ve sonucunu etkileyen aktiviteler olarak tanımlanabilir (Lindgren, 2005). Bu dönemdeki olumlu sağlık davranışları; annenin dengeli ve doğru beslenme, gebelikte yeterli kilo alma, düzenli egzersiz yapma, diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, zararlı alışkanlıklardan uzak durmak, gereksiz ilaç kullanımından kaçınma, riskli seksüel davranışlar ve enfeksiyon ajanlarına maruz kalmaktan kaçınma konularını içermektedir (Lindgren, 2005). Bu bağlamda gebelik döneminin sağlıklı geçirilmesi, gebelik bakımının her yönüyle iyi bilinmesi ve gerçek anlamıyla doğru uygulanmasına bağlıdır.

Sağlık uygulamaları olumlu gebelik sonuçları ile ilişkiliyken, riskli sağlık davranışları gebelikte olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Lindgren, 2003). Gebe kadınlar kendilerinin ve fetüsun sağlıkları için yaşam tarzlarında bazı değişiklikler yapmalıdırlar. Gebelik dönemindeki sağlık uygulamalarının yetersiz olması fetüs ve yeni doğanda düşük doğum ağırlığına, konjenital anomalilere, spontan düşüklere, annede ise hemorajiye, müdahaleli doğum gibi sorunlara neden olabilmektedir (Schaffer ve ark., 1998; Lindgren, 2003; Marakoğlu ve Sezer, 2003; Aktif, 2008). Gebe kadınların sağlık uygulamalarının farklı olduğu ve bu durumu etkileyen birçok faktör olduğu belirtilmektedir. Gebelerin sağlık uygulamalarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen faktörler; gebe kadının yaşı, ekonomik durumu, gebeliğin istenmesi ve planlı olması, eğitim durumu, gebelik sayısı, sağlık güvencesinin olması, sosyal destek faktörleri gibi değişkenlerdir (Pallikadavath ve ark., 2004; Tirkeş, 2012). Gebe kadınların gebelik

sonuçları için önemli olan sağlık uygulamaları prenatal dönemde sorgulanmalı ve olumsuz sağlık davranışı olan gebelerin sağlık davranışlarının geliştirilmesine yönelik müdahaleler başlatılmalıdır (Lindgren, 2005).

Prenatal bağlanma Muller tarafından anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen temel ilişki şeklinde tanımlanmıştır (Muller, 1993). Bu konuda yapılan çalışmalar sonucu elde edilen temel bilgiler bağlanmanın doğumdan çok daha önce başladığını göstermiştir (Yılmaz ve Beji, 2010). Anne bebek bağlanmasını etkileyen dokuz faktörün olduğu söylenmiştir. Bunlar; gebeliği planlamak, gebeliği istemek, gebeliği kabul etmek, fetal hareketleri hissetmek, fetüsü bir birey olarak kabul etmek, doğum yapmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak ve bebeğe bakım vermek olarak sıralanmıştır. Bu faktörlerin ilk beşi doğum öncesi dönemi kapsaması prenatal dönem bağlanmanın önemini vurgulamaktadır (Elkin, 2015). Gebelik sırasında fetüs ile konuşma, karnına dokunması ve karnını sakınması gibi geniş bir spektrumda bağlanma davranışları ortaya çıkar (Pillitteri, 2010). Gebelikte olumlu sağlık davranışlarının benimsenmesi maternal-fetal bağlanmayı arttırdığına dair veriler bulunmaktadır (Lindgren, 2001, 2003; Alhusen, 2012; Balaban, 2016). Yüksek düzeyde prenatal bağlanma sergileyen kadınlar gebelik sırasında daha iyi bir öz bakım davranışı gösterir ve daha iyi sağlık uygulamaları sergilerler. Buna karşın zayıf prenatal bağlanma düzeyine sahip kadınlar gebelik sırasında iyi sağlık uygulamalarına yetersiz/zayıf uyumları nedeni ile sağlık problemleri olan bebek doğurma olasılıkları daha yüksektir (Alhusen, 2012).

Yetersiz anne bakımı perinatal mortaliteye neden olabilir. Erken doğum veya intrauterin büyüme geriliğine bağlı düşük doğum ağırlığı yenidoğan ve süt çocuğu mortalitesi ile ilişkili en önemli faktördür. Düşük doğum ağırlıklı (<2500 gr) yenidoğanlarda mortalite normal ağırlıktakilere nazaran 40 kat daha yüksektir. Bu bebeklerin kısa ve uzun vadede kognitif gelişme ve büyüme geriliği, gastrointestinal problemler, solunum problemleri ve obezite gibi hastalıklara daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Goldenberk ve Culhane, 2007). Bunun dışında düşük sosyoekonomik durum, yetersiz beslenme, sigara içme, alkol veya ilaç/uyuşturucu kullanımı, öncesinde düşük doğum ağırlığı olan bebeği olma, anemi, anne yaşının 18'den küçük veya 35'den

büyük olması, doğum sayısının fazla olması, kısa boy ve gebelikte malnutrisyon düşük doğum ağırlığı için risk faktörleridir (Cortés Castell ve ark., 2013).

Prenatal bağlanma ve gebelikte sağlık uygulamaları düzeyi ile doğum sonuçları arasındaki ilişkiyi inceleyen çok kısıtlı çalışma bulunmaktadır (Lindgren, 2001, 2003; Alhusen ve ark., 2012; Balaban, 2016; Maddahi ve ark., 2016). Balaban (2016) çalışmasında prenatal bağlanma düzeyi ve gebelikte olumlu sağlık davranışları arasında pozitif bir korelasyon tespit etmiştir. İran'da yapılmış başka bir çalışmada ise gebelik sırasında prenatal bağlanma düzeyi ve sağlık uygulamaları ölçek puanının gebelik sonuçları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Maddahi ve ark., 2016). Bu tanımlayıcı çalışmada bir üçüncü basamak sağlık merkezinde takip edilen gebelerin sağlık uygulama pratiklerinin ve prenatal bağlanma düzeylerinin doğum sonuçları üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlandı.

Araştırma Soruları:

1- Gebelerin sağlık uygulamaları ile demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?

2- Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?

3- Gebelikte sağlık uygulamalarının gebelik sonuçları (Gebelik haftası, doğum yöntemi, doğum ağırlığı, doğum boyu) ile ilişki var mıdır?

4- Prenatal bağlanma düzeyi ve gebelik sonuçları (Gebelik haftası, doğum yöntemi, doğum ağırlığı, doğum boyu) arasında bir ilişki var mıdır?

5- Gebelikte sağlık uygulamaları ile prenatal bağlanma arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, kadın rahmi içinde bir veya daha fazla bebeğin oluştuğu döllenme ve doğum arasındaki dönemdir. Gebelik süresi ortalama son adet tarihinden itibaren 280 gün veya 40 haftadır. Fertilizasyondan sonraki ilk 8 hafta embriyonel dönem ya da organogenezis dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde hücrelerin hızlı artışı ile organlar ve sistemler oluşur. Embriyonel dönemden doğuma kadar geçen kısım ise fetal dönem olarak adlandırılır. Embriyonal dönemde oluşan organ ve sistemler bu dönemde gelişir ve olgunlaşır (Obrowski ve ark., 2006). Kadın vücudu, gebelik boyunca büyüyen ve gelişen fetusun gereksinimlerini karşılar. Bu süreç, annenin normal fizyolojik düzeni üzerine fetal büyümenin eklendiği bir olay olarak görülür. Gebelik süresince annenin, birçok sisteminde olduğu gibi metabolizma düzeninde ve beslenmesinde de değişiklikler olur (Taşkın, 2016).

2.2. Gebelikte Sistemik Değişiklikler

2.2.1. Gebelikte kadın üreme sisteminde değişiklikler

Gebelik sürecinde iç ve dış genital organlarda önemli değişiklikler gözlenir. Bu değişiklikler genelde hormonal değişiklikler ve uterus içinde büyüyen fetus ile ilişkilidir. Uterusta östrojen ve progesteron etkisi ile kas liflerinde ve endometriumda hiperplazi ve hipertrofi meydana gelir. Uterin vasküleritede de artış ile beraber gebelik öncesi yaklaşık 60 gr olan uterus gebelik sonunda yaklaşık 1000 gr ağırlığına ulaşır. Gebelikte yine östrojen ve progesteron etkisi ile serviksin kanlanması artar ve karakteristik olan koyu mavi bir renk alır. Hormonal etkiler ile vajinanın damarlanması dolayısı ile kanlanması artar ve servikste olduğu gibi mor ve ödemli bir görünüm alır. Vulva ve perinede damarlanmanın artması ve gelişen uterus basısı varis oluşumuna eğilim yaratır (Taşkın, 2016).

2.2.2. Gebelikte memelerde değişiklikler

Memeler gebelikte hormonal etkilere ikincil olarak şekil ve görünüm olarak değişirler. Östrojen meme kanallarında büyümeyi uyarırken, progesteron lob, lobul ve

alveolar gelişimi uyarır. Gebeliğin erken döneminde kadınlar memelerinde hassasiyeti, sızı ve dolgunluktan yakınabilirler. Memelerde gebeliğin 12. haftasından sonra tedricen artan bir şekilde kolostrum sekresyonu başlar (Taşkın, 2016).

2.2.3. Gebelerde kas-iskelet sisteminde değişiklikler

Gebelikte salgılanan östrojen ve relaksin, konnektif dokuyu etkileyip ligamentlerin gevşeterek eklem hipermobilitesine yol açar. Pelvik eklemlerin fibröz ligamentlerinde özellikle belirgin olan bu gevşeme, bu eklemleri yaralanmaya açık hale getirir. İlerleyen gebelikle birlikte vücudun ağırlık merkezi öne doğru yer değiştirir, bunun sonucunda lomber ve servikal lordoz artar. Sakroiliak, sakrokoksigeal ve pubik eklemlerin hareketliliği artar. Gebelikte kas-iskelet sistemindeki değişikliklerin meydana gelmesi beklense de bu değişikliklerden doğabilecek bel ağrısı, sırt ağrısı, karın kaslarında zayıflama, karpal tünel sendromu gibi sinir kompresyon sendromları ve pelvik taban disfonksiyonu gibi problemlerin göz ardı edilmemesi gerekir (Taşpınar, 2016).

2.2.4. Gebelikte deride değişiklikler

Gebelikte gebelerin yaklaşık %90'nında deride pigmentasyon artışı görülebilir. Bunun nedeni artan melanin stimulan hormon veya artan östrojen ve progesteronun melanositler üzerine olan uyarıcı etkisidir. Pigment artışı özellikle areolada, vulvada, linea albada (gebelikte bu hat *linea nigra* veya *linea fusca* adını alır) ve skarlar üzerinde belirgindir. Özellikle yüz gibi güneş gören yerlerde belirgin hiperpigmentasyon olabilir. Gebeliğin ikinci ve üçüncü üç aylarında yaklaşık olarak gebelerin %90'nında deride çatlamalar (striae distensea veya striae gravidarum) görülür. Bu çatlamalar genellikle gerilmenin en fazla olduğu karın, kalça ve meme derisinde olur. Tipik olarak gebelikten sonra gerilerler ve soluk renkli atrofik bantlar şeklinde kalırlar (Tyler, 2015).

2.2.5. Gebelikte kardiyovasküler sistemde değişiklikler

Gebeliğin erken dönemlerinden itibaren kardiyovasküler fizyoloji ve anatomide önemli değişiklikler olur. Bu değişikliklerin nedeni büyüyen fetüse gerekli oksijen ve enerji ihtiyacını karşılamak ve bu sırada gebelik ve doğumda anne için gerekli depoları oluşturmaktır. Uterus büyüdükçe diyafram yükselir, kalp uzun ekseninde rotasyon yaparak yukarı ve birazda sola doğru yer değiştirir. Kardiyak kapasite kardiyak kasın hipertirofisi ve kalp hacminin artışı ile ilişkili olarak artar. Gebelik sırasında istirahatte

kalp atım hızı dakikada 10-15 atım artar. Gebeliğin yedinci haftasından itibaren arteriyel kan basıncı azalmaya başlar. Bunun nedeni periferik vasküler direncin azalmasıdır (Taşpınar, 2016).

2.2.6. Gebelikte solunum sisteminde değişiklikler

Gebelik sırasında meydana gelen mekanik ve hormonal değişiklikler solunum sisteminde çok sayıda değişikliklere neden olur. Uterusun büyümesi ile birlikte göğüs kafesinin transvers çapı ve çevresi artar, diyafragma daha yukarıya yükselir ve subkostal açı genişler. Diafragmaya ait hareket artmış ve solunum daha az kostal ve daha çok diafragma tarafından gerçekleştirilir. Solunum hızı artar. Gebelerin yaklaşık %60-70'inde fizyolojik dispne denilen nefes darlığı gelişir. Üst solunum yolarında damarlanma artar, bunun sonucu olarak mukozalarda ödem ve hipermi gelişir. Larenkste ödem ve buna bağlı olarak ses kısıklığı gelişebilir (Taşpınar, 2016).

2.2.7. Gebelikte gastrointestinal sistemde değişiklikler

Gebelikte gastrointestinal sisteme ait belirtiler oldukça sık görülür. Gebelerin çoğunda ilk üç ayda başlayan ve gebelik süresince devam eden bir iştah artışı gözlenir. Gebelik sırasında belirli yiyeceklere karşı aşırı istek veya isteksizlik olabilir. Bulantı kusma erken gebelikte ortaya çıkar. Gebelikte artan progesteron etkisi ile alt özefagus sfinkter basıncının gebeliğin erken dönemlerinden itibaren gittikçe azaldığı gösterilmiştir. Bu basıncın azalması gebelikte mide yanması (pyrosis) şikayetinin esas nedenidir. Gebelikte sık görülen bir problem olan kabızlık, uterusun yarattığı mekanik bası, düz kas relaksasyonuna bağlı azalmış motilite ve artmış su emilimi gibi nedenlere bağlı olabilir (Taşpınar, 2016).

2.2.8. Gebelikte üriner sistemde değişiklikler

Gebelik boyunca sıvı tutulumunun, plazma ve intertisyel hacmin artması, hormonların etkileri, üriner sistemde değişikliklere neden olur. Böbreklerde, renal pelviste ve ureterlerde gebeliğin altıncı haftasından itibaren büyüme ve genişlemeler olur. Glomerüler filtrasyon hızı ve efektif renal kan akımı artar ve pollaküriye neden olur. Vajinanın gastrointestinal kanalın alt bölümü ile yakın komşuluğu olması, gebelikte ortaya çıkan glikozüri ve aminoasidürinin bakteriler için iyi bir besi yeri oluşturması üriner sistem enfeksiyonlarını kolaylaştırır (Taşpınar, 2016).

2.2.9. Gebelikte psikolojik değişiklikler

Gebelik kadının yaşamında önemli bir dönüm noktasıdır. Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur. Bu dönemi kadın yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak tanımlanır. Gebe kalan kadının ilk reaksiyonu değişik olabilir. Bazı kadınlar için gebelik yaşamda çok önemli ve mutlu bir olay olmasına rağmen bazıları için de üzüntü kaynağı olabilir. Gebeliğin ilk aylarında yaşanan hormonal değişimlerin de etkisiyle mide bulantısı, yorgunluk ve uyuma isteğinde artış görülebilir. Bu durum kadınların, gebelik için uygun zaman olup olmadığı konusunda tereddüt yaşamasına neden olabilir. Kadının bebeğinin normal ve sağlıklı olup olmayacağı, kendi sağlığı ile ilgili korkuları olabilir Bu nedenle ilk üç ayda zıt duygular yaşayabilmektedir. İkinci üç ayda yaşanan fiziksel değişiklikler, zıt duyguların ortadan kalkmasını hızlandırır. Çoğu kadın gebeliği kabullenmiş olur. Bu dönemde kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye hevesli olurlar. Yoğun olarak içe dönüklük, kendini beğenme, pasiflik, beden görünümündeki değişmeye bağlı utanma ya da gurur yaşarlar. Üçüncü üç ayda fiziksel rahatsızlıkların artması, doğum sırasında yaşanacak fiziksel rahatsızlıklar ve anne olmanın getireceği sorumluluklar, gebe kadının yeniden zıt duygular yaşamasına neden olur. Bu dönemde daha çok doğum ne şekilde olacak, bebek zarar görecek mi, iyi anne olabilecek miyim endişeleri yaşanabilir (Taşpınar, 2016).

2.3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları

İnsan yaşamının her döneminde çevresel etmenler kişinin sağlığını etkilemektedir. Bununla birlikte gebelik döneminde yaşanılacak sağlık sorunları hem kadını hem de bebeği etkileyebileceğinden ayrı bir önem taşımaktadır. Gebe kadınlar, gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere uyum gösterirken, bu süreci daha rahat ve sağlıklı geçirebilmek için sağlığını etkileyen bazı davranışlarında değişiklik yapmak durumunda kalabilirler. Gebelikte sağlık uygulamaları hem kendi sağlığı hem de fetüs/yenidoğan sağlığı üzerine etkileri olan aktiviteler olarak tanımlanabilir (Lindgren, 2005). Prenatal bakım alınması, sağlıklı beslenme ve uygun kilo alımı, düzenli fiziksel aktivite, ağız bakımı, gebelik ve doğum hakkında bilgi edinme, sigara içmeme, alkol ve uyuşturucu madde kullanmama, riskli seksüel davranışlardan kaçınma ve diğer

enfeksiyon hastalıklarından korunma gibi olumlu sağlık uygulamalarının iyi gebelik sonuçları açısından önemli olduğu tespit edilmiştir (Lowry ve Beikirch, 1998; Abrams ve ark., 2000; Clapp, 2000; Jeffcoat ve ark., 2001; Woods ve Raju, 2001; Zolotor ve Carlough, 2014).

