

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERE I. VE II. LEOPOLD MANEVRALARI İLE YAPILAN
HEMŞİRELİK GİRİŞİMİNİN PRENATAL BAĞLANMA ÜZERİNE
ETKİSİ**

Meryem ÇELİK

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı İçin Öngördüğü BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2018

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERE I. VE II. LEOPOLD MANEVRALARI İLE YAPILAN
HEMŞİRELİK GİRİŞİMİNİN PRENATAL BAĞLANMA ÜZERİNE
ETKİSİ**

Meryem ÇELİK

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı İçin Öngördüğü BİLİM UZMALIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Doç. Dr. Ayla ERGİN
Etik Kurul Onay Numarası: KÜ GOKAEK 2016/230

KOCAELİ

2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

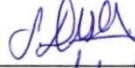
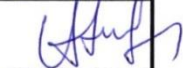
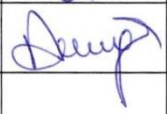
Tez Adı: Gebelere I. ve II. Leopold Manevraları ile Yapılan Hemşirelik Girişiminin Prenatal Bağlanmaya Etkisi

Tez yazarı: Meryem ÇELİK

Tez savunma tarihi: 28.06.2018

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ayla Ergin

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Doç. Dr. Sema YILMAZ	
ÜYE (DANIŞMAN)	Doç. Dr. Ayla ERGİN	
ÜYE	Doç. Dr. Meltem DEMİRCİOĞLU	
ÜYE		
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

28/06/2018

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Gebelere I. ve II. Leopold Manevraları ile Yapılan Hemşirelik Girişiminin Prenatal Bağlanmaya Etkisi

Amaç: Çalışma gebelere I. ve II. Leopold manevraları ile yapılan hemşirelik uygulamasının prenatal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Bu araştırma deneysel ve randomize kontrollü bir çalışma olarak, Eylül 2016 – Eylül 2017 tarihleri arasında Kocaeli ilinde bir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Bilgilendirme Sınıfı’nda yürütüldü. Araştırmanın örneklemini, 50 deney, 50 kontrol olmak üzere 100 gebe oluşturdu. Veriler, “Kişisel Bilgi Formu”, “Prenatal Bağlanma Envanteri” (PBE) ve Leopold manevralarını değerlendirmeyi sağlayan “Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası” (F.P.F.S) kullanılarak elde edildi. Deney grubundaki gebelere 28. gebelik haftasında fetal gelişim, I. ve II. Leopold manevralarını içeren eğitim verilerek manevralar uygulandı. Aynı girişimler 32. ve 36. gebelik haftalarında da tekrar edildi. Kontrol grubuna ise, aynı haftalarda girişim yapılmadan ölçekler uygulandı. Veriler, tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Student’s t test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Paired Samples, Pearson ki-kare t, Fisher’s exact, Fisher Freeman Halton test, Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Gruplara göre gebelerin sosyo-demografik, obstetrik, sosyal destek ve bebeğe ilişkin özellikleri benzerdi ($p>0,05$). Gebelerin 28. gebelik haftasındaki PBE puan ortalaması, deney grubunda, $63,58 \pm 8,48$, kontrol grubunda, $64,26 \pm 8,11$ ve F.P.F.S puan ortalamaları deney grubunda, $17,72 \pm 4,87$, kontrol grubunda ise $18,20 \pm 3,87$ olup gruplar arasında puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p>0,05$). Gebelerin 32. ve 36. haftalarındaki PBE puan ortalamaları, deney grubunda $71,18 \pm 7,87$, $76,10 \pm 6,76$, kontrol grubunda ise, $65,66 \pm 8,51$, $67,10 \pm 7,80$ olup, F.P.F.S puan ortalamaları deney grubunda $24,54 \pm 4,40$ ve $27,32 \pm 2,92$, kontrol grubunda ise $18,34 \pm 3,94$ ve $18,90 \pm 4,06$ olup, deney grubunun ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Sonuç: Gebelere uygulatılan Leopold manevralarının prenatal bağlanmayı etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Prenatal bağlanma, leopold manevraları, gebelik ve hemşirelik

ABSTRACT

The Effect of Nursing Initiative Made Via 1st And 2nd Leopold Maneuvers On Prenatal Attachment Of Pregnant Women

Aim: The purpose of this study was to determine the effect of nursing practice made via 1st and 2nd Leopold Maneuvers on Prenatal attachment of pregnant women.

Method: The study was carried out as an experimental and randomized study between September 2016 and September 2017 at Kocaeli in the Education and Research Hospital of Health Science University. The survey sample consisted of 100 pregnant women, 50 of which were the subjects and 50 of which were the controls. The data were collected using the "Personal Information Form", "Prenatal Attachment Inventory" (PBE), and the "Fetal Position Awareness Scale" (F.P.F.S), which assesses Leopold maneuvers. To the pregnant women of the experimental group, information regarding fetal development and I. and II. Leopold maneuvers were given and the maneuvers were practiced. The same initiatives were repeated during the 32nd and 36th gestational weeks. To the control group, scales were applied in the same weeks without interference. Data were analyzed using descriptive statistical methods, Student's t test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Paired Samples, Pearson Chi-square t, Fisher's exact, Fisher's Freeman Halton test, Pearson correlation and Spearman correlation analysis.

Results: According to the groups, the socio-demographic, obstetric, social support and characteristics of the babies were similar ($p > 0,05$). The mean PBE scores of pregnant women at 28th gestational week were $63,58 \pm 8,48$ in the experimental group, $64,26 \pm 8,11$ in the control group and the mean F.P.F.S scores were $17,72 \pm 4,87$ in the experimental group and $18,20 \pm 3,87$ in the control group. There was no statistically significant difference between the groups. The mean PBE scores at weeks 32nd and 36th of pregnancies were 71.18 ± 7.87 , 76.10 ± 6.76 in the experimental group and 65.66 ± 8.51 , 67.10 ± 7.80 in the control group and the mean F.P.F.S scores were $24,54 \pm 4,40$ and $27,32 \pm 2,92$ in the experimental group and $18,34 \pm 3,94$ and $18,90 \pm 4,06$ in the control group. The mean scores of the experimental group were statistically significantly higher than the control group ($p = 0.001$; $p < 0.01$).

Conclusion: It has been determined that Leopold maneuvers applied to pregnant women affects prenatal attachment during pregnancy.

Key Words: Prenatal attachment, leopold maneuvers, pregnancy and nursing



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde uzun yıllar yarım kalan tez çalışmam süresince destek ve yardımlarını esirgemeyen, göstermiş olduğu sabır ve hoşgörüden dolayı tez danışman hocam Doç. Dr. Ayla ERGİN' e,

Değerli zamanlarını ayırarak sınavıma gelen ve katkı sağlayan jüri üyelerim Doç. Dr. Sema Yılmaz ve Doç. Dr. Meltem DemirgözBAL'a

Tezimin uygulama aşamasında bana destek sağlayan Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Bilgilendirme Sınıfı'nın eğitimci ebe Şermin DERE' ye,

Hemşirelik mesleğim boyunca yanımda olan arkadaşlarım Fatma KÜRŞAT' a, Yasemin ERKEK' e ve Havva BOZDEMİR' e

Bana desteklerini esirgemeyen sevgili oğlum Eren Rüzgar ÇELİK' e, eşim Serkan ÇELİK' e ve aileme,

Çalışmama gönüllü olarak katılan ve hemşirelik girişimlerini uygulamama izin veren tüm gebe kadınlara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

.....08/...06.../ 2018

Meryem ÇELİK

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ÇİZİMLER DİZİNİ	xiii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiv
1-GİRİŞ	1
1.1.Genel Bilgiler	4
1.1.1. Gebeliğin Oluşumu, Embriyonel ve Fetal Büyüme ve Gelişme⁴	
<i>1.1.1.1. Preembriyonik Evre</i>	4
<i>1.1.1.2. Embriyonel Evre Büyüme ve Gelişme</i>	6
<i>1.1.1.3. Fetal Evre Büyüme ve Gelişme</i>	10
<i>1.1.1.4. Fetal Davranışlar ve Fetal Duyusal Algulamalar</i>	12
1.1.2.Gebelik Döneminde Annede Görülen Fizyolojik Değişiklikler	17
<i>1.1.2.1. Üreme Sistemine İlişkin Değişiklikler</i>	19
<i>1.1.2.2. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri</i>	24
<i>1.1.2.3. Solunum Sistemi Değişiklikleri</i>	26
<i>1.1.2.4. Üriner Sistem Değişiklikleri</i>	26
<i>1.1.2.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri</i>	27
<i>1.1.2.6. Endokrin Sistem Değişiklikleri</i>	27
<i>1.1.2.7. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri</i>	29
<i>1.1.2.8. Metabolik Değişiklikler</i>	31
<i>1.1.2.9. Cilt Değişiklikleri</i>	32
<i>1.1.2.10. Meme Değişiklikleri</i>	32
1.1.3. Gebelik Döneminde Annede Görülen Psikolojik Değişiklikler	33
1.1.4. Gebelik Döneminde Muayeneler ve Leopold Manevraları	36
1.1.5. Prenatal Bağlanma Kavramının Gelişimi	39
<i>1.1.5.1. Bağlanma</i>	39
<i>1.1.5.2. Prenatal Bağlanma</i>	41
<i>1.1.5.3. Prenatal Bağlanmanın Gelişimi, Ebe ve Hemşirelerin Sorumlulukları</i>	44

1.1.5.3.1. Gebelik Döneminde Prenatal Bağlanmanın Gelişimi	45
1.1.5.3.2. İnnatal Dönemde Prenatal Bağlanmanın Gelişimi	51
1.1.5.3.2. Doğum Sonu Dönemde Prenatal Bağlanmanın Gelişimi	53
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	56
2. AMAÇ	56
3. YÖNTEM	56
3.1. Araştırmanın Tipi	56
3.2. Araştırmanın Yeri	56
3.3. Araştırmanın Zamanı	57
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	57
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi	60
3.6. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçlerin Tanımlanması	60
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	60
3.6.1.1. Anket Formu	60
3.6.1.2. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)	60
3.6.1.3. Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S)	60
3.7. Ön Uygulama	61
3.8. Uygulama	61
3.8.1. Çalışmanın Akış Şeması	63
3.9. Etik Boyut	64
3.9. Verilerin Analizi	64
4. BULGULAR	65
4.1. Katılımcıların Gruplara Göre Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Sosyal Destek Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi	66
4.2. Gruplara Göre Bebeğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi	72
4.3. Gruplara Göre Gebeliğin 28., 32. ve 36. Haftasındaki Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S) Puanlarının Dağılımı ve Değerlendirilmesi	74
4.4. Gruplara Göre Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik, Sosyal Destek ve Bebeğe İlişkin Özellikleri İle PBE ve F.P.F.S Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	78
5. TARTIŞMA	104
5.1. Katılımcıların Gruplara göre Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Sosyal Destek Özelliklerinin Tartışılması	104
5.2. Katılımcıların Gruplara göre Bebeğe İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	112

5.3. Katılımcıların Gruplara Göre, Gebeliğin 28., 32. ve 36. Haftasındaki Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S) Puanlarının Dağılımlarının Tartışılması	114
5.4. Gruplara Göre Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik, Obstetrik, Sosyal Destek ve Bebeğe İlişkin Özellikler İle PBE ve F.P.F.S Puanı Arasındaki İlişkinin Tartışılması	116
5.5. Sınırlılıkları	120
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	121
KAYNAKLAR DİZİNİ	124
ÖZGEÇMİŞ	133
EKLER	135
EK1. Anket Formu	135
EK 2. Prenatal Bağlanma Envanteri	139
EK 3. Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası	140
EK 4. Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni	141
EK 5. Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası Kullanım İzni	142
EK 6. Etik Kurul Onayı	143
EK 7. Kocaeli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlik İzni	145
EK 8. Hasta Onam Formu Örneği	146
EK 9. Eğitim Kitapçığı	148
EK 10. Tez Denetleme Listesi	150

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- CRL:** Tepe art uzunluğu
BKİ: Beden Kitle İndeksi
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TAYA: Türkiye Aile Yapısı Araştırması
MFAS: Maternal- Fetal Bağlanma Ölçeği
PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri
MAAS: MaternalAntenatalBağlanma Ölçeği
F.P.F.S: Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası
hCG: Human Koryonik Gonodotrop Hormon
FSH: FolikülStimülan Hormon
LH: Lüteizan Hormon
hPL: Human Plasental Laktojenik Hormon
EA: Epidural Anestezi
aPTT: Aktive parsiyel tromboplastin zamanı
PT: Protrombin zamanı

ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 1.1.1.1.1.Pre-embriyonik evre, fertilizasyon ve implantasyon süreci	5
Çizim 1.1.1.1.2. Amnion ve embriyonik diskin gelişimi	6
Çizim 1.1.1.2.1.Fertilizasyondan sonra üç hafta ve sekiz hafta arası embriyonik gelişim.	7
Çizim 1.1.1.2.2. Fetüsün alt solunum sisteminin gelişimi, a- Beş hafta, b- Altı hafta, c- Sekiz hafta	9
Çizim 1.1.1.4.1. Beyin ve sinir sistemi gelişimi ve fetal davranışlar arasındaki ilişki	13
Çizim 1.1.2.1.1. Gebelik haftalarına göre uterusun boyutu	21
Çizim 1.1.2.1.2. Gebelik sırasında servikte meydana gelen değişiklikler	22
Çizim 1.1.2.1.3. Gebeliğin 18. haftasında Ballotment	22
Çizim 1.1.2.7.1. Gebelikte postür değişiklikleri. A, gebe olmayan kadın. B, gebelik döneminde yanlış duruş. C, gebelik döneminde doğru duruş	30
Çizim 1.1.2.7.2. Gebelik döneminde rektusabdominalis kaslarında olası değişiklik	30
A, Gebe olmayan kadında normal pozisyon. B. Gebe kadında Diastazisrektiabdominalis	
Çizim 1.1.2.10.1. Gebelik süresince memelerde oluşan değişiklikler	33
Çizim 1.1.4.1. A- Birinci Leopold manevrası, B- İkinci Leopold manevrası, C- Üçüncü Leopold manevrası, D- Dördüncü Leopold manevrası	39
Çizim 1.1.5.3.1.1. Prenatal bağlanma	46
Çizim 1.1.5.3.2.1. Doğumda bağlanmanın gelişimi	51
Çizim 1.1.5.3.3.1. Erken postpartum dönemde bağlanmanın gelişimi	53
Çizim 1.1.5.3.3.2. Bağlanmayı etkileyen faktörler	54
Çizim 3.3.1. Araştırma süresince yapılan faaliyetler	59
Çizim 4.3.1.PBE puanlarının gruplara göre dağılımı	75
Çizim 4.3.2. PBE puanlarının ön test – son test dağılımı	76
Çizim 4.3.3. F.P.F.S' nin gruplara göre dağılımı	77
Çizim 4.3.4. F.P.F.S' nin ön test – son test dağılımı	78

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.1.1.2.1. Üç primergerm tabakasından gelişen vücut yapıları	8
Çizelge 1.1.2.1 Gebelik haftalarına göre fetüste ve annede olan değişiklikler	17
Çizelge 1.1.2.2.1. Gebelikte kardiyovasküler sistemde olan değişiklikler	24
Çizelge 1.1.2.6.1. Gebelik döneminde hormonal değişiklikler	28
Çizelge 1.1.5.3.1. Prenatal bağlanmanın gelişimsel modeli	44
Çizelge 4.1.1. Gruplara göre sosyo-demografik özelliklerin değerlendirilmesi	66
Çizelge 4.1.2. Gruplara göre obstetrikve sosyal destek özelliklerin değerlendirilmesi	68
Çizelge 4.1.3. Gebelikte yaşanan duygular	70
Çizelge 4.2.1. Gruplara göre bebeğe ilişkin özelliklerin değerlendirilmesi	72
Çizelge 4.3.1. Gruplara Göre 28., 32. ve 36. hafta Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) puanlarının değerlendirilmesi	74
Çizelge 4.3.2. PBE puanının ön test-son test değerlendirmesi	75
Çizelge 4.3.3. Gruplara göre 28., 32. ve 36. hafta F.P.F.S puanlarının değerlendirilmesi	76
Çizelge 4.3.4. F.P.F.S' nin ön test-son test değerlendirmesi	78
Çizelge 4.4.1. Deney ve kontrol grubu olguların yaşları ile 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	78
Çizelge 4.4.2. Gebelerin eğitim durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	80
Çizelge 4.4.3. Eş eğitim durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE veF.P.F.S puan farkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	82
Çizelge 4.4.4. Ekonomik duruma göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi	84
Çizelge 4.4.5. Gebelik sayısına göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi	86
Çizelge 4.4.6. Gebeliğin planlı olma durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi	88
Çizelge 4.4.7. Sigara kullanım durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi	90
Çizelge 4.4.8. Bebek cinsiyetine göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi	92
Çizelge 4.4.9. Gebelerin bebekleri ile konuşma sıklıklarına göre	94

28. hafta-32. hafta ve 28. hafta-36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

Çizelge 4.4.10. Gebelerin müzik dinleme durumuna göre 28. hafta –32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi 96

Çizelge 4.4.11. Gebelerin bebek bakımı, annelik ve ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okuma durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi 98

Çizelge 4.4.12. Gebelerin kendi anneleri ile olan ilişkisine göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi 100

Çizelge 4.4.13: Gebelerin eşleri ile olan ilişkisine göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi 102



1.GİRİŞ

Bireylerin gelişiminde bebeklik ve çocukluk döneminde, sevgi ile deneyimledikleri sosyal ve duygusal bağlar kalıcıdır (Moon 2011, Güleç ve Kavlak 2013). Bu sevgi bağlarının temeli, bir bireyin oluşması için ebeveynler tarafından genellikle karar verme ve hazırlık aşaması ile prenatal dönemde atılmaktadır. Gebelik döneminde hayal edilen ebeveyn ve çocuk ilişkisi fizyolojik, anatomik ve psikolojik olarak oluşmaya ve gelişmeye başlar. Müller (1990) Prenatal bağlanmayı, “*Bir kadın ve onun fetüsü arasında gelişen eşsiz, sevecen ilişki*” olarak tanımlamıştır (Yılmaz 2010). Prenatal bağlanma, John Bowlby’ nin bağlanma teorisinden ve anneliğe uyum sürecinin gebelik döneminde başladığını belirten psikolojik kuramlardan etkilenilerek ortaya atılmış bir teori olarak karşımıza çıkmaktadır (Malm ve diğ. 2016). Prenatal bağlanma anneler ve fetüsleri arasında kurulan duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak gerçekleşen duygusal bağdır (Doan ve Zimmerman 2008). Gebe kadın ile fetüs arasındaki bağlanma süreci ilk önemli ilişki olarak tanımlanır ve bu güçlü ilişki doğumdan sonrada anne-çocuk ilişkisinde belirleyici rol oynar (Abbasoğlu ve diğ. 2015, Abasi ve diğ. 2012, Duyan ve diğ.2013, Eswi ve Khali 2012, Mutlu ve diğ. 2015).

Gebelik döneminde anne ve fetüsü arasında güçlü bir bağın kurulması, doğum sonu annenin anneliğe pozitif uyum sağlamasını ve çocuğun daha iyi bilişsel ve motor gelişim vesosyal iletişime sahip olmasını sağlar(Pisoni ve diğ. 2014, Malekpour 2007). Zayıf anne bebek bağlanmasının ise, fetüsten rahatsızlık duyma, fetal istismar, anksiyete, depresyon, duygu durum bozukluklarıve diğer yaşam dönemlerinde ise çocuk istismarı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir(Brandon ve diğ. 2009).Annenin gebelik ve doğum sonunda gösterdiği olumsuz maternal bağlanma davranışları, bebekte beslenme bozukluğu, büyüme-gelişme yetersizliği, huzursuzluk, ağlama ve uyku bozukluğu gibi çeşitli sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir (Akarsu ve diğ. 2017).

Ülkemizde çocuk istismarı konusunda yapılan araştırmalarda, %78 gibi yüksek bir oranda duygusal istismarın ilk sırada olduğu görülmektedir (Turhan ve diğ. 2006). Müderrisoğlu’nun 2014’de yaptığı bir araştırma sonucunda anne ve/veyababanın geçmişte ve halihazırda istismara maruz kalması ile çocuğa yönelik istismar arasında bir ilişki olduğu görülmüştür (Başoğul ve diğ. 2017). Gebelik döneminde prenatal bağlanmanın değerlendirilmesi ve yüksek risk grubu ailelere danışmanlık ve

motivasyoneğitimleri verilmesinin aile ve doğacak çocuğun hayatında büyük önem taşımaktadır (Üstünsöz ve diğ. 2010).

Birçok çalışmada sosyo-demografik özelliklerin (yaş, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik statü), gebelik ile ilgili (önceki gebeliklerle ilgili kötü sonuçlar, riskli gebelikler) sorunların, psiko-sosyal (özsaygı, sosyal destek, baş etme mekanizmaları) ve psiko-patolojik sorunların (depresif yada anksiyete belirtileri) prenatal bağlanmayı etkilediği belirtilmektedir (Abasi ve diğ 2012, Alan 2011, Alhusen 2008, Gölbaşı ve diğ. 2015, Mutlu ve diğ 2015, Yılmaz 2010, Yarcheski ve diğ 2009).Bağlanma çalışmaları Bowlby ile 1950' li yıllarında başlamasına rağmen ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların tarihi oldukça yenidir (Kavlakve Şirin 2009). Ülkemizde, maternal bağlanmanın değerlendirilebilmesi için Kavlak ve Şirin (2009) tarafından, İzmir ilinde, bir ve dört aylık bebekleri olan 165 anne üzerinde, Maternal Bağlanma Ölçeği' nin Türk toplumuna uyarlanması çalışması ile bağlanma çalışmaları başlamıştır.Aynı yıllarda Yılmaz'ın (2010) İstanbul ilinde 20 hafta ve üzeri gebelikleri olan 210 gebe üzerinde, Prenatal Bağlanma Envanteri' nin Türkçe' ye uyarlanmasını içeren çalışması ile devam etmiştir. Adı geçen bu çalışmada gebelik döneminde anne ve fetüs arasında gelişen bağlanmanın düzeyinin değerlendirilmesi yapılmıştır (Yılmaz 2010). Bu iki önemli çalışma ile başlayan akım günümüzde de artarak devam etmektedir. Prenatal bağlanmanın anneler ve çocuklar üzerinde etkilerini belirleyen kohort çalışmalar ve prenatal bağlanmayı arttırmayı destekleyen klinik deneysel çalışmalarla bu literatürün genişlemesi desteklenmektedir (Çıldır 2015, Güney 2016). Çıldır(2015) tarafından Prenatal bağlanma düzeyinin, gebelikte anksiyete ve depresyonun erken çocukluk dönemine etkilerini belirlemek amaçlı yaptıkları çalışmalarda, gebelik döneminde prenatal bağlanma puanı yüksek olan gebelerin, depresyon ve anksiyetesinin olmadığı ve bu durumun doğum sonu iki yıl boyunca sürdüğü ve çocuklarının duygusal ve davranışsal gelişimlerinin normal olduğu, gelişme gerililiği olan çocukların annelerinin ise prenatal bağlanma puanlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Literatürde gebelik döneminde annenin fetüsü farkındalığını geliştiren ve anne bebek bağlanmasını attıran hemşirelik uygulamaları mevcuttur (Brandon ve diğ 2009). Bu çalışmalar daha güçlü prenatal bağlanmaya katkıda bulunabilecek bağlanma davranışlarını veya becerileri ortaya koymaktadır. Bu davranışlar, fetal parçaların palpasyonu, fetal hareketlerin sayılması, anne babaların çocuk bakımı konusunda bilgi edinmesi, günlük

tutulması, bebeğe şarkı söylenmesi ve fetüsle konuşulması gibi davranışları içerir(Cannella2005, Marzouk ve Nabil2015).

Örneğin, Mikhail ve ark. (1991) komplikasyonsuz gebeliği olan 213 kadın ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmasında, gebelere öğretilen fetal hareket sayımının maternal-fetal bağlanmayı arttırdığını belirtmiştir (Brandon ve diğ 2009). Üçüncü trimesterde gebelere Leopold manevraları ile fetal kısımların palpasyonunu içeren randomize kontrollü deneysel bir çalışmada ise, fetal palpasyonun prenatal bağlanmayı arttırdığını ve anne adaylarının fetüs ile konuşma sayılarının da arttığı izlenmiştir (Nishikawa ve Sakakibara 2013). Gebeliğin üçüncü trimesterinde, kadının karnın üzerinden fetüse dokunsal uyarı verildiğinde, fetüsünde hareketlerle yanıt verdiği bilinmektedir (Taşkın 2016). Gebelik döneminde gebelere bağımsız olarak yapabileceği girişimlerin hemşireler ve ebeler tarafından öğretilmesi prenatal bağlanma düzeylerini arttırmaktadır (Nishikawa ve Sakakibara 2013).

Ebe ve hemşireler tarafından, gebe muayenesinde Leopold manevraları ile elle yapılan karın muayenesi, gebeliğin 24. haftasından itibaren uygulanmaktadır (Yazıcı ve Dutucu 2017).Bu muayenede, uterusun boyutu, fetüsün pozisyonu, fetüsün sırtı, ekstremiteleri, fetüsün prezante olan kısmı ve fetal iniş belirlenmektedir (Nishikawa ve Sakakibara 2013).Bu yöntem ile muayene sırasında hemşireler ile gebeler arasında iletişim kurulur. Leopold manevraları ile elde edilen bulgular gebelere anlatılabilir ve gebenin bebeğine dokunması sağlanabilir (Murray ve McKinney 2010, Soğukpınar 1998, Nishikawa ve Sakakibara 2013). Bu manevralar yapılırken karın üzerinden uterusu dıştan dokunulduğu için genellikle fetüs bu uyarıyı algılayarak hareketleri ile yanıt verebilir (Murray ve McKinney 2010, Lubbe 2007). Leopold manevraları sonucu elde edilen bulgular annenin fetüsünü algılamasına ve somutlaştırmasına yardımcı olabilir.

Günümüzde yapılan çalışmalar sonucunda fetüsün anne karnında 26. gebelik haftasından itibaren algılama, işittiği bilgileri yakalama ve öğrenebilme yeteneklerinin geliştiği bilinmektedir(Lubbe 2007). Bu nedenle gebelik döneminde bağlanmanın sağlanması için anneye ve aileye fetüsün gelişim evreleri, algılama ve etkilenim düzeyi anlatılmalıdır. Gebelerin bu dönemde aktif rol almalarını sağlayacak girişimlerin, hemşireler tarafından uygulanması ve öğretilmesi prenatal bağlanma açısından oldukça önemlidir. Türkiye’de prenatal bağlanma ve bağlanmayı etkileyen faktörlerle ilgili iki uluslararası deneysel çalışma bulunmaktadır(Güney 2016, Akarsu 2016). Bu alanda oluşan

farkındalığı desteklemek ve kadın sağlığı hemşirelik uygulamalarını geliştirmek için planlanan bu çalışma literatür açısından önemlidir.