Sağlık uygulamaları konusunda gebelere ve gebelik planlayan kadınlara danışmanlık hizmeti verilirken hemşire ve ebelere büyük sorumluluk düşmektedir.

2.3.1. Prenatal bakım

Toplum sağlığı çalışmalarının başlıca bileşenlerinden birini anne sağlığının iyileştirilmesi çabaları oluşturmaktadır. Ülkemizde bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından Üreme Sağlığı Programı yürütülmektedir. Gerçekleştirilen program kapsamında anne sağlığının ana bileşenlerini i) Doğum öncesi bakım, güvenli doğum ve doğum sonrası bakım için eğitim ve sağlık hizmetleri ii) Aile planlaması ve güvenli düşük hizmetlerinin sağlanmasıyla istenmeyen gebelik/düşüklerin önlenmesi ve sonlandırılması iii) Sevk mekanizmaları ile birlikte gebelik, doğum ve düşük komplikasyonlarının yönetimi oluşturmaktadır. Bu amaç ile anne adaylarına gebelik öncesi dönemde aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma, tetanos aşılaması konularında bilgi verilmesi, gebelikte hastalıkların erken tanı ve tedavisi (kronik hastalık, paraziter ve diğer enfeksiyonlar), beslenme, hijyen, fiziksel aktivite, cinsel yaşam, emzirme, doğum bilgisi konularında danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Ayrıca demir, folat ve D vitamini desteğinin sağlanması, gebelik komplikasyonlarının erken tanı ve yönetimi (örn, toksemi-pre/eklampsi, kanama ve düşük) gibi temel hizmetlerin etkinliğinin artırılmasının önemi vurgulanmaktadır (Türkiye Üreme Sağlığı Programı, 2007).

Güncel olarak ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin fazla olması sağlık personelinin gebelik boyunca anne adaylarına uygun beslenme, sigara içiciliğinin azaltılması, muhtemel gebelik ilişkili sağlık problemleri ve anne sütünün faydaları konusunda eğitim verilmesine olanak sağlamaktadır. Düzenli kontroller sırasında sağlık personeli gebelere ve bebeklerine faydalı olacak sağlıklı yaşam tarzını teşvik ederken gebelerin kilo değişimlerini, fetüsün gelişim sürecini takip eder ve gebelik ile ilgili çeşitli sağlık problemlerini tespit ederek tedavilerini sağlarlar. Bu neden ile kadınların

sağlık sistemine ve gebelik öncesi bakıma dahil olmaları nedeniyle gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sağlık davranışlarında olumlu değişiklikler yapacağını ön görmek makul bir tutumdur. Gelişmiş ülkelerde gebeler sıklıkla prenatal dönemde 7-12 kez sağlık personeli tarafından değerlendirilmesine rağmen birden fazla ülkeyi kapsayan bir çalışmada gebe ziyaretlerinin 4'e kadar düşürülmesinin gebelikle ilişkili olumsuz sonuçları artırmadığı bununla birlikte gebelerin takip ile ilgili tatminlerinde ılımlı bir azalma olduğunu göstermiştir (Dowswell ve ark., 2010). Uyumlu çalışan küçük ekiplerce sağlanan, kanıta dayalı bilgilendirme süreçlerinin olduğu daha az sayıda gebe takibinin prenatal eğitimi iyileştirdiği ve bakım ile ilgili daha fazla tatmin ile sonuçlandığı saptanmıştır (Hodnett, 2000).

Literatürde gebelik öncesi bakımın doğum ağırlığı gibi yenidoğan özelliklerine etkilerini araştıran çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Prenatal bakımın doğum ağırlığı üzerine etkilerinin ekonomik boyutunu farklı yöntemler ile araştıran çalışmalar çelişkili sonuçları bildirmektedir (Conway ve Deb, 2005; Evans ve Lien, 2005; Abrevaya ve Dahl, 2008; Reichman ve ark., 2009). Bununla birlikte prenatal bakımın maternal morbidite ve mortaliteyi azalttığı birkaç çalışmada gösterilmiştir (Acharya, 1995; McDonagh, 1996; Nizalova ve Vyshnya, 2010; Yan, 2017).

2.3.2. Gebelikte muayene ve rehberlik

Prenatal bakımın standart bileşenlerini ilk başvuruda pelvik muayeneyi içeren rutin fizik muayene, tüm başvurularda ağırlık ve kan basıncı ölçümü, 10-12. gebelik haftasından sonra Doppler USG ile veya 20 haftadan sonra fetoskop ile fetal kalp hızının oskültasyonu, 20 haftadan sonra fundus yüksekliği ve 36 haftada fetal pozisyonunun değerlendirilmesi oluşturur (Zolotor ve Carlough, 2014).

Başvuruda pelvik muayenenin yapılması üreme sistemi ile ilgili anormalliklerin saptanması ve cinsel yol ile geçen enfeksiyonların taranması için faydalıdır. Servikal smear testinin yapılması gebenin yaşına ve önceki smear test sonucuna göre önerilmelidir. Fakat gebelik için tekrar yapılmasına gerek yoktur (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009). Yenidoğanın anne sütü ile beslenmesi önemli bir konu olmasına karşın gebelikte meme muayenesi yapılmasını destekleyecek açık bir kanıt bulunmamaktadır. Bununla birlikte meme muayenesi anne sütü ile besleme

kaygıları veya problemlerin erkenden ortaya konulması konusunda proaktif bir yaklaşım olabilir (Lee ve Thomas, 2008). Gebelik öncesi ağırlık ve boy ölçümü ile vücut kitle indeksinin hesaplanması beslenme danışmanlığı için yol göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca obezite ve diyabet riski hakkında farkındalık yaratabilir (Thornton ve ark., 2009). Kan basıncının her vizitte ölçülmesi kronik hipertansiyon varlığını veya preeklampsi veya gestasyonel hipertansiyon gibi gebelik ilişkili sonradan gelişebilecek hipertansif hastalıkların tanı almasını sağlayacaktır (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008).

2.3.3. Gebelikte beslenme

Gebelikte gebe ve fetusun ihtiyacını karşılayacak yeterli enerji, protein, vitaminler ve mineralleri içeren sağlıklı beslenme sağlanmalıdır. Gebelik süresince sağlıklı kalabilmeleri ve aşırı kilo alımının engellenmesi için sağlıklı beslenme ve fiziksel olarak aktif olmaları konusunda gebe kadınlara danışmanlık hizmeti verilmesi önerilmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme düşük doğum ağırlıklı yenidoğan ve düşük riski gibi durumların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (World Health Organization, 2016).

Gebelikte çoğu kadın günlük kalori ihtiyacından 300-400 kcal fazlasına ihtiyaç duymaktadır. Bununla birlikte gebelik öncesi vücut ağırlığı ve beslenme durumuna göre kalori ihtiyacının bireyselleştirilmesi gerekmektedir (Zolotor ve Carlough, 2014). Dengeli bir beslenme sebze, meyve, et, balık, tam tahılları içermelidir. Fazla kilo alımının anne bebek morbiditesi ve mortalitesi ile ilişkili olduğu unutulmamalıdır. Gebelik başlangıcında vücut kütle indeksi (VKİ) < 18,5 kg/m^2 olan zayıf kadınların gebelikte 12,5-18 kg, VKİ 18,5-24,9 kg/m^2 olan normal ağırlıktaki kadınların 11,5-16 kg, VKİ 25-29,9 kg/m^2 olan kilolu kadınların 7-11,5 kg VKİ > 30 kg/m^2 olan şişman kadınların 5-9 kg almalarının amaçlanması önerilmektedir (Institute of Medicine, 2009). Özellikle obezite problemi yaşanılan toplumlarda gebelik dönemi sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının kazanılması için iyi bir fırsat olabilir.

Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde daha fazla olmak üzere dünya genelinde gebelerin %38,2'sinde anemi görüldüğü belirtilmektedir. Anemi demir, folik asit ve vitamin A eksikliği ile ilişkilidir. Ciddi anemi artmış maternal ve yenidoğan mortalitesi

ile ilişkilidir. Gebe kadınlardaki aneminin yaklaşık yarısının demir takviyesi ile tedavi edilebileceği hesaplanmaktadır.

Yetersiz kalsiyum alımının kemik sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra preeklampsi riskini artırdığı düşünülmektedir. Ayrıca vitamin E, C, B_6 ve çinkonun da artmış preeklampsi riski ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Teorik olarak gebelere vitamin ve minerallerden yeterli beslenmeleri gebelik ve yenidoğan sonuçlarını iyileştireceği düşünülmektedir (World Health Organization, 2016).

Ülkemizde Malatya ilinde yaptığı bir çalışmada gebelerin %81,2'sinin beslenme sorunları yaşadıkları ve %53,5'nin vitamin ve mineral desteği almadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada gebelerin %33,2'sinin öğün sayılarında bir artış olmadığı ve düzensiz beslendikleri bildirilmiştir (İrge ve ark., 2005).

Kayseri ilinde yapılmış bir çalışmada gebelerin özellikle et, yumurta, kuru baklagiller grubunda yetersiz tüketim oranının %86,7'yi bulduğu bildirilmiştir (Yavuz ve Aykut, 2014). Bu çalışmada gebelik öncesi fazla kilolu veya obez olan kadınların gebeliklerinde daha fazla kilo almaya eğilimli oldukları dikkati çekmiş.

Gebelerin, gebelikte toxoplazma, listeria ve salmonella gibi infeksiyöz etkenlerden korunmak için sebze ve meyvelerin tüketilmeden önce yıkanmasına özen göstermeli ve pastörize olmayan süt ürünlerinin tüketilmesinden kaçınmalıdırlar.

2.3.4. Gebelikte sigara kullanımı

Sigara kullanımı insan üreme evrelerinin tümünü etkilemektedir. Tütün ürünlerinin tüketimi hem kadın hem de erkek fertilitesini olumsuz etkiler. Gebelik döneminde sigara dumanına maruz kalmanın, ektopik gebelik, erken membran rüptürü, plasenta previa, düşük, ölü doğum, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, gestasyon haftasına göre küçük bebek ve yarık damak gibi doğumsal anomali riski ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Gebelikte ve gebelikten sonra sigara içen kadınların bebeklerinde ani bebek ölümü sendromu riski artmıştır. Bunun yanı sıra kadınların gebeliklerinde sigara dumanına pasif maruziyetleri de doğum ağırlığında hafif bir azalma ve düşük doğum ağırlıklı (< 2500 gr) bebek riskinde %22 kadar bir artış ile ilişkilidir (World Health Organization, 2013).

Sağlık çalışanları gebelerin aktif sigara içicilikleri ve sigara dumanına pasif maruziyetlerini antenatal tüm vizitlerinde sorgulamalıdır. Gebelere sigara ilişkili olası riskler hakkında bilgi verilmelidir. Sigara kullanımını bırakmaları ve pasif maruziyetten kaçınmaları konusunda gebeler ve beraber yaşadığı aile bireyleri teşvik edilmelidir.

2.3.5. Gebelikte alkol, uyuşturucu ve madde kullanımı

Ülkemizde gebelikte alkol, uyuşturucu ve madde kullanımı yaygın olmamakla beraber anne ve bebek için çeşitli sağlık ve sosyal problemlere neden olabilirler.

Gebelikte alkol kullanımı fetal alkol sendromuna neden olabilir. Ayrıca gebelikte alkol kullanımı spontan düşük, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, prematürite ve doğum defektleri ile ilişkilidir. Alkol, uyuşturucu ve madde kullanımı ayrıca bireylerin fonksiyonelliklerini ciddi şekilde bozarak sorumluluklarını yerine getirmelerine engel teşkil edebilir. Enjeksiyon şeklinde kullanılan uyuşturucular gebelere ve bebeklerinde HIV ve viral hepatitlerin bulaşma riskini artırmaktadır (World Health Organization, 2014).

Gebelik kadınlara, eşlerine ve aynı evde yaşadıkları diğer aile bireylerine alkol, uyuşturucu ve madde kullanımı konusunda tutum değişikliği için bir fırsat olabilir. Sağlık çalışanlarının bu konuda kadınlara yönelik olarak bilgilendirici, yol gösterici bir tutum takınmaları ve gerekli sosyal desteği almalarına yardımcı olmaları gerekir.

2.3.6. Gebelikte fiziksel aktivite

Gebelikte fiziksel aktivitenin sağlık açısından yararları, gebelikte aşırı kilo alımı, gestasyonel diyabet, preeklampsi, preterm doğum, varikoz ven gelişimi ve derin ven trombozu gibi gebelik ilişkili problemlerin riskini azaltmasıdır. Bunun yanında gebelikte yapılan fiziksel aktivitenin, halsizliği, stresi, anksiyete ve depresyonu azaltarak psikososyal yönden de iyilik halini etkileyen yararları bulunmaktadır (Evenson ve ark., 2014). Gebelikte gözlenen bel ve pelvik ağrıların önlenmesi veya azaltılması amacı ile gebelik dönemi boyunca düzenli egzersiz yapılması önerilmektedir (World Health Organization, 2016). Genel bir kanı olarak gebeliğinde aktif olan kadınların gebelik sonrası dönemde de aktif bireyler olduğu görülmektedir.

Gebelikte egzersize fizyolojik yanıt olarak kalp hızında, kalp atım hacminde, solunumda ve enerji tüketimindeki değişiklikler gebelik öncesi dönem ile karşılaştırıldığında daha fazla olmakta ve gebeliğin ilerleyen aşamalarında bu durum daha belirginleşmektedir (O'toole, 2003).

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimleri Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists), tüm sağlıklı gebelerin Amerikan Spor Hekimliği Birliğinin (American College of Sports Medicine) önerileri uyarınca fiziksel aktivitede bulunmaları gerektiğini belirtmektedir. Buna göre sağlıklı gebelerin haftanın mümkünse her günü, değilse çoğu gününde, en az yarım saat orta şiddette egzersiz yapması önerilmektedir (Yargıç ve ark, 2014). Kadınlar, denge kaybı ve fetal travma riskinin asgari düzeyde olduğu aktiviteleri tercih etmelidirler. Gebeler günlük olarak 30 dakika yürüyüş veya grup halinde her hafta yapılan kontrollü egzersizler yapabilirler. Egzersize yavaş tempo ile başlanmalı ve egzersiz sırasında sıra dışı bir yorgunluk veya zorlanma hissi varlığında egzersiz sonlandırılmalıdır (Evenson ve ark., 2014; Yargıç ve ark, 2014).

2.3.7. Gebelikte cinsel yolla bulaşabilen enfeksiyonlar

Cinsel yolla bulaşabilen enfeksiyöz etkenlerin, gebenin kendi sağlığının yanı sıra fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine de olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu nedenle gebe kadınların cinsel yolla bulaşabilen enfeksiyonlar ile ilgili tarama ve korunma yolları konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Bebeklerde doğumsal göz enfeksiyonu, zatüre ve erken doğum riski oluşturduğundan gebelerin Clamidya enfeksiyonları açısından taranması önerilmektedir. İnsan papilloma virüslerinin neden olduğu kondilomaların varlığı klinik olarak değerlendirilmelidir. Bölgesel veya birey bazlı risk artışı var ise gebe Gonorrhea açısından taranmalıdır. Gonorrhea, koryoamnionit, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve doğumsal göz enfeksiyonları ile ilişkilidir. Bebeğe dikey geçiş riski taşıdığından tüm gebelerin Hepatit B ve HIV açısından taranması önerilmektedir. Gebede hepatit B enfeksiyonu varlığında yenidoğan için aktif ve pasif bağışıklama gerekecektir. HIV enfeksiyonu söz konusu ise uygun tıbbi tedaviler uygulanacaktır. Sifiliz, bebekte doğumsal sifiliz riski oluşturduğundan gebeler taranmalıdır. Trichomonas enfeksiyonları için rutin bir tarama önerilmemekle beraber bu enfeksiyonun preterm doğum, erken

membran rüptürü ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olabileceği bilinmelidir (Zolotor ve Carlough, 2014).

2.3.8. Gebelikte periodontal hastalık

Gebelikte diş ve diş eti problemlerine (periodontal hastalık) sık gözlenmektedir. Gebelikle ilişkili kusma, değişen beslenme alışkanlıkları, hormonal değişimler diş ve diş etleri üzerine olumsuz etkiler oluşturabilir. Periodontal hastalıklar, artmış düşük doğum ağırlıklı bebek, preeklampsi ve erken doğum riski ile ilişkilendirilmektedir (Daalderop ve ark., 2018). İlk prenatal vizitte ağız muayenesi yapılmalı ve gebe ağız sağlığının önemi konusunda bilgilendirilmelidir. Her gün en az iki kere, gerekli durumlarda her yemekten sonra dişler florürlü diş macunu ile fırçalanmalıdır. Diş plakları yalnızca fırçalanma ile yeterince temizlenemediğinden diş ipi kullanımı da ihmal edilmemelidir (Mecdi ve Hotun, 2015). Bununla birlikte gebelikte yapılan periodontal tedavilerin gebelik ile ilgili sonuçları değiştirmediği gözlenmiştir (Michalowicz ve ark., 2006).

2.3.9. Doğum öncesi eğitim

Doğum öncesi eğitimin önemi konusunda farkındalık her geçen gün artmaktadır. Doğum öncesi eğitim ile anne ve fetüs sağlığında olumlu yönde iyileşme olmaktadır. Anne adayının doğum öncesi eğitim ile gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgisi artar ve yeni durumu ile baş etmesi kolaylaşır. Doğum öncesi eğitim bireysel eğitim veya grup eğitimi veya sınıflar biçiminde yürütülebilir (Taşpınar, 2016).

Doğum öncesi eğitim sınıflarının gebelikte sağlık davranışlarına, eşler arası ilişkiye ve annelik rolüne bağlanmaya olumlu etkilerini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Westney ve ark., 1988; Lumley ve Brown, 1993; Koehn, 2012). Ayrıca doğum öncesi eğitim sınıflarının doğumda annenin kendine güvenin artırdığı ve anksiyetesini azalttığı belirtilmektedir (Taşpınar, 2016). Doğum öncesi eğitimin doğum sonrası anne ve babaların birbirlerine desteği ve emzirme üzerine de olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Brown, 1993; Koehn, 2002; Lu ve ark., 2003).

2.4. Prenatal Bağlanma ve Etkileri

2.4.1. Bağlanma teorisi

Bağlanma teorisi ile bebeğin annesine veya bakımını üstlenen kişiye bağlanmasının, çocuğun yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğu öne sürülmüştür (Yılmaz, 2013). Olgunlaşan çocuğun ruhsal sağlığı ve bebeklik ve erken çocukluk döneminde annesi ile sıcak, samimi ve devamlı bir ilişki deneyimlemesi gerekmektedir. Bağlanma teorisini öne süren John Bowlby, özellikle yaşamın ilk üç yılında anne yoksunluğu yaşayan çocukların fiziksel ve ruhsal hastalık riskinde artış olduğunu vurgulamıştır (Bowlby, 1982). Daha sonra yapılan çalışmalar bebeklik dönemindeki bağlanma problemlerinin yaşamın sonraki dönemlerinde görülebilen psikolojik bozukluklar ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Lau ve ark., 1999; Latzer ve ark., 2002; Watt ve ark., 2005; Wedekind ve ark., 2013)

Bağlanma sistemi insan yaşamı gerekli biyolojik sistemlere benzerlik gösterir. Bebeklerin yaşamlarını sürdürebilmesi ve çevresel tehlikelerden korunması için bir bakıcıya (anne) gereksinim duyarlar (Yılmaz, 2013). Anne bebek bağlanması doğum ile değil prenatal dönemde başlamaktadır. İngiltere'de yapılmış bir çalışmada prenatal dönemde bebeğe bağlanması yetersiz olan gebelerde anksiyete, ruhsal hastalık ve depresyon, bebekten rahatsızlık duyma ve çocuk istismarı olasılığında artış olduğu bildirilmiştir (Pollock ve Percy, 1999). Bu durum bebeği ile prenatal bağlanma geliştirmiş bir kadının bebeğine bakım vermeye ilişkin bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak daha hazır olacağını göstermektedir.

2.4.2. Prenatal bağlanma

John Bowlby'ın insan bağlanmasına dair teorisi insan yaşamının birçok evresine birçok disiplin tarafından uygulanmıştır. Bu teori ilgili hem anne hem de babalar yönünden gebelik deneyiminde de incelenmiştir (Brandon ve ark., 2009). Prenatal anne-bebek bağlanması konusunda önemli sayıda araştırma yapılmıştır. Anne ile karnındaki bebek arasında bağlanma olduğuna dair önemli bir gözlem, bebeklerini doğum sırasında kaybeden annelerin çok yoğun bir yas yaşamalarıdır (Kennell ve ark., 1970). Annenin ölü doğmuş bebeği ile herhangi bir temasının olup olmamasının annenin yasını etkilememektedir. Bu durum kadınların doğum sonrası annelik rolü kazanması ve

yenidoğan ve anne arasında sağlıklı bir ilişkinin gelişmesi için prenatal dönemin önemine işaret etmektedir (Yörük ve ark, 2016).

Bu bağlamda kadınların doğum öncesi dört özel görevi olduğu öne sürülmüştür. Bunlar hem bebeği hem de kendisi için gebelikten doğuma güvenli bir geçiş yapabileceği yerleri arama, bebeğin diğer bireyler tarafından özel ve önemli olarak kabul edilmesini sağlama, bebeğe bağlanma ve kendini bebeğe adamadır (bebeğe hazır olma, kıyafetler alma, odasını hazırlama). Annelik rolünün kazanılmasında; doğum öncesi bakım almama veya bakım almaya zamanında gitmeme, sigara içme, alkol veya zararlı madde kullanma, emniyet kemeri takmama gibi riskli davranışlarda bulunma, kadın veya eşinin bebeğin cinsiyetine çok önem vermesi, önceki gebelik kayıpları, prematüre doğum yapmak, istenmeyen gebelik, travmatik doğum yapma gibi olaylar ve davranışlar risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Rubin, 1976).

Düşük, ölü doğum ve neonatal ölüm sonucu bebeklerini kaybeden 65 kadını inceleyen bir çalışmada, anne-bebek bağlanmasının yenidoğan döneminde değil prenatal dönemde başladığı öne sürülmüştür. Aynı çalışmada annenin bebeğine bağlanmasına katkıda bulunan dokuz olaydan bahsedilmiştir. Bunlar; gebeliği planlamak, gebeliği istemek, gebeliği kabul etmek, fetal hareketleri hissetmek, fetüsü bir birey olarak kabul etmek, doğum yapmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak ve bebeğe bakım vermektir. Bu olaylardan ilk beşinin doğum öncesi dönemde meydana geldiği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, gebelikte anne-bebek bağlanmasının oluşmasında annenin fetüsü kendinden farklılaştırarak bir birey olarak algılaması, fetüs ile etkileşime girmesi, fetüsün özelliklerini yorumlaması ve kendini adamasının önemli olduğu vurgulanmıştır (Peppers ve Knapp, 1980).

Prenatal bağlanma “anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen eşsiz bir ilişki” olarak tanımlanmıştır (Muller, 1993). Bununla beraber bu durumun “gebe kadın ve doğmamış çocuğu arasında normal olarak gelişen bir bağ veya bağlılık” olarak tanımlamaları mevcuttur. Çalışmalar gebenin kendi annesi ile olan duygusal ilişki ve yakınlığının bebeği ile olan prenatal bağlanma düzeyini etkilediğini ortaya koymuştur (Siddiqui ve ark., 2000). Yapılan çalışmalarda gebelik ilerledikçe fetüs ile etkileşimin artması sonucu bağlanmanın artığı bildirilmiştir (Bloom, 1995; Yılmaz ve Beji, 2010).

Özellikle ikinci üç ayda fetal hareketlerin hissedilmesi bağlanmayı artırmaktadır (Bloom, 1995).

2.4.3. Prenatal bağlanma ile ilişkili faktörler

Lerum ve LoBiondo-Wood (1989) tarafından 80 gebe kadının değerlendirildiği bir çalışmada gebeliğin planlanmış olması, ultrason ile bebeğin görülmesi, gelir düzeyi ve fetal hareketlerin varlığı prenatal bağlanmayı etkileyen faktörler olarak saptanırken, anne yaşı ve gebeliğin fiziksel semptomlarının etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Doğumdan önce yapılan görüşmeler ile ilk kez ebeveyn olan bireylerin bebeklerine karşı tutumlarının belirlenmeye çalışıldığı bir çalışmada, gecikmiş bağlanmanın bulantı, kusma gibi hoş olmayan gebelik belirtileri ve eşlerin ilgi veya destek eksikliği ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lumley, 1982). Ayrıca doğum öncesi dönemde depresyon varlığında bağlanmanın azaldığı ve olumlu sağlık davranışları artıkça bağlanmanın arttığı saptanmıştır. Yapılmış diğer bir çalışmada major depresyon varlığında prenatal bağlanmanın azaldığı; fakat antidepresan kullanımı veya anksiyete ile prenatal bağlanmanın ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir (McFarland ve ark., 2011). Prenatal bağlanma düzeyinin kadınlarda postpartum depresif belirtiler ve anksiyete ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Gaffney, 1986; Condon ve Corkindale, 1997; Priel ve Besser, 1999; Lindgren, 2001). Gebelikte kuvvetli anne-bebek bağlanması ile gebelikte olumlu sağlık davranışı sergileme, tütün, alkol ve yasal olmayan ilaçlardan kaçınma, doğum öncesi bakım alma ve bakıma katılma, sağlıklı beslenme ve uyku alışkanlığı, uygun egzersizler yapma, emniyet kemeri kullanma, gebelik, doğum ve bebek bakımı hakkında daha fazla bilgi edinmeye çalışma arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Lindgren, 2001; 2003).

Mikhail ve ark. (1991) tarafından 28 ve 32. gebelik haftaları arasında olan 213 komplikasyonsuz gebede yapılmış randomize kontrollü bir çalışmada, bir ay fetal hareketlerin sayılmasının prenatal bağlanmayı artırdığını bildirmişlerdir. Yapılan diğer bir çalışmada ise prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan kadınların fetal hareketleri daha fazla algıladıkları belirlenmiştir (Zeanah ve ark., 1990). Yirmi altı çift ile yapılan bir çalışmada gebeliğin üçüncü üç ayında prenatal farkındalık düzeyi incelenmiş ve bazı katılımcılar bebeklerinin belirli sesleri duyduğunda karınlarını tekmeleyerek, kolunu

veya ayağını gererek veya hareketini artırarak/azaltarak aktif olarak kendileriyle iletişime girdiğini bildirmiştir (Stainton, 1990). Gebelik esnasında ultrason kullanımı sonucu bebeğin gözle görülebilir olmasının, annenin bebeği bir birey olarak farklılaştırma yeteneğini artırdığı ileri sürülmüştür (Lumley, 1990). Bu bulgunun aksine prenatal tarama yöntemlerinin bağlanmayı bir miktar artırdığı, fakat ultrason veya kan tahlili yapılarak gerçekleştirilen taramalar arasında bağlanma bakımından bir fark olmadığını bildiren çalışmalar da vardı (Kleinveld JH ve ark., 2007).

Bağlanmayı etkileyebilecek diğer faktörler incelendiğinde; yapılan bazı çalışmalarda parite ile bağlanma arasında bir ilişki bulunmazken (Condon ve Esuvaranathan, 1990; Berryman ve Windridge, 1996), Yılmaz ve Beji'nin (2010) çalışmasında primiparların bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yardımcı üreme teknikleri kullanılarak gebe kalan kadınların uzun süre bebek sahibi olmayı beklemeleri ve arzu etmeleri sebebiyle, bağlanma düzeylerinin yüksek olabileceği düşünülebilir; fakat Hjelmstedt ve ark. (2006) doğal olarak gebe kalanlar ile aralarında bir fark olmadığını saptamıştır. Fakat taşıyıcı annelerin bağlanama düzeylerinin, kendi bebeğini dünyaya getirecek annelerden daha düşük oluğu bildirilmiştir (Fischer ve Gillman, 1991). Bu durum taşıyıcı annelerin bebeklerinden ayrılacaklarını bildiği için bağlanmaktan özellikle kaçındıkları şeklinde yorumlanabilir.

Prenatal kayıp yaşayan kadınların bir sonraki gebeliklerinde anksiyetelerinin arttığı ve yoğun bir biçimde bebeğini kaybetme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu durumun kadında yeni bebeğe bağlanmada güçlük meydana getirdiği belirlenmiştir (Armstrong ve Hutti, 1998; Wallerstedt ve ark., 2003). Fakat bu sonuçların aksine bazı çalışmalarda önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebeler arasında prenatal bağlanma düzeyleri bakımından fark olmadığı bildirilmiştir (Armstrong, 2002, 2004; Yılmaz ve Beji, 2013).

2.4.4. Prenatal bağlanmada ebe ve hemşirelerin rolü

Yüksek prenatal bağlanma düzeyinin anne ve bebek sağlığı açısından olumlu etkisi göz önünde bulundurularak gebelik döneminde yetersiz bağlanma riski taşıyan anneleri saptamak ve kadını anneliğe hazırlamak için uygun girişimlerde bulunmak önemlidir (Yılmaz, 2013). Her ne kadar bazı girişimlerin prenatal bağlanmayı artırdığı bildirilmiş

ise de bu konuda aydınlatılması gereken pek çok nokta bulunmaktadır. Bununla birlikte istenmeyen veya planlanmamış gebeliklerin prenatal bağlanmayı azalttığı bilinmektedir. Bu sebeple ebe ve hemşirelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacı ile etkin bir aile planlaması danışmanlığı hizmeti verilmesinde aktif rol alması önemlidir. Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıkların bağlanmayı etkilediği göz önünde bulundurularak, gebe kalmayı planlayan kadınların depresif belirtiler ve diğer psikiyatarik sorunlar bakımından değerlendirilip risk altındaki kadınların uygun tedavi için yönlendirilmesi gerekmektedir. Kadınlara gebe kaldıktan sonra bebekleri ile konuşmaları, onlara dokunmaları, hareketlerini hissettikten sonra saymaları tavsiye edilebilir (Yılmaz, 2013). Gebeler ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış Prenatal Bağlanma Envanteri kullanılarak değerlendirilebilir ve risk altındaki kadınlar erken dönemde belirlenebilir (Yılmaz ve Beji, 2013).

Özellikle ilk bebeklerini bekleyen anne ve baba adayları özgüvenleri ve bebek bakımı konusundaki yetkinliklerinin artırılması amacıyla doğum öncesi hazırlık sınıflarına yönlendirilebilir. Fakat ülkemizin genelinde doğum öncesi hazırlık sınıfları etkin kullanılamadığı için antenatal bakımı yürüten ebe ve hemşirelere, gebelere bebek maketi kullanarak bebek bakımını öğretmeleri, emzirme eğitim ve danışmanlığı vermeleri önerilebilir. Bağlanmanın güvenli bir biçimde kurulmasında ebeveynlerin aile, arkadaş ve çevrelerinden gördüğü destek de büyük öneme sahiptir. Ebe ve hemşirelere; gebelerin sosyal destek sistemlerini değerlendirerek hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde karşılaştığı güçlüklerle baş etmesinde yardımcı olabilecek bireyleri sürece dahil etmesi önerilebilir. Ek olarak bağlanma sürecini daha iyi anlamamıza yönelik; gebe kadınların erken ebeveynlik deneyimleri, fetüsü algılamak için bilişsel kapasitesi, erişkin bağlanma tarzı, sosyal destek düzeyi, perinatal depresyon düzeyi, anksiyete ve doğum sonu bağlanma durumu, yüksek riskli gebeliklerde bağlanma durumları, gamet bağışı sonucu gebe kalan kadınlarda bağlanma düzeyleri veya taşıcı anneliğin bağlanmaya etkisi gibi konularda araştırmaların yapılması önerilebilir (Yılmaz, 2013).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma, kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, gebelikte sağlık uygulamaları ve prenatal bağlanma düzeyinin doğum sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlandı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma Elâzığ ilinde Fırat Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalı Gebe polikliniğinde Mayıs – Aralık 2018 tarihleri arasında yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini Fırat Üniversitesi Hastanesi gebe polikliniğine başvuran 33. gebelik haftasını doldurmuş tüm gebeler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise verilerin toplandığı tarih aralığında Fırat Üniversitesi Hastanesine başvuran 33. gebelik haftasını doldurmuş 250 gebe oluşturmuştur.