Gebelere I. ve II. Leopold manevraları ile yapılan hemşirelik uygulamasının prenatal bağlanma üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

1.1. Genel Bilgiler

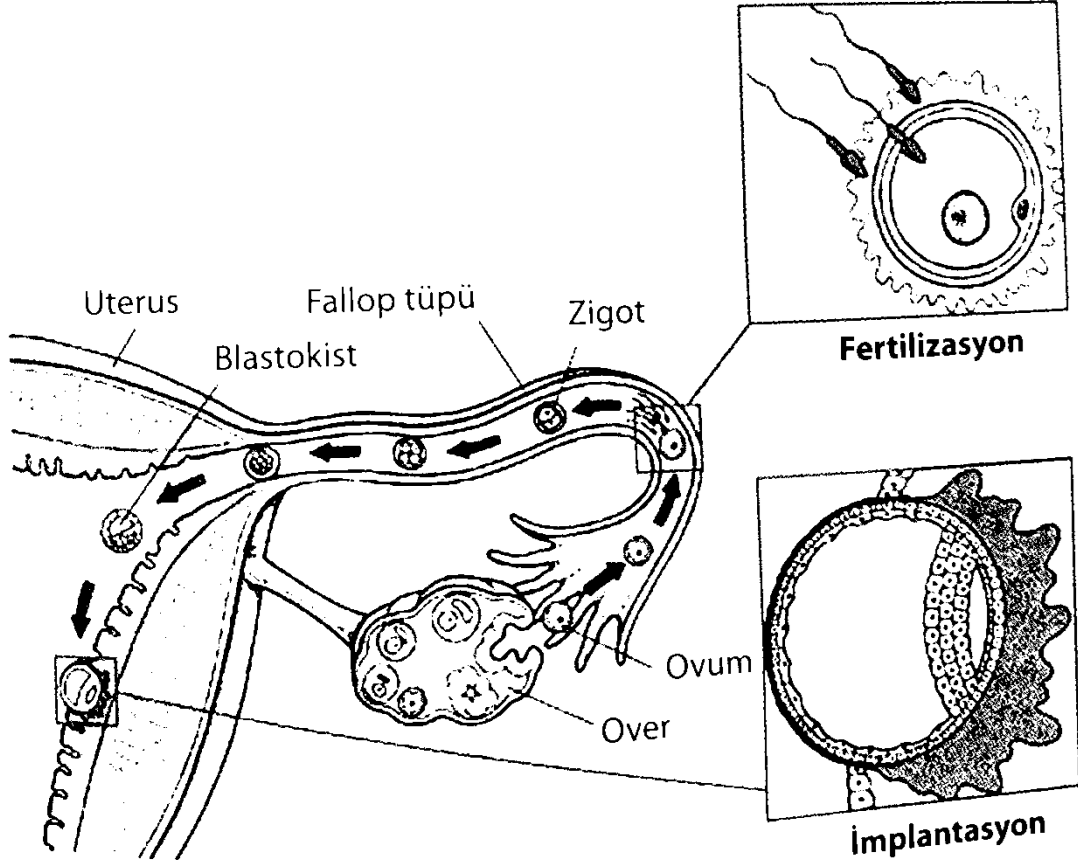
1.1.1. Gebeliğin Oluşumu, Embriyonel ve Fetal Büyüme ve Gelişme

Gebeliğin oluşumu ve fetüsün gelişim süreci fertilizasyon (döllenme) ile başlar (Santrock 2011).Oyum (dişi) ve spermium (erkek) hücrelerinin birleşmesi sonucu fertilizasyon meydana gelir (Karanisoğlu veGünaydın 2017).Anne karnında tubaların ampulla bölgesinde başlayan gelişim süreci, uterusda devam eder ve doğumla sonlanır(Rathfisch 2015, Atan 2016).Gebelik döneminde fetal gelişme, fertilizasyon sonrası hafta sayısı ile belirlenir ve takip edilir(Rathfisch 2015). Tek bir döllenmiş hücre sadece 266 gün, 10lunar ay yada 38 haftada bir insan yenidoğan bebek olan kompleks organizmaya dönüşür (DiPietro 2008, Taşkın 2016, Taşpınar 2016, Perry 2016).Bu süreç;

- Ovum yadaPreembriyonik evre
- Embriyonel evre
- Fetal evre olarak üçe ayrılır (Karanisoğlu veGünaydın 2017,Rathfisch 2015, Perry 2016)

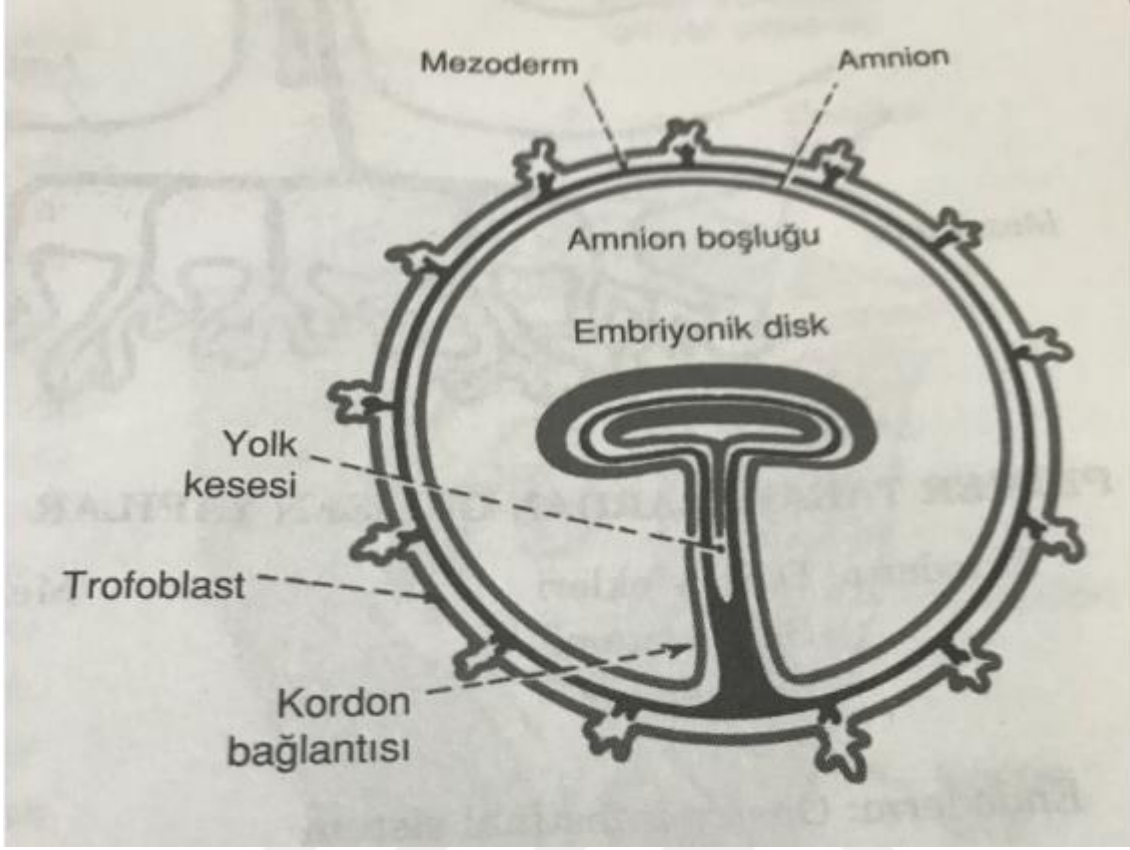
1.1.1.1. Preembriyonik Evre

Fertilizasyon süreci ile başlayan bu evre, ikinci haftanın sonuna kadar devam eder. Bu evrede, fertilizasyon sonrası oluşan 46 kromozomlu yeni hücreye zigot(döllenmiş yumurta) adı verilir. Zigot, hücrel olarak çoğalarak tubalardan ilerler ve blastokist hücreleri uterusun endometriyum tabakasına yerleşir ve bu olaya **implantasyon** denir. (Murray ve McKinney2010).Zigot gelişiminin devam etmesi için daha fazla miktarda oksijen ve besin gerekli olduğundan implantasyon gerçekleşir. İmplantasyon fertilizasyondan sonra 7 gün içinde oluşur(Rathfisch 2015, Miller veHanretty2003, Taşkın 2016, Karanisoğlu ve Günaydın 2017).Bu gelişim süreci Çizim 1.1.1.1.1'de gösterilmiştir(Karanisoğlu veGünaydın 2017).



Çizim 1.1.1.1.1.Pre-embriyonik evre, fertilizasyon ve implantasyon süreci. Karanisoğlu ve Günaydın (2017)' dan alınmıştır.

İç hücre kitlesi ektodermal ve endotermal tabakalara ayrılır. Mezodermal tabaka ise, bu iki tabaka arasında oluşur ve dışa doğru yayılarak ekstra-embriyonik mezodermi oluşturur. Daha sonra bu yolc kesesi ve amniotik kavite adında iki boşluk oluşur. Amnion kesesi ektodermden ve yolc kesesi endodermden gelişir. Bu evrede amniotik kese daha küçüktür (Miller ve Hanretty 2003).Bu gelişim Çizim 1.1.1.1.2' de gösterilmiştir.



Çizim 1.1.1.1.2. Amnion ve embriyonik diskin gelişimi. Miller ve Hanretty (2003)' den alınmıştır.

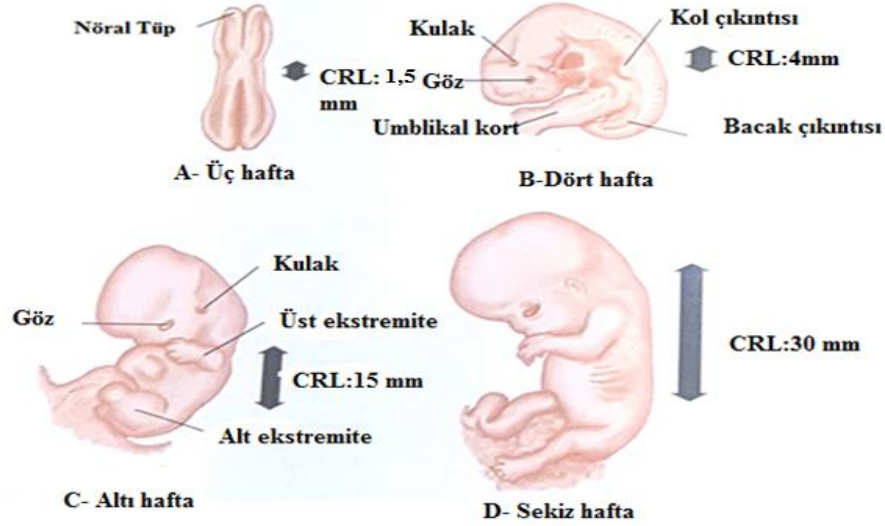
Uterusun endometrium tabakasına blastokistin implantasyonundan sonra iç hücre külesinden(embriyoblast), embriyo,dış hücre külesinden(trofoblast), plasenta ve membranlar oluşacaktır.Embriyoblast hücreleri bu evrede embriyonik disk şeklini alır (Murray ve McKinney 2010, Miller ve Hanretty 2003).

1.1.1.2. Embriyonel Evre Büyüme ve Gelişme

Bu evre, fertilizasyonun ikinci haftasınınbitiminden başlar ve sekizincihaftanınsonuna kadar devam eder.Bu evrede zigot, **embriyo** adını alır. Hücre sayısında hızlı bir artış görülür, organlar ve sistemler oluşmaya başlar. Organ oluşumlarının temelini atıldığı bu evreye, **organogenesis** evresi de denilir(Karanisoğlu ve Günaydın 2017, Taşkın 2016, Kurtoğlu ve diğ 2011).

Bu dönemde hücre hiperplazisi ve organogenez ön plandadır. Embriyonel evrede teratojenler, infeksiyonlar, radyasyon ve beslenme yetersizliği gibi dışarıdan gelecek faktörlere anne maruz kalırsa, hücre bölünmesi hızlı olduğundan embriyonun organ taslaklarının oluşumunda hasarlar oluşabilir(Rathfisch 2015, Perry 2016).

Embriyonel evrede fetüsün gelişimi Çizim 1.1.1.2.1' de gösterilmiştir (Murray ve McKinney 2010).



Çizim 1.1.1.2.1. Fertilizasyondan sonra üç hafta ve sekiz hafta arası embriyonik gelişim. Murray, McKinney (2010)' den alınmıştır.

Embriyonel evrede büyüme ve gelişme, üçüncü haftada, birçok kadında bu haftalarda amenore görülebilir. Embriyonik disk gelişerek **ekdoderm, mesoderm, endoderm** germ tabakalarını oluşturur. Bu üç germtabakası gelişerek doku, organ ve sistem taslaklarını meydana getirir. Oluşacak organ ve sistemlerde Çizelge 1.1.1.2.1'de belirtilmiştir.

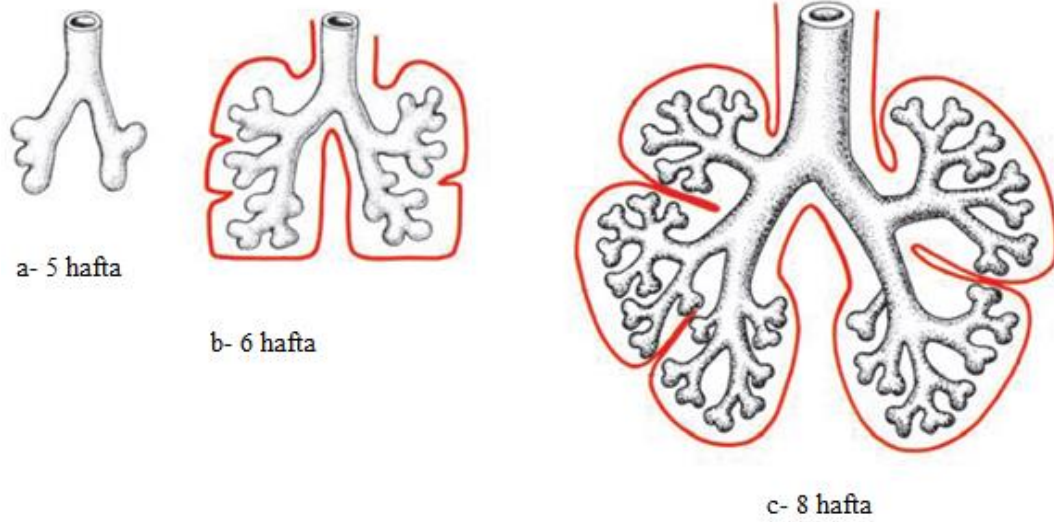
Merkezi sinir sistemi gelişmeye başlamıştır. Nöral tüp iki ucu açık şekilde şekillenir (Çizim 1.1.1.2.1). Kalp gelişmeye başlar. Primitif kalp atışı 22 ile 23. gün atmaya başlar. Temel kan hücreleri oluşmaya başlar (Murray ve McKinney 2010). Embriyonun vücudu deri ile kaplanır (Karanisoğlu ve Günaydın 2017, Murray ve McKinney 2010).

Çizelge 1.1.1.2.1. Üç primer germ tabakasından gelişen vücut yapıları;Karanisoğlu ve Günaydın (2017)' dan ve Murray ve McKinney (2010)' den alınmıştır.

Ekdoderm (Dış tabaka)	Mesoderm (Orta tabaka)	Endoderm (İç Tabaka)
<ul style="list-style-type: none"> • Beyin ve spinal kord • Periferik sinir sistemi • Göz, kulak ve burun duyu epiteli • Epidermis • Saç • Tırnak • Deri altı bezleri • Meme bezleri • Diş minesini 	<ul style="list-style-type: none"> • Kıkırdak, kemik ve bağ dokusu • Kas dokusu • Kalp, kan damarları • Lenfatik sistem • Dalak • Böbrekler ve adrenal korteks • Plevra, periton boşluğu • Yumurtalıklar • Testisler • Üreme sistemi • Derinin dermis tabakası 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinal ve solunum sistemi epiteli • Tonsiller • Tiroid, paratiroid • Timus • Karaciğer, pankreas • Mesane ve üretra epiteli • Kulak içi epitel

Dördüncü haftada, embriyonun şekli ters C şeklinde görülür(Çizim1.1.1.2.1). Nöral tüpten beyin ve omurilik gelişir.Beyin ve omurilik diğer organlara göre hızlı geliştiği için embriyonun görünümü bu şekildedir(Atan 2016).Yüzün ve üst solunum yollarının oluşumu başlar.İç kulak ve gözün başlangıçları belirginleşir.Üst ve alt ekstremiteler vücudun yanlarında tomurcuk şeklinde görülür(Çizim1.1.1.2.1).Kalbin dört odacığı oluşmaya başlar ve altıncı haftanın sonuna kadar tamamlanır (Murray ve McKinney 2010,Rathfish 2015).İlkel bağırsak gelişir. Mide, boru şeklinde bağırsaktan gelişmeye başlar. Karaciğer, safra kesesi ve safra kanalı şekillenir. Meme bezleri gelişmeye başlar. Alt solunum yolu, basit bir tüp olan üst sindirim sisteminin bir dalı olarak büyümeye başlar. Genellikle özefagus ve trakea ayrımı tamamlanır.Trakea sağ ve sol bronşları oluşturmak üzere kollara ayrılır.Bronşlar sağ akciğer üç lob, sol akciğer iki lob şekline dönüşür. Bronşların dallanması sonucu terminal hava keseleri olan alveoller oluşur.

Alveoller proliferer olur ve doğumda oksijen ve karbondioksit değişimini sağlayan zengin bir kılcak ağ tarafından çevrelenir(Murray ve McKinney 2010). Bu gelişim Çizim1.1.1.2.2’ de gösterilmiştir.



Çizim 1.1.1.2.2.Fetüsün alt solunum sisteminin gelişimi, a - Beş hafta, b - Altı hafta, c- Sekiz hafta. Sadler (2012)’ den alınmıştır.

Beşinci haftada,beyin hızla büyüdüğü için baş geniş olarak görülür.Kalp atımları vardır ve kalp gelişmeye devam eder. Üst ekstremiteler ve el parmakları belirginleşir.Alt ekstremitelerde belirginleşmiştir ancak ayak parmakları belirgin değildir. Çizim 1.1.1.2.2’ de gösterildiği gibi alt solunum yolları gelişmeye devam eder.

Altıncı haftada, Üst ve alt ekstremiteler daha belirgindir. Yüzün gelişimi gözler, kulaklar ve burun çukurları ile başlar. Göz kapağı gelişimi görülür. Dış kulaklar başın iki yanındadır(Çizim 1.1.1.2.1).Hipofiz bezi ve kafa sinirleri belirginleşir (Murray ve McKinney 2010, Rathfisch 2015).Kemikler kıkırdak yapısındadır fakat kafatası kemikleşmeye başlar. Beyin gelişimi devam eder, santral sinir sistemi şekillenir, beyin dalgaları alınır. Sağ ve sol bronşlar büyüyerek üç sağ ve iki sol akciğer lobları gelişir(Çizim 1.1.1.2.2). Böbrekler gelişir. Mide son şekline yaklaşır. Üst ve alt çenenin geliştiği görülür (Murray veMcKinney 2010).

Gonadlar gelişmeye başlar.Dişi ve erkek gonadlar aynı şekilde görülür. Meme bezleri gelişir. Süt dişlerinin diş tomurcukları meydana gelir (Murray ve McKinney 2010,Rathfisch 2015).Bu haftalarda embriyo ultrasonda görülebilir(Taşkın 2016).

Yedinci haftada, genel büyüme ve tüm sistemler çalışmaya başlar. Embriyonun yüzü insan yavrusugörünümündedir.Göz kapakları büyüme başlamış ve ekstremiteler daha uzun ve daha iyi görülür haldedir, kollar ve bacaklar hareketlidir.Gövde uzar ve düzleşir ancak omurilik eğrisi kalır.Dudaklar ve erken evreki diş tomurcukları ile birlikte ağız oluşur.Karın boşluğuna doğru bağırsaklar hızla büyüme devam ederler. Karaciğer ve böbrekler karın boşluğundadır (Murray ve McKinney 2010, Rathfisch 2015).

Sekizinci haftada, embriyo insan görünümündedir(Çizim1.1.1.2.1)(Rathfisch 2015).Bu haftanın sonunda embriyo, fetüs olarak adlandırılır. Organ ve sistemlerin gelişimi devam eder.Gözlerde pigment oluşumu vardır ancak göz kapakları tamamen gözü kapatmamıştır.Kulaklar aşağıda ve son şeklini almıştır. El ve ayak parmakları iyi tanımlanır. Dış genital organ ayrımı başlar ancak cinsiyet ayrımı 10. haftanın sonuna kadar yapılamaz(Rathfisch 2015, Karanisoğlu ve Günaydın 2017).Kalp atışı ultrasonlatespit edilebilir.Bronşlarda ek dallanmalar oluşur(Çizim1.1.1.2.2). Tat tomurcukları gelişmeye başlar.Mide son şeklini almıştır.Bağırsaklar göbek bağının içinde ve karın boşluğuna doğru gelişmeye devam eder.İskelet sistemi kemikleşmeye başlar (Murray ve McKinney 2010).

Fetüsün ilk gelişen duyusu, derinin dokunma duyusudur ve sekizinci haftadan itibaren fetüsün dudaklarına dokunulduğunda, bunu hissedebileceği belirtilmiştir(Lang 2009).

1.1.1.3. Fetal Evre, Büyüme ve Gelişme

Fetal dönem, prenatal gelişimin en uzun süresidir.Bu evre fertilizasyonun dokuzuncu haftasından başlayıp doğuma kadar olan süreyi kapsar. 10. hafta başına kadar “embriyo”, 10 haftadan itibaren “**fetüs**” terimi kullanılmakta bu evreye de “**fetal evre**” denilmektedir(Murray ve McKinney 2010, Ergün 2017).Bu evrede beden anatomik olarak hızla büyür, doku ve organlar olgunlaşır (Taşkın 2016).

9-12. haftalar arası, bu dönemde fetüsün kafası, boyunun yarısı kadardır.Fetüsün vücudu daha fazla büyüme başlar.Bacaklar kollara göre daha kısadır.Nörolojik gelişim ve beyin gelişimi devam etmektedir.İlk fetüs hareketleri başlar ancak annenin algılaması için çok hafiftir.En erken hareket, bacaklarda başlayan ve gövdeye ve boynuna yayılabilen hızlı (bir saniye) genelleştirilmiş hareket olarak karakterizedir. Erken dönemde fetüs bir kolu veya bacağı hareket ve başını hareket ettirebilir. Yaklaşık 10. hafta boyunca hıçkırık ve 12. haftaya kadar esneme olabilir. Fetal aktivitedeki günlük ritimler 20-22. hafta arasında

ortaya çıkar(Witkin 2004). Fetal kalp atımı 120-160 atım/dk' dır. Gebeliğin 10-12. haftaları arası doopler ile duyulabilir (Taşkın 2016).

Yüz, burun ve gözler arası genişir.Gözler dokuzuncu haftadan itibaren 26. haftaya kadar kapalıdır.Mandibula küçük olduğu için kulaklar düşük görünümündedir(Murray ve McKinney 2010).

Kısmen göbek kordonun içinde olan bağırsaklar 11. haftaya kadar karın boşluğuna yerleşir.Fetüs bu dönemde idrar üretmeye başlar ve amniotik sıvıya atar.Yutkunma eylemi başlar, emme refleksi ve bazı ilkel refleksler olgunlaşır (Karanisoğlu ve Günaydın 2017). Fertilizasyon sırasında belirlenen fetal cinsiyet,12.haftanın sonunda dış genital organın görünümü ile belirlenebilir.Bu haftanın sonundalanuga oluşur (Murray ve McKinney 2010, Karanisoğlu ve Günaydın 2017).

13-16. haftalar arası, fetüsün vücudu başa oranla hızla büyümeye devam eder.Fetal hareketler güçlenir, gebelik deneyimi yaşayan bazı kadınlar bu hareketleri hissedebilir.Bu fenomen gebenin neşelenmesini sağlar (Atan 2016, Murray ve McKinney 2010).Yüz insana benzer ve gözler şekillenir. Kulaklar başın yan taraflarında, gözlerle aynı çizgide yer alır. Fetus amniotik sıvıları yutar ve mekonyum üretir. Kan damarları hassas cilt yoluyla kolayca görülebilir. Parmak izleri gelişir(Murrayve McKinney 2010). Fetüs başparmağını emmeye başlar (Karanisoğlu ve Günaydın 2017).

17-20 haftalar arasında,fetal hareketler çırpınma hareketi gibi hissedilir(Karanisoğlu ve Günaydın 2017, Murray ve McKinney 2010).Fetüsün 18. haftadan itibaren işitme duyusu gelişir, dışarıdan gelen sesleri duyarlar. İlk duydukları ses annesinin kalp, bağırsak ve annesinin sesidir (Lang 2009).Ciltte ve saçtaki değişiklikler belirginleşir.Vernikskazeoza oluşur.Kaşlar ve kafada saçlar belirginleşir. Meme uçları gelişmeye başlar.Nefronlar gelişir.Testisler karın boşluğundan skrotuma iner. Primer folikülleroverlerde oluşmaya başlar.Bağırsaklarda peristaltik hareketler gelişir.Fetal kalp sesi fetoskopta duyulur(Karanisoğlu ve Günaydın 2017, Taşkın 2016).

21-24. haftalar arasında, sinir sistemi gelişmeye devam eder. Uyku ve uyanıklık periyodları belirginleşir.İşitme duyusu gelişir ve seslere duyarlıdırlar, annesinin ve babasının seslerini ayırt etmeye başlarlar(Lang 2009, Voegtline ve diğ. 2013). Ellerde kavrama, yakalama ve elleri kaçırma refleksi vardır(Rathfisch 2016).

Fetal hareketler aktiftir. Dışarıdan belli olur.Parmak izi ve ayak izi gelişir.Cilt kırmızı ve kırıktır.Tırnaklar vardır. Kaşlar ve kirpikler gelişir (Murray ve McKinney 2010).

24. gebelik haftasında alveol hücrelerden surfaktan yapımı başlar.Solunum hareketleri başlamıştır ancak etkin değildir. Bebek bu haftalarda doğarsa yaşam şansı azdır (Karanisoğlu ve Günaydın 2017,Rathfisch 2016).

25-28. haftalar arasında, bu haftalarda doğum olursa bebeğin yaşama şansı daha yüksektir çünkü akciğerler, pulmoner kapiller damarlar ve merkezi sinir sistemi olgunlaşmıştır.Cilt altı yağ dokusu arttığından fetüsün cildi pürüzsüzleşir. Göz kapakları 26. haftadan sonra açılır ve kapanır.Testisler skrotuma iner.

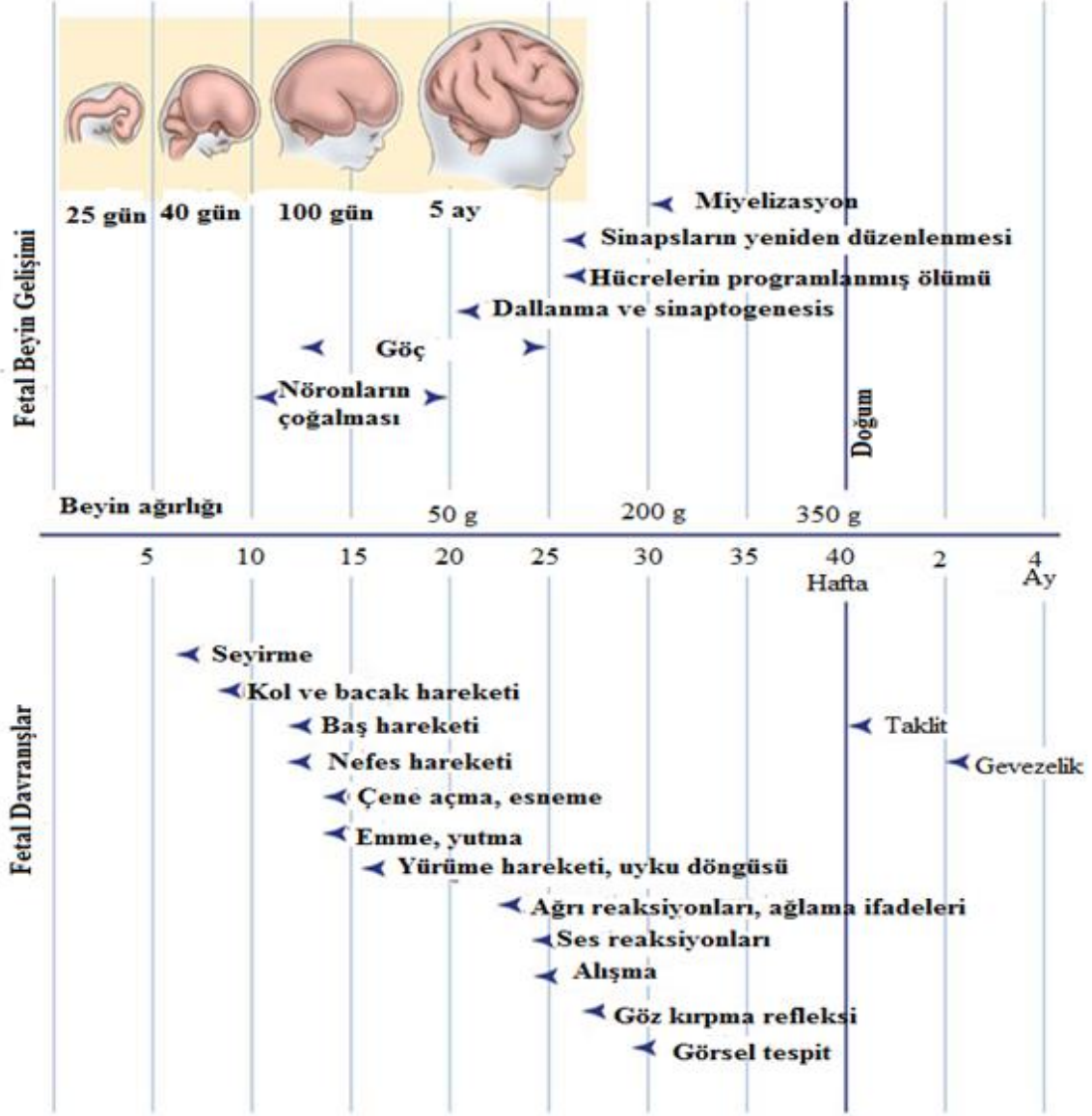
Gebeliğin erken dönemlerinde, fetüs amniyotik sıvının içinde yüzer, fetüs büyüdükçe genellikle baş aşağı bir pozisyon alır(Rathfisch 2016). Fetüsün bu pozisyonu alma nedeni, uterusun ters armut şeklinde olması, fleksiyondaki fetüsün uterusu benzemesi ve fetal başın ayaklardan daha ağır olması nedeniyle, başın uterusun küçük kutbuna, kalça ve bükülmüş bacakların ise geniş kutbuna yerleşmesidir (Murray ve McKinney 2010).

29-32.haftalar arasında, vücut yağ, demir, kalsiyum ve fosfor depolamaya başlar(Rathfisch 2016).Yüzdeki lanugalar dökülür. Parasempatik ve sempatik sinir sistemi gelişir(Murray ve McKinney 2010). Duyu organları geliştiği için fetal algılama başlar.Bu haftalardan itibaren fetüs annesinin sesini algılar ve dışarıdan gelen uyarılara hareketlerle yanıt verebilir.Abdomen üzerinden verilen uyarılara yanıt verebilir. Tat duyusu gelişmiştir.Tatlı ve ekşiği ayırt edebilir(Lang 2009, Murray ve McKinney 2010).

33-38. haftalar arasında, kulak kıkırdak yapıdadır.Lanugalar dökülmüştür.Tırnaklar uzamıştır.Pulmoner sistem olgunlaşmıştır, dış ortamda solunumu sağlamak için uygundur ve artık fetüs doğuma hazırdır (Murray ve McKinney 2010).

1.1.1.4. Fetal Davranışlar ve Fetal Duyusal Algılamalar

Sinir sistemi anne karnında ilk oluşmaya başlayan sistemdir. Sinir sistemi insanda ilk olarak üç haftalık embriyo iken gelişmeye başlar (Çizim 1.1.1.2.1).Fetüste nöral tüpten oluşan beyin ve omurilik diğer organlara göre hızlı büyüme ve gelişme gösterir(Murray ve McKinney 2010). Gebeliğin 20. haftasında 50 gr olan beyin doğumda 350 gr' a ulaşır. (Çizim 1.1.1.4.1). Beyin, nöronlar ve sistemler geliştikçe fetal davranışlar gözlemlenir.



Çizim 1.1.1.4.1. Beyin ve sinir sistemi gelişimi ve fetal davranışlar arasındaki ilişki. Witkin (2004)' den alınmıştır.