3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1- On sekiz ve üzeri

2- Türkçe iletişim kurulan,

3- Herhangi bir iletişim problemi olmayan,

4- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

5- Gebelik haftası ≥ 33 olması

6- Yenidoğan verilerine ulaşılabilinen

3.6. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1- On sekiz yaşından küçük olmak

2- Türkçe konuşamamak

3- İletişim problemi olması

4- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

5- Yenidoğan verilerine ulaşılamama

6- Çalışma kapsamındaki tüm ölçek sorularına yanıt vermeme

3.7. Veri Toplama Araçları

3.8. Gebe ve Yenidoğan Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Formu

Araştırmada veri toplamak amacıyla, ilgili literatür doğrultusunda gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin veri formu kullanıldı. Bu form gebelerin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerine, evliliklerine ve gebeliklerine ilişkin bilgilere dair toplam 44 soru içermektedir. Buna ek olarak yenidoğan özelliklerine dair 5 sorulu yenidoğan veri formu bulunmaktadır Araştırmada kullanılan gebe tanıtımı formu ve yenidoğan veri formu ekte bulunmaktadır (Ek A)

3.8.1. Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği (GSUÖ)

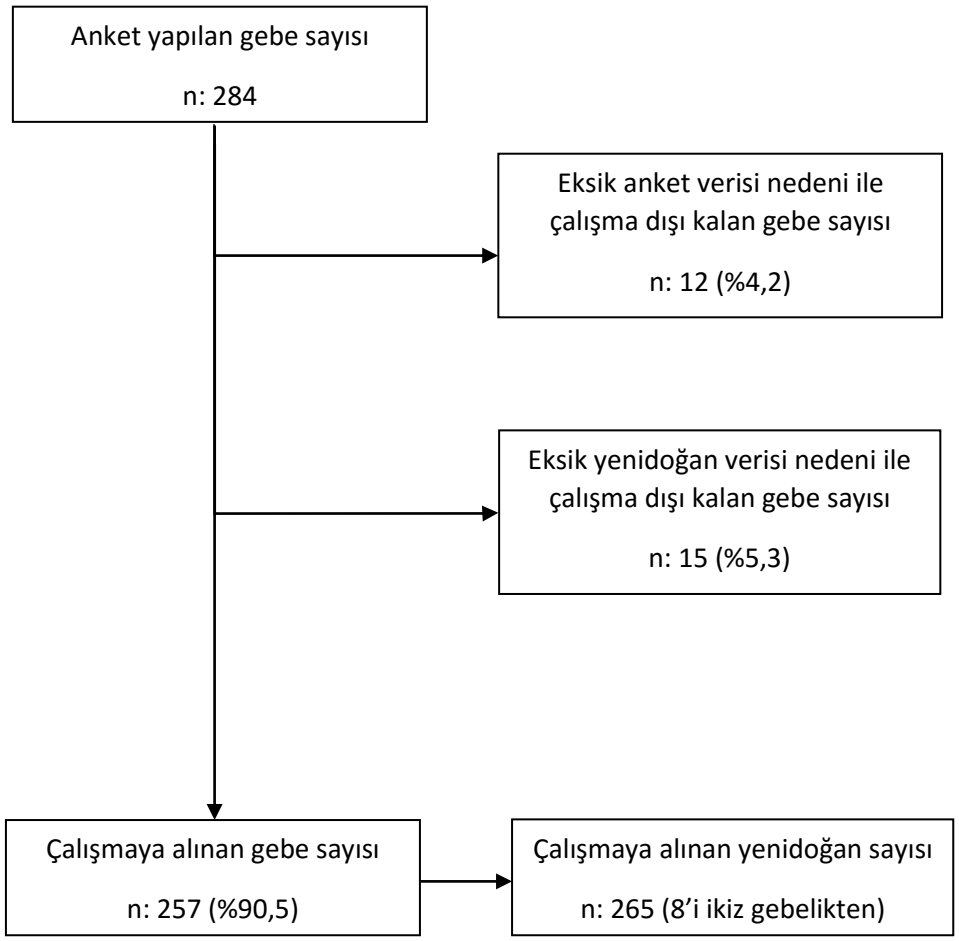
Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ, Health Practice Questionnaire- II-HPQ-II), gebelik sonuçlarıyla ilgili sağlık uygulamalarını gebelik süresince değerlendirmek amacıyla Kelly Lindgren tarafından geliştirilmiştir (Lindgren, 2005). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Er ve Şirin (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 1. ile 16. maddeler arası "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişen 5'li likert tipi yanıt seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekteki 17. maddeden 33. maddeye kadar olan sorular için uygun beşer seçenek verilmiştir. Ölçekte bulunan 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 28, 29, 30 ve 31. maddedeki seçenekler sırası ile 1'den 5'e ve 5, 6, 7, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 32 ve 33. maddelerde seçenekler ise sırası ile 5'ten 1'e puanlandırılmaktadır. Bütün maddelerin toplamından genel puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 33, en yüksek puan 165'tir. Yüksek puan alma, gebeliğe pozitif etkisi olan olumlu sağlık davranışını ifade etmektedir. Türkçe geçerlilik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.74 olarak saptanmıştır (Er ve Şirin, 2007). Araştırmada kullanılan gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği ekte bulunmaktadır (Ek B).

3.8.2. Prenatal bağlanma envanteri (PBE)

Prenatal bağlanma envanteri Mary E. Muller tarafından geliştirilmiştir (Muller, 1993) ve Yılmaz ve Beji (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Özel olarak prenatal bağlanmayı değerlendiren ölçek, kısa sürede doldurulabilir, uygulaması kolay 21 kısa maddeden oluşmaktadır. Likert tipi 4'lü ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Elde edilen puanın düşük olması prenatal bağlanmanın az olduğunu, puanın yüksek olması prenatal bağlanmanın fazla olduğunu göstermektedir. Yılmaz ve Beji (2013) ölçeğinin toplam Cronbach alfa katsayısını 0.84 olarak belirtmişlerdir. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dörtlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Puanlama sistemi 1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Her zaman şeklindedir. Araştırmada kullanılan PBE ekte bulunmaktadır (Ek C).

3.9. Tezin Veri Toplama Süreci

Bu çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesine başvuran 33. gebelik haftasını dolduran poliklinikte antenatal bakım alan ve doğumunu Fırat Üniversitesi Hastanesinde yapmayı planlayan 284 gebe alındı. Gebelere Gebe Tanıtım Formu, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği, Prenatal Bağlanma envanteri uygulandı. Gebelik sonuçlarına dair sağlık verileri (Gestasyonel doğum haftası, yenidoğanın doğum ağırlığı, doğum boyu, bebeğin cinsiyeti 1. ve 5. dakika Apgar skorları) medikal kayıtlardan alındı. Araştırmada kullanılan ölçeklerdeki tüm soruları yanıtlamayan 12 ve yenidoğan verilerine ulaşılamayan 15 gebe çalışma dışı bırakıldıktan sonra 257 gebenin ve 8'i ikiz gebelikten 265 yenidoğanın verileri analize dahil edildi (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Çalışmaya alınan gebelerin seçilme akış şeması

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma (SS), yüzde, minimum ve maksimum değerler kullanarak verildi. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grupların büyüklüğüne göre Shapiro-Wilk veya Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında t-test veya One-way Anova, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenler için Mann Whitney U veya Kruskal Wallis analizi yapıldı. Çoklu grupların karşılaştırılmasında istatistiksel fark saptanması durumunda Pairwaise veya Post-Hoc uygulandı. Sürekli değişkenler arasında Pearson korelasyon analizi yapıldı. İstatistiksel olarak $p<0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. Gebelikte sağlık uygulamaları

ölçeği ve prenatal bağlanma envanterinde gebelerin ifadelerinin güvenirliliği değerlendirmek için Cronbach Alfa katsayısı hesaplandı. İstatistiksel değerlendirme için IBM SPSS Statistical software (Version 22, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanıldı.

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Kesitsel olarak planlanan bu çalışma tek bir üniversite hastanesinde takip edilen gebelerde yapılmış olduğundan sonuçlar tüm toplumdaki gebelerle genelleştirilemez.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Fırat Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gereken Etik Kurul İzni alındı (Ek D). Etik kurul izni sonrası çalışmanın yapılacağı Fırat Üniversitesi Hastanesi idaresi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı bilgilendirilerek, çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izin alındı (Ek E). Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı onam alındı (Ek F). Araştırmada kullanılan GSUÖ ve PBE'i için Türkçe geçerlilik çalışmalarını yapan yazarlardan e-posta ile izin alındı (Ek F).

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile GSUÖ ve PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 257)

	n	%	GSUÖ puanı Ortalama±SS	p_1	PBE puanı Ortalama±SS	p_2
Yaş grubu						
≤ 19 yaş	7	2,7	116,9±8,6	0,215‡	61,1±12,6	0,286‡
20-24 yaş	35	13,6	117,3±15,3		65,9±11,1	
25-29 yaş	87	33,9	123,3±12,3		65,2±10,2	
30-34 yaş	69	26,8	122,9±14,0		64,9±11,2	
≥ 35 yaş	59	23,0	122,5±13,0		62,1±10,5	
Evlilik yaşı						
≤ 19 yaş	68	26,5	117,7±11,1	**<0,001**‡	60,5±11,6	**0,006**‡
20-24 yaş	95	37,0	120,1±13,2		65,0±10,3	
25-29 yaş	70	27,2	128,2±12,9		65,8±9,9	
≥ 30 yaş	24	9,3	123,8±15,4		68,8±9,6	
Evlilik süresi						
≤ 2 yıl	85	28,0	123,4±14,4	0,209§	67,3±10,4	**0,001**§
3-5 yıl	64	24,9	122,4±12,4		65,0±10,5	
6-10 yıl	67	26,1	122,9±13,7		64,5±9,9	
≥ 11 yıl	72	21,0	118,6±12,4		59,6±11,0	
Eğitim düzeyi						
Okur-yazar değil	15	5,8	113,8±16,6	**<0,001**‡	56,6±12,4	**0,001**‡
İlköğretim	125	48,7	117,7±11,3		63,1±10,2	
Lise	54	21,0	121,7±12,6		64,8±10,8	
Üniversite ve üstü	63	24,5	132,7±10,8		68,4±9,8	
Çalışma durumu						
Çalışıyor	36	14,0	131,5±10,9	**<0,001***	69,7±9,5	**0,001***
Çalışmıyor	221	86,0	120,5±13,1		63,5±10,7	
Aile tipi						
Çekirdek aile	219	85,2	123,1±12,3	**0,012***	65,1±10,1	**0,032***
Geniş aile	38	14,8	115,5±17,2		60,2±13,0	
Yaşadığı yer						
Köy	20	7,8	115,3±14,4	**0,011**‡	65,4±10,4	0,645‡
İlçe	55	21,4	119,3±13,5		63,3±11,8	
İl	182	70,8	123,6±12,9		64,6±10,4	

* Student's t-test, § One-way ANOVA test, ‡ Kruskal Wallis test

Tablo 4.1. (Devamı) Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile GSUÖ ve PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 257)

	n	%	GSUÖ puanı Ortalama±SS	p_1	PBE puanı Ortalama±SS	p_2
Eşin eğitim düzeyi						
Okur-yazar değil	4	1,6	103,0±20,1	**<0,001**‡	59,0±19,3	0,110‡
İlköğretim	98	38,1	117,6±10,4		63,0±11,2	
Lise	74	28,8	122,5±14,5		64,0±9,2	
Üniversite ve üstü	81	31,5	127,8±12,6		66,7±10,8	
Eşin iş grubu[2]						
İşçi	116	45,1	119,0±13,6	**<0,001**§	63,4±11,3	0,161§
Serbest meslek	85	33,1	121,9±12,4		64,3±9,2	
Memur	56	21,8	124,8±10,0		66,7±11,4	
Gebenin gelir durumu algısı						
Geliri giderinden fazla	20	7,8	124,1±13,5	**0,011**‡	67,4±9,9	0,073‡
Geliri giderinden eşit	169	65,8	123,6±12,0		65,1±9,9	
Geliri giderinden az	68	26,5	117,4±15,5		61,6±12,4	
Eşin kadına ev işlerinde yardımı						
Çok	58	22,6	128,8±13,6	**<0,001**§	68,7±8,9	**<0,001**§
Orta	93	36,2	123,0±12,9		64,9±11,1	
Az-Yok	106	41,2	117,5±11,9		61,6±10,5	

* Student's t-test, § One-way ANOVA test, ‡ Kruskal Wallis test

Tablo 4.1'de gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile GSUÖ ve PBE Puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Gebelerin %33,9'u 25-29 yaş aralığında, %37' sinin evlilik yaşı 20-24 yaş aralığında olup %28'inin evlilik süresi 2 yıldan azdı. Gebelerin yaklaşık yarısı (%48,6) ilköğretim mezunu olduğu, büyük çoğunluğunun (%86,0) gelir getirici bir işte çalışmadığı ve il merkezinde (%70,8) çekirdek tip aile ortamında (%85,2) yaşadıkları saptandı. Gebelerin aile gelir durumu konusundaki algısı değerlendirildiğinde, %65,8'i gelirinin giderine eşit olduğunu, %26,5'i gelirinin giderinden az olduğunu ve %7,8'i gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etti.

Gebelerin evlilik yaşının ve eğitim düzeyinin yüksek olması, ayrıca gelir getirici bir işte çalışıyor olmak, çekirdek tipi aile tipinde yaşıyor olmak ve daha büyük yerleşim

yerinde yaşıyor olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Evlilik yaşı gruplarına göre alt grup analizi yapıldığında en yüksek GSUÖ puan ortalamasının olduğu 25-29 yaş grubunun <19 yaş ve 20-25 gruplarından istatistiksel olarak daha yüksek puana sahip olduğu saptandı (sırası ile $p<0,001$ ve $p=0,001$). Eğitim düzeyi gruplarına göre alt grup analizi yapıldığında en yüksek GSUÖ puan ortalamasına sahip üniversite ve üstü eğitim düzeyi grubunun, eğitim düzeyi daha düşük gruplarından istatistiksel olarak daha yüksek puana sahip olduğu belirlendi ($p<0,05$). Yaşadığı yerleşim yerine göre alt grup analizi yapıldığında, gruplar arasında farkın köyde yaşayanların ilde yaşayanlardan daha düşük GSUÖ puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edildi ($p<0,05$).

Ayrıca gebelerin eşlerinin eğitim düzeyinin yüksek olması, gebenin eşinin daha vasıflı bir işinin olması, ailenin gelir durumunun daha iyi olması ve gebenin eşinin ev işlerine daha fazla sorumluluk alması daha yüksek GSUÖ puanı ile ilişkili olduğu gözlendi ($p<0,05$). Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyine göre alt grup analizi yapıldığında; eşleri üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip gebelerin, eşinin eğitim düzeyi lise ve altı olan gebelerden istatistiksel olarak daha yüksek GSUÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirlendi ($p<0,05$). Eşlerin meslek gruplarına göre alt grup analizi yapıldığında; eşi memur olan gebeler, eşinin mesleği işçi veya serbest meslek olanlar ile karşılaştırıldığında GSUÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı (sırası ile $p < 0,001$ ve $p=0,009$). Ailenin gelir durumuna göre alt grup analizi yapıldığında; istatistiksel farkın gelirinin giderine eşit olduğunu ve gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden gruplarından kaynaklandığı tespit edildi. Eşin kadına ev ilerinde yardımına göre alt grup analizi yapıldığında tüm alt gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında GSUÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu görüldü ($p<0,05$)

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinden evlilik yaşının ve süresi, eğitim düzeyinin yüksek olması, gelir getirici bir işte çalışıyor olmak ve çekirdek aile tipine yaşıyor olmak daha yüksek PBE puanı ile ilişkili olduğu hesaplandı ($p<0,05$). Evlilik yaşı gruplarına göre alt grup analizi yapıldığında en düşük PBE puan ortalamasının olduğu <19 yaş grubunun 25-29 yaş ve ≥30 yaş gruplarından istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu saptandı (sırası ile $p=0,042$ ve $p=0,013$). Evlilik süresine göre

alt grup analizi yapıldığında en düşük PBE puan ortalamasının olduğu ≥30 yaş grubunun ≤2 yıl ve 3-5 yıl gruplarından istatistiksel olarak daha düşük puana sahip oldukları görüldü (sırası ile p<0,001 ve p=0,029). Eğitim düzeyi gruplarına göre alt grup analizi yapıldığında en yüksek PBE puan ortalamasına sahip üniversite ve üstü eğitim düzeyi grubunun liseden daha düşük eğitim düzeyi gruplarından istatistiksel olarak daha yüksek puana sahip olduğu görüldü (p<0,05).

Ayrıca gebenin eşinin ev işlerine daha fazla sorumluluk olması daha yüksek PBE puanı ile ilişkili olduğu gözlendi (p<0,05) (Tablo 4.3). Eşin kadına ev ilerinde yardımına göre alt grup analizi yapıldığında istatistiksel farkın eşi ev işlerine yardımı çok ve az-yok grupları arasında olduğu tespit edildi (p<0,001).

Tablo 4.2. Gebelerin Yaş, Evlilik Yaşı, Evlilik Süresi ve Gebelik Haftası Ortalamaları (n: 257)

	Ortalama±SS	**Min- Max. Değerleri**
Yaş (yıl)	29,6±5,3	18 - 40
Evlilik yaşı (yıl)	23,0±4,7	14 - 39
Evlilik süresi (yıl)	6,58±5,33	0,8 - 22
Gebelik haftası	36,0±2,2	33 - 41

Tablo 4.2'de çalışmaya alınan gebelerin yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi ve gebelik haftası ortalama değerleri sunuldu. Gebelerin yaş ortalaması 29,6±5,3 **(**18 - 40 yaş), ortalama evlilik yaşı 23,0±4,7 (14 - 39 yaş), evlilik süreleri 6,58±5,33 (0,8 - 22 yıl) ve gebelik haftaları 36,0±2,2 (33 - 41) olarak saptandı.