Araştırmalar bebeğin doğumundan itibaren ilk anlara ait deneyimlerinin, daha sonraki gelişimleri için bir temel oluşturduğunu belirtmektedir. Benzer bulgular bebeğin prenatal yaşantısı içinde geçerli olmaktadır. Yapılan araştırmalar zihinsel gelişimin fetal yaşamda başladığına dair sonuçlar bildirmektedir. Çocuk ve ebeveynleri arasındaki ilişkinin niteliğinin belirlenmesinde fetal zihinsel gelişimin etkisi bulunmaktadır (Lang 2009). Prenatal ve postnatal dönemde sosyal deneyimler arasındaki sürekliliği belirten ve genetik faktörlerle etkileşime giren sosyal çevrenin, fetal hayattan itibaren bireysel gelişiminin şekillenmesine katkıda bulunduğuna dair birçok kanıt vardır. Fetüs, uterus içindeyken çevresel uyarıcılara, kalp hızı değişkenliğine, annenin hormonal ve duygusal

durumlarındaki değişikliklere karşı duyarlıdır(Colonnello ve diğ. 2017). Yapılan çalışmalarda prenatal dönemde fetüs annenin duygulanımlarına nörodavranışsal olarak yanıt verdiği bilinmektedir.Bu nörodavranışsal parametreler, kalp hızı, fetal motor aktivite ve fetal davranış durumlarını içerir(DiPietro 2010). Yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, işittiği bilgileri yakalama ve tepki gösterebilme yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir(Venry ve Kelly 2008, Lang 2009).İnsanın yaşamında önemli yeri olan algı, doğum öncesinden başlayıp bebeklik ve çocukluk dönemlerinde artarak devam eder.Bebekler doğdukları andan itibaren görme, işitme, tatma, koklama ve dokunma duyularını kullanarak çevrelerini algılamaya çalışırlar. Algılama, sinir sisteminin gelişimi ile orantılı olarak artar.Sinir sistemi,i ve dış ortamda oluşan değişikliklere ani yanıtın oluşturulduğu sistem olup, iskelet kaslarına gönderdiği emirlerle organizmanın dış ortamdaki değişikliklerini, düz kas, kalp kası ve salgı bezlerine gönderdiği emirlerle de, iç ortamda oluşan değişikliklerini düzenleyerek kontrolüne alan bir mekanizmadır.çocuğun anne karnında kalp atımı ile başlayan süreçte algı, onu hayata hazırlayan en önemli unsurlardan biridir. Vücutumuza dış ortamdan gelen bilgiler duyu organları ile dokunma, ses, koku, tat ve görüntü yoluyla uyarılmakta ve daha sonra bu uyarımlar zihinde yorumlanmaktadır(Sağlam2015).Fetüsün bütün duyu organlarının prenatal dönemde gelişmeye başladığı, dokunsal, işitsel, koku, tat ve görsel gelişim şeklinde bir sıra izlediği belirtilmektedir(Sağlam 2015). Fetüsün nöral sistemi 26. haftadan itibaren algılamaya başlar ve 32 haftada öğrenme meydana gelir. Fetüs intrauterin dönemde alışkanlıkları içeren ilkel öğrenme gösterir.Fetüs doğmadan önce öğrenme yetisine sahiptir ve yaşadığı deneyimler de beyin gelişimini destekler. Gelişimleri için gerekli olan dış uyaranlar duyu organları ile beyine iletilir ve beyinde algılara dönüşür ve tepkilere dönüşür.Anne karnında fetüs dış dünyadan gelen uyaranlara bu şekilde tepki verebilmektedir (Lang 2008, Sağlam 2015).

Anne karnında uyarılan bebeklerin doğum sonrası el hareketleri daha iyidir, kolayca gülerler ve daha sosyallerdir.Görsel ve işitsel uyarıyı takip etme kapasiteleri daha yüksektir. Prenatal dönemde uyarın verilmiş bebekler davranışsal, fiziksel, motor becerilerin gelişimi kadar dil gelişimi, iyi hafıza, sosyal zekâ,nedenselleştirme ve yüksek IQ göstermişlerdir(Sağlam 2015, Taşkın 2016).

Fetüsün ilk gelişen duyusu, basit dokunma duyusudur.Gebeliğin sekizinci haftasında, fertilizasyonun5,5 haftasında gelişen alan fetüsün ağız çevresidir ve bu ağzın yaşamsal olduğunun ilk kanıtıdır.Arama refleksi emzirme süreci için çok önemlidir.Gebeliğin üçüncü ayında fetüs dokunsal uyarını algılamaya başlar.Fetüs,

bedenini fleksiyon, ekstansiyon haline getirerek elini,yüzünü, dudaklarını hareket ettirerek, her saat 50'den fazla hareketi ile kendi dokunsal uyarısını sağlar. Fetüs ikinci trimesterde, karın üzerinden anne babası tarafından dokunulduğunda hissettiği ve karın üzerinden verilen uyarana tepki verebildikleri bilinmektedir(Lubbe 2007).

Fetüsün anne karnında tat duyusu konsepsiyondan sekiz hafta sonra olgunlaşır ve 13-15 haftada ise yetişkin tat duyusu kadar olgunlaşır.Annenin yediklerine göre amnion sıvısının tadı değişmektedir.Fetüs amniyotikmayiyi yutmaya başladığı andan itibaren amnion sıvısının tadını alır ve annenin gebelikteki beslenme alışkanlıkları bebeklerinin damak tadını belirleyebilir.Fetüs amnion sıvısı tatlı olduğunda bunu daha çok içer, acı ise veya alkol, nikotin tadı varsa bunlardan hoşlanmadıkları gözlemlenmiştir(Lang 2009, Lubbe 2007).

Gebeliğin ikinci trimesterinde fetüsün burun delikleri açıldığı için amnion sıvısındaki kokuları ayırt edebilmektedir.Doğumdan sonra yenidoğanın annesinin meme başının amnion sıvısına benzeyen kokusu aracılığı ile memeyi buldukları bilinmektedir (Lang 2009).

Intrauterin ortam karanlık bir ortam değildir.Güneş ışığını ve kuvvetli ışıkları geçirir ancak fetüsün görme duyusu sınırlıdır(Lang 2009).

Bebeklerin intrauterin ortamda gebeliğin 18. haftasından itibaren duymaya başladıkları ve 24. gebelik haftasından itibaren hatta fetüsün işittikleri sesler hakkında öğrenme yeteneğine sahip olduğu ve tanıdığı seslere tepki verdiği yapılan çalışmalarla desteklenmiştir(Sağlam 2015, Lang 2009). Gebelerin prenatal dönemde bebekleri ile iletişime geçtikleri ve fetüsleri ile konuştukları bilinmektedir ve kadınların gebelik döneminde fetüsü ile konuşmaları önerilmektedir.Anne konuştuğunda fetüsün kalp atımı yavaşlar ve fetüs sakinleşir(Nishikawa ve Sakakibara 2013).Yeni doğan bebeklerin, genellikle insan seslerine duyarlı oldukları özellikle annelerinin seslerini ayırt ettikleri, annesinin ve babasının sesi, ninniler, şarkılar ve kalp atışları gibi sesler verildiğinde yenidoğanlarda sakinleştirici etki meydana getirdiği vurgulanmıştır (Lang 2009).Yapılan bir çalışmada yenidoğan ünitesinde anne sesi ile ninni dinletilen bebeklerin, yabancı ses tarafından ninni dinletilen bebeklerden daha erken taburcu oldukları ve ninni dinletilen bebeklerde stres belirtilerinin azaltıldığı gözlemlenmiştir(Altan 2016).





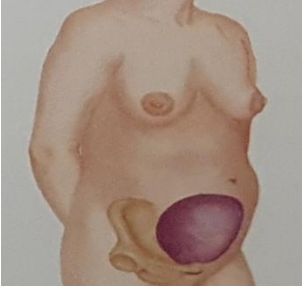





Fetüs gebeliğin yedinci ayından itibaren amaçlı hareketler göstermeye başlar.Fetal davranışlar, anneden gelen yoğun hormonlardan da etkilenir.Annenin stres hormonları fetüsü etkiler. Maternal stres ve anksiyetenin fetal hareketleri arttırdığı ve fetal kalp hızında değişiklik yaptığı çalışmalarda bildirilmektedir (Desticioğlu ve Malas 2006, Lubbe

2007).Maternal- fetal dolaşım ile anneden fetüseye stres hormonları ve mutluluk, bağlanma hormonu olarak da bilinen oksitosin hormonu geçmektedir.Fetus tüm biyolojik ve psikolojik deneyimler sayesinde intrauterin hayatta farklı duyguları öğrenebilmektedir(Lang 2009, Lubbe 2007). Gebeliğin 26. haftasından itibaren yapılan üç boyutlu ultrason görüntülerindeduygulanma yeteneklerine de sahip oldukları, fetüslerin gülümsediği veya ağladığı gözlemlenebilmektedir. Fetüs gelişen tüm bu özellikler sonucunda, annesi ve dış ortamlarla ilişki kurmaya başlamıştır.Literatürde güçlü benlik saygısı olan annelerin doğum öncesi bebekleri ile daha iyi iletişim kurdukları ve daha çok bağlılık, sevgiye dayalı sağlıklı ebeveyn ve çocuk ilişkisi geliştirdikleri belirtilmiştir(Lubbe 2007).



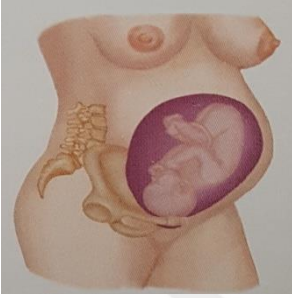

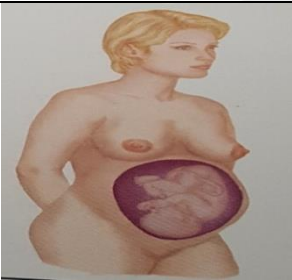
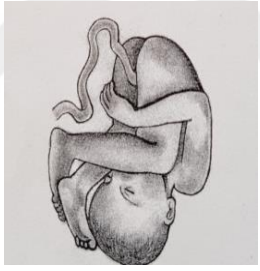




1.1.2. Gebelik Döneminde Annede Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Çizelge 1.1.2.1. Gebelik haftalarına göre annede ve fetüste olan değişiklikler. Taşkın (2016) dan alınmıştır.

 <p>Gebeliğin 5-8. Haftaları</p>	<p>Kadınlarda amenore görülür. Bulantı, yorgunluk, göğüslerde hassasiyet vardır. Uterus limon büyüklüğünde; chedwick, godell ve hegar belirtileri pozitifdir. Büyüyen uterus nedeniyle, sık idrar görülür, vajinal akıntı artar.</p>		<p>Embriyonik evre, tepe art uzunluğu 13mm.dir Kalp gelişir ve çalışmaya başlar. Baş büyür, yüz şekillenmeye başlar. Üst ve alt ekstremiteler belirginleşir</p>
 <p>Gebeliğin 9-12 haftaları</p>	<p>Uterus, portakal büyüklüğünde, simfisiz pubis üzerinde palpe edilebilir. Vulvar varikoz venler görülmeye başlanır.</p>		<p>Tepe art uzunluğu 6-7cm 8. haftanın sonunda fetal evre başlar. Eksremiteler gelişir; Parmaklar belirginleşir. Dış genitaler kadın ve erkeğe ait özellikler gösterir.</p>
 <p>Gebeliğin 13-16 haftaları</p>	<p>Fetal hareketler seyirme şeklinde hissedilebilir. Uterusun fundusu simfisiz pubis ile umblikus arasında hissedilir. Sık idrara çıkma azalır. Kan volümü artar. Uterin sufi duyulur.</p>		<p>Tepe art uzunluğu 12 cm. Ağırlığı 110 g. kadardır. Fetüs hareket etmeye başlar. Baş ve toraks ultrasondatanımlanır. Dış genital organlar şekillenmiştir. İdrar oluşumu başlar.</p>
 <p>Gebeliğin 17-20 haftaları</p>	<p>Fetal hareketler hissedilir. Areola koyulaşır. Klozma ve linea nigra görünür. Memelerde kolostrum salgılanır. Braxton hicks kontraksiyonları palpe edilir. Fundus umblikus hizasındadır</p>		<p>Tepe art uzunluğu 16 cm, ağırlığı 320 g. Kalp atımı feteskopla veya el doppleri ile duyulur. Bağırsaklarda mekonyum birikmeye başlar.</p>
 <p>Gebeliğin 21-24 haftaları</p>	<p>Kadın fetal hareketleri daha fazla hisseder. Fundal yükseklik umblikusuniki parmak üzerindedir</p>		<p>Tepe art uzunluğu 21 cm, ağırlığı 630 gr Deri kırışık ve kırmızı renktedir. Verniks kaseoza mevcuttur. Baş ve gövde lanuga ile kaplıdır.</p>

Çizelge 1.1.2.1. (Devam)Gebelik haftalarına göre annede ve fetüste olan değişiklikler.Taşkın (2016)' dan alınmıştır.

 <p>Gebeliğin 25-28 haftaları</p>	<p>Fazla kilo atışı görülür Hemoglobin düzeyi düşmeye başlayabilir. Fundal yükseklik umblikusun 3-4 parmak üstündedir. Lordoz nedeniyle sırt ağrıları olabilir.</p>		<p>Tepe art uzunluğu 25 cm, ağırlığı 1000 gr'dır. Göz kapakları kısmen açıktır. Deri verniks ile kaplıdır. Solunum sistemi immatürdür ve fetüs doğarsa yaşam oranı daha azdır</p>
 <p>Gebeliğin 29-32 haftaları</p>	<p>Uterusun diyaframa basısı sonucu, midenin kapasitesi azalır. Brakston hicks kontraksiyonları dikkat çekicidir. Lordoz artar. Pelvik eklemlerin yumuşaması sonucu salınarak yürüme gelişir.</p>		<p>Tepe art uzunluğu 28 cm, ağırlığı 1700 gr. Tırnaklar görülür Vücut şekillenmiştir. Testisler skrotuma inmiştir. Demir, nitrojen, kalsiyum depolanır Vücut verniks ile kaplanmıştır. Doğarsa yaşama şansı artmıştır</p>
 <p>Gebeliğin 33-36 haftaları</p>	<p>Uterusun diyaframa basısı nedeniyle nefes darlığı görülür Umblikus çıkıntılıdır. Ayaklarda ödem olabilir.</p>		<p>Duyu organları gelişir, fetal algılama başlar</p>
 <p>37-40 haftalık gebelik</p>	<p>Doğum zamanı için huzursuzdur. Servikste mukoza tıkaç atılır.</p>		<p>Tepeart uzuluğu 36 cm. Ağırlık 3400 g. Vücut dikey konumda, lanuga sadece omuzlarda mevcut, tırnaklar uzar, testis skrotuma iner.</p>

Bir kadının yaşamında anneliğe geçiş önemli bir gelişimsel yaşam olayıdır. Anne olmak, bilinen güncel bir gerçeklikten bilinmeyen yeni bir gerçekliğe yolculuktur (Mercer 2004). Ebeveynlik, öncelikle anne, sağlıklı gelişen çocukların yetiştirilmesinde anahtar bir belirleyicidir. Sağlıklı annelerden doğan ve yetişen çocuklar ileride sağlıklı bir toplumun temelini oluşturur. Annelik ve bir bebeğin oluşumu ve gelişimi, gebelik dönemi ile başlar.

Bireylerin, erişkin dönemdeki fiziksel ve ruhsal sağlıkları, prenatal dönemi de kapsayan süreçlerin sağlıklı geçirilmesi ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Taşkın 2016).

Doğum öncesi (prenatal) dönem, doğum ve ebeveynlik için fiziksel ve psikolojik bir hazırlık zamanıdır. Gebelik boyunca ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik adaptasyonlar hemen hemen her sistemi etkiler (Çizelge 1.1.2.1).Değişiklikler sistemlere göre farklıdır ancak hepsi fetüsün büyümesini ve gelişimini desteklemek ve anneyi gebelik, doğum, emzirme ve anneliğe hazırlamak içindir (Murray ve Hassall 2009,Beji ve Özkan 2016).

Gebelik fizyolojik bir olaydır ve fertilizasyon ile başlayıp doğumla sonlanan bir süreçtir(Taşkın 2016, Murray ve Hassall 2009).Gebeliğin süresi, son menstrüasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 hafta olarak belirtilmiştir. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gündür. (Taşpınar 2016, Taşkın 2016). Gebeliğin süresi uluslararası sözleşmelere göre üç periyoda ayrılmıştır. Birinci trimester son menstrüasyon tarihinden itibaren 13 hafta + 6 gün, ikinci trimester 14 hafta +0 gün - 27 hafta + 6 gün, üçüncü trimester ise, 28 hafta + 0 gün dendoğuma kadar olan süre, üç trimester olarak belirtilmiştir(Malm 2016). Gebelik döneminde annede; üreme, kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, üriner, endokrin, kas iskelet, metabolik, meme, cilt ve psikolojik değişiklikler yaşanır. Gebelikte meydana gelen bu değişikliklerinin bir kısmı hormonal etkilerden, bazıları fetüsün uterusu büyümesinden ve bir kısmı ise, meydana gelen değişikliklere annenin fiziki uyumu sonucunda ortaya çıkar.Gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler doğum ve laktasyondan sonra tamamına yakını gebelik öncesi duruma geri döner (Beji ve Özkan 2016).

1.1.2.1. Üreme Sistemine İlişkin Değişiklikler

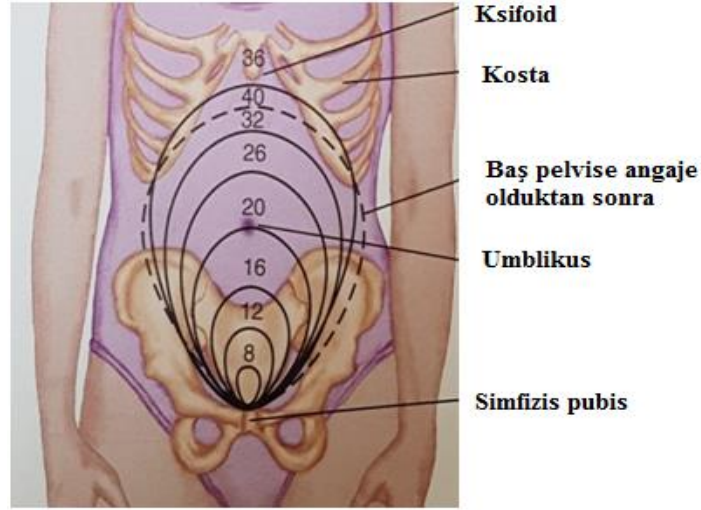
Gebelik süresinde, gebenin tüm vücut sistemi fetüsün artan taleplerine uyum sağlamasına yardım etse de en belirgin değişiklikler üreme sisteminde oluşur(Murray ve McKinney 2010, Beji ve Özkan 2016).

Uterus

Gebelik sırasında en dramatik değişiklik uterusu meydana gelir.Gebelik süresince uterusu boyut, şekil ve pozisyon değişiklikleri görülür. Gebelik öncesi uterusun ağırlığı 50 ila 70 gr ve kapasitesi 10 ml iken, gebeliğin sonunda uterusun ağırlığı 800 ila 1200 gr ve kapasitesi 5000 ml ye kadar ulaşır. Uterusun boyutu gebelik öncesi,pelvik kavite içinde baş

aşığı küçük bir armut büyüklüğünde iken, gebeliğin yedinci haftasında limon,onuncu haftasında portakal, on ikinci haftasında greyfurt kadardır (Çizelge 1.1.2.1) (Taşkın 2016, Murray ve Hassll 2009). Yüksek düzeyde östrojen ve progesteron, ilk trimesterde uterusun büyümesini uyarır.Uterusun büyümesi, uterusa giden kan akımının artması,uterusun dış, orta ve iç tabakasında meydana gelen hipertrofi (kas liflerinin ve fibroelastik dokuların genişlemesi),hiperplazi (yeni kas liflerinin ve fibroelastik dokuların yapılması) ve desiduanın gelişmesi ile artan damarlaşmadan kaynaklanır. Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde fetüsün büyümesinden dolayı, kas liflerinin gerilmesi nedeni ile uterusu büyüme devam eder (Taşkın 2016, Alden 2016).Üçüncü trimesterde kaslarda ki gerilmeye bağlı uterus duvarı incelik ve fetüs abdomenden rahatlıkla palpe edilebilir(Yazıcı ve Günaydın 2017, Alden 2016).

Uterus, fetal büyüme hakkında bilgi sağlayan ve bazen tahmini doğum tarihini doğrulamaya yardımcı olan öngörülebilir bir şekilde büyür. Gebeliğin ilk üç ayında uterus simfisis pubis altında kaldığından palpe edilemez. Uterus gebeliğin 12. haftasından itibaren abdominal duvarda genişler ve büyür.Gebeliğin 12. haftasında uterus simfisis pubis üzerinden palpe edilir (Çizim1.1.2.1.1).Gebeliğin 16. haftasında uterusun fundusu simfisis pubis ve umblikus arasındadır, 20. haftasında fundus umblikustadır, 36. haftasında fundus sternumun ksifoid çıkıntının altındadır ve gebede solunum sıkıntısı görülebilir ve gebeliğin 40. haftasında fetüsün başı pelvise yerleşmeye başladığından dolayı fundusun seviyesi aşağıya doğru geriler ve gebede solunum rahatlığı oluşturur (Murray ve McKinney 2010, Taşkın 2016).



Çizim 1.1.2.1.1. Gebelik haftalarına göre uterusun boyutu. Murray ve McKinney (2010)' den alınmıştır.

Gebelik boyunca, uterusu braxton hicks kontraksiyonları denilen düzensiz kasılmalar palpe edilebilir. Kasılmaların amacı fetüse giden kan akımını arttırmaktır. Bu kasılmalar gebeliğin ilk iki trimesterinde nadirdir ve gebeler tarafından hissedilmezler, ancak üçüncü trimesterde daha sık görülürler ve yalancı doğum ağrıları olarak nitelendirilirler (Yazıcı ve Günaydın 2017, Murray ve McKinney 2010, Alden 2016).

Uterin sulfü 16. haftadan itibaren simfisis pubisin hemen üzerinde her iki taraftan duyulabilir. Uterin sulfü, uterusu giden arterlerden geçen kanın sesine denilir ve annenin nabız atışı ile eş zamanlıdır (Alden 2016).

Serviks

Gebeliğin 6-8 haftaları arasında, östrojen ve progesteron hormonunun etkisi ile damarlaşmanın ve servikal bezlerin hipertrofisi sonucu servikte renk değişikliği ve yumuşama oluşur (Çizelge 1.1.2.1). Bu belirtilere Chadwick's ve Godell belirtisi denilir (Beji ve Özkan 2016, Alden 2016, Taşkın 2016).

Östrojen hormonu servikal glandlarda proliferasyon ve hiperaktiviteye neden olur. Servikal glandlardan kalın, kuvvetli bir mukus salgılanır ve endoservikal kanalı kapatır (Çizim 1.1.2.1.2). Uterus ve fetüs dış etkenlerden korunur. Bu mukus plak, servikal dilatasyon başladığında hafif kanlı biçimde dışarı atılır ve buna "Nişane gelmesi" denir (Beji ve Özkan 2016, Murray ve Hassall 2009).

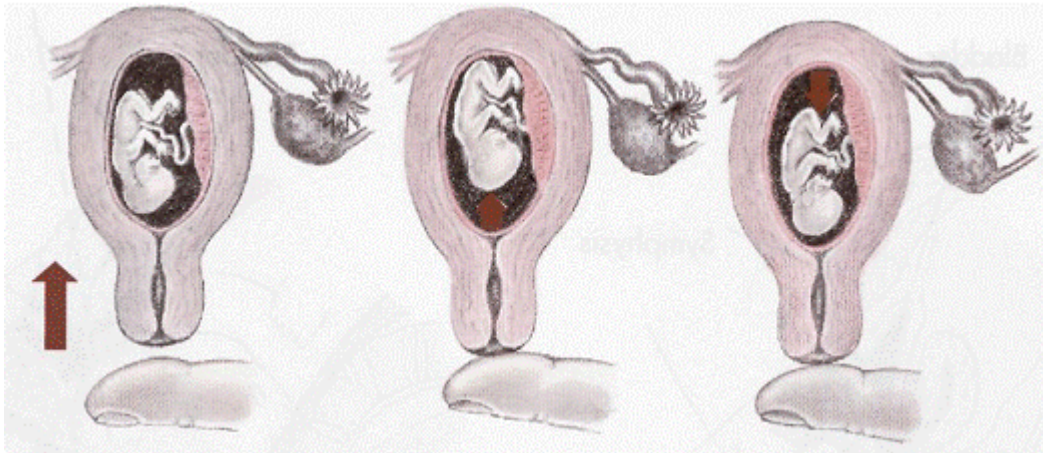


a- Gebe olmayan kadının serviksi b- Gebe olan kadının serviksi

Çizim 1.1.2.1.2.Gebelik sırasında servikste meydana gelen değişiklikler. Alden (2016)' den alınmıştır.

Fetüsün Varlığı ile ilgili Değişiklikler

Fetüsün pasif hareketleri “ballotment” olarak tanımlanır ve genellikle 16 ve 17. haftalar arasında görülür. Bu teknik yüzen bir yapıyı hafifçe dokunulması ve geri tekrar tepki verilmesini sağlayan bir palpasyon tekniğidir. Bu teknikte iki parmak vaginadan girilir.Çizim 1.1.2.1.3’ de gösterildiği gibi serviksten fetüs yukarı doğru itilir ve fetüs bu hareketleparmaklaratekrar geri çarpar (Beji veÖzkan 2016, Alden 2016).



Çizim 1.1.2.1.3.Gebeliğin 18. haftasında Ballotment. Alden (2016)' den alınmıştır.

Fetal hareketler: Fetüse ait ilk kabul edilen fetal hareketler multiparlarda en erken 16-18. haftalarda, nulliparlar ise 18. hafta yada daha sonraki haftalarda hissedilir. Bu hareketler, genellikle çarpıntı gibi hissedilir ve peristaltik hareketlerden ayırmak zordur.

Fetal hareketler gebeliğin devamında artar. Bu hareketler, gebeliğin süresi hakkında geçiciip uçları vermektedir (Alden 2016).

Vajina ve Vulva

Vajina ve vulvadaki değişiklikler, bu bölgedeki damarlaşmanın artmasından kaynaklanır ve vajinal duvarlar ve vulva mavimsiveya mor bir renk alır. Bu belirtiyeye Chadwick belirtisi denir (Murray ve McKinney 2010,Taşpınar 2016).

Vajinanın kas tabakası hipertrofiyeuğrar, mukoza kalınlaşır,konnektif doku gevşer ve böylece vajina doğuma hazırlanır.

Östrojen hormonunun seviyesinin artışı ile birlikte vajinanın sekresyonunda artış görülür ve beyaz renkte olan bu sekresyona **lokore** denir.Vajinal epiteldeki laktobasillerin glikojenden laktik asit üretmeleri sonucu vajen pH'sı düşer ve asidik bir ortam oluşur (Yazıcı ve Günaydın 2017, Murray ve Hassall 2009, Taşpınar 2016). Böylece patojen mikroorganizmalara karşı direnç artar.

Overler

Genellikle gebelik hormonu olarak adlandırılan progesteron, gebeliğin devamı için yeterli miktarlarda olmalıdır.Progesteron uterusun kasılmalarını engellemeye yardımcı olur, ayrıca fetüsün implantasyonunu sağlar.Plasenta gelişip hormon üretmeye başlayana kadar progesteron hormonu, gebeliğin altı ila yedinci haftasına kadar overlerden salgılanır.Progesteron gebeliğin sonuna kadar plasentadan salgılanmaya devam eder(Murray ve McKinney 2010)

Gebelik süresince ovulasyon geçici olarak durur, çünkü yüksek östrojen ve progesteron hormon seviyeleri, ovulasyon için gerekli olan Folikül Stimulan Hormon (FSH) ve Luteinizan Hormon (LH)'u baskılar ve gebede amenore görülür (Murray ve McKinney 2010,Yazıcı ve Günaydın 2017)

1.1.2.2. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Çizelge 1.1.2.2.1. Gebelikte kardiyovasküler sistemde olan değişiklikler (32. Gebelik Haftasına Göre). Taşkın (2016)' dan alınmıştır

Kan volümü	%30-50 artar
Alyuvarlar	% 18-30 artar
Hemoglobin (100)	0,51 gr azalır
Kan basıncı	
Arteriyel	Değişme çok azdır
Diastolik	Biraz düşer
Venöz	Femoral venöz basınç artar
Total Periferal resistans	%35 azalır
Kardiak out-put (ml/dk)	%25-50 artar
Atım Volümü (ml/vurum)	% 15 artar
Kan akımı	
Uterusa	Çok artar
Böbreklere	%25-50 artar
Deriye	% 70 artar
Göğüslere	artar

Gebelik boyunca kalp büyüklüğü ve pozisyonunda, kan hacminde, kan akışında ve kan bileşenlerinde değişiklikler meydana gelir(Murray ve McKinney 2010).Çizelge 1.1.2.2.1' de belirtilen bu değişiklikler, büyüyen uterus, fetüs ve plasentanın gerekli oksijen ve kan ihtiyacını karşılamak, gebelik ve doğumda anne için gerekli depoları oluşturmak amacıyla oluşur(Murray ve Hassall 2009).

Kalp

Myokard, gebelikte artan çalışma gücü nedeniyle, hipertofiyeye uğrar ve büyüme gözlenir. Gebeliğinin ilerlemesiyle büyüyen uterus diyafragmayı yukarı doğru iter ve kalp yukarı, sola doğru döner.Bu değişiklik nedeni ile gebede kalp sesleri daha yukarıdan ve yandan alınır.

Gebelikte vazodilatasyon ve artan kan volümünden dolayı, kardiyak output (dakikada kalpten çıkan kan miktarı) artar.Kardiyak output ve nabız volümü (kalbin kasılması esnasında kalpten pompalanan kan miktarı) ve nabız sayısı da artar. AyrıntılarÇizelge 1.1.2.2.1' de belirtilmiştir.

Kan Basıncı

Gebeliğin erken dönemlerinde diyastolik basıncın hafif düştüğü (10-15 mmHg), ancak sistolik basınçta önemli değişikliklerin olmadığı belirlenmiştir. Gebeliğin sonlarına doğru kan basıncında hafif bir yükselme görülür (Karanisoğlu ve Günaydın 2017)

Plazma Hacmi

Plazma hacmi gebeliğin altıncı ve sekizinci haftasından başlayarak 32. haftasına kadar artar ve sonra doğuma kadar değişmez.

Eritrosit Hacmi

Toplam eritrosit hacmi, gebelik boyunca %20-30 artış gösterir. Bu artış ilk trimestir sonunda başlar ve terme kadar devam eder. Plazma hacmindeki artış ile eritrosit hacmindeki bu fark 32-34. haftalarda belirginleşen hemotokritte düşmeye neden olur. Bu düşüş sonucu ortaya çıkan tabloya fizyolojik anemi denir. Eritrosit hacmindeki artışın temel hedefi, artan fetüsün büyümesi ve annenin kardiyovasküler işlevleri için gerekli oksijeni karşılamaktır (Taşkın 2016).

Lökosit ve Trombositler

Gebelikte lökosit sayısı artar. Trombosit sayısı gebelikte düşer, bu düşüş yaşam sürelerinin kısalmasından kaynaklanır (Taşkın 2016).

Pıhtılaşma Faktörleri

Gebelikte değişik esansiyel koagülasyon faktörleri artar. Fibrinojen (Faktör I) ve Faktör VIII'de göze çarpan artış olur. Gebelikte aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) ve protrombin zamanı (PT) düşer (Murray ve Hassall 2009).

Ekstraselüller Sıvı

Östrojen tarafından uyarılan renin anjiyotensin sisteminin uyarılması ile su ve tuz tutulumu sonucunda toplam vücut sıvısında artış olmaktadır. Bu sıvının yaklaşık olarak 2/3'ü (4-6 litre) ekstraselüller alanda toplanmaktadır. Gözle fark edilmeyen bu ödeme "fizyolojik ödem" denir (Murray ve Hassall 2009).

1.1.2.3. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Gebelikte solunum sistemindeki değişiklikler, üç faktörün etkisi sonucu görülür. Bu faktörler; artan oksijen tüketimi, hormonal faktörler ve genişleyen uterusun fiziksel etkileridir. Gebelikte anne ve fetüste meydana gelen metabolik değişiklikler nedeni ile oksijene olan ihtiyaç yaklaşık olarak %20-30 oranında artar.

Büyüyen uterus diyafragmayı yukarı doğru iter ve göğüs duvarının yanlara doğru genişlemesine yol açar. Gebelikte meydana gelen bu anatomik değişiklikler, oksijen gereksiniminin artması ve hormonların etkisi ile solunum sisteminde değişiklikler meydana getirmektedir.

Solunum sisteminde ki değişikliklerde hormonlarda etkilidir. Progesteronun etkisi ile hava yollarının düz kaslarında dilatasyon ortaya çıkar, böylece hava akımında rezistans azalır. Göğüs duvarının elastikiyetini arttırarak nefes almayı kolaylaştırır. Solunum merkezinin karbondioksit duyarlılığını arttırır, karbondioksit seviyesinin düşmesi ile solunum merkezi uyarılır.

Östrojenin etkisi ile üst solunum yolunda damarlaşma ve kanlanma artışı olur. Burun, farinks, larenks, trakeanın kapillerinde ödem ve hiperemi gelişir. Bu konjesyon sonucu burun ve sinüs tıkanıklıkları, burun kanaması, sesle değişiklikler, kulakta dolgunluk, ağrı ve belirgin immun cevap nedeniyle alt solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlık görülebilir (Yazıcı ve Günaydın 2017, Alden 2016).

1.1.2.4. Üriner Sistem Değişiklikleri

Progesteronun düz kas lifleri üzerine yaptığı etki ve büyüyen uterusun baskısı sonucu böbrekler ve ureterlerde genişleme ve uzama görülür. Mesanede ise büyüyen uterusun baskısı sonucu birinci ve üçüncü trimesterde anatomik değişiklik ve kapasitede azalma meydana gelir. Bu nedenle gebelerde sık idrara çıkma şikayetleri olabilir. Gebelikte artan renal vazodilatasyon ve plazma volümündeki artış nedeniyle glomerüler filtrasyon hızında artış ile tübüler reabsorpsiyon yetersizliği sonucu 300 mg/gün miktarına kadar normal kabul edilen glikozüri görülebilir (Yazıcı ve Günaydın 2017).

1.1.2.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gastrointestinal sistem, gebelikte önemli değişikliklere uğrar.Östrojen ve progesteronun etkisi ile diş etlerinde damarlanma ve ödem artar ve tükürük bezleri üzerine olan etkisinden dolayı tükürük salgısında artış görülebilir.

Gebelik ile birlikte büyüyen uterusun etkisi ile bağırsakların ve midenin yerinde değişiklikler olur.Bağırsaklar yukarı ve yanlara doğru itilirler. Gebeliğin ilerlemesi ve hormonların gevşetici etkilerinden dolayı özafagus ve mide arasındaki sfinkterin tonüsü azalır ve etkili çalışmaz.Bu durum mide içeriğinin özefagusa geçmesine ve midenin yanmasına neden olabilir (Murray ve Hassall 2009).

Gastrointestinal sistemde motilitide azalma ve Human Koryonik Gonadotrop (hCG) hormonunun artmasına bağlı bulantı ve kusmalar görülebilir. Belirtiler genellikle gebeliğin dördüncü haftasında başlar ve hCG seviyesinin en üst seviyeye ulaştığı gebeliğin 5-10. haftaları arasında en yüksek seviyelere ulaşır(Taşkın 2016).

Progesteronun salgılanması ve uterusun rektosigmoid kolon üzerine baskı yapması sonucunda, bağırsak hareketlerinde azalma görülebilir.Bu durum besinleri daha uzun sürede absorbe olmasını ve suyun daha fazla miktarda geri emilimini sağlar.Bağırsaklarda oluşan bu olay fetüsün beslenmesi için önemlidir.

Gebelikte büyüyen uterus karaciğeri yukarı ve arkaya doğru iterek fonksiyonlarında değişikliğe yol açar.Plazma volümündeki artışa bağlı serum albümin konsantrasyonu düşer.Plasental sekresyonun artması ile de alkalın fosfataz seviyesi artar (Yazıcı ve Günaydın 2017, Taşkın 2016)

Safra kesesi gebelikte genişler ve motilitesi azalır.Tonüsün azalması ile safra akışı yavaşlar ve safra taşı oluşma riski artar. Bu durum tüm vücutta genel bir kaşıntıya neden olur ve genellikle gebelikten sonra geçer(Yazıcı ve Günaydın, 2017).

1.1.2.6. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Gebelikte vücudun değişik organlarından salgılanan hormonların birbirleri ile etkileşimleri sonucunda gebeliğe fizyolojik uyumun sağlanmasında, fetal büyüme gelişme, doğum ve laktasyon için endokrin sistemde önemli değişiklikler oluşur (Taşpınar 2016). Bu değişiklikler Çizelge 1.1.2.6.1'de belirtilmiştir (Murray ve McKinney 2010).

Çizelge 1.1.2.6.1. Gebelik döneminde hormonal değişiklikler. Murray ve McKinney (2010)' den alınmıştır

Hormon	Kaynak	Major Etkileri
Aldesteron	Böbreküstü	Sodyumu ve sıvı dengesini korumak için artar.
Kortizol	Böbreküstü	Gebelik sırasında glikoz, protein, yağ metabolizmasını aktifleştirmek için artar.
Melanosit	Ön hipofiz bezi	Gebelikte artarak hiperpigmentasyonu oluşturur.
Prolaktin	Ön hipofiz bezi	Süt üretiminden sorumlu hormondur, insülin antagonistidir.
Progesteron	Ön hipofiz bezi Overler, plasenta	İmplantasyon için uterusun endometriyumunu korur uterus dahil düz kasları gevşetir, insüline karşı direnci artırır ve FSH, LH baskılar.
Östrojen	Overler, plasenta	Uterus ve memelerin gelişimini uyarır, solunum yollarında, mesanede vasküler değişikliklere ve Hiperpigmentasyona neden olur.
Relaksin	Overler, plasenta	Uterus aktivitesini baskılar. Serviks ve kasların bağ dokusunu ve pelvis eklemlerini yumuşatır.
hCG	Trofoblast, plasenta	Plasenta gelişene kadar, progesteron üretiminin overlerden salınmasını sağlar.
hPL	Plasenta	Maternal enerjiyi sağlamak için yağ metabolizmasını uyarır, sodyum retansiyonunu destekler.
Oksitosin	Arka hipofiz bezi	Doğum eylemini başlatmak için uterusun kasılmasını ve doğumdan sonra memelerden süt salınım refleksi uyarır.Gebelik sırasında baskılanır.
Tiroksin	Tiroid bezi	Gebeliğin erken döneminde metabolizma hızı ile artar.
Paratitoid	Paratiroid	Kalsiyum ve magnezyum metabolizmasını dengeler

Prolaktin hormonu laktasyondan sorumlu hormondur. Gebelik boyunca 10 katına kadar artar.Doğumdan sonrada bebeğin emmesine bağlı olarak devam eder. Hormonların etkisi ile hiperplazi ve damarlaşmanın artmasına bağlı olarak tiroid bezi büyür.Tiroksin hormonu, artan metabolizma hızını ile gebeliğin erken dönemlerinde hCG hormonunun stimülasyonu nedeniyle hafif artar ve gebeliğin son trimesterinde hCG düşmesiyle normale döner.Parathormon ise, gebeliğin ilk trimesterinde düşer, fetüsün kalsiyum ihtiyacına paralel olarak gebelik ilerledikçe artar.Adrenal korteksten salınan kortizol hormonu karbonhidrat metabolizmasını düzenler.İkinci trimesterin erken dönemlerinde aldesteron

seviyesinde artma görülür. Bu artışın nedeni, progesteronun böbreklerden su ve sodyum atılımını arttırdığından aldosteron bunların hızla geri emilimini sağlaması içindir(Murray ve McKinney 2010).

Plasentanın gelişip östrojen ve progesteron yapımını üstlenene kadar östrojen ve progesteron overler tarafından salgılanır. Bunun amacı gebeliğin devamını sağlamaktır. Plasentadan salınan hormonlar gebelikte implantasyonun oluşmasından itibaren salınmaya başlar.Gebelik hormonu olarak bilinen hCG hormonu ilk trimesterin sonunda en yüksek seviyeye ulaşır ve hızla düşmeye başlar, gebeliğin son iki haftasında tamamen görünmez.

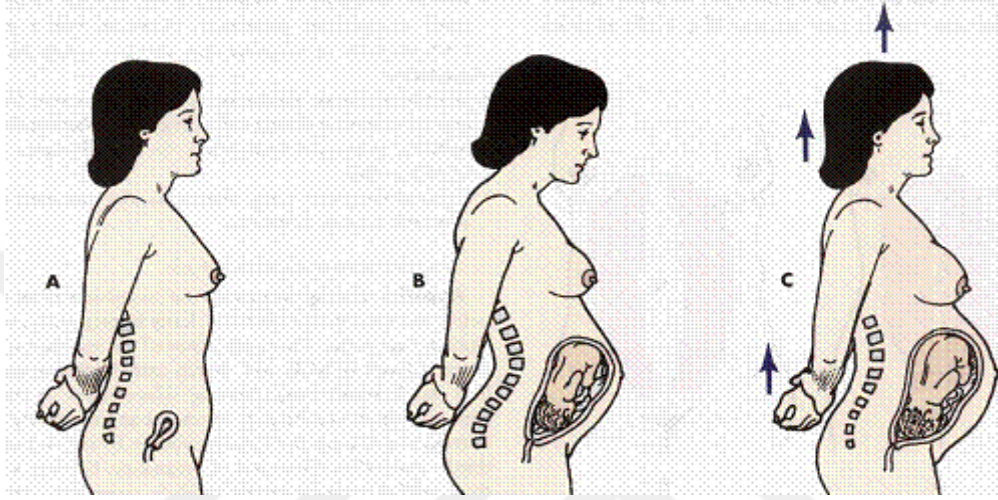
Human Plasental Laktojenik Hormon (hPL), fertilizasyondan 23.haftasından sonra plasentadan salınmaya başlar, 34-36. haftalarda en yüksek seviyeye ulaşır.Başlıca görevleri;gebenin karbonhidrat, protein, yağ metabolizmasını düzenler, fetüsün, memelerin ve uterusun büyümesini sağlar.

Relaksin hormonu korpus luteumdan ve plasenta ve uterin desidua tarafından salgılanır.Gebeliğin devamı için uterin kontraksiyonlarının gücünü azaltır, serviksin yumuşamasına ve memelerin büyümesine yardımcı olur.Östrojen gebeliğin 8-12. haftalarına kadar korpus luteumdan salınır, 12. haftadan sonra plasentadan salınmaya devam eder.Gebe olmayan kadına göre kanda östrojen seviyesi 3-8 kat daha fazladır. Östrojenin görevleri; uterusu giden kan akımını arttırmak, fetüsün beslenmesini sağlamak, memelerde kanalların gelişmesini sağlayarak laktasyona hazırlamak olarak belirtilmiştir.FSH ve LH' ı baskılar. Progesteron, gebeliğin başlangıcında korpus luteum tarafından, sonra da plasentadan salgılanır. Progesteronun görevleri;gebeliğin gerçekleşebilmesi için endometriumu hazırlar, myometrium kas aktivitesini önleyerek uterin kontraksiyonlarını engeller, memelerin gelişmesini sağlar ve annenin organizmasında bulunan düz kasliflerinin aktivitesini azaltır. Oksitosin hormonu arka hipofizden salınır.Doğum eyleminden ve doğum sonrası süt akım refleksinden sorumlu hormondur. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda sevgi ve bağlanma hormonu olarakda isimlendirilmektedir(Beji ve Özkan 2016, Taşkın 2016).

1.1.2.7. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

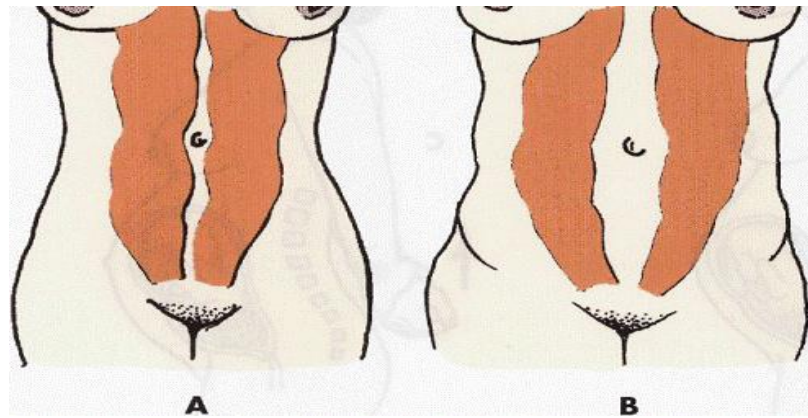
Genellikle bedendeki değişimler ve gebelikteki kilo artışı nedeniyle kadının postüründe değişiklikler meydana gelir. İkinci trimester de artan hormon düzeylerinin etkisi ile pelvik eklemlerde yumuşama olur, pelvik ligamentler gevşemeye başlar.

Eklemlerde ve bağ dokusundaki gevşemelerdoğum eyleminin gerçekleşmesinde önemlidir.Pelvik eklemlerde ki gevşeme, pelvik hareketliliği arttırarak kadının salınarak yürümesine yol açar.Bu durum kadının konforunda bozulmaya neden olur.Gebe kadında ağırlık merkezi büyüyen uterusdan dolayı öne doğru yer değiştirir.Gebede servikal ve lomber lordoz artar (Taşpınar 2016, Yazıcı ve Günaydın 2017). Bu değişimlerÇizim 1.1.2.7.1’ de gösterilmiştir.



Çizim 1.1.2.7.1. Gebelikte postür değişiklikleri. A, gebe olmayan kadın. B, gebelik döneminde yanlış duruş. C, gebelik döneminde doğru duruş.Alden (2016)’ den alınmıştır.

Büyüyen uterusun abdominal kaslara yaptığı basınca bağlı olarak üçüncü trimesterde rektus abdominal kasları ortadan ikiye ayrılır bu değişime “Diastazis rekti” denir (Çizim1.1.2.7.2) (Alden 2016).Uterusun ön duvarı sadece deri ve fasia dokusu ile kaplandığından fetüs rahatlıkla palpe edilebilir (Murray ve McKinney 2010).



Çizim 1.1.2.7.2.Gebelik döneminde rektus abdominalis kaslarında olası değişiklik. A, Gebe olmayan kadında normal pozisyon. B. Gebe kadında Diastazis rekti abdominalis. Alden (2016)’ den alınmıştır.

1.1.2.8. Metabolik Değişiklikler

Gebelikte, fetüsün ve eklerinin, uterus ve memelerdeki dokulardaki artışa bağlı metabolizma ve oksijen kullanım miktarı artmıştır. Gebelikte salınan hormonlarla, fetüsün en iyi gelişebilmesi için anne organizmasının metabolizma artışı yavaşlatılır ve enerji ve besin kaynakları fetüs için harcanır (Taşpınar 2016). Gebelik ilerledikçe bazal metabolizma hızında artış görülür. Bu nedenle gebede, kilo alımı, karbonhidrat, protein ve sıvı elektrolit metabolizmasında artış gözlenir (Murray ve Hassall 2009).

Kilo alım değişimleri: Gebelikte hızlı kilo değişimleri yaşanabilir. Bu dönemde aşırı kilo artışı ve ya azalışı, anne ve bebek için önemli sonuçlar doğurabilir (Yazıcı ve Günaydın 2017). Gebelikte kilo artışı fetüse ve anneye ait organların büyümesine, annede yağ ve protein depolanmasına, kan ve hücreler arası sıvının artmasına bağlı olarak gelişir. Gebelik boyunca ortalama normal kilo alımı 12,5 kg'dır. Gebelikte kilo alımı trimesterlere göre değişiklik gösterir (Taşpınar 2016, Yılmaz ve Günaydın 2017).

Karbonhidrat metabolizması, gebeliğin başlarında bulantıya bağlı gebede beslenme azlığı görülebilir ve fetüs tarafından glikoza olan talebin artması ve hipoglisemiye yatkınlık artar. Bunun nedeni anne tarafından enerji ihtiyacının yağlardan karşılanmasıdır. Hipoglisemiyi engellemek için gebenin kısa aralıklarla, yeterli miktarda karbonhidrat alması önerilir (Yazıcı ve Günaydın 2017)

Gebelik döneminde fetüs ve eklerinin gelişiminde, doğumda, involüsyon sürecinde, laktasyonda, loşia ile kaybedilen nitrojeni karşılamak için protein önemlidir. Bu nedenle gebelikte ortalama 1000 gr protein artışı gözlemlenir (Murray ve McKinney 2010).

Yağ Metabolizması

Gebelikte artan östrojen, progesteron, plasental laktojenin etkisi ile lipid ve trigliserid seviyeleri yükselir. Gebelikte fetüs glikozu sürekli kendine çektiğinden enerji için anne yağları kullanır. Yağların yıkılması sonucu keton cisimleri ortaya çıkar. Anne dolaşımında artan keton cisimleri plasentadan geçerek amniyotik mayide birikir. Keton cisimlerinin fetüs tarafından alınması, fetüsün sinir gelişimini bozar. Bu nedenle gebelikte az miktarda, sık aralıklarla ve karbonhidrat açısından yeterli öğünlerin alınması hem hipoglisemiyi hem de ketoasidozu önlemek için önemlidir (Yazıcı ve Günaydın 2017).

Sıvı ve Elektrolit Metabolizması

Gebelikte kalsiyum ve fosfor ihtiyacı artar. Annede fetüs büyüdükçe kalsiyum ve demir ihtiyacı artar. Fetüs doğduğunda karaciğerinde depolanan demir, doğumdan sonra ilk aylarda yenidoğan tarafından kullanılır.

Gebelikte total vücut sıvısı artmıştır. Anne vücudunda tutulan sıvı yaklaşık 2-2,5 litredir, gebelerde daha çok günün sonlarına doğru alt ekstremitelerde ödem gözlenir.

1.1.2.9. Cilt Değişiklikleri

Gebelikte östrojen ve progesteron hormon seviyelerinin yükselmesi ile ön hipofiz bezinden melanosit stimüle hormon seviyesinde artış olur ve hiperpigmentasyon görülür. Areola, genitalerde ve göbek çevresinde renk değişikliklerine yol açar.

Yüzün daha çok alın, yanaklar ve burun üstünde olan pigmentasyon artışına bağlı koyulaşmaya “**gebelik maskesi veya kloazma**” denir. Gebeliğin 16. haftasından sonra ortaya çıkabilir. Doğumdan sonragerilemeye başlar. Karın ön duvarın ortahattında simfizis pubisten umblikusa kadar uzanan hiperpigmentasyonun neden olduğu koyu renkli çizgiye ise linea nigra denir (Yazıcı ve Günaydın 2017, Murray ve Hassall 2009).

Gebelikte annenin vücut ölçülerinde artış kollajen dokuların gerilmesine yol açabilir. Bu durum daha çok meme, karın ve kalça çevresinde görülür. Kırmızı renkte olan bu değişiklikler, postpartum 6. ayda beyaza döner. Skar dokusu şeklinde kalan bu çatlaklara ***stria gravidarum*** denir.

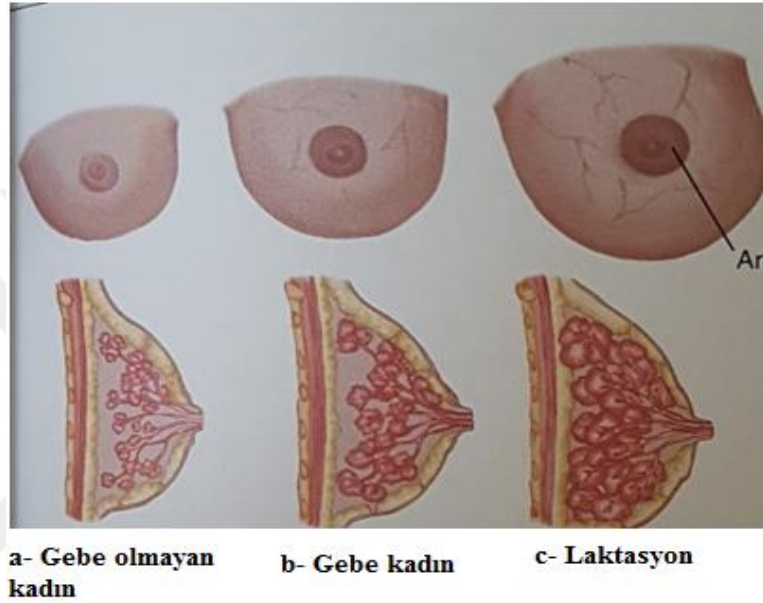
Yüksek östrojen seviyesinin etkisi ile kan damarlarında dilatasyon ve proliferasyon görülür. Vasküler spider; örümcek ağına benzer, küçük, kırmızı, ince yüzeysel kan damarlarındaki dallanmalardır. Daha çok yüzde, boyunda, göğüste, kollarda ve bacaklarda görülebilir. Doğumdan sonra birkaç ay içinde yok olur (Yazıcı ve Günaydın 2017).

1.1.2.10. Meme Değişiklikleri

Gebelik sırasında, memeler laktasyona hazırlanır ve memelerde boyut ve görünümünde değişiklikler görülür. Östrojen, memenin duktal dokusunun büyümesini uyarır, progesteron loplarn, lobüllerin ve alveollerin büyümesini teşvik eder (Çizim 1.1.2.10.1) (Murray ve McKinney 2010). Memelerde damarlaşma artışı vebüyümeye bağlı hassasiyet görülür (Taşkın 2016).

Meme uçları belirgin oranda genişler, erektil hal alır ve areolanın pigmentasyonu artar ve koyulaşır. Areolada bulunan montgomeri tüberkülleri gelişerek belirginleşir.

Memelerde sekresyon 12 ila 16. haftalarda görülmeye başlanır. Meme başı elle sıkıldığında kolostrum gelmeye başlar, üçüncü trimesterde kendiliğinden gelebilir (Taşkın 2016). Gebelikte memelerden süt salgılanması yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri ile baskılanır(Murray ve McKinney 2010).



Çizim 1.1.2.10.1. Gebelik süresince memelerde oluşan değişiklikler. Murray ve McKinney(2010)' den alınmıştır. Memelerde büyüme ve damarlaşmada artış, areola koyulaşır ve meme ucu erektil hale gelir.

1.1.3. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu nedenle, ruhsal, bedensel ve sosyal olarak bir adaptasyon süreci olarak tanımlanır. Bu dönemde gebede ambivalans duygular, adaptasyon sürecine ve yeni rollere uyum güçlükleri görülebilir (Yazıcı ve Günaydın 2017, Taşpınar 2016). Anne karnında gelişen bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik ve anatomik değişiklikler ambivalans duyguların kaynağını oluşturabilir. Kadınların gebeliğe karşı duyguları gebelik süresince değişir, başlangıçta gebelik konusunda belirsiz veya kararsız olabilirler ve birinci odak kendileridir ancak gebelik ilerledikçe fetüsü korumak ve güvenliğini sağlamak için giderek daha fazla endişe duymaya başlayabilirler (Taşkın 2016, Malm 2016).

Gebe kadınlarda ilk trimesterde, belirsizlikler yaşanabilir. Gebeliğin belirsizliğine verilen tepkiler bireysel farklılıklara bağlıdır. Bazı gebeler gebelik belirtilerinden mutluluk hissederken, bazıları da korkabilirler. Genellikle gebelik olasılığı ilgili aile ve arkadaşları ile görüşürler ve sosyal destek arayışına girerler (Murray ve McKinney 2010).

Birinci trimesterde; ilk odak çocuk değil, gebenin kendisidir. Bulantı ve yorgunluk gibi gebeliğin oluşturduğu fiziksel değişiklikler ve artan hormon seviyeleri kararsız ruh hallerine neden olabilir. Kadınlarda mutluluktan, rahatsızlığa, iyimserlikten karamsarlığa hızlı bir geçiş görülebilir. Görülebilen ambivalans duygularla gebenin baş edebilmesini, istenmeyen, plansız gebelik durumları, gebenin ebeveyn ve ailesi ile geçmiş yaşam deneyimleri, annesi ile bebeklik, çocukluğunda yaşamış ilişkileri ve ailedeki mutluluk düzeyi etkiler (Taşkın 2016).

Gebelik kadın için kalıcı yaşam değişikliklerine neden olur ve genellikle oluşacak yaşam değişiklikleriyle nasıl başa çıkacağına karar verir. Kadının ilk gebeliği ise; ek sorumluluk konusunda endişelenebilir ve ebeveynlik yeteneğinden emin olmayabilir. Kadın multipar ise, gebeliğinin diğer çocukları ve eşi ile olan ilişkisini nasıl etkileyeceği konusunda endişe duyabilir.

İkinci trimesterde; fetüsün gerçek olmasını sağlayan, gebede fiziksel değişiklikler meydana gelir. Uterusun hızla büyümesi, abdomenin içinde palpe edilmesi, kilo artışı ve meme değişiklikleri belirgindir. Ultrason muayenesi ile gebenin fetüsü görmesini ve kalp seslerini duymasını sağlar. Bu sürede fetal hareketler gebe tarafından hissedilir. Bu değişim önemlidir ve ilk trimesterde fetüsün sadece vücudunun bir parçası olduğunu düşünen gebe, bu süreçte fetüsü ona tamamen bağımlı olmasına rağmen ayrı bir birey olarak algılar (Taşkın 2016, Murray ve McKinney 2010). İkinci trimesterde, gebelikten kaynaklanan rahatsızlıklar genellikle azalır ve boyutu gebenin aktivitesini etkilemez. Birincil odak fetüstdür. Gebe kadın sağlıklı bir bebek sahibi olmaktan endişe duyar ve yaşanan endişe duygusu narsistik ve içe kapanma davranışını oluşturabilir. Bazı kadınların işlerine, güncel olaylara ilgileri azalır ve bebeklerine yoğunlaşırlar. Fetüslerini dış etkenlerden korumaya çalışırlar ve bebeğinin nasıl ve kime benzediğini merak ederler. Bebeklerinin ailenin diğer fertleri tarafından kabulü anne için önemli olmaya başlar. Gebe kadın bu dönemde fetüs hakkında hayal kurmaya başlar, belirlediği isimle bebeğine hitap eder ve fetüsün kişiliği hakkında başkaları ile konuşur.

Bazı gebeler hafta hafta fetüs gelişimi hakkında bilgi edinmeyi severler.Gebelerde yoğun bir içe kapanma görülür, yaratıcı enerji ve memnuniyet duygusu yaygındır (Murray ve McKinney 2010, Uçar 2014)

İkinci trimester ise, gebe kadının vücudunda hızlı ve görülebilir değişiklikler meydana gelir.Kilo artışı, abdomenin büyümesi ve göğüslerin büyümesi belirgindir.Bu değişiklikler kadınların vücut ağırlığına ve anatomisine bağlı tepkiler vermesine neden olur.Fetüsün büyümesi gebe kadın ve eşi tarafından memnuniyetle karşılanır ancak gebede gelişen cildin hiperpigmentasyonu ve stria gravidarum, vücut şeklinde ve boyutunda oluşan değişikliklere göre gebenin beden imajı algısınınnegatif etkileyebilir. Gebede değişen denge noktası, fiziksel dayanıklılık, pelvis ve bel bölgesindeki rahatsızlıklar ve diğer fonksiyonlardaki değişiklikler de beden imajını etkileyebilir.Bu dönemde kadının kendi annesinin ve eşinin desteği, bu değişikliklerle baş etmesine yardımcı olacaktır (Taşkın 2016).

Gebeliğin son trimesterinde ise; hassasiyet duygularında artış görülür. Gebe kadın her zaman korunmadığı takdirde bebeğini kaybedebileceği veya zarar görebileceği endişesi hakimdir.Bu konuda rüyalar ve kabuslar görülebilir, ikinci trimesterdeki güven ve tatminlik duygusu yerine korkular oluşmaktadır.Bu korku ve endişeler gebeliğin getirdiği normal süreçlerdir (Murray ve McKinney 2010). Gebe kadının gebeliğin sonlarına doğru eşine olan bağımlılığı artar.Artan yorgunluk ve dikkat eksikliği nedeniyle gebe bu dönemde çok hassastır.Eşinin ve ailesinin gösterdiği sosyal destek ve sevgi ile bu duygularla baş edebilir ve kararlarını daha erken alabilir.

Son trimester gebenin doğum için hazırlık dönemini oluşturur.Fetal büyüme bu dönemde de devam eder ve hissedilen fetal hareketler daha kuvvetlidir. Anne ile fetüs arasındaki ilişki, anne fetüsü kendisine bağımlı olmasına rağmen, bir birey olarak algılar ve bebeğini görmeyi ve onu tanımasını ister.

Doğum yaklaştıkça gebelerde doğum korkusu, artan hareket kısıtlılığı nedeniyle gebelikten sıkılma duyguları ve ambivalans duygular tekrar yaşanabilir. Bu dönemde gebe kadına annesinin,eşinin ve sağlık personelinin desteği, gebenin bütün bu problemlerle baş etmesini kolaylaştırır(Yazıcı ve Günaydın 2016).

1.1.4. Gebelik Döneminde Muayeneler ve Leopold Manevraları

Gebelik izlemleri, gebe ve fetüsün sağlık durumunun tanımlanması, gebelik yaşının hesaplanması, fetal gelişimin izlenmesi, riskli durumların tanımlanması, risklerin azaltılması ve gebenin eğitiminin sağlanması içerir(Engin ve Özyer 2017).

Gebelik izlemlerinde, Leopold manevraları ile yapılan abdominal muayene yöntemi, gebeliğin 24. haftasından sonra yapılır (Yazıcı ve Dutucu 2017). Abdominal duvardan fetüsün vücut kısımlarının palpasyonu ile fundus yüksekliğini, fundusta fetüsün hangi kısmı olduğunu belirlemek, fetüsün sırtını bulmak fetoskop veya el doppleri ile fetüs kalp seslerini dinlemek, prezente olan kısmı belirleyerek angajman seviyesini belirlemek ve fetüs büyüklüğü hakkında fikir edinmek amacıyla yapılan bir muayene yöntemidir(Yazıcı ve Dutucu 2017, Beji ve Dişsiz 2016).