Tablo 4.3. Gebelerin Mevcut Gebeliğine İlişkin Özellikler ile GSUÖ ve PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 257)

	n	%	GSUÖ puanı Ortalama±SS	p_1	PBE puanı Ortalama±SS	p_2
Gebelik sayısı						
Primigravida	69	26,8	125,4±14,3	**0,020**[*]	68,3±9,6	**<0,001**[*]
Multigravida	188	73,2	120,8±12,8		63,0±10,8	
Bir önceki gebelik ile aradaki süre						
< 24 ay	39	20,9	120,2±13,6	0,235[*]	64,7±11,0	0,796[*]
≥ 24 ay	147	79,1	120,9±12,8		62,4±10,8	
Planlı gebelik						
Evet	188	73,2	123,4±13,5	**0,012**[*]	65,6±10,0	**0,004**[*]
Hayır	69	26,8	118,6±12,6		61,0±11,8	
İnfertilite tedavisi sonrası gebelik						
Evet	15	5,8	127,9±14,9	0,050[†]	67,1±9,2	0,381[†]
Hayır	242	94,2	121,6±13,2		64,2±10,8	
Gebeliği sonlandırma düşüncesi						
Olmuş	11	4,3	113,8±13,3	0,053[†]	61,8±14,8	0,745[†]
Olmamış	246	95,7	122,4±13,3		64,5±10,5	
Fetal cinsiyet						
Kız	128	49,8	122,2±14,1	0,390[‡]	65,4±10,0	**0,039**[‡]
Erkek	114	44,4	122,5±11,9		64,1±11,3	
Bilmiyor	15	5,9	116,1±17,0		57,9±9,6	
Gebenin bebeğinde cinsiyet tercihi						
Kız	74	28,8	122,1±12,4	**0,036**[§]	66,6±9,8	0,118[§]
Erkek	32	12,5	116,5±12,7		63,2±10,7	
Fark etmez	151	58,7	123,2±11,1		63,6±11,1	
Gebelik haftası						
33-34	77	30,0	122,8±15,2	0,828[§]	63,4±11,7	0,305[§]
35-36	63	24,5	120,8±11,6		64,2±9,9	
37-38	82	31,9	122,4±13,6		64,2±10,5	
≥ 39	35	13,6	121,5±11,9		67,5±10,3	
Gebelikte takip sayısı						
≤ 5	34	13,2	116,4±16,0	**0,019**[§]	62,2±10,6	0,419[§]
5-10	160	62,3	122,3±12,7		64,5±10,4	
≥ 11	63	24,5	124,3±12,8		65,2±11,7	
Gebelikte sağlık problemi						
Evet	69	26,8	123,4±14,1	0,307[*]	61,4±11,4	**0,010**[*]
Hayır	188	73,2	121,4±13,0		65,5±10,3	

[*] Student's t-test, [†] Mann-Whitney U test, [§] One-way ANOVA test, [‡] Kruskal Wallis test

Tablo 4.3'de gebelerin mevcut gebeliğine ilişkin özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması sunuldu. Çalışmaya alınan gebelerin yaklaşık yarısından fazlasının (%73,2) multipar olduğu belirlendi. Önceki gebeliği ile arasında iki yıldan kısa süre olanların sıklığının %20,7 olduğu saptandı. Gebeliklerin büyük çoğunluğu planlı gebelik iken %26,8'inin planlanmamış gebelik olduğu ve %4,3 gebenin mevcut gebeliğini bir dönem sonlandırmayı düşündüğü öğrenildi. Bebeklerin kız ve erkek cinsiyet oranları benzerken gebelerin yarısından fazlasının (%58,7) cinsiyet tercihi belirtmediği, cinsiyet tercihi belirten gebelerin ise daha çok (%28,8) kız cinsiyet tercih ettikleri gözlendi.

Gebelerin mevcut gebeliğine ilişkin özelliklerden, gebenin primigravida olması, gebeliğin planlı bir gebelik olması ve daha fazla gebelik takibine giden gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Gebelikte takip sayısına göre alt grup analizi yapıldığında; gebelikte takip sayısı ≥11 olan gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının takip sayısı ≤5 olan gebelerden daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,015$). Buna karşılık bir önceki gebeliği ile arasında iki yıldan az süre olması, infertilite tedavisi sonrası gebelik olması, gebeliği sonlandırma düşüncesi yaşamış olması, bebeğin cinsiyeti, gebenin cinsiyet tercihi ve gebe ile görüşme yapılan gebelik haftasının GSUÖ puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Gebelerin mevcut gebeliğine ilişkin özelliklerden, multigravida olan gebelerin, gebeliği planlı olmayanların, gebelikte sağlık problemi yaşayan ve bebeğin cinsiyetin bilmeyen gebelerin PBE puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiş ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Bilinen fetal cinsiyete göre alt grup analizi yapıldığında; bebeğinin cinsiyetinin kız olmasını isteyen ve fark etmez diyen gebelerin GSUÖ puan ortalamaları, bebeğin cinsiyetinin erkek olmasını isteyen gebelerden daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,033$) Bir önceki gebelik ile aradaki sürenin iki yıldan az olması, infertilite tedavisi sonrası gebelik olması, gebeliği sonlandırma düşüncesi yaşamış olması, gebenin fetal cinsiyet tercihi ve gebe ile görüşme yapılan gebelik haftasının PBE puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığı gözlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Gebelerin Gebelik Öncesi Özellikleri ile GSUÖ ve PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 257)

			GSUÖ puanı		PBE puanı	
	n	**%**	**Ortalama±SS**	**p_1**	**Ortalama±SS**	**p_2**
Kronik hastalık varlığı						
Evet	43	16,7	124,7±11,4	0,104*	62,5±11,4	0,236*
Hayır	214	83,3	121,5±13,7		64,8±10,6	
Gebelik öncesi sigara kullanımı						
Evet	45	17,5	117,9±14,7	**0,041***	62,7±11,6	0,275*
Hayır	212	82,5	122,9±13,0		64,8±10,5	
Gebelik öncesi beslenmesine dikkat etme						
Evet	106	41,2	124,7±14,4	**0,009***	65,2±10,9	0,300
Hayır	151	58,8	120,1±12,3		63,8±10,5	
Gebelikten önce egzersiz/spor yapma						
Evet	48	18,7	125,4±14,9	0,078*	63,9±11,3	0,722*
Hayır	209	81,3	121,2±12,9		64,5±10,6	
Gebelikten önce gebelikle ilgili danışmanlık alma						
Evet	18	7,0	124,6±15,7	0,270†	65,8±11,1	0,609†
Hayır	239	93,0	121,8±13,2		64,3±10,7	

* Student's t-test, † Mann-Whitney U test

Tablo 4.4'te gebelerin gebelik öncesi özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması sunuldu. Gebelerin %16,7'sinin bir kronik hastalığa sahip olduğu, %17,5'sinin gebelik öncesi dönemde sigara kullandığı, %41,2'sinin gebelikten önce beslenmesine özen gösterdiğini, %18,7'sinin gebelikten önce egzersiz/spor yaptığı ve sadece %7'sinin gebelikten önce gebelik ile ilgili danışmanlık aldığı saptandı.

Gebelikten önce sigara kullanmama ve gebelikten önce diyetine özen göstermenin daha yüksek GSUÖ puanı ile ilişkili olduğu tespit edildi. (sırası ile $p<0,05$ ve $p<0,01$). Gebelik öncesi dönemde kronik bir hastalığı bulunma durumu, egzersiz/spor yapma

durumu ve gebelik öncesi danışmanlık alma durumları ile GSUÖ ve PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.5. Gebelerin Önceki Gebeliklerine İlişkin Özellikleri ile GSUÖ ve PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 257)

			GSUÖ puanı		**PBE puanı**	
	n	**%**	**Ortalama±SS**	**p_1**	**Ortalama±SS**	**p_2**
Doğum sayısı						
0	84	32,7	126,0±14,4	**<0,001**[§]	68,5±9,2	**<0,001**[§]
1	84	32,7	122,9±11,8		63,6±9,9	
2	56	21,8	116,8±14,6		62,1±12,4	
≥ 3	33	12,8	118,4±8,2		59,6±10,1	
Önceki doğum şekli						
Normal doğum	63	24,5	119,8±11,0	0,510[‡]	60,0±10,7	0,076[‡]
Sezaryen	92	35,8	120,8±12,6		64,0±10,5	
Normal doğum sonrası sezaryen	18	7,0	117,2±16,0		62,6±12,0	
İntrauterin bebek kaybı öyküsü						
Evet	58	22,6	120,3±14,4	0,298[*]	63,4±12,4	0,471[*]
Hayır	199	77,4	122,5±13,0		64,7±10,2	
Ölü doğum yapmış olma durumu						
Evet	16	6,2	123,3±14,0	0,526[†]	66,2±9,8	0,432[†]
Hayır	241	93,8	121,9±13,4		64,3±10,8	
Kürtaj yaptırmış olma durumu						
Evet	37	14,4	122,8±15,5	0,719[*]	63,2±10,9	0,480[*]
Hayır	220	85,6	121,9±13,0		64,6±10,7	

[*] Student's t-test, [†] Mann-Whitney U test, [§] One-way ANOVA test, [‡] Kruskal Wallis test

Tablo 4.5'de gebelerin önceki gebeliklerine ilişkin özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması sunuldu. Gebelerin %32,7'sinin daha önce hiç doğum yapmadığı, %32,7'sinin 1 kez doğum yaptığı, 3 ve üzeri doğum yapanların oranının %12,8 olduğu belirlendi. Daha önce hiç doğum yapmamış gebelerin GSUÖ

puan ortalaması 126,0±14,4 iken daha önce 1 kez doğum yapanların GSUÖ puan ortalaması ise 122,9±11,8 olarak saptandı. Çalışmaya alınan gebelerin önceki gebeliklerinin obstetrik özelliklerinden doğum sayısı artıkça GSUÖ puanının ve PBE puanının daha düşük olduğu saptandı ($p < 0,001$). Doğum sayısına göre alt grup analizi yapıldığında, ilk gebeliği olan ve doğum sayısı 1 olan gebelerin GSUÖ ortalama puan ortalaması, doğum sayısı 2 ve üzeri olan gebelerden daha yüksek olduğu ve bu iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (sırası ile $p<0,001$ ve $p=0,024$). Ayrıca doğum sayısı 1 olan gebe grubunun GSUÖ ortalama puanının doğum sayısı 2 olan grup ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0,037$). Doğum sayısı gruplarına göre PBE puanı açısından alt grup analizi yapıldığında; hiç doğum yapmamış gebelerin diğer tüm alt gruplar ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha yüksek PBE puanına sahip oldukları tespit edildi ($p<0,05$).

Önceki gebeliklerde doğum şekli incelendiğinde sezaryen ile doğumun normal vajinal yol ile doğumdan daha fazla gerçekleştiği, gebelerin %22,2'sinin intrauterin bebek kaybı olduğu, %6,2'sinin ölü doğumu olduğu ve %14,4'ünün daha önce kürtaj yaptırdığı belirlendi. Önceki doğum tecrübesinin şekli, intrauterin bebek kaybı öyküsü, ölü doğum öyküsü, kürtaj yaptırmış olma öyküsü ile GSUÖ ve PBE puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Gebelerin Şimdiki Doğumlarına İlişkin Özellikleri ile GSUÖ ve PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 265)

			GSUÖ puanı		PBE puanı	
	n	**%**	**Ortalama±SS**	**p_1**	**Ortalama±SS**	**p_2**
Doğum şekli						
Normal	75	28,3	123,7±12,5	0,176*	64,4±10,6	0,998*
Sezaryen	190	71,7	121,3±13,8		64,4±10,7	
Doğum Haftası						
< 37 hafta	35	13,2	123,1±15,7	0,658*	63,1±10,2	0,424*
≥ 37 hafta	230	86,8	121,8±13,1		64,6±10,7	
Cinsiyet						
Kız	140	52,8	121,2±14,4	0,315*	64,4±10,2	0,933*
Erkek	125	47,2	122,9±12,3		64,3±11,1	
Doğum ağırlığı (gr)						
<2500	44	16,6	122,3±13,6	0,178*	64,8±11,1	0,287*
≥2500	221	83,4	121,9±13,4		64,3±10,6	

* Student's t-test

Tablo 4.6'da gebelerin şimdiki doğumlarına ilişkin özellikleri ile GSUÖ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması sunuldu. Çalışmaya alınan gebelerin %71,7'nin doğumlarını sezaryen ile yaptığı, preterm doğum oranının %13,2 olduğu, doğan bebeklerin %52,8'nin kız olduğu ve %79,6'sının doğum ağırlığının 2500-3999 gr. arasında bulunduğu saptandı. Doğum şekli, doğum haftası, bebeğin cinsiyeti ve doğum ağırlığı ile GSUÖ ve PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 4.7. Yenidoğan Bebeklerin Doğum Haftaları, Doğum Ağırlığı, Doğum Boyu, 1. ve 5. Dakika Apgar Skorları **(**n=265)

	Ortalama±SS	**Min- Max. Değerleri**
Doğum haftası	38,3±1,7	33 - 42
Doğum ağırlığı (gr)	3012±570	930 - 4670
Doğum boyu (cm)	48,6±3,1	32 - 55
Apgar 1. dakika	7,28±1,30	0- 9
Apgar 5. dakika	9,09±1,10	0- 10

Tablo 4.7'de çalışmaya alınan 257 gebeden sekizi ikiz gebelikten doğmuş olan 265 yenidoğan bebeğin doğum haftaları, doğum ağırlığı, doğum boyu, 1. ve 5. dakika Apgar skorları sunuldu. Yenidoğan bebeklerin ortalama doğum haftası 38,3±1,7 hafta (33- 42 hafta), ortalama doğum ağırlığı 3012±570 gr (930 - 4670 gr) ve ortalama doğum boyu 48,6±3,1cm (32 -55 cm) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.8. Gebelerin GSUÖ ve PBE Puan Ortalamaları ve Güvenilirlik Katsayıları (n: 257)

	Ortalama±SS	**Min- Max. Değerleri**	**Cronbach Alfa Değeri**
GSUÖ	122,0±13,4	82 - 154	0,701
PBE	64,4±10,7	32 - 84	0,863

GSUÖ: Gebelikte sağlık uygulama ölçeği, PBE: Prenatal bağlanma envanteri

Tablo 4.8'de Gebelerin GSUÖ ve PBE puan ortalamaları ve güvenilirlik katsayıları sunuldu. Bu çalışmada GSUÖ'nin Cronbach Alfa değeri 0,701 ve PBE'nin Cronbach Alfa değeri 0,863 saptandı. Çalışmaya alınan gebelerin ortalama GSUÖ puanı 122,0±13,4 olarak tespit edildi. En düşük puan GSUÖ puanı 82 iken en yüksek 154 olarak saptandı. Gebelerin ortalama PBE puanı 64,4±10,7 idi. En düşük puan 32 iken en yüksek PBE puanı 84 olduğu gözlendi.

Tablo 4.9. Gebelerin ve Yenidoğan Bebeklerin Özellikleri ile GSUÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n: 265)

	Ortalama±SS	**r**	**p**
Gebelerin Özellikleri			
Gebenin yaşı (yıl)	29,6±5,3	**0,127**	**0,039**
Gebenin evlilik yaşı (yıl)	23,0±4,7	**0,242**	**<0,001**
Gebenin evlilik süresi (yıl)	6,58±5,33	-0,070	0,255
Gebelik haftası	36,0±2,2	-0,014	0,816
Yenidoğan Özellikleri			
Doğum haftası	38,3±1,7	0,017	0,787
Doğum ağırlığı (gr)	3012±570	0,046	0,464
Doğum boyu (cm)	48,6±3,1	-0,022	0,716
Apgar skoru 1. dk	7,28±1,30	0,052	0,458
Apgar skoru 5. dk	9,09±1,10	0,127	0,071

GSUÖ: Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği, r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.9'da gebelerin ve yenidoğan bebeklerin özellikleri ile GSUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Çalışmaya alınan gebelerin yaş ortalaması 29,6±5,3, evlilik yaş ortalamaları ise 23,0±4,7 olarak saptandı. Gebelerin ve yenidoğan bebeklerin özellikleri ile GSUÖ puan ortalamaları arasında korelasyon analizi yapıldığında gebenin yaşı ve evlilik yaşı ile GSUÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon olduğu belirlendi ($p<0,05$). Buna karşılık gebenin evlilik süresi, gebelik haftası ile bir korelasyon olmadığı gözlendi ($p>0,05$). Yenidoğanın doğum haftası, doğum ağırlığı ve doğum boyu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel bir korelasyon olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Gebelerin ve Yenidoğan Bebeklerin Özellikleri ile PBE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n: 265)

	Ortalama±SS	**r**	**p**
Gebelerin Özellikleri			
Gebenin yaşı (yıl)	29,6±5,3	-0,081	0,195
Gebenin evlilik yaşı (yıl)	23,0±4,7	**0,220**	**<0,001**
Gebenin evlilik süresi (yıl)	6,58±5,33	**-0,253**	**<0,001**
Gebelik haftası	36,0±2,2	0,098	0,117
Yenidoğan Özellikleri			
Doğum haftası	38,3±1,7	0,011	0,866
Doğum ağırlığı (gr)	3012±570	-0,037	0,550
Doğum boyu (cm)	48,6±3,1	-0,032	0,615
Apgar skoru 1. dk	7,28±1,30	0,031	0,657
Apgar skoru 5. dk	9,09±1,10	0,065	0,356