Leopold manevraları ile abdominal muayene yöntemi ilk olarak Cristian Gerhard Leopold tarafından, 1883 ve 1910 yılları arasında ebeklik kitaplarında, gebe kadınların muayenesi için geliştirdiği elle yapılan muayene yöntemi olarak tanıtılmış ve kullanılmaya başlanmıştır(Kachlik ve diğ. 2012).

Ülkemizde gebenin muayenesi, fetüsün büyüme ve gelişiminin takibi genellikle ultrason ile takip edilmektedir. Leopold manevraları ile gebe takibi Almanya ve Hollanda'da ebeler tarafından yoğun olarak kullanılmaktadır. Almanya'da doğum öncesi önerilen üç ultrason taraması gebe kadın tarafından istenirse jinekolog muayenesinde gerçekleştirilmektedir. Diğer tarama testleri ebeler tarafından sağlanmaktadır. Fetüsün kalp sesleri genellikle doppler ile izlenmekte ve fetüsün uterus içindeki duruşu Leopold manevraları ile belirlenmektedir (Lang 2009). Hollanda'da düşük riskli gebelerin takibi ebeler tarafından ebe ofislerinde yapılmakta, gebelerin muayenesinde Leopold manevraları yoğun olarak kullanılmakta ve bebeğin takibi içinde ultrasona göre daha güvenli bulunmaktadır. Gerekli durumlarda ultrason muayenesi de yapılmaktadır. Hollanda sağlık hizmeti paketinde iki ya da üç ultrason yer verilmektedir (Okumuş 2015). Leopold manevraları hiçbir maliyet gerektirmeyen ve uygulayıcı ile gebe arasında iletişimi sağlayan bir muayene yöntemidir. Soğukpınar (1998) tarafından üçüncü trimesterdeki gebelerle yapılan bir çalışmada Leopold manevraları ile fetüs hakkında elde edilen bulguların, ultrason ile elde edilen bulgularla güçlü bir uyum gösterildiği belirtilmiştir.

Günümüzde sıklıkla Leopold manevraları ile yapılan karın muayenesi dört manevrayı içermektedir(Kachlikve diğ. 2012).

Leopold manevraları ile yapılan muayede amaç, fetüsün sunumu ve pozisyonunu belirlemek ve fetal kalp seslerinin bulunduğu yeri belirlemede yardımcı olmaktır.

Leopold manevralarının uygulamasının işlem basamakları aşağıda belirtilmiştir.

Gebelere uygulanacak prosedürve gerçekleştirilen her basamak için açıklama yapılır,değerlendirme bulguları hakkında bilgi verilir, öğretilir ve bu yöntemle güven kazandırılır.Gebelerin mesanesinin boşaltılması sağlanır.Dizlerinin hafifçe bükülmesi ve sırtında yastık olması sağlanır ve baş yükseltilir.Bu pozisyonda gebe ve fetüs rahat eder ve palpasyon kolay olur.Sıcak su ile eller yıkanır.Sıcak eller palpasyon sırasında karın kaslarının kasılmasını önler. Sekresyona maruz kalma olasılığı varsa uygulayıcıların, mikroorganizmaların bulaşını önlemek için eldiven giymeleri önerilir.Sıcak eller palpasyon sırasında karın kaslarının kasılmasını önler(Engin ve Özyer 2017, Murray ve McKinney 2010).

Gebenin yanında, yüzüne bakacak şekilde baskın kullanılan el il ilk üç manevra uygulanır.

İlk Leopold menevrasile Çizim 1.1.4.1' de görüldüğü gibi uterusun fundusunun palpasyonu sağlanır. Ele gelen kısım makat ise baştan daha yumuşak ve daha düzensizdir.Makatın hareket ettirilmesi ile fetüsün tüm gövdesi hareket eder. Kafa daha sert ve yuvarlak düzgün bir şekle sahiptir.Baş hareket ettirildiğinde fetüs gövdesi hareket etmez.Bu ilk manevra ile uterusun fundusunda bulunan kısım belirlenir.Baş prezentasyonu ise fundusta makat hissedilir. Makat prezentasyonu ise fundusta baş hissedilir.Bu manevra ile aynı zamanda fundus yüksekliği mezura ile ölçülerek gebelik haftasında belirlenebilir (Yazıcı ve Dutucu 2017, Çakaloz 2018, Murray ve McKinney 2010).

İkinci Leopold manevrasile fetüsün sırt ve eksremiteleri belirlenir, fetüsün duruşunun anne eksenine göre olan ilişkisi saptanır. Muayeneyi yapan kişi, her iki elini abdomenin yanına koyarak, avuç içi ile sıkı ve her iki eli eşit olarak abdomene bastırır ya da bir eli sabit tutarak diğer el ile fetüsün kısımlarını hissetmeye çalışır. Fetüsün sırtının bulunduğu taraf dış bükey ve daha serttir.Fetal kollar ve bacaklarını olduğu taraf ise hareketli hissedilir, fetüs palpasyon sırasında sık sık eksremitelerini hareket ettirebilir.Bu manevra fetüsün situs ve pozisyonunun en iyi belirlendiği Leopold manevrasıdır ve fetüsün

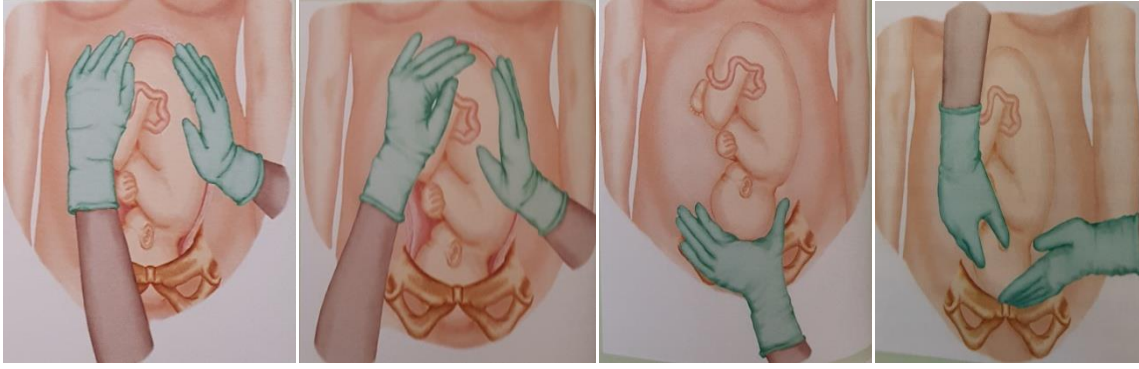
sırtının bulunduğu yerden fetal kalp sesleri eldoppleri veya fetoskop ile dinlenir (Çizim 1.1.4.1) (Taşkın 2016, Yazıcı ve Dutucu 2017, Engin ve Özyer 2017, Murray ve McKinney 2010).

Üçüncü Leopold manevrasile fetüsün prezentasyonu belirlenir. Bir el ile fundus tespit edilirken, diğer elin başparmağı açık ve kalan parmakları kapalı bir şekilde simfizis pubis üzerine yerleştirilir. Gelen kısım Çizim 1.1.4.1' de gösterildiği gibi, başparmak ve parmakların arasında hafifçe kavranmaya çalışılır. Gelen kısım takılmadığında, parmaklarla kavranan kısım uterusu yukarı doğru hareket ettirir. Fetüsün önde gelen kısmının mobil, fikse veya angaje olup olmadığı anlaşılır (Yazıcı ve Dutucu 2017, Çakaloz 2018, Murrayve McKinney 2010).

Fetüs makat prezentasyonu ise dördüncü manevra uygulanmaz. Bu manevra fetal başın fleksiyonda olup olmadığını belirlemek için sadece baş gelişlerde yapılır(Murray ve McKinney 2010).

Dördüncü Leopold manevrasilefetal başa ait çıkıntının hangi tarafta olduğu araştırılır.Bu manevrada Çizim 1.1.4.1' görüldüğü gibi muayeneyi yapan kişinin sırtı gebeye dönüktür.Diğer üç manevrada muayeneyi yapanın yüzü gebeye dönüktür. Her iki elin parmaklarının iç yüzü ile pelvis giriminin eksenine doğru derin palpasyon yapılır.Ellerden biri başın çıkıntısına takılarak daha aşağıya inemezken, diğer el daha aşağılara kadar inebilir.Başın çıkıntısı eksremitelerle aynı tarafta ise baş fleksiyonda ve baş geliş, eğer başın çıkıntısı sırt ile aynı tarafta ise baş ekstansiyonda ve yüz gelişi düşündürebilir(Çakaloz 2018, Engin ve Özyer 2017, Murray ve McKinney 2010).

Beşinci Leopold manevrası, birçok kaynakta belirtilmemekle birlikte, doğum eylemi başladıktan sonra ve sadece kontraksiyonlar sırasında uygulanır.Bu manevranın amacı baş – pelvis uygunsuzluğunu belirlemek amacı ile uygulanır. Sirtüstü yatan bir gebe kadında bir el simfizis üzerine konularak, diğert el simfizis üzerinde duran başa düz olarak konulur. Baş üzerindeki el, simfizis üzerindeki elden daha derinde ise pelvis dar değildir (Engin ve Özyer 2017).



A

B

C

D

Çizim 1.1.4.1. A- Birinci Leopold manevrası, B- İkinci Leopold Manevrası, C- Üçüncü Leopold Manevrası, D- Dördüncü Leopold manevrası, Murray ve McKinney (2010)' den alınmıştır

1.1.5.Prenatal Bağlanma Kavramının Gelişimi

1.1.5.1. Bağlanma

Bağlanma, insanın gelişim sürecinde önemli bir yeri olan sosyo-duygusal bir kavramdır (Köse ve diğ. 2013).Bağlanma terimi, bebekler ile ebeveynleri arasında duygusal olarak olumlu ve karşılıklı yardım edici bir ilişkinin kurulması olarak da tanımlanabilir (Gölbaşı 2015, Nishikawa ve Sakakibara 2013, Venry ve Kelly 2008).

Literatürde bağlanma, ‘attachment’ ve bağ kurma ‘bonding’ olarak belirtilir.ve Kennell(1976), bağlanma ve bağ kurma terimleri arasındaki farkı tanımlamışlardır(Doan ve zimmerman 2008, Lang 2009). İngilizce konuşma dilinde ‘Bonding’, ebeveynlerin bebek ile olan duygusal bağlanmasını, ‘Attachment’ ise bebeğin ebeveyni ile olan bağı ifade ederken, Almanca’da ise, ‘bağ’ ve ‘bağlanma’ terimleri olarak ‘Bonding’ teriminin kullanıldığını, ebeveyn-bebek bağlanması veya ilişkisinden söz edildiğini ve bu ilişkinin çift taraflı olduğu vurgulanmaktadır(Lang 2009). Türkçe’de ise, hem bebeğin anneye bağlanması (attachment), hem de annenin çocuğuna yönelik duygusal bağı (bonding) ‘bağlanma’ sözcüğü ile karşılık bulmaktadır (Güleşen ve Yıldız 2013).

Bağlanmanın teorik temeli, etoloji(hayvan davranışları bilimi), sibernetik (makine ve canlılarda, kontrol ve haberleşmenin şartlarını ve kanunlarını tespit eden bir bilim dalı), gelişimsel psikoloji ve psikoanaliz gibi bilim dallarının sentezinden oluşmuştur(Yılmaz 2013,Yılmaz ve Beji 2013, Santrock 2011)

Bağlanma teorisi, yaşamın erken dönemlerinde çocuğun anneye veya rahatlatıcı bir başka bireye bağlanmasının yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır(Yılmaz 2013, Yılmaz ve Beji 2013).

Bağlanma teorisinin tarihçesi, temel olarak psikanalitik gelenekten gelen İngiliz John Bowlby'nin bağlanma ve nesne ilişkileri kuramına dayanmaktadır. Bowlby "**bağlanma**" terimini iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlamıştır (Abasi ve diğ. 2013, Duyan ve diğ. 2013, Kavlak ve Şirin 2009, Mercer 2004, Yılmaz 2010, Yılmaz 2013).Bowlby'nin (1969) bağlanma kuramına göre; yeni doğan bebekler, yalnızca onlara bakmaya ve korumaya istekli bir yetişkinin varlığında yaşamlarını sürdürebileceklerini belirtmiş ancak bebeklerin annelerine sadece açlık güdülerini gidermek için bağlanmadıklarını, yakınlık arama, yakın ilişkiler kurma ihtiyaçları için bağlandıklarını belirlemiş ve bağlanma kuramını geliştirmiştir(Kesebirve diğ. 2011).Bowlby göre; bağlanma, bağ kurma, insanlarda evrenseldir ve doğumdan itibaren başlar(Kesebir ve diğ. 2011, Siddiqui ve Hagglof 2000,Lang 2009). Yenidoğan sadece biyolojik olarak bağlanma duygusu ile değil, aynı zamanda bir bağlanma beklentisi ve arayışı içinde dünyaya gelir.Yenidoğanın beklentisi, kendini güvende hissetmesi için ilk ilişkinin kurulması ve gelişiminin desteklenmesi yönündedir (Lang 2009). Bowlby, bebeklerin doğuştan var olan sosyal iletişimi destekleyen, ağlama, gülme, dokunma ve arama gibi davranışlarını barındırdığını,bakımını sağlayan erişkin ile düzenli ve tutarlı bir etkileşim sonucu bu davranışlarının geliştiğini belirtmiştir.Yaşanan deneyimler sonucunda çocuğun kendine ve dış dünyaya bir anlam verdiğini, bu deneyimleri yeni ilişkilere genelleyip bütünleştirdiğini ve bir zihin modeli şeklinde içselleştirdiğini açıklamıştır(Kesebir ve diğ. 2011).

Bowlby,bağlanma teorisini geliştirirken etolojik kuramdan da etkilenmiştir.Etolojik kuramın öncülerinden Konrad Lorenz'in (1935) kazlar ve diğer olgunlaşan kuşlardaki içgüdü çalışması,Harlow ve Zimerman'ın (1958) de maymunlarla yaptığı çalışmalarından faydalanmıştır(Lang 2009, Demirbağ 2017). Harlow ve Zimerman(1959), bebek anne bağlanmasının görünümü, gelişimi ve bakım için beden temasının gerekliliği ve önemi ile ilgili çalışmaları ile bağlanmaya katkıda bulunmuştur(Ossa ve diğ. 2012).

Bowlby, insanlarda bağlanmanın güvenli oluşabilmesi için, bebeklik ve çocukluk döneminin hassas dönem olduğunu belirtmiştir. Bu dönemlerde bakımını sağlayan erişkinin de bebeğin dünyayı keşfederken geri dönülebileceği güvenli bir yer olmasının ve

bebeğin fiziksel gereksinimlerinin erişkin tarafından karşılanması gerekliliğini açıklamıştır (Kesebir ve diğ. 2011).

Mary Ainsworth ise, John Bowlby'nin bağlanma kuramının görüşlerini ölçülebilir yöntemlerle zenginleştirmiş ve bağlanma kuramına davranışsal bir boyut kazandırmıştır (Janbakhisov 2013). Mary Ainsworth, yenidoğan ve küçük çocukların tanıdık olmayan ortamda, dış çevre ile iletişimlerini sağlıklı sürdürebilmeleri, buna hazır olmaları için önce aileleri ile güven bağlarının kurulması ve bu güven ilişkisinden emin olmaları gerektiğini belirtmiştir (Lang 2009). Ainsworth ve arkadaşları (1978), "**yabancı durum testi**" adı verilen deneysel gözleme dayanan çalışmalar ile çocuklardaki bağlanma şekillerini belirlemeye çalışmışlardır. Bu çalışma, bir laboratuvar ortamında, 12-24 aylık çocuklar ve anneleri üzerinde yapılmıştır. İlk önce çocuklar anneleri tarafından bu ortamda çalışmacı ile birlikte bırakılmış, sonradan tekrar anneleri ile buluşturulmuştur ve çocukların yaşanan bu durum karşısında duygusal ve davranışsal tepkileri gözlemlenmiştir. Çocuklarda gözlemlenen davranışlara göre güvenli ve güvensiz bağlanma, güvensiz bağlanma kendi içerisinde; güvensiz- çekingen bağlanma, güvensiz- kararsız bağlanma olarak bağlanma stillerini tanımlamışlardır (Kesebir ve diğ. 2011, Lang 2009). Daha sonra Main ve Solomon (1990)'un çalışmaları sonucu "dağınık/bozulmuş güvensiz bağlanma" stilini kavramsallaştırarak sınıflandırmaya eklemiştir (Ross-Davie ve diğ 2014, Lang 2009). Bu sınıflandırma günümüzde kullanılmaktadır. Bu çalışmada, aynı zamanda yeniden birleşme sırasında annenin çocuğa olan yanıtlarında dikkate alınmış ve bağlanma sisteminin maternal davranışlarca etkilenebileceği öne sürülmüştür. Maternal davranışlar da annenin bebeğinin emosyonel dünyası ile olan ilgilenme düzeyi gözlemlenmiş ve bu durum duyarlılık olarak tanımlanmıştır (Janbakhishov 2013). Duyarlılık kavramı, Mary Ainsworth ve John Bowlby'nin birlikte çalışmaları sonucunda 1978 yılında oluşturulmuş ve bağlanma kuramına eklenmiştir (Ulutaş ve diğ. 2016, Yılmaz 2010). Anne duyarlılığı, iyi bir ebeveynlik için gerekli bir unsur olup annenin empati yeteneği ile ilişkilendirilir (Ulutaş ve diğ. 2016, Brandon ve diğ. 2009).

1.1.5.2. Prenatal Bağlanma

Küresel olarak tüm gebeler için ortak olan kültürel ve etnik kökene bakılmaksızın, farklı ve benzersiz deneyimler gebe kadın ve fetüsü arasında gebelik döneminde gelişmektedir. Araştırmacılar, John Bowlby ve Mary Ainsworth'un bağlanma teorilerini kullanarak bu doğum öncesi deneyimlerin çocuğun ve annenin yaşamında önemli olduğunu vurgulamışlardır (Anand ve Hima 2012). Üç kadın teorisyen, Deutch (1945),

Bibring(1959) ve Benedek(1959), Bowlby' nin insan bağlanmasına dair ampirik çalışmalarına eş zamanlı olarak, gebelik deneyiminin psikanalitik analizlerini oluşturmuşlardır.Gebelik süresince gebe kadının fetüsüne ruhsal durumunu aktararak, duygusal olarak bağlandığını, gebelik ilerledikçe fetüsün bir birey olarak kabullenildiğini ve fetüsün kadının hem bir uzantısı, hemde bağımsız bir birey olduğunukurdukları hipotezler sonucunda belirtmişlerdir(Della Vedova ve diğ. 2008,Alhusen2008, Brandon ve diğ. 2009). Winnicott (1958) gebelik döneminde kadının fetüse olan ilgisini vurgulamış, fetüsün korunma ve sevgi ihtiyacı olduğunu, duygusal olarak fetüsle bir bağ geliştirdiğini ve **“birincil maternal meşguliyet”** kavramını oluşturmuştur.Bir hemşire olan Rubin (1975), çalışmalarının sonucunda, kadınların kalıcı annelik davranışlarının oluşması ve doğum sonu dönemde yenidoğan ile arasındaki bağın kurulmasında gebelik sürecinin çok önemli olduğunu vurgulamıştır. Bağlanmanın gebelik sırasında başlayabileceğini ve gebelik süresince annelik rolünün dört görevi içerdiğini belirtmiştir. Bunlar; kendisi ve bebeği için güvenli geçiş yapmak, doğmamış çocuğun ailesindeki önemli kişiler tarafından kabul edilmesini sağlamak, bilinmeyen çocuğuna bağlanmak ve bakım vermeyi öğrenmektir (Mercer 2004,Yılmaz2013).Rubin çalışmalarında bağlanmayı belirtmesede, bahsettiği bağlanma prenatal bağlanmaya temel oluşturmuştur (Turrieff-Jonasson 2004, Janbakhishov 2013).Mercer(1980) çalışmalarında, kadının doğum ve doğum sonu dönemde anneliğe uyumunun, gebelik döneminde başladığını ve gebelik sürecinin psikolojik hazırlık zamanı olduğunu belirtmiştir(Mercer 2004).Kadının bebeğine duygusal olarak bağlanma çalışmaları, bilim insanlarının, Kennell ve Klaus'un (1970) doğum sırasında bebeklerini kaybeden annelerin, bebekleri ile fiziksel temas olmaksızın sergiledikleri yoğun yası gözlemlerinden kaynaklanmıştır(Brandon ve diğ.2009, Chen ve diğ. 2011, Yılmaz 2010).Lumley(1980),primipar gebelerde, gebeliğin üç trimesterinde görüşmüş ve gebelik ilerledikçe gebe kadınların fetüslerini daha fazla kavramsallaştırdıklarını ve fetüsleri ile iletişime geçtiklerini tespit etmiştir. Gebelik süresince ultrasonkullanımının, fetüsü gözle görülebilir hale getirmesi sonucu anne bağlanmasını attırabileceğini belirtmiştir (Brandon ve diğ 2009). Gebelerin fetüslerininküçük insan olarak özelliklerini arttırabildiği sürece bağlanmanın oluşabileceğini açıklamış ve bağlanmayı “fetüs ile hayal gücü yoluyla ilişki kurulması” olarak kavramsallaştırmıştır(Yılmaz 2010, Brandon ve diğ. 2009). Peppers ve Knapp(1980), anne bebek bağlanmasını prenatal dönemde başladığını belirtmiştir.Annenin bebeğine bağlanmasına katkıda bulunan dokuz eylemden bahsetmişlerdir. Bunlar; gebeliğin planlanması,kabul edilmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey

olarak kabul edilmesi, doğum yapmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak ve bebeğe bakım vermektir (Yılmaz 2010).

Gebeliğin başlangıcından doğuma kadar olan, fetüsün uterustaki gelişimini ve yaşantısını tanımlayan gelişim dönemi "***prenatal dönem***" olarak tanımlanmaktadır(Duyan ve diğ. 2013, Usta ve Balıkçı 2012).Prenatal dönemde anne fetüsü ile etkileşime girer, fetüsü ile duygusal olarak bir bağ oluşturur ve annelik kimliğini geliştirir.Bu duygusal bağ Cranley (1981), Müller (1990), Condon(1993) tarafından "Prenatal Bağlanma" olarak tanımlanmıştır(Della Vedova ve diğ. 2008).Cranley (1981), prenatal bağlanmanın teorik yapısını şekillendirmiş ve prenatal bağlanmayı, annelerin fetüsleri ile olan ilişkisini ve doğmamış bebeklerine yönelik sevgilerini gösteren davranışların tümü olarak tanımlamıştır. Cranley, kadınların gebelik sırasında anne- fetüs bağlanmasının göstergesi olan davranışlar veya düşünceleri içeren 24 maddeden oluşan Maternal-Fetal Bağlanma Ölçeğini (MFAS) geliştirmiştir (Abasi ve diğ 2013,Yılmaz 2013).Bu ölçekle, maternal-fetal bağlanmanın altı unsurunu ölçmeye çalışmıştır.Bu unsurlar;annenin fetüsü kendinden farklı olarak algılaması, fetüs ile etkileşime girme, fetüsün özelliklerini yorumlama, kendini verme, rol alma ve iç içe geçmedir(Yılmaz, Beji 2013). Müller (1990) ise, Cranley'in maternal-fetal bağlanma yapısının sadece annenin büyüyen fetüsü ile ilişkisini davranışlar yolu ile tanımladığını, annenin fantezilerini, düşünce, duygularını içermediğini belirtmiş ve prenatal bağlanmayı gebe kadın ve fetüsü arasında gelişen eşsiz ve sevecen ilişki olarak yeniden tanımlamıştır.Müller(1993) yılında kadın ve fetüsü arasında sevgiye dayalı duygusal bağı ölçmeye yarayan prenatal bağlanma envanterini geliştirmiştir(Brandon ve diğ. 2009,Malm ve diğ 2016, Janbakhishov 2013, Malm 2016, Yılmaz 2010, Yılmaz ve Beji 2013). Condon (1993) ise bağlanmayı "gebe kadın ve onun doğmamış bebeği arasındaki gelişen duygusal bağ" olarak tanımlamış ve maternal antenatal bağlanma ölçeğini (MAAS) geliştirmiştir.Günümüzde en yeni ve en çok kullanılan bu ölçekte, sadece fetüs hakkında düşüncelere ve duygulara odaklanmakta ve gebeliğin fiziksel durumu ile annelik rolü ile ilgili tutumları içermemektedir.Ölçek prenatal bağlanmayı belirlemek için 19 maddeden oluşan, ankete dayalı bir ölçektir (Gölbaşı 2015,Navarro-Aresti ve diğ.2016).Araştırmalarda sıklıkla MFAS,MAAS, PAI ölçekleri kullanılmaktadır (Cannella2005, Alhusen 2008, Van den Bergh ve Simon 2009).Prenatal bağlanmayı ölçmeye yarayan ancak araştırmalarda nadir kullanılan ölçeklerde bulunmaktadır.Bunlar: Rees (1980) Prenatal Tool, Hsu ve Chen (2001) MFAS ve PAI birleşiminden oluşan MMFAS(Modified Maternal Foetal Attachment

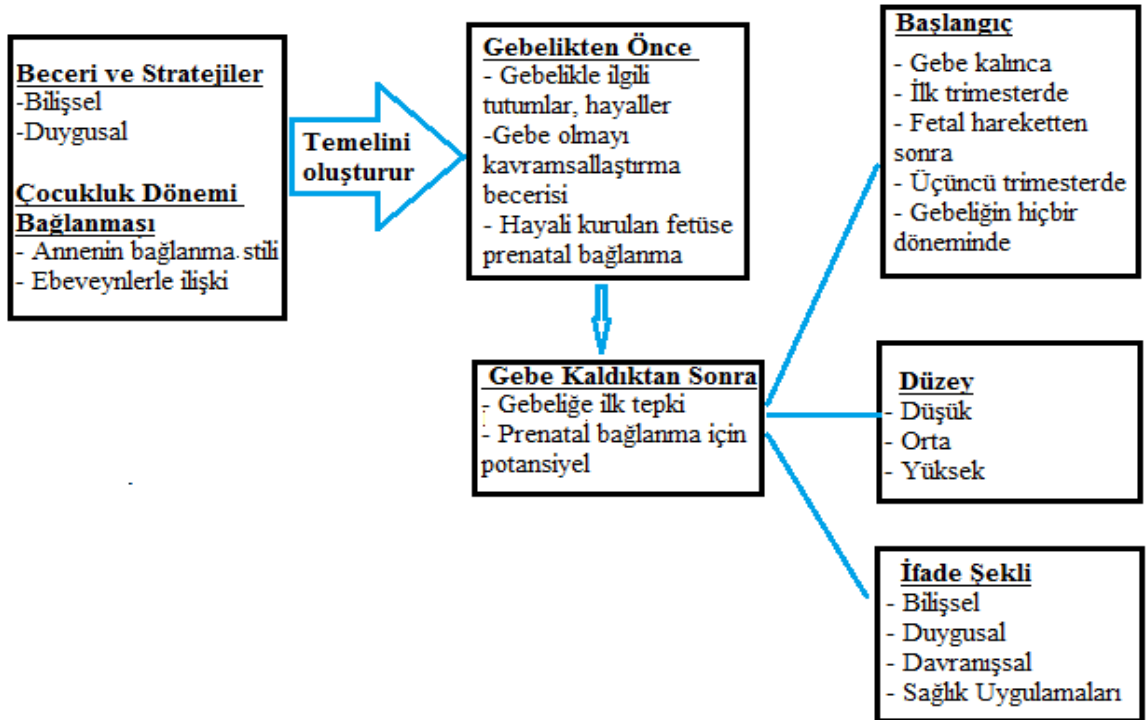
Scale,ModifiyeMaternal Fetal Bağlanma Ölçeği), Honjo ve arkadaşlarının (2003) AMAS (Antenatal Maternal Attachment Scale,Antenatal Maternal Bağlanma Ölçeği), Kleinveid (2007) PIL(Pregnancy Involvement List, Gebe Katılım Listesi) dir(Van den Bergh ve Simons 2009,Chang ve diğ. 2016).

Günümüzde, gebe kadın ve fetüsü arasındaki bağ genellikle sağlık profesyonelleri tarafından maternal-fetal bağlanma(MFA) veya prenatal bağlanma(PA)olarak kavramsallaştırılmaktadır (Alhusen 2008, Eswi ve Khail 2012). Prenatal bağlanma potansiyel olarak var olan bir ebeveyn ya da genellikle anne ile fetüs arasındaki ilişkiyi temsil eden, davranışsal, bilişsel ve duygusal yaklaşımları içeren, ekolojikbir sistem içinde gelişen soyut bir kavram olarak tanımlanmaktadır(Pisoni ve diğ. 2014, Doan ve Zimerman 2008)

1.1.5.3.Prenatal Bağlanmanın Gelişimi, Ebe ve Hemşirelerin Sorumlulukları

Prenatal bağlanmanın gelişimsel modeli Doan ve Zimerman tarafından, prenatal bağlanmayı etkileyen tüm faktörleri belirlemeye çalışılan araştırmaları incelenmesi sonucu tanımlanmıştır(Çizelge 1.1.5.3.1) (Doan ve Zimerman 2008).

Çizelge 1.1.5.3.1.Prenatal Bağlanmanın Gelişimsel Modeli, Doan veZimerman (2008)’ den alınmıştır.

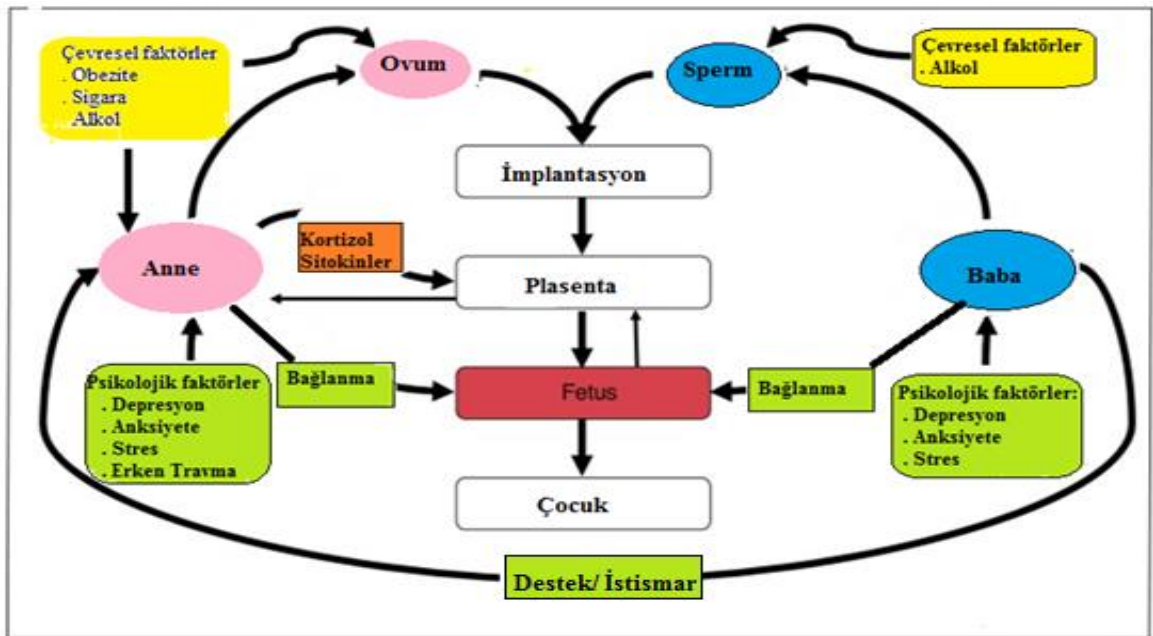


1.1.5.3.1. Gebelik Döneminde Prenatal Bağlanmanın Gelişimi

Doan ve Zimmerman (2008), prenatal bağlanmanın temelini Çizelge 1.1.5.3.1' de belirtildiği gibi bireylerin doğum öncesi dönemide içeren, doğumu ile başlayan bağlanma deneyimleri, annesinin bağlanma stilinden ve ebeveynleri ile ilişkisinden kaynaklanabileceğini gözlemlemişlerdir. Bu gözlemler, Bowlby tarafından geliştirilen, bağlanmanın nesiller arası ileti teorisinde de, bir kadının ebeveynine, özellikle annesine bağlanmasının, gelecekteki anne- çocuk ilişkisinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, özellikle bir annenin güvenli bağlanma modelinin, bakım verme ve ebeveynlik görevlerine uyum sağlama ve yeteneği ile ilişkili olduğunu güvensiz bağlanmanın ise önemli bir risk oluşturduğu bildirilmiştir (Tanı ve diğ. 2017). Doğum öncesi ve doğum sonrası ebeveyn bağları, ebeveyn ve çocuk işlevleri üzerinde önemli etkilere sahiptir. Yapılan başka bir çalışma da gebelik ve doğum sonrasında değerlendirilmiş düşük bağlanma düzeyi olan ebeveynlerin, anksiyete ve ebeveynlik stresinde artış bulunmuş, eş desteklerinin daha az ve zorlayıcı mizaçlı çocukları olduğubelirtilmiştir (Cook ve diğ. 2016). Kendi anneleri ile güvenli bağlanma stili olan kadınların ise daha erken ve yüksek düzeyde ortaya çıkan prenatal bağlanma puanına sahip oldukları bilinmektedir (Doan ve Zimmerman 2008).

Bir kadının gebeliğini ve anneliği benimsemesini, inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri, davranışları, geçmiş yaşam deneyimleri, bilişsel ve duygusal becerileri etkiler. Çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, kadınlık rolünü algılayışı, kendi benlik kavramı, daha önce kardeşine bakma gibi anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller, çevresinde gözlemlediği olumlu, olumsuz rol modelleri, gebeliğini planlamış olması, gebeliği kadınlığın bir kanıtı olarak görmesi, gebelik dönemini ve bebeğini kabullenmeyi etkileyebilir (Taşkın 2016, Buko ve Özkan 2016). Bireylerin sosyalleşme becerilerinin gelişimi, doğuştan gelen mizacı ile ailesinden gelen tepkilerin birleşmesi sonucu başlar ve gelişerek devam eder. Kadının geçmişte yaşadığı olumlu deneyimler ve duygular, prenatal dönemde fetüsü ile oluşturacağı bağlanmayı etkiler. Yapılan bir araştırmada gebelerin duygusal zekâları ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı zayıf pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Bukove Özkan 2016). Kadının bilişsel gelişimi, soyut düşünebilme yeteneği, hayal kurma becerisi, duygusal olarak empati yeteneği ve bebeğini bir birey olarak kavramsallaştırmasında önemli bir faktördür (Doan ve Zimmerman 2008).

Annelerin bebeklerine yönelik duyguları gebelik dönemi boyunca gelişmektedir. Gebeliğin anlaşıldığı andan ve hatta bazı kadınlar gebe kalmadan önce sigara, alkol kullanmayı bırakmak, yediklerine dikkat etmek ve folik asit gibi ilaç kullanımı ile ilgili bilgi edinmeyi içeren koruyucu davranışlarla kendini anneliğe hazırlarlar (Metin 2014, Tan 2016). Yapılan çalışmalarda planlı gebeliğe sahip olan gebelerin prenatal bağlanma ortalamalarının, gebeliği planlı olmayan gebelerden istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır (Üstünsöz ve diğ. 2010, Yılmaz ve Beji 2010, Tan 2016). Ayrıca planlı gebeliğin babanında fetüse bağlanma düzeyini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Üstünsöz ve diğ. 2010). Kadının gebeliğini planlanması, gebelik konusundaki istekliliği, güvenli duyguları, ailenin sosyo-demografik özellikleri, eşi ile ilişkisi, eş desteği ve kendi annesi ile ilişki kalitesi, anne-bebek arasında doğum öncesi bağlanmanın gelişimi için etkili olarak gösterilmiştir (Metin 2014, Tan 2016). Sosyal destek ve eş ilişkisi bağlanmanın gelişmesinde en önemli etkenler arasındadır (Yarcheski ve diğ. 2009, Yılmaz 2013, Doan ve Zimerman 2008). Dünyada gelişmiş ülkelerde dahil pek çok ülkede gebelikler plansız olmaktadır. Çizim 1.1.5.3.1' de belirtildiği gibi, gebelik öncesi kadın ve erkeğin sağlık durumu ve sağlık alışkanlıkları gebenin sağlıklı gebelik geçirmesini ve doğacak bebeğin sağlıklı olmasını belirler. Kadının ve eşinin gebeliğe sağlıklı hazırlanması, risklerin kontrolü, erken tanının sağlanması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sağlıklı nesillerin devamlılığının sağlanması için doğurganlık çağındaki her bireyin prekonsepsiyonel bakım alması ve bu bakımda prenatal bağlanmanın önemi vurgulanmalıdır (Özçoban 2017).



Çizim 1.1.5.3.1.1. Prenatal bağlanma, Glover ve Capron (2017)' den alınmıştır.

Gebelik döneminde anne-fetüs arasındaki artan bağlanma, doğumdan sonra da annelik davranışları hakkında bilgi verebilmektedir. Gebelik sırasında fetal bağlanma düzeyi yüksek olan annelerin bebekleri ile ilgili daha iyi etkileşimlere sahip oldukları ve bununda sırasıyla çocuğun büyüme, duygusal, bilişsel ve sosyal gelişiminde önemli olduğu bildirilmiştir (Akberzadeh 2017, Gölbaşı 2015). Gebelik ilerledikçe prenatal bağlanma ölçümlerinde tutarlı bir artış bulunmakta, bu artış ilk trimesterde daha düşük, ikinci trimesterde fetüsün hareketlerinin hissedilmesi ve fetüsün abdomen üzerinden palpe edilmesi ile artarak devam eder. Annelerde artan prenatal bağlanmaya paralel bağlanma davranışları da gözlemlenir. Bu davranışlar; fetüsle konuşma, ona isim verme, karından ona dokunma, fetal hareketleri hissetme, yorumlama ve rüya görmedir (Doan ve Zimmerman 2008, Dağlı 2017). Prenatal dönemde prenatal bağlanmayı arttırmak için ultrasonografi, hayal etme, abdomene dokunma, fetal oskültasyon, doğum öncesi eğitim, fetal hareketleri sayma, yoga, ninni söyleme, masal okuma, müzik dinleme ve dinletme, fetüsle konuşma ve gebelik günlüğü gibi girişimler yapılmaktadır. Bütün bu girişimlerin gebelikte, annenin bebeğini algılamasına, bebeği hayal etmesine, özelliklerin bebeğe atanmasına, annenin bebeğine yönelmesine, bebeği ile iletişim kurmasına ve anneliğin kabulüne destek olduğu görülmüştür. Bu girişimler fetüs dikkate alındığında ortaya çıkmaktadır (Akberzadeh ve diğ. 2014, Roos-Davie ve diğ. 2014).

Prenatal bağlanma, annenin gebeliğe uyumu, gebelik süresince olumlu duygularını fetüse aktarması ile başlar ve artarak devam eder. Gebe kadın, gebeliğinin başlangıcında hayalini kurduğu ve istediği bir bebeğe fantezi olarak bağlanmaya başlar (Lang 2009). Annenin fetüsü ile iletişim kurma kabiliyeti, ilk fetal hareketlerin hissedilmesi ile veya sonografide ilk gözlemler başlayabilir ve hızlı bir şekilde artış gösterebilir (Mehran ve diğ. 2013). Gebelerin ilk fetal hareketleri hissedebilmesi gebeliğin 16-22 haftalar arasında oluşmaktadır. Gebeliğin üçüncü trimesterinde fetüs farklı dinlenme ve aktivite kalıpları göstermeye başlar, anneler de giderek fetüsleri ile tanışır ve hareketlerine aynı anda yanıt vermeye başlarlar (Siddique ve Hägglöf 2000, Venry ve Kelly 2008). Bu ikili arasındaki ilişki önceleri fiziksel ilişki olarak bilinsede teknolojik gelişmeler intrauterin ortama farklı bir bakış açısı kazandırmıştır. Maternal duyguların, maternal ve fetal fizyoloji ile daha önce var olmayan bir şekilde fetal davranışlar arasındaki etkileşimini karakterize etme fırsatını vermiştir. Ortaya çıkan bilgiler, prenatal dönemde iki yönlü bir ilişkinin varlığı dahil olmak üzere, bu ilişkinin karmaşık doğasını göstermektedir. Maternal-fetal bağlanma araştırmaları 1970 yılından itibaren başlanmıştır. Batı ülkelerinde son 30-40 yıldır doğum

ve doğum öncesi ölüm oranlarının azalması ve teknolojik gelişmeler gebelik ve fetüs ile ilgili kavramları değiştirmiştir. Kadınların teknoloji yardımı ile gebelikleri daha erken teşhis edilmekte ve fetüslerinin yüksek çözünürlüklü görüntüleri daha erken tarihlerde görülebilmektedir (Cannella 2005). Yeni ultrason tekniği ile gebelik tanısı en erken gebeliğin dört-beşinci haftalarında mümkün olmaktadır. Gebeliğin dört-beşinci haftalarında gestasyonel kese, gebeliğin sekizinci haftasında fetal kalp hareketleri ve fetal kısımlar ultrasonda gözlenebilir. Transvajinal ultrason ile gestasyonel kese implantasyondan on gün sonra gözlenebilmektedir (Taşkın 2016). Leifer (1980), ultrasonun gebelik döneminde kullanılmasının prenatal bağlanmayı arttırmada bir faktör olabileceğini belirtmiştir (Brandon ve diğ 2009). Fetal sağlığı değerlendirmek amaçlı yapılan ultrason işlemi ailelerin kaygısını giderir ve bebeğin görüntülenmesi ile bağlanmayı sağlar. Bu nedenle birçok gebe bebeğin ilk ultrason görüntülerini içeren resimlerini cüzdanlarında, buzdolap üzerlerinde bulundururlar ve bebeklerine bir isim vermektedirler. Yüksek çözünürlüklü ultrason ve düşük çözünürlüklü ultrason yapılan çalışmalarda, prenatal bağlanma düzeylerinde fark oluşmadığı ancak ultrason sonrası prenatal bağlanma puanlarının arttığı bildirilmiştir (Alhusen 2008, Ji ve ark 2005). Uluslararası standartlara göre, gebelik sırasında üç ultrason muayenesi önerilmektedir ancak rutinde ise 36. gebelik haftasına kadar ortalama 7,2 ultrason görüntüleme muayenesi yapıldığı belirtilmiştir (Lang 2009). Ultrason görüntülemenin güçlü anne- bebek bağı oluşturmadığı ve aynı zamanda yanıltıcı ultrason bulgularının aileleri kaygılandığı yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir. Günümüzde anlamlı ve uzun vadeli çalışmaların eksikliği nedeniyle ultrason ile görüntüleme yapılmasının tam güvenli olduğu konusunda bilgiler kesinlik kazanmamıştır. Örneğin, fetüslerin ultrasonik sesleri duyabildiğini ve bu sesleri çok yüksek algıladıkları bilinmektedir. Elde edilen ultrason görüntüleri yüzünden gebe kadının hayalindeki bebek görüntüsü kaybolabilir, bu durum bazı gebelerde hayal kırıklığı oluşturabilir ve bağlanmayı olumsuz etkileyebilir (Lang 2009). Her ne kadar ultrason, fetüsün fiziksel özelliklerini ve davranışlarını görselleştirmek için bir fırsat sunsa da, gebe kadınlar aynı zamanda, fetal kişilik özelliklerini temsil edici zihinsel modellerini de geliştirmeye devam etmektedirler (DiPietro 2010).

Dünyada tüm kadınlarda gebelik dönemlerinde, fetüslerini hissetmek ve rahatlatmak için elleri ile karınlarına dokundukları hatta başkaları tarafından karınlarına dokunulmasına izin verdikleri gözlemlenmektedir (Taşkın 2016, Lang 2009). Bu davranış annelerin fetüsleri ile iletişime geçmelerini, bebeklerini doğmadan önce sevmelerini sağlar. Fetüste anne

karnında gelişen ilk dokunma duyusudur. Anne karnına dokunduğunda fetüs bunu hisseder ve hareketleri ile yanıt oluşturabilir. Bu durum annenin karnına daha sık dokunmasını sağlar. Abdominal duvara parmak uçları ile hafif bastırma hareketi ile fetüse dokunsal uyarım verilebilir ve maternal-fetal bağlanma sağlanabilir (Lubbe 2007, Taşkın 2016, Lang 2009, Wang ve diğ. 2015). Nishikawa ve Sakakibara (2013) tarafından gebelik döneminde 30, 32, 34. gebelik haftasında Leopold manevraları ile gebelerin elleri ile karınlarının üzerinden fetüsü palpe etmeleri sağlanmış ve gebelere yaptırılan bu ebelik girişiminin, gebelerin fetüslerini kavramsallaştırdıklarını, fetüsleri ile iletişime geçtikleri ve konuşma sayılarını arttırdıkları gözlemlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada gebelere gebeliğinin 30. haftasında Leopold manevraları ve fetal hareket sayımı yöntemi öğretilmiş ve kontrol grubuna göre prenatal bağlanma skorlarında artış belirlenmiştir. Leopold manevraları ile gebenin fetal hareketlerini zihinsel olarak değilde abdominal olarak daha kolay ve fazla hissettikleride belirtilmiştir (Marzouk ve Nabil 2015). Yenidoğanın hastanede kalış sırasında ten tene teması sırasında anne tarafından masaj yapılan bebeklerin gelişimsel testlerden daha iyi sonuçlar aldıkları ve kontrol grubundaki bebeklerden daha az stres davranışı gösterdikleri belirtilmiştir. Gebelikte annenin karnına taktil uyarın vermesi amniotik sıvı akışını hızlandırdığı ve geliştirdiği düşünülmektedir. Fetüsün dokunsal uyarımını preterm bebeklerdeki masaj benzeri fizyolojik, psikolojik etkiye neden olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (Wang ve diğ. 2015).

Gebelikte maternal- fetal bağlanmayı arttıran diğer bir yöntem ise; anne tarafından gerçekleştirilen fetal hareketlerin sayılmasıdır. Fetal hareketler gebe tarafından 18-22. gebelik haftaları arasında hissedilmektedir. Fetal hareketler fetal iyilik durumunun göstergelerindedir. Çalışmaların çoğu prenatal bağlanma sürecinin 20. gebelik haftasında özellikle fetal hareketler hissedildikten sonra hızlı bir şekilde artış gösterdiği ve gebelik boyunca arttığını bildirmiştir (Laxton-Kane ve Slade 2002). Günümüzde fetal hareketlerin sayılmasında, Cardiff ve Sadovsky yöntemleri kullanılmaktadır. Noninvazif yöntemler olup gebenin katılımıyla gerçekleşmektedir. Uygulamada iki yada tek bir yöntem kullanılabilir (Beji ve Dişsiz 2016, Taşkın 2016). Fetal hareket sayımının gebelikte maternal-fetal bağlanmayı arttırdığı, bunda gebeliği olumlu etkilediği çalışmalarda belirtilmiştir (Saasdat ve diğ. 2011, Güney 2016). Fetal hareketlerin sayılması ile yapılan başka bir çalışmada, gebelerin fetüslerini hareket ettirebildikleri gözlemlenmiştir. Bu durum maternal-fetal bağlanmayı arttırdığının bir göstergesi olabilir (Saasdat ve diğ. 2011). Fetüs uterus içinde hareketlidir, yürür ve uterusun duvarlarını iter. Anne kuvvetli bir şekilde

güldüğünde fetüste trombolin etkisi yaratır anne fetüs arasında bağlanmayı arttırır.Gülmek fetüsün hareket etmesini sağlar(Lubbe 2007).Gebeliğin üçüncü trimesterinde fetüs farklı dinlenme ve aktivite göstermeye başlar ve anneler de giderek fetüsleri ile tanışır ve hareketlerine aynı anda yanıt vermeye başlarlar (Siddique veHägglöf 2000, Venry ve Kelly 2008).Yapılan bir çalışmada, prenatal bağlanması yüksek olan kadınların daha fazla fetal hareket hissettikleri de belirlenmiştir (Malm 2016).

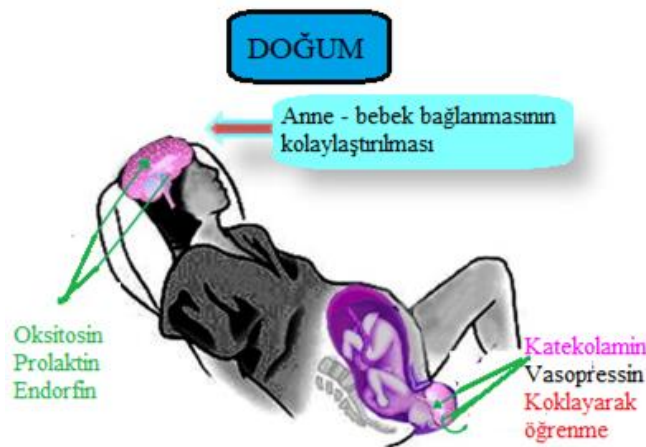
Bebeklerin intrauterin ortamda gebeliğin 18. haftasından itibaren duymaya başladıkları ve 24. gebelik haftasından itibaren fetüsün işittikleri sesler hakkında öğrenme yeteneğine sahip olduğu ve tanıdığı seslere tepki verdiği yapılan çalışmalarla desteklenmiştir(Sağlam 2015, Lang 2009, Voegtline ve diğ. 2013). Gebelerin prenatal dönemde bebekleri ile iletişime geçtikleri ve fetüsleri ile konuştukları, onalara hikâye okudukları, ninni söyledikleri, müzik dinledikleri vefetüslerine müzik dinlettikleri bilinmektedir.Anneler gebelik döneminde fetüsleri ile konuşarak ve karınlarını okşayarak etkileşimde buldukları gözlemlenmiştir.Bu erken iletişimin bebeğin zihin gelişimi üzerinde bir etkisi olduğu bilinmekte ve kadınların bebekleri ile konuşmaları önerilmektedir(Della Vedova ve diğ. 2008).Anne konuştuğunda fetüsün kalp atımı yavaşlar ve fetüs sakinleşir(Lubbe 2007).Fetüs anne karnında yüksek seslere gebeliğin 27. haftanın başlarında fetal hareketle tepkide bulunduğu gözlemlenebilir (Moon 2011).İntrauterin dönemde fetüsün işitme ve öğrenme yeteneğini ortaya koymak için araştırmacılar gebeliğin son altı haftasında günde iki kez annelerin fetüslerine “Şapkadaki Kedi” hikâyesini sesli okumaları istenmiş ve doğum sonrası bebeklerin hikâyeyi tanıyıp tanımadıklarını incelemiştir. Bebeklere başka hikâye CD’ den dinletildiğinde sabit bir şekilde emziklerini emdikleri, “Şapkadaki Kedi” hikâyesi dinletildiğinde emme hızında artış izlenmiştir.Bu çalışmada, bebeklerin doğmadan önce kendilerine anneleri tarafından okunmuş öyküyü hem tanıdıkları ve tercih ettikleri belirlenmiştir(Santrock 2011, Sağlam 2015). Yeni doğan bebeklerin, genellikle insan seslerine duyarlı oldukları özellikle annelerinin seslerini ayırt ettikleri, annesinin ve babasının sesi, ninniler, şarkılar ve kalp atışları gibi seslerin yeni doğanlarda sakinleştirici etki meydana getirdiği vurgulanmıştır(Lang 2009, Dello Vedova 2008).Yapılan başka bir çalışmada ise, yenidoğan ünitesinde anne sesi ile ninni dinletilen bebeklerin, yabancı ses tarafından ninni dinletilen bebeklerden daha erken taburcu oldukları ve ninni dinletilen bebeklerde stres belirtilerinin de azaldığı gözlemlenmiştir(Altan 2016).Yenidoğanda anne sesine olan bu

tercih, bebeklerin gebeliğin üçüncü trimesterinden itibaren anne sesini işitebilmeyi ayırt edebildiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Karaca ve Öngün 2017).

Annenin stres hormonları fetüsü etkiler. Maternal stres ve anksiyetenin fetal hareketleri arttırdığı ve fetal kalp hızında değişiklik yaptığı çalışmalarda bildirilmektedir (Desticioğlu ve Malas 2006, Lubbe 2007). Maternal- fetal dolaşım ile anneden fetüseye stres hormonları ve mutluluk, bağlanma hormonu olarak da bilinen oksitosin hormonu da geçmektedir (Lang 2009, Lubbe 2007). Gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresif semptomları, fetüsün gelişimini ve prenatal bağlanmayı olumsuz etkiler (Yılmaz ve Beji 2010). Gebelik döneminde uygulanan egzersiz, yoga, gevşeme teknikleri gebelerde ruhsal rahatlamaya ve prenatal bağlanmaya destek olmaktadır. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise, gebelik yogası yaptırılan gebelerin kontrol grubuna göre daha yüksek prenatal bağlanma düzeyi belirlenmiştir (Akarsu 2016).

Doğum öncesi verilen eğitimin prenatal bağlanmayı desteklediği yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır (Üstünsöz ve diğ. 2010, Körükçü ve Kukulu 2010). Doğum öncesi eğitim sınıflarında kadınların yüksek maternal fetal bağlanma (MFA) gösterme eğilimindedirler (Chen ve diğ. 2011). Gebelik dönemi, kadının yaşamında anatomik, fizyolojik, psikolojik sosyal değişimlere uyum sürecidir. Bu süreçte sağlık profesyonelleri tarafından gebe ve fetüsün düzenli aralıklarla kontrol edilmesi, gerekli muayene, bakım, eğitim ve danışmalık hizmetlerinin verilmesi, gebelerin gebeliklerine uyumunu desteklemektedir. Doğum öncesi bakımın doğuma hazırlık eğitim sınıfları ile etkinlikleri artmıştır.

1.1.5.3.2. İnnatal Dönemde Prenatal Bağlanmanın Gelişimi



Çizim 1.1.5.3.2.1. Doğumda bağlanmanın gelişimi. Olza-Fernandez ve diğ (2014) den alınmıştır.

Gebe kadın gebelik ilerledikçe fetüsünün farkına varır ve onu içindeki çocuk olarak tanımlar, bebeği ile ilişki kurmaya başlar. Bu ilişki anneye gebelik döneminde çok fazla değer katar ve doğumdan sonra zevk veren anne-çocuk ilişkisine dönüşür. Fetüse bağlanma ve sonra annelik bakımı ve gurur duyma ard arda gelişmektedir. Erken bağlanma davranışları gebelikte birlikte artar, son trimesterde yoğunluk göstererek devam eder (Eswi ve Khalil 2012). Doğum sırasında kontraksiyonları başlatan oksitosin, annelik davranışı, anne-fetüs, anne-yenidoğan bağlanması, laktasyonun başlamasını sağlayan, güveni ve sosyal iletişimi destekleyen hormondur (Çizim 1.1.5.3.2.1) (Say ve Müjdecı 2016, Lang 2009, Ross-Davie ve diğ. 2014). Annede salınan oksitosin miktarında artış gözlemlenmekte ve doğumdan sonra en yüksek yoğunluğa ulaşmaktadır. Salınan oksitosin aynı zamanda beyinde kişilerarası sevgi ve bağlanmayı destekler. Kasılmalarla birlikte anneden salınan endorfin, anne ve bebeği ağrılardan koruduğu ve bağlanma için zemin oluşturduğu düşünülmektedir (Çizim 1.1.5.3.2.1). Krebiehl ve Poindron (1987) yaptıkları araştırmada epidural anestezi (EA) alan koyunların doğumdan sonra kuzularını kabul etmediklerini gözlemlemişlerdir (Lang 2009). Hergüner ve arkadaşlarının çalışmasında sezaryan doğum şeklinin maternal bağlanmayı olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (Hergüner ve diğ. 2014, Koptur ve Emül 2017). Ayrıca pozitif doğum deneyimi annenin anneliğe uyumunu ve bağlanmayı desteklemektedir (Ross-Davie ve diğ. 2014). Pozitif doğumu desteklemek için özellikle ebe ve hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Doğum sırasında kadına sağlanan duygusal ve fiziksel destek bebekleri ile ilişkilerini destekler ve doğum komplikasyonlarını önleyerek anne ve bebeğin ilk karşılaşmasının uygun koşullar altında gerçekleşmesini sağlar (Lang 2009).

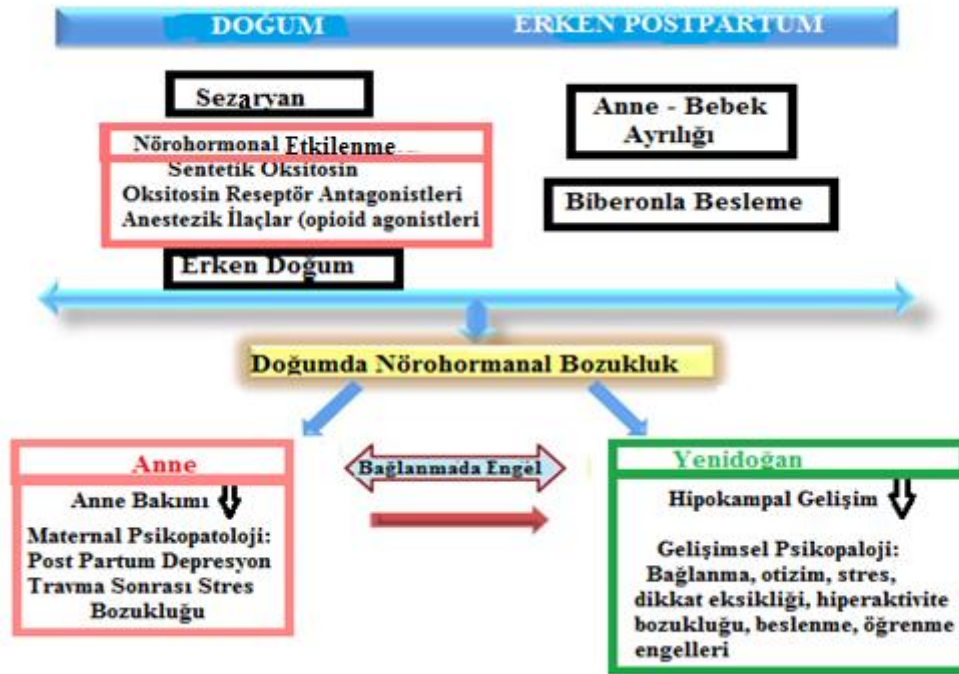
1.1.5.3.3. Doğum Sonu Dönemde Prenatal Bağlanmanın Gelişimi



Çizim 1.1.5.3.3.1. Erken postpartum dönemde bağlanmanın gelişimi. Olza-Fernandez ve diğ (2014) den alınmıştır.

Erken postpartum dönemde de, anne ile bebeğin ten tene teması, bebeğin emmesi, elleri ile annenin memesine dokunması annede oksitosin salınımına neden olur(Çizim 1.1.5.3.3.1). Harlow ve Zimermanın (1958) maymunlar üzerinde yaptıkları çalışmada, güven duygusunun gelişimi için beden temasının beslenmeden daha önemli olduğu gözlemlenmiştir (Lang 2009).UNICEF(2012) de ten tene teması,bebek veanne için doğum sonrası bakımda kanıtlanmış en iyi uygulama olduğunu vurgulanmıştır.Bystrova ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında doğumdan sonra 25-120 dakika süren ten tene temasını, doğumdan sonra ayrılan anne-bebeklerle karşılaştırıldığında, daha sonraki anneni doğan etkileşimi pozitif yönde etkilediği bulunmuştur(Ross-Davie ve diğ. 2014). Ten tene teması, yenidoğanı sakinleştirdiği koku, dokunma, sıcaklık ve annenin sol tarafına yatırıldığında anne kalp seslerini dinlemeyi sağladığı için bebeğin dış ortamda oluşan stresini azaltmaktadır(Ulutaş ve diğ. 2016).Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada %90,9' u kanguru bakımını duyduklarını, %81,1 kanguru bakımını desteklediği ve % 72'si kliniklerinde kanguru bakımını uyguladıklarını belirtmişlerdir(Çalık ve diğ. 2015).Yapılan başka bir çalışmada gebelik döneminde prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan gebelerin bebeklerinin doğum sonu emmeye adaptasyonları kısa sürede gerçekleşmiştir(Janbakhishov 2013).Durualp ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, bebeğini doğumdan sonra ilk 30 dakika içinde kucağına alan annelerin bağlanma puanları daha yüksek bulunmuştur. Bebek doğduğu andan itibarenannenin ona dokunması,

okşaması, emzirmesi,öpmesi, göz teması kurması, altını temizlemesi,onu doyurması, kucaklaması, işaretlerine uyguncevaplar vermesi, bakımını yapması, konuşması,gülmesi ve sarılması, anne-bebek etkileşimindeetkililiği sağlamada ve bebekte "ben seviliyorum, değerliyim" duygusunungelişiminde önemlidir(Ulutaş ve diğ. 2016). Doğum sonu dönemde anne, baba ve bebeğin iletişiminin sağlanması, bebeğin annesinin meme ucunu bulması, ilk yarım saat içinde annenin bebeğini emzirmeye teşvik edilmesi ve ten tene temasın sağlanması, anne ile bebeğin aynı odada kalması, anne bebek bağlanmasının ebe ve hemşireler tarafından desteklenmesi önemlidir. Anne ile ten tene temasın sağlanması olanaksız ise diğ er ebeveynler tarafından kanguru bakımının sağlanması yönünde önerilerde mevcuttur (Onat 2015).