PBE: Prenatal Bağlanma envanteri, r: Pearson korelasyon katsayısı

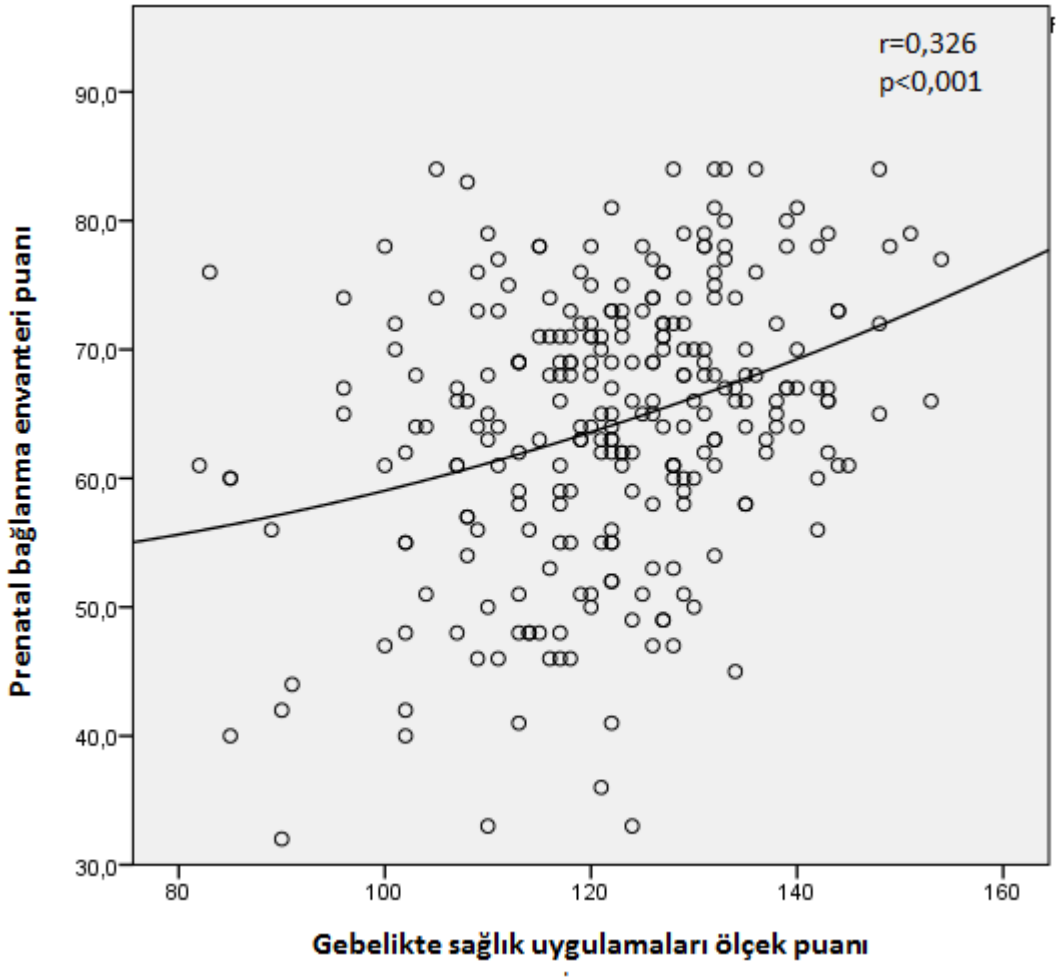
Tablo 4.10'da gebelerin ve yenidoğan bebeklerin özellikleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Çalışmaya alınan gebelerin evlilik yaşı ile PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak güçlü bir pozitif korelasyon olduğu ($p<0,001$), evlilik süresi ile PBE puanı arasında istatistiksel olarak güçlü bir negatif korelasyon olduğu ($p<0,001$), PBE puanı ile gebenin yaşı ve gebelik haftası ile bir korelasyon olmadığı gözlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.10). PBE puanı ile yenidoğanın doğum haftası, doğum ağırlığı ve doğum boyu arasında istatistiksel bir korelasyon olmadığı tespit saptandı ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Yenidoğan Doğum Ağırlığı Ortalaması ile Gebelerin Bazı Özellikleri, GSUÖ ve PBE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n: 265)

	r	**p**
Gebenin yaşı	**0,151**	**0,016**
Gebenin evlilik yaşı	0,075	0,228
Gebenin evlilik süresi	0,082	0,191
Gebelikten önce VKİ	**0,230**	**<0,001**
Gebenin boyu	**0,157**	**0,012**
Gebelikte kilo artışı	0,056	0,371
GSUÖ puanı	0,046	0,464
PBE Puanı	-0,037	0,550

GSUÖ: Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği, PBE: Prenatal Bağlanma envanteri, VKİ: Vücut kitle indeksi r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.11'de yenidoğan doğum ağırlığı ortalaması ile gebelerin bazı özellikleri, GSUÖ ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki sunuldu. Yenidoğan doğum ağırlığı ile gebenin yaşı, gebelik öncesi VKİ ve gebenin boyu ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Buna karşılık Gebenin evlilik yaşı, Gebenin evlilik süresi, Gebelikte kilo artışı, GSUÖ ve PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).



Şekil 4.2. Gebelerin prenatal bağlanma envanteri ve gebelikte sağlık uygulama ölçek puanları arasına korelasyon grafiği

Şekil 4.2'de gebelerin PBE puanları ile GSUÖ puanları arasındaki ilişkiye ait grafik yer almaktadır. Gebelikte PBE ve GSUÖ puan arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlendi (r=0,326 ve p<0,001). Bu grafiğe göre, gebelikte sağlık uygulamaları yüksek olan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri de yüksek bulundu (Şekil 4.2).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada bir grup gebe kadında gebelerin sosyo-demografik özellikleri, gebelikte sağlık uygulamaları, prenatal bağlanma düzeyi ve doğum sonuçları arasındaki ilişki incelendi.

Çalışmamızda gebelerin sağlık uygulamaları ile gebelerin yaşı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Bununla birlikte gebeler yaş grupları halinde incelendiğinde GSUÖ puan ortalamaları açısından bir fark saptanmadı. Bu çalışma ile benzer şekilde Er ve Şirin (2007) ve Altundaş'ın (2009) yaptığı çalışmalarda da gebelerin yaş gruplarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Tirkeş (2012) çalışmasında gebeleri 25 yaş altı ve üstü şeklinde gruplandırdığında GSUÖ puan ortalamaları açısından bir fark olmadığını bildirmiştir. Kanbur (2010) istenen gebeliklerde yaş grupları arasında bir fark saptamaz iken istenmeyen gebeliklerde GSUÖ puanlarının yaş grupları arasında istatistiksel olarak farklı olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte gebelerin yaş grupları ve GSUÖ puanı arasında istatistiksel anlamlı bir fark Balaban (2016) tarafından bildirilmiştir. Bizim çalışmamız ile beraber veriler değerlendirildiğinde gebelerin yaşı ile gebelikte sağlık uygulamaları arasında güçlü bir ilişki olmadığı sonucuna varıldı. Bunun nedenin annenin yaşının dışında gebeliğin istenme durumu ve annenin eğitim seviyesiyle ilişkili bir durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelerin eğitim düzeyi artıkça sağlık uygulamalarının arttığı belirlendi. Benzer şekilde Er ve Şirin (2007), Çapık ve ark. (2016), Altıparmak ve ark. (2009), Tirkeş (2012), Altundaş (2009) ve Balaban (2016) tarafından yapılmış çalışmalarda gibi gebelerin eğitim düzeyi artıkça GSUÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bildirmişlerdir. Bu durum kadın sağlığı açısından eğitim düzeyinin önemine işaret etmektedir.

Altundaş (2009) gebelik döneminde çalışan gebelerin daha yüksek GSUÖ puanı olduğunu tespit etmiştir. Balaban (2016) eşi çalışan gebelerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek GSUÖ puan ortalamasına sahip olduğunu saptamıştır. Çapık ve ark. (2016) istenmeyen gebeliklerde eşin çalışmıyor olmasının daha düşük GSUÖ puanı

ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Kanbur (2010), gebeliğin istenme durumuna göre GSUÖ puanlarını incelediği çalışmasında hem istenen gebelikler hem de istenmeyen gebelikler grubunda gebelerin çalışıyor olmasının daha yüksek GSUÖ puanı ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda da gebenin gelir getirici bir işte çalışıyor olması ve eşinin meslek grubu ile GSUÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Eşi memur olanların daha yüksek GSUÖ puanı olması ailenin düzenli bir gelirinin olması ve ailenin daha yüksek sosyo-kültürel düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Gebelerin ailelerinin gelir durumu konusunda algısını değerlendirdiğimizde, çalışmamızda gelir durumlarına ilişkin algılarını iyi olarak değerlendiren gebelerin GSUÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Benzer bir ilişki Er ve Şirin (2007), Altıparmak (2009), Tirkeş (2012) ve Balaban'ın (2016) çalışmalarında da bildirilmiştir. Gebelerin daha olumlu sağlık uygulama davranışı sergilemeleri bireysel olarak ve ailevi olarak sosyo-ekonomik durumları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada sağlık uygulama davranışlarının gebenin yaşadığı aile tipi ile ilişkisi değerlendirildiğinde, çekirdek aile tipinde yaşıyor olmanın geniş aile tipine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek GSUÖ puanı ile ilişkili olduğu saptandı. Bu konunun değerlendirildiği çalışmalarda Er ve Şirin (2007) ve Balaban (2016) benzer şekilde çekirdek aile tipinde yaşayan gebelerde daha yüksek GSUÖ puanı bildirmişlerdir. Bununla birlikte Tirkeş (2012) çalışmasında aile tipine göre gruplandırılan gebelerin GSUÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmiştir. Çekirdek aile yapısında olmanın gelir durumunu olumlu yönde etkileyebileceği ve kadının aile içindeki sorumluklarını azaltarak sağlık uygulamalarını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda gebelik sayısı ve GSUÖ puanı arasında ilişki değerlendirildiğinde, gebelik sayısı arttıkça GSUÖ puanının azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Gebelik sayısı ve GSUÖ puanı arasında benzer bir ilişki Er ve Şirin (2007), Çapık ve ark. 2016 ve Balaban'ın (2016) çalışmalarında da bildirilmiştir. Bununla birlikte Tirkeş (2012) ve Kanbur'un (2010) yaptıkları çalışmalarda böyle bir ilişki belirlenmemiştir. Bu veriler ışığında gebe kadının diğer çocuklarının olmasının

yarattığı iş yükünün bireysel sağlık uygulamalarını olumsuz etkileyebileceği sonucuna varılabilir.

Yüksek GSUÖ puana sahip kadınların gebeliklerini planlamış olacakları öngörüsü bu çalışmada istatistiksel olarak da tespit edildi. Gebeliğinin planlı olduğunu ifade eden kadınların planlı olmadığını ifade eden kadınlardan daha yüksek GSUÖ puanına sahip olduğu belirlendi. Çapık ve ark. (2016) ve Balaban'ın (2016) çalışmalarında da benzer şekilde planlı gebelikler ile plansız gebeliklerin GSUÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. Farklı olarak Tirkeş'in (2012) çalışmasında planlı ve plansız gebelikler arasında GSUÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tüm veriler ışığında planlı bir gebeliğin kadının gebelikte olumlu sağlık uygulamaları ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada gebe olduğunu öğrendikten sonra gebeliğini sonlandırma düşüncesi olan %4,3 gebenin GSUÖ puan ortalamaları diğer gebelere nazaran daha düşük olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Balaban'ın (2016) çalışmasında gebeliğin istenme durumuna göre GSUÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı olduğunu bildirmiştir. Benzer sonuçlar Altıparmak (2009), Çapık ve ark. (2016), Tirkeş (2012) ve Kanbur'un (2010) çalışmalarında da tespit edilmiştir. Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir farkın saptanmamış olması gebeliğini sonlandırma düşüncesi olan gebe sayısının azlığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Balaban'ın (2016) çalışmasında fetüsün cinsiyetinin kız veya erkek olması ile GSUÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde bilinen fetal cinsiyetin GSUÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamalı bir fark oluşturmadığı belirlendi. Buna ek olarak fetal cinsiyeti bilmediğini ifade eden gebelerin GSUÖ puanı, fetal cinsiyetin ne olduğuna bakılmaksızın bilen gebelerin GSUÖ puanı ile karıştırıldığında da arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bu veriler fetal cinsiyetin bilinmesinin ve farklı fetal cinsiyetler ile GSUÖ puanı açısından bir fark yaratmadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte gebelerin bebekleri için cinsiyet tercihleri ve GSUÖ puanları incelendiğinde, erkek cinsiyet tercih edenlerin kız cinsiyet tercih edenler veya cinsiyet tercihi olmadığı

ifade edenler ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha düşük GSUÖ puanına sahip oldukları saptandı. Bu durumun sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı kadınların erkek çocuk istemesi ile ilişkili olabileceği düşünülmekle beraber bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Kadınların doğum sonrası annelik rolü kazanması ve yenidoğan ile arasında sağlıklı bir ilişkinin gelişmesi için kadının prenatal dönemde bebeği ile sağlıklı duygusal bir ilişki geliştirmesi gerekmektedir (Yılmaz, 2013). Yüksek prenatal bağlanma düzeyinin anne ve bebek sağlığı açısından olumlu etkisi göz önünde bulundurularak gebelik döneminde yetersiz bağlanma riski taşıyan anneleri saptamak ve kadını anneliğe hazırlamak için uygun girişimlerde bulunma konusunda ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Yılmaz, 2013). Çalışmamızda PBE toplam puan ortalaması 64,4±10,7 olarak bulunurken, en düşük puan 32 ve en yüksek puan 84 olarak belirlendi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda PBE toplam puan ortalaması; Yılmaz ve Beji'nin (2013) yaptığı çalışmada 60,7±10,1, Metin'in (2014) çalışmasında 61,4±11,8, Bekmezci'nin (2015) çalışmasında 57,0±11,6 ve Balaban'ın (2016) çalışmasında ise 58,5±11,0 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda değerlendirilen gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin önceki çalışmalardan yüksek olduğu gözlendi. Bunun nedeninin çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyo-kültürel yapısının anneliğe hazır oluşluluğu arttırdığı ve dolayısıyla da prenatal bağlanmayı etkilediği sonucuna varılabilir.

Bu çalışmada gebenin yaşı ile PBE puanı arasında bir korelasyon olmadığı saptandı. Buna karşın gebenin evlilik yaşı ile pozitif ve evlilik süresi ile negatif yönde güçlü bir korelasyon tespit edildi. Gebelerin yaşı ve prenatal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar farklı sonuçlar bildirmişlerdir. Balaban (2016) yaptığı çalışmada gebelerin yaş grupları ve PBE puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğunu belirlemiştir. Öztürk ve Saruhan (2013) da çalışmalarında benzer bir sonuca ulaşmışlardır. Bekmezci (2015) yaptığı çalışmada gebelik yaşı ve PBE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu tespit etmiştir. Bununla birlikte Dağlı (2017) ve Abbasi ve ark. (2012) gebelikte anne-bebek bağlanması ile anne yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Üstünöz ve ark. (2010) ve Lindgren (2001) ise gebelik yaşı ilerledikçe prenatal bağlanma düzeyinin azaldığını bulmuştur. Bu çalışma verileri evlenme yaşı büyük ve evlenme süresi kısa olan gebelerin

prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Evlilik süresi kısa olan gebelerin aile ve sosyal desteklerinin daha fazla olmasından kaynaklandığı sonucuna varılabilir.

Çalışmaya alınan gebelerin eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla bir prenatal bağlanma düzeyi gösterdikleri belirlendi. Bu konuda daha önce Yılmaz ve Beji (2013), Üstünöz ve ark. (2010), Bekmezci (2015), Dağlı (2017) ve Balaban (2016) tarafından yapılmış çalışmalarda da daha yüksek eğitim seviyesi ile prenatal dönemde anne ve bebek arasında bağlanma düzeyinin arttığı bildirilmiştir. Bizim çalışma verilerimizin de dahil olduğu tüm veriler doğum sonrası sağlıklı bir anne bebek ilişkisi için eğitim düzeyinin önemini göstermektedir.

Metin (2014), Öztürk ve Saruhan (2013), Bekmezci (2015), Dağlı (2017) ve Balaban'ın (2016) yaptıkları çalışmalarında çalışan gebelerin PBE puan ortalamalarının çalışmayan gebelerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde gelir getirici bir işte çalışıyor olmanın daha yüksek prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili olduğu belirlendi. Önceki çalışmalar ile uyumlu olan bu veri anne adayının çalışıyor olmasının gebeliğe uyumunda olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin ailelerinin gelir durumu konusundaki algısı değerlendirildiğinde, gelir durumuna ilişkin algıların gebelerin PBE puanları açısından istatistiksel olarak bir fark yaratmadığı saptandı. Farklı olarak Balaban'ın (2016) çalışmasında gelir durumunu iyi olarak değerlendiren gebelerin PBE puanlarının da yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunla birlikte Bekmezci (2015), Lindgren (2001), Abbasi ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda gebelerin gelir durumlarının prenatal bağlanma düzeyini etkilemediği görülmüştür. Bu farklı sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde gelir düzeyi ve diğer ilişkili faktörlerin prenatal bağlanma düzeyi üzerine etkilerine dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Gebelerin yaşadıkları yerleşim yeri ile prenatal bağlanma düzeyleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı. Bizim verilerimizden farklı olarak Balaban (2016) il merkezinde yaşayanların ilçe ve köyde yaşayanlara kıyaslandığında daha yüksek PBE puan ortalamasına sahip olduğunu saptamıştır. Bekmezci (2015) yaptığı çalışmada il merkezinde yaşayanların köyde yaşayanlardan

daha yüksek prenatal bağlanma düzeyi gösterdiğini bildirmiştir. Bu sonuçlar gebelerin yaşadıkları yer ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin daha net olarak ortaya konulabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada gebelik ve doğum sayısına göre PBE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Gebelik ve doğum sayısı arttıkça prenatal bağlanma düzeyinin daha düşük olduğu gözlendi. Benzer bir ilişki Bekmezci (2015), Abbasi ve ark. (2012), Üstünöz ve ark. (2010), Dağlı (2017) ve Balaban'ın (2016) çalışmalarında da tespit edilmiştir. Bu durumun gebelik deneyimini ilk kez yaşayan kadınların bu konuda daha hevesli olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin çekirdek aile yapısında yaşıyor olmasının daha yüksek prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili olduğu saptandı. Benzer bir sonuç Balaban (2016) tarafından da bildirilmiştir. Bununla birlikte Yılmaz ve Beji (2013), Metin (2014), Dağlı (2017) ve Bekmezci'nin (2015) çalışmalarında böyle bir ilişki gösterilememiştir. Çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlar aile tipi ve prenatal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkinin olup olmadığını kesin olarak ortaya koyamamaktadır. Bu konuda daha fazla gebe ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Planlı gebeliklerin daha yüksek prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili olduğu daha önce Yılmaz ve Beji (2013) ve Balaban'ın (2016) çalışmalarında bildirilmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde gebeliğinin planlı olduğunu belirten gebelerin PBE puanları gebeliğinin plansız olduğunu belirten gebelerin PBE puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonuçlar kadının gebeliğe gebe kalmadan psikolojik olarak hazırlanmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada bilinen fetal cinsiyet veya gebenin fetal cinsiyet tercihinin prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi. Dağlı (2017) ve Balaban'ın (2016) yaptıkları çalışmalarda da fetal cinsiyet ile prenatal bağlanma düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Fakat Bekmezci (2015) fetal cinsiyet grupları arasında PBE puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bildirmiştir. Erdemoğlu (2016) araştırmasında primigravida gebelerde kız fetüse sahip olmanın erkek fetüs ile

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha yüksek prenatal bağlanma düzeyi tespit etmiştir. Çalışmamızda fetal cinsiyeti bilmediğini ifade eden az sayıda gebenin PBE puan ortalamasının fetal cinsiyeti bilenlerden istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı. Fetusun cinsiyetinin öğrenilmemiş olmasının gebeliğe dair genel bir ilgisizliğin bileşeni olabileceği düşünülmektedir.