Çizim 1.1.5.3.2: Bağlanmayı engelleyen faktörler.Olza-Fernandez ve diğ (2014) den alınmıştır.

Doğum sırasında meydana gelen hormonal değişiklikler anne-bebek bağlanmasını etkiler. Perinatal dönemde nöroendokrin sisteminin olumsuz etkileyen durumlar yenidoğanyaşamında bazı problemlere neden olabilir (Çizim 1.1.5.3.3.2). Bunlar, sezaryen, oksitosinin uygulanması, oksitosin reseptör antagonistleri veya opioid ilaçların kullanımı, preterm doğum, doğumdan sonra anne-bebek ayrımı ya da mama ile beslenme gibi müdahaleler anne-bebek bağlanma sürecini olumsuz etkiler(Olza-Fernandez ve diğ. 2014).

Gebelik döneminde sosyo demografik özellikler (yaş, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik, statü), gebelik ile ilgili (önceki gebeliklerle ilgili kötü sonuçlar, riskli gebelikler) sorunlar, psiko-sosyal (özyayı, sosyal destek, baş etme mekanizmaları) ve pek çok psiko-patolojik sorunlar (depresif yada anksiyete belirtileri) bağlanma kalitesini etkilemektedir (Yarcheski ve diğ. 2009, Alhusen 2008, Cannella 2005, Laxton- Kane ve Slade 2002). Gebelik döneminde kaliteli prenatal bağlanmanın başlatılması ise, doğum sonu annenin anneliğe pozitif uyum sağlamasını ve çocuğun yaşamında ebeveynleri ile ilk yılında gelişen güvenli bir ilişki sonucu daha iyi bilişsel gelişim ve sosyal iletişime sahip olmalarına olanak tanır (Pisoni ve diğ 2014). Güçlü prenatal anne bebek bağlanmasının gebelik sırasında tütün alkol kullanmama, doğum öncesi bakım alma, sağlıklı beslenme ve uyku alışkanlıkları, yeterli egzersiz yapma gibi iyi sağlık uygulamalarını motive ettiğini, ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırdığını ve perinatal depresyona karşı koruyucu bir işlev gördüğü belirtilmektedir (Brandon ve diğ. 2009)

Araştırmacılar, şiddet suçu, otizm,yetersiz kişiler arası ilişkiler ve depresyon gibi sevgiye dayalı sorunları incelediklerinde, doğum öncesi ve erken çocukluk dönemindeki risk faktörlerine ulaşmışlardır (Lang 2009).Bowlby (1944)' nin,suçlu çocuklar üzerinde yaptığı çalışmasında, çocukların bebeklik dönemlerinde annelerinden uzun süre ayrı kaldıklarını belirlemiş ve bu çalışma sonucunda anneleri ile bebeklik döneminde yeterli iletişim kuramayan çocukların sonraki yaşamlarında suça meyilli olabileceklerini ifade etmiştir (Yılmaz 2010, Kesebir ve diğ. 2011).Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde düşük prenatal bağlanma deneyimi yaşayan çocuklarda, kekemelik, uyumsuzluk, yeme bozukluğu, alkol ve sigara gibi zararlı alışkanlıklara eğilim gözlemlenebilmektedir(Yılmaz 2013).

Zayıf anne bebek bağlanmasının fetüsten rahatsızlık duyma, fetal istismar, anksiyete, depresyon, duygu durum bozuklukları ileriki dönemlerde ise çocuk istismarı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir(Brandon ve diğ. 2009). Annenin gösterdiği olumsuz maternal bağlanma davranışları, bebekte ise, beslenme bozukluğu, büyüme-gelişme yetersizliği, huzursuzluk, ağlama ve uyku bozukluğu gibi çeşitli sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir (Akarsu ve diğ. 2017).

Gebelik döneminde tüm bu faktörler göz önüne alınarak prenatal bağlanmayı etkileyen faktörleri belirlemek anne, ebeveynler, çocuk, aile ve toplum için önemlidir(Pisoni ve diğ. 2014).

1.2.Araştırmanın Hipotezleri

1. **H₀**: I. ve II. Leopold manevrası kullanılarak yapılan hemşirelik uygulaması yapılan grup ile yapılmayan grup arasında, prenatal bağlanma düzeyi açısından fark yoktur.

2. **H₁**: I. ve II. Leopold manevrası kullanılarak yapılan hemşirelik uygulaması yapılan grup ile yapılmayan grup lehine prenatal bağlanma düzeyleri arasında fark vardır.

2. AMAÇ

Çalışma gebelere I. ve II. Leopold manevraları kullanılarak yapılan hemşirelik uygulamasının prenatal bağlanmaya etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, deneysel randomize kontrollü bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Gebe bilgilendirme sınıfındaki eğitimlerin düzenli ve gebe katılımının fazla olması nedeni ile araştırma Kocaeli ilinde bir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Bilgilendirme Sınıfı' nda yapılmıştır.Gebe bilgilendirme sınıfından bir yılda ortalama 100 kişi mezun olmaktadır. Gebe bilgilendirme sınıfında ön bilgilendirme odası ve bir adet eğitim sınıfı bulunmaktadır. Eğitim sınıfı 15 kişilik kapasitede, eğitim materyalleri ile donatılmış (yer minderleri, egzersiz topları, eğitim broşürleri, doğum eğitim videoları, televizyon ve kütüphane) bir odadan oluşmaktadır.

Gebe bilgilendirme sınıfında, kadın doğum klinik şefi bir doktor ve bir ebe görev yapmaktadır. Eğitimden sorumlu ebenin, doğuma hazırlık eğitmenliği ve doğuma hazırlık eğiticiliği sertifikaları mevcuttur.

Gebe bilgilendirme sınıfında gebelere,

- Bebeğin anne karnında gelişimi,
- Gebelikte beslenme ve özbakım, normal doğumun anne ve bebek açısından yararları,

- Gebelik egzersizleri,
- Doğum başlangıç belirtileri
- Doğum dalgalarıyla başa çıkma (doğum ağrısı)
- Doğum süreci,
- Anne sütü, emzirmenin önemi ve emzirme teknikleri,
- Lohusalık süreci ve aile planlaması
- Yenidoğan bakımı hakkında eğitimler verilmektedir.

Bu eğitimler, altı haftalık, haftada 2,5 saat süren oturumlar şeklinde yapılmaktadır. Eğitimler perşembe günleri öğleden sonra yarım günlük oturumlar şeklinde ebe tarafından yürütülmektedir. Eğitim sonunda tüm oturumlara katılan gebe ve doğum destekçilerine sertifika ve bileklik verilmektedir.

Gebe bilgilendirme sınıflarına, 20. gebelik haftasından sonraki gebeler, gebeye doğumda eşlik edecek yakınları ve eğitimin dördüncü haftasında isteğe bağlı gebelerin eşleri eğitimlere katılabilmektedirler. Eğitimler özel olarak tasarlanmış sınıflarda interaktif olarak verilmektedir.

3.3.Araştırmanın Zamanı

Araştırma süresince yapılan faaliyetler Çizim 3.3.1' de gösterilmiştir.

3.4.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01.09.2016 – 01.09.2017 tarihleri arasında gebe bilgilendirme sınıfına katılan tüm gebeler oluşturmuştur.


















Örneklem sayısını belirlemek için geçmiş yıllarda gebe bilgilendirme sınıfına katılan gebe sayılarına bakılmış ve yılda ortalama 100 gebe katılımı olduğu belirlenmiştir. Gebe bilgilendirme sınıfına 20. gebelik haftasından itibaren gebelerin katılımı sağlanmaktadır. Çalışma dönemimizde ise gebe bilgilendirme sınıfına 147 gebe katılmış olup, örneklem seçim kriterlerine uygun 108 gebe alınmış, ancak 2 gebe katılmayı red ettiğinden çalışmaya 106 gebe katılmış ve 53 deney grubu, 53 kontrol grubu 106 gebe listelenerek online randomizasyon programı kullanılarak rastlantısal bir şekilde gruplara atanmıştır. (<https://www.random.org.erisim>, erişim tarihi: 20.08.2016). Randomizasyonda tabakalama kullanılmamıştır. Çalışmamızda deney grubunda iki gebe, gebe bilgilendirme sınıfına

devam etmemiştir ve bir gebe erken doğum yapmıştır. Kontrol grubunda ise üç gebe erken doğum yaptığı için çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın örneklemini;

- 18 yaş üzerinde, 40 yaş altında,
- Spontan tek gebeliği olan,
- 28. gebelik haftasında olan,
- İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan,
- Okuryazar,
- Herhangi bir kronik sağlık sorunu olmayan (hipertansiyon, kalp hastalığı, obezite vb),
- Psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve psikiyatrik ilaç kullanmayan,
- Obstetrik riski bulunmayan (diyabet, preeklampsi, erken doğum tehditi vs.) ve
- Araştırmayı kabul eden ve gebe eğitim sınıfına düzenli olarak katılan gebeler oluşturmuştur.

Çalışma süresince iletişim ve işbirliğine açık olmayan, araştırmaya katılmada isteksiz olan, soru formlarını tamamlamayan, gebe bilgilendirme sınıfına devam etmeyen ve erken doğum yapan gebe kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir(3.8.1. Çalışmanın Akış Şeması).Çalışmamız CONSORT 2010 (CON Solidated Standards Of Reporting Trials, Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar) rehberine uygun olarak hazırlanmaya çalışılmıştır (<http://www.consort-statement.org>).

Faaliyetler	Ocak 2016 Mart 2016	Nisan 2016	Mayıs 2016	Haziran 2016	Temmuz 2016	Ağustos 2016	Eylül 2016 Eylül 2017	Ekim 2017 Haziran 2018	Haziran 2018
Litaratür Taraması									
Konu Seçimi									
Tez Önerisi ve Veri Toplanması Form Hazırlanması									
Tez Önerisi Sunumu									
Gerekli İzinlerin Alınması									
Pilot Uygulama									
Verilerin Toplanması									
Veri Analizi ve Değerlendirmesi									
Rapor Yazımı ve Teslim									

Çizim 3.3.1. Araştırma süresince yapılan faaliyetler

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi

Bağımlı değişkenler: Prenatal Bağlanma Envanteri ve Fetal Pozisyon Farkındalık puanı

Bağımsız değişkenler: Gebeye ait sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, bebeğe ait özellikler ve Leopold manevraları kullanılarak yapılan hemşirelik uygulaması.

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması

AnketFormu, Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S)

3.6.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan bu formda gebe kadınların tanıtıcı özellikleri, gebelik özellikleri ve bebekle ilgili özelliklerini belirlemek üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.6.2. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

Mary Müller tarafından gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla 1993 yılında geliştirmiş 21 maddelik bir ölçektir. Her madde dörtlü likert tipte olup, her madde 1 ile 4 puan arasında değerlendirilmekte ve 1=Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Sık sık, 4=Her zaman olarak puanlanmaktadır. Toplam ölçek puanı 21-84 arasındadır (Bergh ve Simons 2009, Yılmaz ve Beji 2013). Ölçek 2009 yılında Yılmaz ve Beji tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Yılmaz ve Beji 2013). Türkçeye uyarlanan Prenatal Bağlanma Envanteri'nin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0,84$ olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda Cronbach's Alpha değeri $\alpha = 0,815$ olarak, güvenilirliği yüksek olarak hesaplanmıştır (Ek 2). Çalışma için ölçeğin kullanım izni alınmıştır (Ek 4).

3.6.3. Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S)

Anne karnındaki fetüsün pozisyonunu annelerin ne düzeyde algıladığını ölçmek için 2013 yılında Nishikawa ve Sakakibara (2013) tarafından hazırlanmış ve kullanılmıştır. Fetal pozisyon farkındalık skalası 6 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 5' li likert tipindedir. Her madde için 5 puan her zaman, 4 puan sıklıkla, 3 puan bazen, 2 puan ara sıra ve 1 puan hiçbir zaman olarak puanlanmaktadır. Yüksek bir puan fetal pozisyona ilişkin

yüksek oranda farkındalığı göstermektedir (Ek3). Adı geçen skala için kullanım izni alınmıştır (Ek 5). Bu skalanın iç tutarlılığı 0,74 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda ise Cronbach's Alpha değeri 0,693 olarak bulunmuştur.

İlgili form ve ölçekler, araştırmacı tarafından gebeler ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

3.7. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması araştırmacı tarafından Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Bilgilendirme Sınıfı'nda 28 haftalık 10 gebede gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama ile form ve ölçeklerin anlaşılabilirliği, hemşirelik girişiminin uygulanabilirliği ve çalışmanın amacına uygunluğu değerlendirilmiştir ve bu veriler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.8. Uygulama

Araştırma 01.09.2016- 01.09.2017 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Çalışmaya alınacak gebeler, altı haftalık eğitim programına katılacak gebe kayıtlarından 28 haftalık gebelikleri olan gebeler gruplara rastgele olarak seçilmişlerdir. Eğitim programı öncesi araştırma kriterlerini karşılayan gebe kadınlar ile görüşülmüş ve gebelerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Kontrol ve deney grubundaki gebe kadınlara anket formu, Prenatal Bağlanma Envanteri ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası uygulanmıştır. Deney grubundaki gebe kadınlara fetal gelişim ve Leopold manevraları hakkında eğitim verilmiş ve bu bilgileri içeren eğitim kitapçığı verildikten sonra Leopold manevraları gebelere uygulayak gösterilmiş ve gebelerin doğmamış bebeklerine dokunmaları sağlanmıştır. Deney grubundaki gebelere bu girişim 32. ve 36. gebelik haftalarında tekrarlanmış ve ölçekler uygulanmıştır. Kontrol grubundaki gebelere ise aynı haftalarda ölçekler doldurtulmuş ve çalışma sonunda kontrol grubundaki olgulara eğitim kitapçığı verilipve Leopold manevraları uygulanmıştır.

1. Tanışma
2. Anket formunu uygulama
3. Prenatal Bağlanma Envanterini ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalasını Uygulama
4. Deney grubuna Embriyonel-fetal gelişim evreleri hakkında eğitimin verilmesi. I. ve II. leopold manevralarının uygulanışının broşür yardımı ile

gebelere anlatılması. Gebelere I. ve II. Leopold manevralarını uygulayarak gösterme ve gebelere bu manevraların kendi üzerinde uygulatılması ve fetal kalp seslerinin dinletilmesi

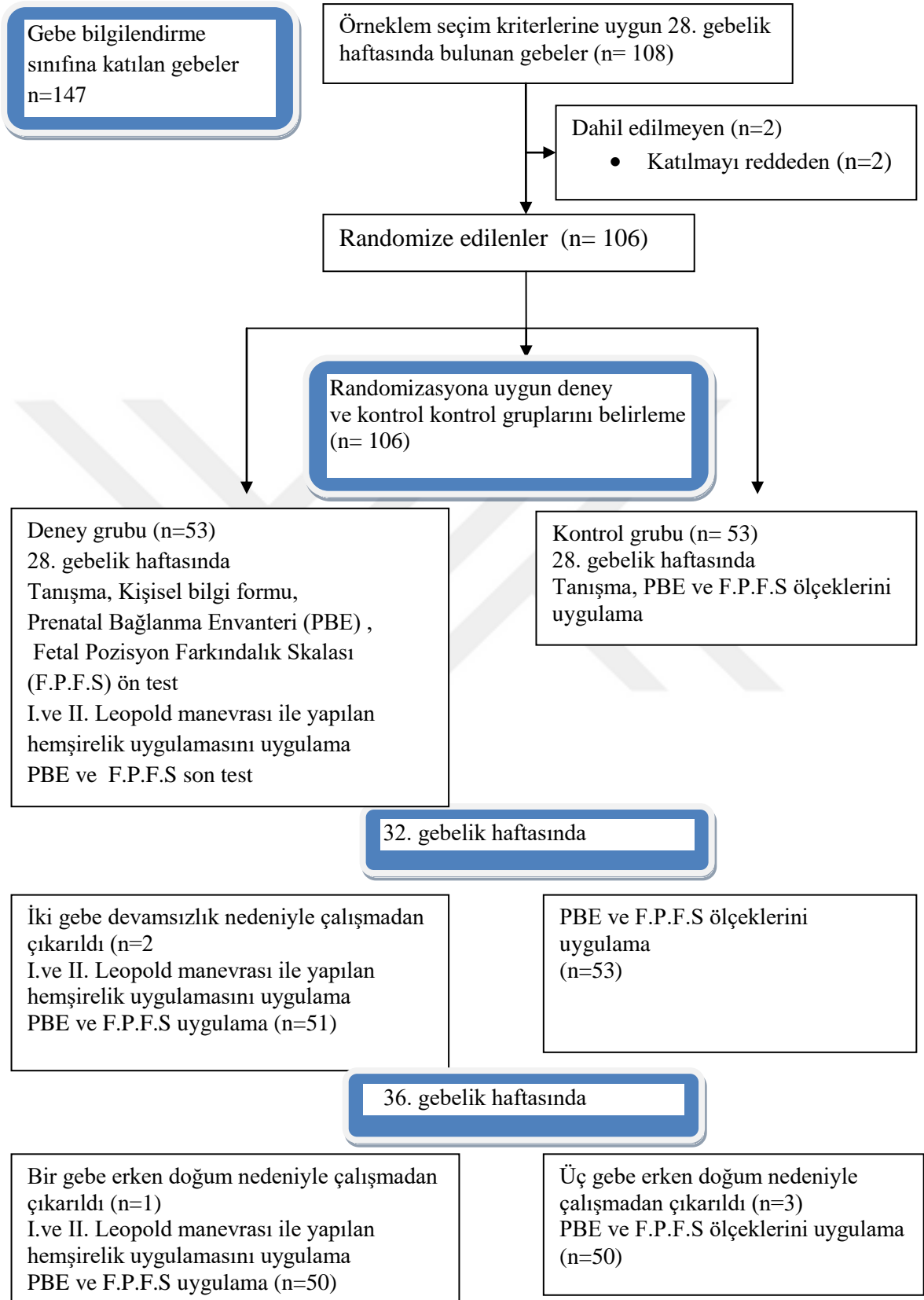
I. ve II. Leopold Manevrası:

- Hemşire tarafından uterusun fundusu palpe edilerek fetal kısmın belirlenmesi (baş veya makat). (I. leopold manevrası)
- Sağ ve sol yanlar palpe edilerek fetal sırtın pozisyonunun belirlenmesi (II. leopold manevrası)

5. Deney grubuna Leopold manevraları ile karın muayenesi ve fetal kalp seslerinin el doppleri ile dinlenmesi işlemi 32. ve 36. gebelik haftalarında tekrarlanması ve PBE ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalasının gebeler tarafından doldurulması sağlandı. Gebelerin varsa soru ve önerileri alındı. Tüm bu hemşirelik girişimi her oturumda en çok 5 kişi olacak şekilde 45 - 60 dakikada tamamlandı.

Kontrol grubuna ise; tanışmanın ardından anket formu, fetal pozisyon farkındalık skalası ve Prenatal Bağlanma ölçeği uygulandı. 32. ve 36. gebelik haftalarında aynı ölçekler tekrar uygulandı. Çalışma bittikten sonra, bu gebelere, leopold manevraları uygulandı, gebelerin fetüslerine dokunması sağlandı ve fetal kalp sesleri el doppleri ile dinletildi. Ortalama son oturum hariç, kontrol grubuna yapılan uygulamalar en çok 5 kişi ile 20 dakika sürececek şekilde gerçekleştirildi. Çalışma tamamlandığında, kontrol grubuna eğitim broşürü ve ufak hatırlatıcı hediyeler, deney grubuna da hatırlatıcı hediyeler verilerek çalışma sonlandırıldı.

3.8.1. Çalışmanın Akış Şeması



3.9. Etik Boyut

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından tez konusu ve başlığının kabulünden sonra, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK- 6) ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'nden (EK-7) çalışmanın uygulanabilirliği açısından izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya başlamadan önce katılacak gebelere çalışmanın amacı, nasıl yapılacağı ve ne kadar süre alacağı açıklanarak, katılacak gebelerden yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizler için SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Paired Samples Test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak, anlamlılık düzeyleri $p < 0,05$ olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma 01.09.2016 / 01.09.2017 tarihleri arasında bir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Bilgilendirme Sınıfında yapılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular;

4.1. Katılımcıların gruplara göre sosyo-demografik, obstetrikve sosyal destek özelliklerinin dağılımı ve değerlendirilmesi,

4.2.Katılımcıların gruplara göre bebeğe ilişkin özelliklerinin dağılımı ve değerlendirilmesi

4.3. Katılımcıların gruplara göre gebeliğin 28., 32. ve 36. haftasındaki Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S) puanlarının dağılımı ve değerlendirilmesi,

4.4. Katılımcıların gruplara göre, bazı sosyo-demografik, obstetrik, sosyal destek ve bebeğe ilişkin özellikler ile PBE ve F.P.F.S puanı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi olmak üzere dört bölümde incelendi.

4.1. Katılımcıların Gruplara Göre Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Sosyal Destek Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi

Çizelge 4.1.1: Gruplara göre sosyo-demografik özelliklerin değerlendirilmesi (n=100)

		Gruplar		Test Değeri
		Deney (n=50)	Kontrol (n=50)	<i>p</i>
Yaş (yıl)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	20 – 38 (28)	20 – 39 (27)	t:0,309
	<i>Ort±Ss</i>	27,84±4,28	27,56±4,77	^a 0,758
BKI (kg/m²)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	15 – 31 (22)	17 – 30 (21,5)	t:0,334
	<i>Ort±Ss</i>	22,76±3,03	22,54±3,55	^a 0,739
Evlilik Süresi (yıl)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1 – 14 (2)	1 – 10 (2)	Z:-1,445
	<i>Ort±Ss</i>	3,57±3,47	2,77±2,60	^b 0,149
		n (%)	n (%)	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	46 (92,0)	42 (84,0)	χ^2 :1,515
	Geniş Aile	4 (8,0)	8 (16,0)	^c 0,218
Eğitim Durumu	İlkokul	1 (2,0)	2 (4,0)	
	Ortaokul	6 (12,0)	7 (14,0)	χ^2 :4,540
	Lise	5 (10,0)	12 (24,0)	^d 0,204
	Üniversite	38 (76,0)	29 (58,0)	
Eş Eğitim Durumu	İlkokul	2 (4,0)	1 (2,0)	
	Ortaokul	4 (8,0)	7 (14,0)	χ^2 :2,390
	Lise	18 (36,0)	22 (44,0)	^d 0,534
	Üniversite	26 (52,0)	20 (40,0)	
Çalışma Durumu	Evet	18 (36,0)	20 (40,0)	χ^2 :0,170
	Hayır	32 (64,0)	30 (60,0)	^c 0,680
Meslek	Ev Hanımı	30 (60,0)	31 (62,0)	
	İşçi	7 (14,0)	11 (22,0)	χ^2 :3,260
	Devlet Memuru	12 (24,0)	6 (12,0)	^d 0,369
	Serbest Meslek	1 (2,0)	2 (4,0)	
Eş Meslek	İşçi	25 (50,0)	28 (56,0)	χ^2 :0,362
	Devlet Memuru	9 (18,0)	8 (16,0)	^c 0,834
	Serbest Meslek	16 (32,0)	14 (28,0)	
Ekonomik Durum	Gelir Giderden Az	5 (10,0)	7 (14,0)	χ^2 :0,541
	Gelir Gidere Denk	40 (80,0)	37 (74,0)	^c 0,763
	Gelir Giderden Fazla	5 (10,0)	6 (12,0)	

^aStudent-t Test

^bMann Whitney U Test

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

Çalışmaya katılan olguların sosyo-demografik verileri incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin yaşları 20 ile 38, kontrol grubundaki gebelerin yaşları 20 ile 39 arasında değişmekte olup, deney grubunun yaş ortalaması $27,84 \pm 4,28$, kontrol grubunun ise yaş ortalaması $27,56 \pm 4,77$ bulunmuştur. Evlilik süreleri deney grubunda 1 ile 14 yıl, kontrol grubunda 1 ile 10 yıl arasında değişmekte olup, deney grubunda evlilik süresi ortalaması $3,57 \pm 3,47$, kontrol grubunda ise $2,77 \pm 2,60$ yıl olduğu, aile yapılarının deney grubunun %92' sinin, kontrol grubunun %84' ünün çekirdek aile tipinde olduğu, eğitim durumlarının büyük çoğunluğunun deney grubunda %36'sının (n=18), kontrol grubunda %44' ünün (n=22) lise ve deney grubunun %52' sinin (n=26), kontrol grubunun %40' ının (n=20) üniversite olduğu, deney grubunun %36' sının (n=18), kontrol grubunun %40' ının (n= 20) çalıştığı, deney grubunun %60' ının (n= 30), kontrol grubunun % 62' sinin (n= 31) mesleğinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Gelir durumlarının çoğunluğunun deney grubunda %80' nin (n= 40), kontrol grubunda %74' ünün (n=77) gelir gidere denk olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmaya katılan olguların eş eğitim durumları ve meslek durumları incelendiğinde; deney grubunun %52' sinin (n=26), kontrol grubunun %40' ının (n=20) üniversite mezunu olduğu ve deney grubunun %50' sinin (n=25), kontrol grubunun %56' sının (n=28) mesleklerinin işçi olduğu gözlenmiştir (Çizelge 4.1.1).

Katılımcıların gebelik öncesi BKİ ölçümleri, deney grubunda 15 ile 31 kg/m^2 , kontrol grubunda 17 ile 30 kg/m^2 arasında değişmekte olup, deney grubunun BKİ ortalaması $22,76 \pm 3,03 \text{kg/m}^2$ ve kontrol grubunda ise $22,54 \pm 3,55$ olarak saptanmıştır (Çizelge 4.1.1).

Gruplara göre gebelerin yaş, eğitim durumları, evlilik süreleri, aile tipleri, çalışma durumu, ekonomik durumları, meslek dağılımları, eş eğitim durumları, eş meslek dağılımları ve BKİ ölçümleridağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çizelge 4.1.1) ($p > 0,05$).

Çizelge 4.1.2: Gruplara göre obstetrik vesosyal destek özelliklerin değerlendirilmesi

		Gruplar		Test
		Deney	Kontrol	Değeri
		(n=50)	(n=50)	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	
Gebelik Sayısı	1 Kez	33 (66,0)	39 (78,0)	χ^2 :4,100
	2 Kez	9 (18,0)	9 (18,0)	^e 0,129
	≥ 3 Kez	8 (16,0)	2 (4,0)	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Planlı	41 (82,0)	38 (76,0)	χ^2 :0,542
	Planlı Değil	9 (18,0)	12 (24,0)	^e 0,461
Gebelik Kontrollerine Düzenli Gitme	Evet	49 (98,0)	50 (100,0)	χ^2 :1,010
	Hayır	1 (2,0)	0 (0,0)	^e 1,000
Kontrolde Gidilen Kurum	Birden fazla kurum	24 (48,0)	28 (56,0)	χ^2 :0,641
	Tek bir kurum	26 (52,0)	22 (44,0)	^e 0,423
Gebelikte Sigara Kullanımı	Evet	4 (8,0)	5 (10,0)	χ^2 :0,122
	Hayır	46 (92,0)	45 (90,0)	^e 1,000
Kendi Annesi ile Olan İlişkisi	İyi & Çok İyi	44 (88,0)	44 (88,0)	χ^2 :0,000
	Kötü & Çok Kötü	6 (12,0)	6 (12,0)	^e 1,000
Eş ile Olan İlişki	Çok İyi	32 (64,0)	41 (82,0)	χ^2 :5,182
	İyi	15 (30,0)	9 (18,0)	^e 0,063
	Kötü	3 (6,0)	0 (0,0)	
Gebe Bilgilendirme Sınıfına Katılmada Eş Desteği	Var	44 (88,0)	47 (94,0)	χ^2 :1,099
	Yok	6 (12,0)	3 (6,0)	^e 0,487

^aStudent-t Test

^bMann Whitney U Test

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

^eFisher's Exact Test

**p*<0,05

Çalışmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %66'sı (n=33), kontrol grubundaki gebelerin %78' i (n=39) ilk kez gebe kaldığını belirtirken, deney ve kontrol grubunun %18'i (n=9) iki kez, deney grubunun %16' sının (n=8), kontrol grubunun %4' ünün (n=2) ise üç ve üzeri gebe kaldıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.1.2).

Çalışmaya katılan deney grubundaki gebelerin %82' si (n=41), kontrol grubundaki gebelerin %76' sı (n=38) gebeliklerinin planlı olduğunu, deney grubunun %18'inin (n=9), ve kontrol grubunun %24' ünün (n=12) ise plansız olduğunu belirtmişlerdir. Deney grubundaki bir gebe hariç diğer gebelerin%99'u (n=99) gebelik kontrollerine düzenli gittiklerini ifade etmişlerdir. Deney grubunun %48' inin (n=24) ve kontrol grubunun %56'sının (n=28) antenatal kontroller için birden çok kuruma gittikleri, deney grubundaki gebelerin %52' sinin (n=26) ve kontrol grubunun %44' ünün ise (n=22) tek bir kurumdan

sağlık hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir. Deney grubundaki gebelerin %8' inin (n=4) ve kontrol grubundaki gebelerin %10'unun (n=5) gebelikte sigara kullandıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.1.2).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %88'i (n=44) kendi annesi ile olan bağının iyi-çok iyi olduğunu belirtirken, %12'sinin ise ilişkilerinin (n=6) kötü – çok kötü olduğunu belirtmişlerdir. Deney grubundaki gebelerin %94'ü (n=47), kontrol grubundaki gebelerin %100'ü (n=50) eşleri ile olan ilişkisini çok iyi-iyi olarak belirtirken, deney grubundaki gebelerin %6' sını (n=3) kötü olarak belirtmiştir. Deney grubundaki olguların %88' i (n=44), kontrol grubundaki olguların %91' i (n=47) gebe bilgilendirme sınıfına katılmada eş desteği aldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.2).

Çalışmaya katılan katılımcıların gruplara göre gebeliğe ve sosyal desteğe ilişkin özellikler karşılaştırıldığında, gebelik sayıları, gebeliklerinin planlı olma durumları, gebelik kontrollerine düzenli gitme durumları, kontrol için gittikleri kurumların dağılımları, gebelikte sigara kullanım oranları ve kendi anneleri ile olan ilişkilerinin dağılımları, eşleri ile olan ilişki durumlarının dağılımları ve gebe bilgilendirme sınıfına katılmada eş desteği varlığı gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çizelge 4.1.2, $p>0,05$).