Balaban (2016), Bekmezci (2015) ve Bakır ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmalarda gebeliğin istenme durumu ile PBE puan ortalaması arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki gebeler, gebeliği sonlandırma düşüncesi olan ve olmayanlar şeklinde gruplandırıldığında gruplar arasında PBE puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bu sonucun gebeliği sonlandırma düşüncesi olan gebe sayısının çok az olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmaya benzer şekilde Dağlı (2017) da araştırmasında gebeliğin istenme durumuna göre PBE puan ortalamaları arasında istatistiki bir fark tespit etmemiştir. İsteyerek gebe kalan kadınların gebeliğin devamı ve sağlıklı bir şekilde yürümesi için olumlu sağlık uygulamalarını gerçekleştirecekleri sonucuna varılabilir.

Daha önce Lindgren (2001, 2003), Alhusen ve ark. (2012) ve Balaban (2016) tarafından gebelikte olumlu sağlık uygulamalarının daha yüksek prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Balaban (2016) çalışmasında gebelerin GSUÖ puan ortalamaları ile PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif güçlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Benzer bir ilişki çalışmamızda yer alan gebeleri için de saptandı. Gebelikte PBE puanı ve GSUÖ puanı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlendi. Bu sonuç öncül çalışmaları destekler niteliktedir. Gebelikte prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan kadınların gebelikte sağlıklı uygulamaları yaptıkları belirtilebilir.

Bu çalışmada GSUÖ puanı ve PBE puanı ile yenidoğan doğum ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bildiğimiz kadarı ile literatürde bu konuyu araştırmış iki çalışma bulunmaktadır (Alhusen ve ark., 2012; Maddahi ve ark., 2016). Alhusen ve ark. (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde düşük gelir düzeyine sahip şehirde yaşayan 166 gebede GSUÖ ve maternal fetal bağlanma skalası ile

gebelerin sağlık uygulamaları ve prenatal bağlanma düzeylerinin olumsuz doğum sonuçları ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Olumsuz doğum sonuçları olarak düşük doğum ağırlığı (<2500 gr), erken doğum (37. gebelik haftasından önce) veya gestasyon haftasına göre küçük bebek (gebelik haftasına göre <10. persentil ağırlık) olması alınmıştır. Alhusen ve ark. (2012) bu çalışmasında anne-bebek bağlanması ve olumsuz doğum sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyon saptamıştır. Sağlık uygulamaları da anne-bebek bağlanması ile ilişkili bulunmuştur. Nedensel ilişki için yapılan regresyon analizinde hem prenatal bağlanma düzeyi hem de sağlık uygulamaları olumsuz doğum sonuçları ile ilişkili bulunmuştur. Maddahi ve ark.'nın (2016) yayınlanmış çalışmalarında İran'da 315 gebe kadında Cranley tarafından dizayn edilmiş maternal fetal bağlanma ölçeği ve Shakesper tarafından dizayn edilmiş gebelikte sağlık uygulamaları anketi kullanmışlar (Cranley, 1981; Shakesper, 2008). Maddahi ve ark.'larının (2016) çalışmasında sağlık uygulamalarının ve anne-bebek bağlanmasının yenidoğan sonuçları ile pozitif yönde korelasyon gösterdiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte öngörülebilme ilişkisi incelendiğinde anne-bebek bağlanmasının yenidoğan ağırlığını öngörmede etkili olduğu, ancak sağlık uygulamalarının yenidoğan ağırlığını öngörmede anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda hem GSUÖ puanı hem de PBE puanı ile yenidoğan ağırlığı arasında bir korelasyon saptanmadığından öngörülebilme ilişkisi açısından istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Sonuçlar;

- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinden evlilik yaşı, eğitim düzeyleri, gelir getirici bir işte çalışıyor olmaları, çekirdek aile tipinde ve daha büyük yerleşim yerlerinde yaşıyor olması, eşinin eğitim düzeyleri, eşinin iş grubu, daha iyi gelirinin olması ve eşlerinin ev işlerine yardımı gebelikte sağlık uygulamaları ölçek puanı açısından fark yaratmaktadır.
- Gebelerin gebelikte sağlık uygulamaları ölçek puanları ile gebenin yaşı ve evlilik yaşı arasında pozitif bir korelasyon vardır.
- Gebelerin mevcut gebeliklerine ilişkin özelliklerinden kaçıncı gebeliği olduğu, gebeliğin planlı olup olmadığı, gebenin bebeğinde cinsiyet tercihi ve gebelikte takip sayısı gebelikte sağlık uygulamaları ölçek puanı açısından fark yaratmaktadır.
- Gebelerin gebelik öncesi özelliklerinden gebelikten önce sigara kullanımı ve diyetine dikkat ediyor olmak gebelikte sağlık uygulamaları ölçek puanı açısından fark yaratmaktadır.
- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinden evlilik yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyleri, gelir getirici bir işte çalışıyor olmaları, çekirdek aile tipinde yaşıyor olması ve eşlerinin ev işlerine yardımı preanatal bağlanma düzeyi açısından fark yaratmaktadır.
- Gebelerin prenatal bağlanma envanter puanı ile gebenin evlilik yaşı arasında pozitif bir korelasyon, evlilik süresi arasında negatif bir korelasyon vardır.
- Gebelerin mevcut gebeliklerine ilişkin özelliklerinden kaçıncı gebeliği olduğu, gebeliğin planlı olup olmadığı, fetal cinsiyetin bilinmiyor olması ve gebelikte bir sağlık problemi olması prenatal bağlanma düzeyi açısından fark yaratmaktadır.
- Gebelerin gebelikte olumlu sağlık uygulamaları ve prenatal bağlanma düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon vardır.
- Gebelerin gebelikte sağlık uygulamaları ölçek puanları yanidoğanın doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu, 1. ve 5. dakika Apgar skorları açısından fark yaratmamaktadır.

- Gebelerin gebelikte prenatal bağlanma envanter puanları yanidoğanın doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu, 1. ve 5. dakika Apgar skorları açısından fark yaratmamaktadır
- Doğum sonuçlarından yenidoğan doğum ağırlığı annenin yaşı, annenin boyu ve annenin doğum öncesi vücut kitle indeksi ile pozitif korelasyon göstermektedir.

Öneriler;

- Kadınlarda gebelikte sağlık uygulamaları değerlendirilirken ve bu konuda önerilerde bulunulurken gebenin sosyo-demografik, mevcut ve önceki gebelik özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri değerlendirilirken gebenin sosyo-demografik, mevcut ve önceki gebelik özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Prenatal bağlanma arttıkça olumlu sağlık uygulamaları arttığından, anne bebek bağlılığını arttırıcı uygulamaların teşvik edilmelidir.
- Kadının toplum içinde sosyal, kültürel ve ekonomik yönden desteklenmesi gebelik dönemlerinde daha iyi sağlık uygulamaları ve daha iyi prenatal bağlanma düzeyi ile sonuçlanacaktır.
- Tek tek bazı sağlık uygulamalarının gebelik sonuçları ile ilişkili olduğu biliniyor ise de gebelikte sağlık uygulamaları ölçek puanı yanidoğanın doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu, 1. ve 5. dakika Apgar skorları gibi doğum sonuçlarını öngörmede yararlı gözükmemektedir.
- Daha iyi prenatal bağlanma envanter puanının yanidoğanın doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu, 1. ve 5. dakika Apgar skorları gibi doğum sonuçlarını öngörmede yararlı gözükmemektedir.

KAYNAKLAR

Abbasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M., Nasiri Takami, G. (2012). Assesment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 9, 68-75.

Abrams, B., Altman, S. L., Pickett, K. E. (2000). Pregnancy weight gain: Still controversial. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71S, 1233S-1241S.

Abrevaya, J., Dahl, C. M. (2008). The effects of birth inputs on birthweight: evidence from quantile estimation on panel data. *Journal of Business & Economic Statistics*, 26(4), 379-397.

Acharya, S. (1995). How effective is antenatal care to promote maternal and neonatal health?, *International Journal of Gynecology & Obstetrics,* 50, S35-S42.

Aktif, KR. (2008). Pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetüs üzerine etkileri, *Prev Med Bull*, 7(5), 445-8.

Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., et al. (2012). The influence of maternal-fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women. *Res Nurs Health*, 35(2), 112-120.

Altıparmak, S., Taşpınar, A., Çoban, A. (2009). Gebelerde sağlık uygulamaları ve risk faktörleri arasındaki ilişkisi: Manisa örneği. 6. *Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Konuşma ve Bildiri Özetleri Kitabı*, Ankara, 302-303.

Altundaş, P. 2009. Gebelikte sağlık davranışlarının bölgesel olarak karşılaştırılması. *Ebelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,* Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol.,* 114(6), 1409-1420.

Armstrong, D. S., Hutti, M. H. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs,* 27(2), 83-189.

Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss, *J Nurs Scholarsh*, 34(4), 339-345.

Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004*; 33(6), 765-773.

Bakır, N., Ölçer, Z., Oskay, Ü. (2014). The levels and affecting factors of prenatal attachment in high risk pregnant. *International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal Child Health,* 1(1), 26-37.

Balaban, S. (2016). Gebelikte sağlık uygulamalarının prenatal bağlanma ile ilişkisi ve etkileyen faktörler. *Ebelik Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bekmezci, H. (2015). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Ebelik Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum; Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Berryman, J. C., Windridge, K. C. (1996). Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *J Reprod Infant Psychol,* 14(2), 133-143.

Bloom, K. C. (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nurs Res,* 44(5), 284-289.

Bowlby. J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.

Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., et al. (2009). A History of The Theory of Prenatal Attachment. *J Prenat Perinat Psychol Health.* 23(4), 201-222.

Clapp, J. F. (2000). Exercise during pregnancy: A clinical update. *Clinics in Sports Medicine,* 19, 273-286.

Condon, J. T., Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol,* 70(Pt 4), 359-372.

Condon, J. T., Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first- and second-time expectant couples. *Br J Med Psychol*, 63(Pt 4), 369-377.

Conway, K. S., Deb, P. (2005). Is prenatal care really ineffective? Or, is the 'devil'in the distribution?. *Journal of Health Economics,* 24(3), 489-513.

Cortés Castell, E., Rizo-Baeza, M. M., Aguilar Cordero, et al. (2013). Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area, *Nutricion hospitalaria*, 28(5), 1536-1540.

Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res*, 30(5), 281-4.

Çapık, A., Sakar, T., Apay, S. (2016). Gebelikteki sağlık uygulamaları ile duygusal zekâ arasındaki ilişki. *UluslarArası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi,* 6, 75-83.

Daalderop, L. A., Wieland, B. V., Tomsin, K., et al. (2018). Periodontal disease and pregnancy outcomes: overview of systematic reviews. *JDR Clinical & Translational Research,* 3(1), 10-27.

Dağlı, K. (2017). Gebelikte bebeğe yönelik yapılan hazırlıkların prenatal bağlanma ile ilişkisi. *Ebelik Yüksek Lisans Tezi*, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., et al. (2010). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 10, CD000934.

Elkin, N. (2015). Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri Ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Sted,* 24(6), 230-6.

Er, S., Şirin, A. (2007). Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. 5. Üreme Sağlığı ve Aile planlaması Kongresi, 19-22.

Erdemoğlu Ç. (2016). Fetusun cinsiyetinin prenatal bağlanma ve algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkisinin saptanması. *Ebelik Yüksek Lisans Tezi*, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Evans, W. N., Lien, D. S. (2005). The benefits of prenatal care: evidence from the PAT bus strike, *Journal of Econometrics*, 125(1-2), 207-239.

Evenson, K. R., Barakat, R., Brown, W. J., et. al. (2014). Guidelines for physical activity during pregnancy, comparisons from around the World. *American journal of lifestyle medicine,* 8(2), 102-121.

Fischer, S, Gillman, I. (1991). Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. *Psychiatry,* 54(1), 13-20.

Gaffney K. F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Matern Child Nurs J* ,15(2), 91-101.

Goldenberg, R. L., Culhane, J. F. (2007). Low birth weight in the United States. *The American Journal of Clinical Nutrition, 85*, 584S-590S.

Hjelmstedt A, Widström A. M, Collins A. (2006). Attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth,* 33(4), 303-310.

Hodnett E. D., (2000). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* (2), CD000062.

Institute of Medicine. (2009). Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines Weight gain during pregnancy. *Reexamining the guidelines,* 1-13.

İrge E, Timur S, Zincir H, ve ark. (2005). Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi, *Sted,* 14, 157-160.

Jeffcoat, J. K., Geurs, N. C., Reddy, M. S., et al. (2001). Periodontal infection and preterm birth: Results of a prospective study. *Journal of the American Dental Association,* 132, 875-880.

Kanbur, A. (2010). Gebeliğin istenme durumunun gebelerin yaptığı sağlık uygulamalarına etkisinin incelenmesi. *Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kennell J. H., Slyter, H., Klaus, M. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *N Engl J Med,* 283(7), 344-349.

Kleinveld, J.H., Timmermans, D.R., Van den Berg, M., et al. (2007). Does offering and performing prenatal screening influence women's attachment to their unborn child?, A longitudinal randomized controlled trial. *Prenat Diagn,* 27(8), 757-764.

Kliegman, R., M., Stanton B, Geme J. S, Schor N. F, Behrman, R., E. (2015). Nelson textbook of pediatrics. 20th Edition. Elsevier Health Sciences. 2015.

Koehn M. L. (2002). Childbirth education outcomes: an integrative review of the literatüre. *J Perinat Educ.* 11(3), 10-9.

Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., et al. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemp Fam Ther*, 24(4), 581-599

Lau S. R., Beilby, J. M., Byrnes, M. L., et al. (2012). Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *J Commun Disord,* 2(2), 98-110.

Lee, S. J., Thomas, J. (2008). Antenatal breast examination for promoting breast-feeding. *Cochrane Database Syst Rev.* (3), CD006064.

Lerum, C. W., LoBiondo-Wood, G. (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth,*16(1), 13-7.

Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal–fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health,* 24, 203-217.

Lindgren, K. (2003). A comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs,*32(3), 313-321.

Lindgren, K. (2005). Testing the health practices in pregnancy questionnaire–II. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(4), 465-472.

Lowry, L.W., Beikirch, P. (1998). Effect of comprehensive care on pregnancy outcomes. *Applied Nursing Research,* 11, 55-61.

Lu, M. C., Prentice, J., Yu, S. M., et al. (2003). Childbirth education classes: sociodemographic disparities in attendance and the association of attendance with breastfeeding initiatio. *Matern Child Health J,* 7(2), 87-93.

Lumley, J., Brown, S. (1993). Attenders and nonattenders at childbirth education classes in Australia: how do they and their births differ? *Birth,* 20(3), 123-30.

Lumley, J. M. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Aust Pediatr J,* 18(2), 106-109.

Lumley, J.M. (1990). Through a glass darkly: Ultrasound and prenatal bonding, *Birth* 17(4), 214-217.

Maddahi, M. S., Dolatian, M., Khoramabadi, M., et al. (2016). Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electronic physician*, 8(7), 2639.

Marakoğlu, K., Sezer, R. E. (2003). Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 157-164.

McDonagh, M. (1996). Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality?, *Health policy and planning*, 11(1), 1-15.

McFarland, J., Salisbury, A. L., Battle, C. L., et al. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to fetus. *Arc Womens Ment Health*, 14(5), 425-434.

Mecdi, M., Hotun, N. Ş. (2015). Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı. *Sted*, 24(4), 161-166.

Metin, A. (2014). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi.

Michalowicz, B. S., Hodges, J. S., DiAngelis, A. J., et al. (2006). Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med.* 355(18), 1885-1894.

Mikhail, M. S., Freda, M. C., Merkatz, R. B., et al. (1991). The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *Am J Obstet Gynecol*, 165(4 Pt 1), 988-91.

Muller, M. E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western J Nurs Res*, 15(2):199-211.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline, CG62. http://www.nice.org.uk/CG62.

Nizalova, O. Y., Vyshnya, M. (2010). Evaluation of the impact of the Mother and Infant Health Project in Ukraine. *Health economics*, 19(S1), 107-125.

Nobile, C. G., Raffaele, G., Altomare, C., et al. (2007). Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. *BMC public health*, 7(1), 192.

Obrowski, S., Obrowski, M., Starski, K. (2016). Normal Pregnancy: A Clinical Review. *Acad J Ped Neonatol.* 1(1), 555554.

O'toole, M. L. (2003). Physiologic aspects of exercise in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology,* 46(2), 379-389.

Öztürk, R., Saruhan, A. (2013). 1-4 Aylık prematüre bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 15(1), 32-47.

Pallikadavath, S., Foss, M., Stones, R. W. (2004). Antenatal care: provision and inequality in rural north India. *Social science & medicine,* 59(6), 1147-1158.

Peppers, L. G., Knapp, R. J. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry,* 43(2), 155-159.

Pillitteri, A. (2010). Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family. 6th edition, Lippincott Williams & Wilkins.

Pollock, P. H., Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse Negl*, 23(12), 1345-1357.

Priel, B., Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *J Soc Clin Psychol*, 18(2), 240-253.

Reichman, N. E., Corman, H., Noonan, K., Dave, D. (2009). Infant health production functions: What a difference the data make. *Health Economics,* 18(7), 761-782.

Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *J Adv Nurs*, 1(5), 367-376.

Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı (SBTÜSP), (2007). Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi. Ankara.

Schaffer, D. M., Velie, E. M., Shaw, G. M., et al. (1998). Energy and nutrient intakes and health practices of Latinas and white non-Latinas in the 3 months before pregnancy. *J Am Diet Assoc,* 98(8), 876-84.

Shakespear, K. (2008). Centering Pregnancy and traditional prenatal care: A comparison of health practices. *All Graduate Theses and Dissertations*. 2008; 216.

Siddalingappa, H., Nrayana Murthy, M.R., Kulkarni, P., et al. (2013). Prevalence and factors influencing perinatal mortality in rural Mysore, India. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR,* 7(12), 2796.

Siddiqui, A., Hagglof, B., Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *J Reprod Infant Psychol,* 18(1), 67-74.

Stainton, M. C. (1990). Parents' awareness of their unborn infant in the third trimester. *Birth*, 17(2), 92-96.

Taşkın, L. (2016). Gebelikte Annenin Fizyolojisi ve Gebelikte Beslenme. İçinde: Taşkın L.(editör). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi.

Taşpınar, A. (2016). Normal Gebelik. İçinde: Şirin A, Kavlak O (Editörler). Kadın Sağlığı. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 284-293.

Thornton, Y. S., Smarkola, C., Kopacz, S. M., et al. (2009). Perinatal outcomes in nutritionally monitored obese pregnant women. *J Natl Med Assoc,* 101(6), 569-577.

Tirkeş, D. (2012). Gebe kadınların sağlık uygulamaları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Doğum ve Kadın Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi,* Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tüzün, O., Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam* 19(1), 24-39.

Tyler, K.H. (2015). Physiological skin changes during pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology,* 58(1), 119-124.

Üstünsöz, A., Güvenç, G., Akyüz, A., et al. (2010) Comparison of maternal–and paternal–fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*, 26, 1-9.

Wallerstedt, C., Lilley, M., Baldwin, K. (2003). Interconceptional counseling after perinatal and infant loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs,* 32(4), 533-542.

Watt, M. C., McWilliams, L. A., Campbell, A. G. (2005). Relations between anxiety sensitivity and attachment style dimensions. *J Psychopathol Behav Assess,* 27(3), 191-200.

Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., et al. (2013). Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. *Subst Abuse Treat Prev Policy,* 8, 1-7

Westney O. E, Cole O. J, Munford T. L. (1988). The effects of prenatal education intervention on unwed prospective adolescent fathers. *J Adolesc Health Care.* 9(3), 214-8.

Woods, S. E., Raju, U. (2001). Maternal smoking and the risk of congenital birth defects: A cohort study. *Journal of the American Board of Family Practice,* 14, 330-334.

World Health Organization. (2013). WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: World Health Organization; (http://www.who.int/)

World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.

World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. 14-37.

Yan, J. (2017). The effects of prenatal care utilization on maternal health and health behaviors. *Health economics,* 26(8), 1001-1018.

Yanıkkerem, E., Şirin, A. (2016). Kadın ve Sağlık Bakım Sistemi, Politikalar, Yasalar. İçinde: Şirin A, Kavlak O (Editörler), Kadın Sağlığı. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 3-20.

Yargıç M. P, Karayılan Ş. Dönme G. (2014). Gebelik ve Egzersiz, Spor Hekimliği Dergisi Cilt, 49, 91-98

Yavuz, S., Aykut, M. (2014). Kayseri Melikgazi eğitim araştırma sağlık grup başkanlığı bölgesinde gebe kadınların gebelikte beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve beslenme durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* 23, 10-21.

Yılmaz, S. D., Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle basa çıkma, depresyon ve prenatal baglanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi,* 20(3), 99-108.

Yılmaz, S. D., Beji, N. K. (2013). Prenatal Baglanma Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemsirelik ve Saglık Bilimleri Dergisi,* 16(2), 103-109.

Yılmaz, S. D. (2013). Prenatal anne-bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 10(3), 28-30.

Yılmaz, S. D., Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg,* 20(3), 99-108.

Yilmaz, S. D., Beji, N. K. (2013). The effects of perinatal loss on the current pregnancy in Turkey. *Midwifery* 29, 1272–1277.

Yörük S., Türkmen H., Yalnız H., Nebioğlu M. (2016) Gebelikte Yas, Kayıp ve Ebelik, Düzce Ünversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(3), 207-212

Zeanah, C. H., Carr, S., Wolk, S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: Are they related? *J Reprod Infant Psychol,* 8(1), 23-36.

Zolotor, A. J., Carlough, M. C. (2014). Update on prenatal care. *American family physician*, 89(3), 199-208.

EKLER

Ek A: Gebe ve Yenidoğan Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Formu

Adı Soyadı:
Telefon Numarası:

GEBE TANITIM FORMU

A. Sosyodemografik Özellikler:

1. Kaç yaşındasınız?.....

2.Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar

3. Evlilik yaşınız?.....

4. Kaç yıllık evlisiniz? ……

5. Eğitim durumunuz?

a) Okur-yazar değilim

b) İlköğretim mezunu

c) Lise mezunu

d) Üniversite mezunu

e) Yüksek lisans mezunu

f) Diğer

6. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Var b) Yok (7. Soruya geçiniz)

7. Sosyal güvenceniz nedir?

a) Emekli sandığı

b) SSK

c) Bağ-Kur

d) Özel sağlık sigortası

e) Diğer...…

8. Çalışma durumunuz?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

9. Mesleğiniz nedir?

a) Ev Hanımı
b) Memur
c) İşçi
d) Serbest Meslek
e) Diğer……

10.Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

a) Köy

b) İlçe

c) Şehir

d) Büyük şehir

11.Aile tipiniz?

( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile

12. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

a) Gelirim giderimden az

b) Gelirim giderimi karşılıyor

c) Gelirim giderimden fazla

Eşinizin Bilgileri:

13. Eşinizin Eğitim durumu?

a) Okur-yazar değilim

b) İlköğretim mezunu

c) Lise mezunu

d) Üniversite mezunu

e) Yüksek lisans mezunu

f) Diğer (……...)

14. Eşinizin Çalışma Durumu?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

15.Eşinizin Mesleği nedir?

a) Memur
b) işçi
c) Serbest Meslek
d) Diğer……

16. Eşiniz size ev işlerinde yardımcı oluyor mu?

a) Çok yardımcı oluyor
b) Orta derecede yardımcı oluyor
c) Az yardımcı oluyor
d) Hiç yardımcı olmuyor

B. Obstetrik Özellikler:

17. Bu gebelik kaçıncı gebeliğiniz?.....

18. Doğum sayısı…….

19. Düşük varsa sayısı…….

20. Kürtaj varsa sayısı…….

21. Ölü doğum varsa sayısı……..

22. Yaşayan çocuk sayısı…….

23. Müdahaleli doğum öykünüz var mı?

a) Evet b) Hayır

24. Son adet tarihiniz ve gebelik haftanız?.....

25. Bu gebeliğiniz ile önceki gebeliğiniz arasındaki süre?

a) 24 aydan az b) 24 ay ve üzeri

26. Gebe kalmayı planlamış mıydınız?

a) İsteyerek gebe kaldım
b) İstemeden gebe kaldım
c) İstemeden gebe kaldım ama şu anda bebeğimi istiyorum

27. Gebeliğinizden önce infertilite / kısırlık tedavisi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

28. Bebeğinizin hareketlerini hissettiniz mi? Hissettiyseniz ne zaman hissettiniz?

a) Evet..... b) Hayır

29. Gebeliğinizi sonlandırmayı düşündünüz mü?

a) Evet b) Hayır

30. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

a) Kız b) Erkek c) Bilmiyorum

31. Bebeğinizin cinsiyetinin ne olmasını tercih ederdiniz/edersiniz?

a) Kız b) Erkek c) Fark etmez

32. Bebeğinizde tespit edilmiş herhangi bir anomali var mı?

a) Evet b) Hayır

33. Şimdiki kilonuz?..... Boyunuz nedir? ……

34. Gebe kalmadan önceki kilonuz nedir?.....

35. Gebeliğiniz boyunca toplam kaç kez sağlık kuruluşuna kontrole gittiniz?.....

36. Gebelik boyunca sağlık problemi yaşadınız mı? (Evet ise yanına belirtiniz)

a) Evet b) Hayır

37.Gebelik öncesi dönemde cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiniz mi?

a) Evet (Sonraki soruyu cevaplayınız) b) Hayır

38. Cinsel yolla bulaşan hastalık için tedavi oldunuz mu? Kullandığınız ilaçları belirtiniz

a) Evet (……..) b) Hayır

39. Kronik bir hastalığınız var mı? Belirtiniz:

a) Evet…….. b) Hayır

40. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı? (Cevabınız ‘ Evet’ ise belirtiniz)

a) Evet …….. b) Hayır

41. Gebelik öncesi sigara kullanıyor muydunuz?

a) Evet b) Hayır

42. Gebelikten önce diyetinize (beslenme) dikkat eder miydiniz?

a) Evet b) Hayır

43. Gebelikten önce egzersiz/spor yapar mıydınız? (Cevabınız Evet ise belirtiniz)

a) Evet…… b) Hayır

44. Gebelikten önce gebelikle ilgili danışmanlık aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

YENİDOĞAN VERİ FORMU		
Gebelik haftası		
Cinsiyet	Kız ( )	Erkek ( )
Doğum ağırlığı (gr)		
Doğum boyu (cm)		
Apgar 1. ve 5.		

Ek B: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği

(GSUÖ; Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II)

1.Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdüğümü düşünüyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

2. Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

3. Gebe kaldığımdan beri; günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

4. Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken (yolculuk ederken) emniyet kemeri kullanıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

5. Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

6. Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin yada LSD, eroin yada uçucu madde kullanırım.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

7. Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

8. Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum ya da cinsel ilişkiden kaçınıyorum).

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

9.Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma ya da ebeme bildiririm.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda ya da anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma ya da ebeme sorarım.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum ya da ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 ºC'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınırım veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kurşun içeren içme suyu).

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç ya da destekleyici maddeler almadan önce doktorumla ya da ebemle konuşurum.

a) Hiçbir zaman

b) Nadiren

c) Ara sıra

d) Sık sık

e) Her zaman

17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum ya da ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Haftada 1-2 kez

c) Haftada 3-4 kez

d) Haftada 5-6 kez

e) Günlük ya da tavsiye edilmedi

18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyum alıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Haftada 1-2 kez

c) Haftada 3-4 kez

d) Haftada 5-6 kez

e) Günlük

19. Gebe kaldığımdan beri, günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.

a) Hiç

b) Haftada 1 ya da 2

c) Haftada 3 yada4

d) Haftada 5 ya da 6

e)Günlük

20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve gibi) alıyorum.

a) Hiç

b) Haftada 1 ya da 2

c) Haftada 3 ya da 4

d) Haftada 5 yada 6

e)Günlük

21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.

a) Hiçbir zaman içmedim

b) Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım

c) Günde 10 sigaradan az

d) Günde 11-20sigara

e) Günde 1 paketten fazla

22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içerim (şarap, bira veya likör).

a) Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım

b) Gebeliğimi öğrenmeden önce

c) Ayda 3 kereden az

d) Haftada 1

e) Haftada 1'den az

23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir şişe bira, bir kadeh şarap ya da bir kadeh likköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.

a) Hamileyken hiç içmedim

b) 1 içki (içecek)

c) 2 içki (içecek)

d) 3 içecek (içki)

e) 3 içecekten (içki) fazla

24. Doğum öncesi bakım için doktorumu ya da ebemle görüşmeye başladım.

a) Döllenmeden önce gebeliği planlamak için

b) Gebeliğimin ilk 3 ayında

c) Gebeliğin 5. ayından önce

d) Gebeliğin 7. ayından önce

e) Gebeliğin 9. ayından önce

25. Gebe kaldığımdan beri, "randevumu kaçırdım" (doktorumla ya da ebemle olan randevuyu unuttum ya da randevuya gitmedim anlamında).

a) Hiçbir randevuyu kaçırmadım

b) Bir randevuyu kaçırdım

c) 2-3 randevu kaçırdım

d) 4-5 randevu kaçırdım

e) 5 randevudan fazla kaçırdım

26. Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik ya da diş bakımı)

a) Düzenli diş bakımı yaptırdım

b) Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim

c) Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum

d) Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil

e) Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım ya da gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi

27. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Ayda bir ya da daha az

c) Ayda 2-3 kez

d) Ayda 4 kez (haftada bir)

e) Ayda 4 kereden fazla

28. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Ayda 1 kez ya da daha az

c) Ayda 2-3 kez

d) Ayda 4 kez (haftalık)

e) Ayda 4 kezden fazla

29. Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.

a) Hiçbir zaman

b) Haftada1 kez ya da daha az

c) Haftada 1-2 kez

d) Haftada 3-5 kez

e) Haftada 5'ten fazla

30. Gebe kaldığımdan beri, gebelikte, gebelik zamanına uygun, doktorum ya da ebem tarafından önerilen ağırlık kadar kilo aldım.

a) Kilo kaybettim

b) Gereğinden çok az ya da çok fazla kilo aldım

c) Kilo almadım ya da vermedim

d) Bilmiyorum

e) Almam gereken miktarda kilo aldım

31. Gebe kaldığımdan beri, her gün su, meyve ya da sebze suyu ya da diğer kafeinsiz içecekler içerim.

a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı

b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik) sıvı

c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı

d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik) sıvı

e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım.

32. Gebe kaldığımdan beri, bahçede çalışırken eldiven kullanarak, pişmemiş ya da az pişmiş et yemeyerek ve kedi dışkısı ile temastan kaçınarak toksoplazma enfeksiyonu riskini en aza indiriyorum.

a) Daima

b) Haftada 5 gün

c) Haftada 3 gün

d) Bazen

e) Hiç

33. Doğuma hazırlık kurslarına katıldım ya da katılmayı planlıyorum.

a) Kesinlikle evet

b) Hayır, daha önce katılmıştım

c) Emin değilim

d) Muhtemelen hayır

e) Kesinlikle hayır

Ek C: Prenatal Bağlanma Envanteri

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

Ek D: Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/05/2018-261600

T.C.

FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/020/
Konu :Kesitsel Anket Çalışması (Nazmiye ÇAYCI ESEN)

Sayın Doç. Dr. İhsan ESEN

İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktor Öğretim Üyesi Tülay KAVLAK'ın sorumluluğunda Nazmiye ÇAYCI ESEN'in, Kadın Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi olarak "Gebelikte Sağlık Uygulamaları ve Prenatal Bağlanmanın Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkisi" isimli kesitsel anket çalışmasını hastanemiz bünyesinde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Refik AYTEN
Üniversite Hastanesi Başhekimi

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
Tel: 0 (424) 233 35 55
E-Posta: :
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Gülsün Katılmış
Faks: 0 (424) 238 80 96
Elektronik ağ:http://ftm.firat.edu.tr/

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek E: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/04/2018-260288

T.C.

FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :97132852/050.01.04/
Konu :Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK (Yük. Lis. Öğr. Nazmiye ÇAYCI ESEN)

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi :27/03/2018 tarihli, 04/2018 sayılı ve "Etik Kurul Değerlendirilmesi Hk." konulu yazı

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğretim Üyesi Tülay KAVLAK yönetiminde Yük. Lis. Öğr. Nazmiye ÇAYCI ESEN'e ait "**Gebelikte Sağlık Uygulamaları ve Prenatal Bağlanmanın Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkisi**" konulu çalışma ile ilgili Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgileriniz ile gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Mustafa KAPLAN
Kurul Başkanı

EK :
Etik Kurul Kararı 1 (bir) sayfa

25/04/2018 Bilg.İşlt. : T.ÖZKILIÇ

Fırat Üniversitesi Rektörlüğü 23119 ELAZIĞ/TÜRKİYE Ayrıntılı bilgi için irtibat : Teslime ÖZKILIÇ
Tel: 0 (424) 237 00 00 Faks: 0 424 2122717
E-Posta: : Elektronik ağ:http://www.firat.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.