Çizelge 4.1.3: Gebelikte yaşanan duygular; (n= 100)

	n(%)
Gebe kaldığım öğrendiğinde hissedilen duygular	100 (100,0)
Mutluluk	65 (65,0)
Heyecan	8 (8,0)
Mucize	2 (2,0)
Sevinç	4 (4,0)
İnanamadım	5 (5,0)
Şaşkınlık	5 (5,0)
Duygulanma	4 (4,0)
Şok	2 (2,0)
Korku	3 (3,0)
Kaybetme Korkusu	1 (1,0)
Üzölmek	1 (1,0)
Bu gebelik hakkında hissedilen duygular	
Mutluluk	49 (49,0)
Heyecan	12 (12,0)
Mucize	6 (6,0)
Sevinç	4 (4,0)
Merak	3 (3,0)
Tarif Edilmez Duygu	1 (1,0)
Kucağa Alma İsteği	7 (7,0)
Mükemmel	2 (2,0)
Şaşkınlık	1 (1,0)
Huzurlu	4 (4,0)
Duygulanma	1 (1,0)
Gebeliğin Güzel Olduğu	1 (1,0)
Korku	4 (4,0)
Kaybetme Korkusu	1 (1,0)
Sabırsızlık	2 (2,0)
Kararsız	2 (2,0)
Bebeğin Ultrasonda Gördüğünde Hissedilen Duygular	
Mutluluk	46 (46,0)
Heyecan	15 (15,0)
Mucize	9 (9,0)
Sevinç	2 (2,0)
Merak	1 (1,0)
Tarif Edilmez Duygu	1 (1,0)
İnanamadım	2 (2,0)
Kucağa Alma İsteği	3 (3,0)
Mükemmel	1 (1,0)
Şaşkınlık	2 (2,0)
Huzurlu	2 (2,0)
Duygulanma	13 (13,0)
İçimde Bir Can Taşıdığım	1 (1,0)
Korku	1 (1,0)
Kararsız	1 (1,0)

Çalışmaya katılan tüm gebelerin “Gebe kaldığını öğrendiğinde hissedilen duyguları incelendiğinde, gebelerin %65’i mutluluk, %8’i heyecan, %5’i inanamama %5’i şaşkınlık, %4’ü duygulanma, %4’ü sevinç %2’si mucize gibi olumlu duygular yaşarken, %3’ü korku, %2’si şok, %1’i kaybetme korkusu ve %1’i üzüntü gibi olumsuz duyguları yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan tüm gebelerin “Bu gebelik hakkındaki hissettikleri duyguları incelendiğinde, %49’u mutluluk, %12’si heyecan, %7’si kucığa alma isteği, %6’sı mucize, %4’ü sevinç, %4’ü huzurlu, %3’ü merak, %2’si mükemmel, %1’i tarif edilmez duygu, , %1’i şaşkınlık, , %1’i duygulanma, %1’i gebeliğin güzel olduğugibi olumlu duygular yaşarken, %4’ü korku, %2’i sabırsızlık, %2’si kararsızlık gibi olumsuz duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.3).

Çalışmaya katılan tüm gebelerin “Bebeği ultrasonda gördüklerideki hissettikleri duygular” incelendiğinde, %46’sı mutluluk, %15’i heyecan, %13’ü duygulanma, %9’u mucize, %3’ü kucığa alma isteği, %2’si sevinç, %2’si şaşkınlık, %2’si inanamadım, %2’si huzurlu %1’i merak, %1’i tarif edilmez duygu, %1’i mükemmel, %1’i içimde bir can taşıdığım gibi olumlu duygular yaşarken, %1’i korku ve %1’i kararsızlık gibi olumsuz duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 4.1.3).

4.2. Katılımcıların Gruplara Göre Bebeğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı ve Değerlendirilmesi.

Çizelge 4.2.1: Gruplara göre bebeğe ilişkin özelliklerin değerlendirilmesi(n=100)

		Gruplar		Test
		Deney	Kontrol	Değeri
		(n=50)	(n=50)	p
		n (%)	n (%)	
Bebeğin Hareketlerinin Hissedildiği Zaman	16 – 18 Hafta	26 (52,0)	28 (56,0)	χ^2 :0,407
	19 – 21 Hafta	17 (34,0)	17 (34,0)	^e 0,816
	22 – 24 Hafta	7 (14,0)	5 (10,0)	
Bebeği Ultrasonda Görme	Evet	50 (100,0)	49 (98,0)	χ^2 :1,010
	Hayır	0 (0,0)	1 (2,0)	^e 1,000
Bebeğin Cinsiyeti	Kız	25 (50,0)	24 (48,0)	χ^2 :0,040
	Erkek	25 (50,0)	26 (52,0)	^e 0,841
Tercih Edilen Cinsiyetle Aynı Olma Durumu	Evet	13 (26,0)	18 (36,0)	χ^2 :3,039
	Hayır	2 (4,0)	5 (10,0)	^d 0,215
	Tercih Yok	35 (70,0)	27 (54,0)	
Bebekle Konuşma	Evet	47 (94,0)	47 (94,0)	χ^2 :0,000
	Hayır	3 (6,0)	3 (6,0)	^e 1,000
Son Bir Haftada Günde Konuşma Sıklığı	Konuşmayan& Arasına konuşan	3 (6,0)	3 (6,0)	χ^2 :5,860
	1&2 Kez konuşan	10 (20,0)	21 (42,0)	^d 0,057
	3 Kez konuşan	37 (74,0)	26 (52,0)	
Gebelikte Müzik Dinleme	Evet	30 (60,0)	30 (60,0)	χ^2 :0,000
	Hayır	20 (40,0)	20 (40,0)	^e 1,000
Bebek Bakımı, Annelik ve Ebeveynlik ile İlgili Kitap, Dergi vs. Okuma	Evet	39 (78,0)	37 (74,0)	χ^2 :0,219
	Hayır	11 (22,0)	13 (26,0)	^e 0,640

^aStudent-t Test

^bMann Whitney U Test

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

^eFisher's Exact Test

*p<0,05

Çalışmaya katılan katılımcıların bebeklerine ilişkin özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %52' si (n=26) 16-18. haftalar arasında, %34' ü (n=17)19-21. haftalar arasında, %14' ü (n=7) 22-24. haftalar arasındabebeğinin hareketlerini hissetmeye başladığını belirtirken, kontrol grubundaki gebelerin %56' sı (n=28) 16-18. haftalar arasında, %34' ü (n=17) 19-21. haftalar arasında ve %10' uise (n=5) 22-24. haftalar arasında fetal hareketleri hissetmişlerdir.

Deney grubundaki gebelerin %100' ü (n=50), kontrol grubundaki gebelerin %98' i (n=49) bebeklerini ultrasonda görmüşlerdir ve deney grubundaki gebelerin bebeğinin

cinsiyetinin %50'si (n=25) kız, %50' sinin (n=50) ise erkek olduğu, kontrol grubundaki gebelerin bebeğinin cinsiyetinin %48' i (n=24) kız, %26' sının (n=52) ise erkek olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki gebelerin %26' sı (n=13) bebeğın cinsiyetinin tercih ettikleri cinsiyet ile aynı olduğu ,%4' ünün (n=2) ise tercih ettiğı cinsiyette olmadığını ve %70' inin (n=35)ise herhangi bir cinsiyet tercihlerinin olmadığını ifade etmişlerdir.Kontrol grubundaki gebelerin ise, %36' sının (n=18) bebeğın cinsiyetinin tercih ettikleri cinsiyet ile aynı olduğunu, %10' unun (n=5) tercih ettikleri cinsiyet olmadığını ve %54' ünün (n=27) ise herhangi bir cinsiyet tercihlerinin olmadığını ifade etmişlerdir (Çizelge 4.2.1).

Gebelerin %94'ünün (n=94) bebekleri ile konuştuğunu, %6'sının (n=6) ise bebekleri ile konuşmadıklarını belirtmişlerdir. Deney grubundaki gebelerin %20'sinin (n=10) son bir haftada günde 1 veya 2 kez konuştuğunu, %74' ünün ise (n=37) ise günde 3 kez konuştuklarıve kontrol grubundaki gebelerin %42' sinin (n=21) son bir haftada günde 1 veya 2 kez konuştuğunu, %52' sinin ise (n=26) günde 3 kez konuştukları belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubunun %30' unun (n=30) müzik dinledikleri belirlenmiştir. Deney grubunun %78' inin (n=38) ve kontrol grubunun %74' ünün (n=37) ise, bebek bakımı, annelik ve ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi veya broşür okuduklarıbelirtmişlerdir (Çizelge 4.2.1).

Gruplara göre annelerin bebeklerinin hareketlerini hissettikleri zamanlar, bebeklerini ultrasonda görme oranları, bebeklerinin cinsiyeti, bebeklerinin cinsiyetlerinin tercihi, bebekleri ile konuşan annelerin oranları, annelerin son bir haftada günde bebekleri ile konuşma sıklıklarının dağılımları ve müzik dinleme oranları ve bebek bakımı, annelik ve ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okuma durumları karşılaştırıldığındaistatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.2.1).

4.3. Gruplara göre gebeliğin 28., 32. ve 36. haftasındaki Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S) Puanlarının Dağılımı ve Değerlendirilmesi

Çizelge 4.3.1: Gruplara göre 28., 32. ve 36. hafta PBE puanlarının değerlendirilmesi

Prenatal Bağlanma Envanteri		Gruplar		Test Değeri
		Deney (n=50)	Kontrol (n=50)	p
PBE Puanı 28. Hafta	Min-Maks (Medyan)	41 – 76 (66)	38 – 80 (64,5)	t:-0,410
	Ort±Ss	63,58±8,48	64,26±8,11	^a 0,683
PBE Puanı 32. Hafta	Min-Maks (Medyan)	46 – 84 (71,5)	43 – 82 (65)	t:3,367
	Ort±Ss	71,18±7,87	65,66±8,51	^a 0,001**
PBE Puanı 36. Hafta	Min-Maks (Medyan)	56 – 84 (76)	47 – 83 (67)	t:6,166
	Ort±Ss	76,10±6,76	67,10±7,80	^a 0,001**
28. Hafta – 32. Hafta	Fark	7,60±6,73	1,40±5,96	Z:-4,424
	p	^f 0,001**	^f 0,103	^b 0,001**
28. Hafta – 36. Hafta	Fark	12,52±7,93	2,84±5,50	Z:-6,421
	p	^f 0,001**	^f 0,001**	^b 0,001**
32. Hafta – 36. Hafta	Fark	4,92±5,53	1,44±4,14	Z:-3,470
	p	^f 0,001**	^f 0,018*	^b 0,001**

^aStudent-t Test ^bMann Whitney U Test ^fPaired Samples Test *p<0,05**p<0,01

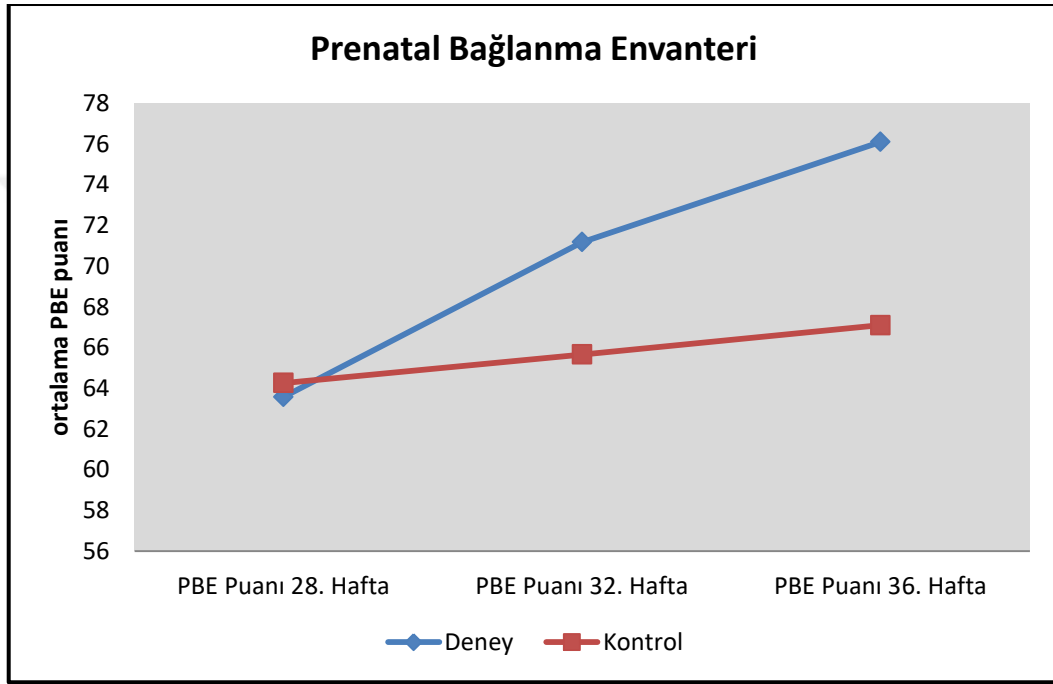
Gruplara göre gebelerin 28. hafta PBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmezken (p>0,05), deney grubunda 32. ve 36. hafta PBE puanı, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01, Çizelge 4.3.1).

Deney grubu olguların; 28. hafta PBE puanlarına göre 32. hafta PBE puanlarındaki ortalama 7,60±6,73 birimlik artış ve 28. hafta PBE puanlarına göre 36. hafta PBE puanlarındaki ortalama 12,52±7,93 birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,01, Çizelge 4.3.1). Deney grubundaki gebelerin 32. hafta PBE puanlarına göre 36. hafta PBE puanlarındaki ortalama 4,92±5,53 birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,01, Çizelge 4.3.1).

Kontrol grubu olguların; 28. hafta PBE puanlarına göre 32. hafta PBE puanlarındaki ortalama 1,40±5,96 birimlik artış, 28. hafta PBE puanlarına göre 36. hafta PBE

puanlarındaki ortalama $2,84 \pm 5,50$ birimlik artış ve 32. hafta PBE puanlarına göre 36. hafta PBE puanlarındaki ortalama $1,44 \pm 4,14$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,018$; $p<0,05$, Çizelge 4.3.1).

Deney grubu olguların 28. hafta PBE puanlarına göre 32. hafta puanlarındaki değişim, 28. hafta PBE puanlarına göre 36. hafta puanlarındaki değişim ve 32. hafta PBE puanlarına göre 36. hafta puanlarındaki değişim kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$, Çizelge 4.3.1).



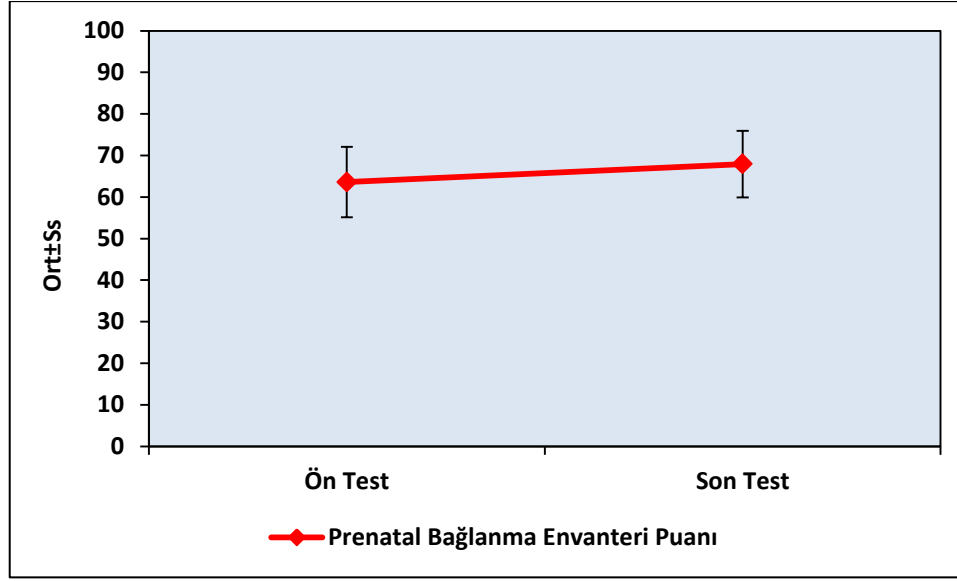
Çizim 4.3.1: PBE puanlarının gruplara göre dağılımı

Çizelge 4.3.2: PBE puanının ön test-son test değerlendirilmesi

	ön test	son test	fark	<i>p</i>
PBE Puanı				
<i>Min-Maks</i>	41 – 76 (66)	47 – 82 (69)		
<i>(Medyan)</i>			4,34±4,95	^f 0,001**
<i>Ort±Ss</i>	63,58±8,48	67,92±7,99		

^fPaired Samples Test ** $p<0,01$

Deney grubu olguların PBE puanınının 28. hafta girişim öncesi ön teste göre girişim sonrası son testteki ortalama $4,34 \pm 4,95$ birimlik artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$, Çizelge 4.3.2).



Çizim 4.3.2: PBE puanlarının ön test – son test dağılımı

Çizelge 4.3.3: Gruplara Göre 28., 32. ve 36. hafta F.P.F.S puanlarının değerlendirilmesi

Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası		Gruplar		Test Değeri
		Deney (n=50)	Kontrol (n=50)	
F.P.F.S Puanı 28. Hafta	Min-Maks (Medyan)	10 – 30 (17)	9 – 26 (18)	t:-0,546
	Ort±Ss	17,72±4,87	18,20±3,87	^a 0,586
F.P.F.S Puanı 32. Hafta	Min-Maks (Medyan)	11 – 30 (25)	9 – 29 (18)	t:7,426
	Ort±Ss	24,54±4,40	18,34±3,94	^a 0,001**
F.P.F.S Puanı 36. Hafta	Min-Maks (Medyan)	19 – 30 (28)	9 – 29 (18)	t:11,906
	Ort±Ss	27,32±2,92	18,90±4,06	^a 0,001**
28. Hafta – 32. Hafta	Fark	6,82±4,17	0,14±3,22	Z:-7,067
	<i>p</i>	^f 0,001**	^f 0,760	^b 0,001**
28. Hafta – 36. Hafta	Fark	9,60±4,31	0,70±3,32	Z:-7,649
	<i>p</i>	^f 0,001**	^f 0,143	^b 0,001**
32. Hafta – 36. Hafta	Fark	2,78±2,66	0,56±2,72	Z:-4,055
	<i>p</i>	^f 0,001**	^f 0,152	^b 0,001**

^bMann Whitney U Test

^fPaired Samples Test

**p*<0,05

***p*<0,01

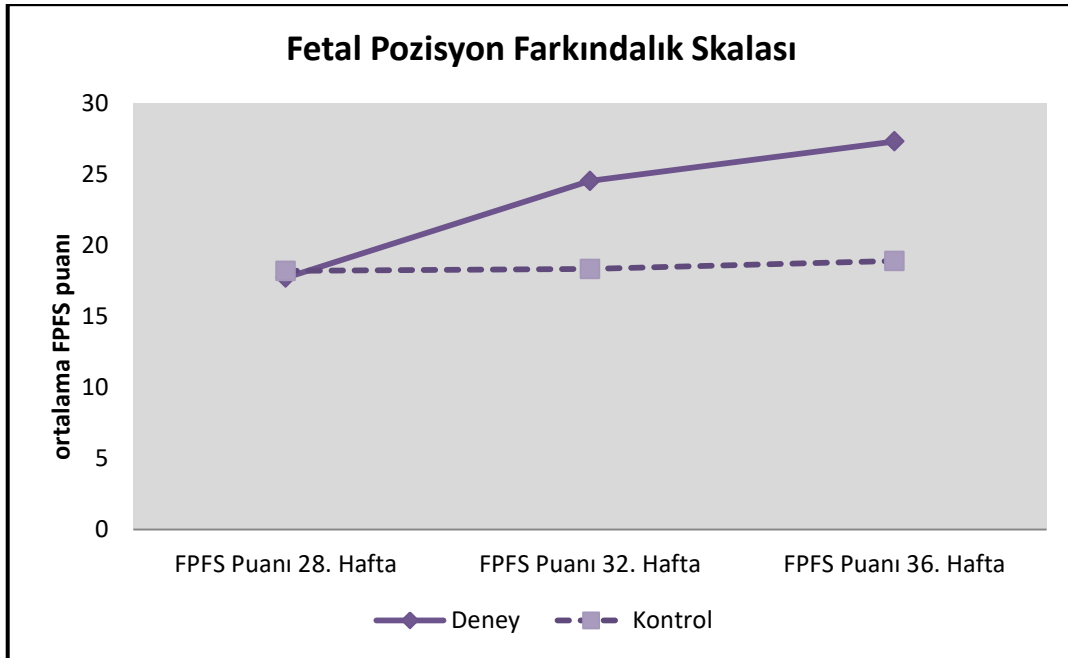
Deney ve kontrol grubu olguların 28. hafta F.P.F.S puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05, Çizelge 4.3.3).Deney grubu olguların 32.

ve 36. hafta F.P.F.S puanı, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$, Çizelge 4.3.3).

Deney grubu olguların; 28. hafta F.P.F.S puanlarına göre 32. hafta F.P.F.S puanlarındaki ortalama $6,82\pm4,17$ birimlik artış, 28. hafta F.P.F.S puanlarına göre 36. hafta F.P.F.S puanlarındaki ortalama $9,60\pm4,31$ birimlik artış ve 32. hafta F.P.F.S puanlarına göre 36. hafta F.P.F.S puanlarındaki ortalama $2,78\pm2,66$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$, Çizelge 4.3.3).

Kontrol grubu olguların; 28. hafta F.P.F.S puanlarına göre 32. hafta F.P.F.S puanlarındaki ortalama $0,14\pm3,22$ birimlik artış, 28. hafta F.P.F.S puanlarına göre 36. hafta F.P.F.S puanlarındaki ortalama $0,70\pm3,32$ birimlik artış ve 32. hafta F.P.F.S puanlarına göre 36. hafta F.P.F.S puanlarındaki ortalama $0,56\pm2,72$ birimlik artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.3.3).

Deney grubu olguların 28. hafta F.P.F.S puanlarına göre 32. hafta puanlarındaki değişim, 28. hafta F.P.F.S puanlarına göre 36. hafta puanlarındaki değişim ve 32. hafta F.P.F.S puanlarına göre 36. hafta puanlarındaki değişim kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$, Çizelge 4.3.3).



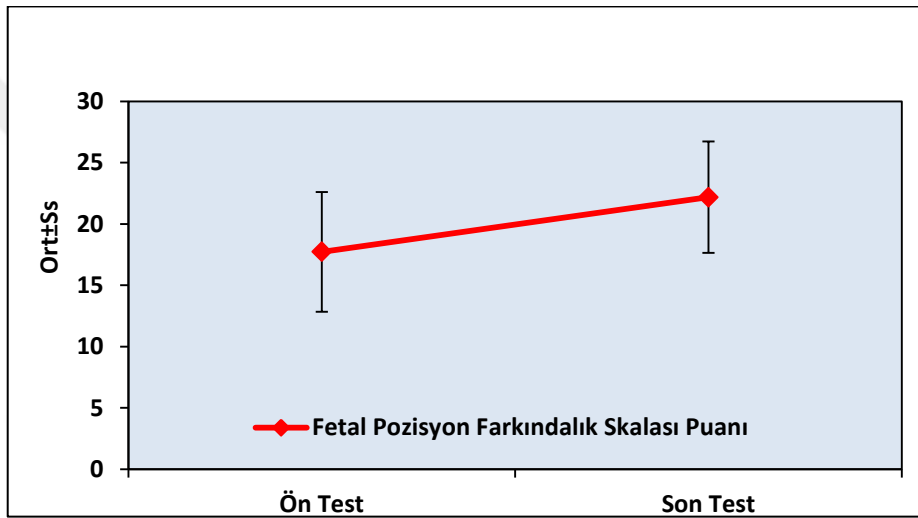
Çizim 4.3.3: F.P.F.S' nın gruplara göre dağılımı

Çizelge 4.3.4: F.P.F.S' nin ön test-son test değerlendirmesi

		Ön Test	Son Test	Fark	<i>p</i>
F.P.F.S Puanı	<i>Min-Maks</i> (<i>Medyan</i>) <i>Ort±Ss</i>	10 – 30 (17) 17,72±4,87	10 – 30 (22) 22,18±4,55	4,46±4,17	^f 0,001**

^fPaired Samples Test ***p*<0,01

Deney grubunun Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası puanının Çizelge 4.3.4'de belirtildiği gibi ön teste göre son testteki ortalama 4,46±4,17 birimlik artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,01, Çizelge 4.3.4).



Çizim 4.3.4: F.P.F.S' nin Ön Test – Son Test Dağılımı

4.4. Gruplara Göre Olguların Bazı Sosyo-demografik, Obstetrik, Sosyal Destek Ve Bebeğe İlişkin Özellikler İle PBE ve F.P.F.S Puan Farkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çizelge 4.4.1: Deney ve kontrol grubu gebelerin yaşları ile 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Anne Yaşı			
	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
28. hf – 32. hf PBE Farkı	0,030	0,839	-0,334	0,018*
28. hf – 36. hf PBE Farkı	-0,039	0,790	-0,222	0,120
28. hf – 32. hf F.P.F.S Farkı	0,025	0,862	-0,369	0,008**
28. hf – 36. hf F.P.F.S Farkı	0,023	0,872	-0,170	0,237

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

**p*<0,05

***p*<0,01

Deney grubunun yaşları ile 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki fark ve 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki fark arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.4.1).

Deney grubunun yaşları ile 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. Hafta F.P.F.S puanındaki fark ve 28. Hafta F.P.F.S puanına göre 36. Hafta F.P.F.S puanındaki fark arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun yaşları ile 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki fark arasında negatif yönlü (yaş arttıkça puan farkı azalan) %33,4'lük ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,334$; $p=0,018$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.1).

Kontrol grubunun yaşları ile 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki fark arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun yaşları ile 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki fark arasında negatif yönlü (yaş arttıkça puan farkı azalan) %36,9'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,369$; $p=0,008$; $p<0,01$, Çizelge 4.4.1). Kontrol grubunun yaşları ile 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki fark arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4.2: Gebelerin eğitim durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Gebelerin Eğitim Durumu							
		Deney Grubu			Test Değeri	Kontrol Grubu			Test Değeri
		≤Ortaokul (n=7)	Lise (n=5)	Üniversite (n=38)	<i>p</i>	≤Ortaokul (n=9)	Lise (n=12)	Üniversite (n=29)	<i>p</i>
28. hf – 32. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-16-5 (-8)	-9-0 (-4)	-30-5 (-7)	χ^2 :1,503	-14-10 (0)	-10-9 (0,5)	-12-11 (-2)	χ^2 :3,908
PBE Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-8,00±7,07	-4,6±3,51	-7,92±7,01	^s 0,472	-1,22±8,18	0,83±5,20	-2,38±5,41	^s 0,142
28. hf – 36. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-40--6 (-12)	-12--3 (-9)	-39-2 (-10,5)	χ^2 :1,065	-13-5 (-2)	-10-9 (-0,5)	-17-6 (-4)	χ^2 :3,115
PBE Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-15,29±11,57	-9,00±3,67	-12,47±7,54	^s 0,587	-3,11±6,07	-0,42±4,72	-3,76±5,5	^s 0,211
28. hf – 32. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-11-0 (-2)	-12-0 (-8)	-15-0 (-8)	χ^2 :5,968	-2-3 (0)	-3-5 (0)	-8-13 (0)	χ^2 :1,452
F.P.F.S Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-3,43±4,12	-6,40±4,83	-7,50±3,89	^s 0,051	0,00±1,41	0,75±2,45	-0,55±3,83	^s 0,484
28. hf – 36. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-12-0 (-9)	-15--4 (-10)	-18--2 (10,5)	χ^2 :1,860	-6-6 (0)	-3-6 (-0,5)	-8-8 (-1)	χ^2 :1,712
F.P.F.S Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-7,14±4,98	-9,80±3,90	-10,03±4,20	^s 0,395	-0,11±3,66	0,42±2,84	-1,34±3,35	^s 0,425

^sKruskal Wallis Test

Deney grubundaki olguların olguların 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları ve 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebenin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.4.2)

Çalışmaya katılan deney grubunda 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, gebe eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p=0,051$; $p>0,05$); gebe eğitim durumu üniversite olanların F.P.F.S 28. haftaya göre 32. haftada görülen yükseliş yönündeki değişim anlamlı olmamakla birlikte, dikkat çekici düzeyde yüksek bulunmuştur. Deney grubunda 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, gebe eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.4.2)

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları gebe eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4.2).

Çizelge 4.4.3: Eş eğitim durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Eş Eğitim Durumu							
		Deney Grubu			Test Değeri	Kontrol Grubu			Test Değeri
		≤Ortaokul (n=6)	Lise (n=18)	Üniversite (n=26)	<i>p</i>	≤Ortaokul (n=8)	Lise (n=22)	Üniversite (n=20)	<i>P</i>
28. hf – 32. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-16--4 (-6,5)	-22-5 (-7,5)	-30-5 (-7)	$\chi^2:0,247$	-10-10 (0,5)	-13-6 (-2)	-14-11 (-2)	$\chi^2:0,901$
PBE Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-8,67±5,43	-7,67±7,04	-7,31±6,98	[§] 0,884	0,63±7,52	-1,82±4,58	-1,75±6,75	[§] 0,637
28. hf – 36. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-17--6 (10,5)	-40-2 (-10)	-39--4 (11,5)	$\chi^2:0,035$	-11-6 (-1,5)	-13-5 (-2)	-17-9 (-3,5)	$\chi^2:0,571$
PBE Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-11,5±4,68	-12,94±9,99	-12,46±7,11	[§] 0,983	-1,5±5,18	-2,95±4,55	-3,25±6,66	[§] 0,2704
28. hf – 32. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-11-0 (-3)	-15-0 (-4)	-15--1 (-9)	$\chi^2:5,894$	-2-13 (0,5)	-6-4 (0)	-8-4 (0)	$\chi^2:2,704$
F.P.F.S Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-4,33±4,68	-5,78±4,66	-8,12±3,31	[§] 0,052	2,38±4,84	-0,45±2,09	-0,8±3,17	[§] 0,259
28. hf – 36. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-12-0 (-7)	-18-0 (-9)	-18--3 (-11)	$\chi^2:4,886$	-1-8 (1)	-8-4 (-1,5)	-7-5 (-1)	$\chi^2:5,897$
F.P.F.S Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-6,67±4,68	-8,83±4,81	-10,81±3,52	[§] 0,087	2,5±3,63	-1,23±3,01	-1,4±2,91	[§] 0,052

[§]Kruskal Wallis Test

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile eş eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, eş eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p=0,052$; $p>0,05$); eş eğitim durumu üniversite olanların F.P.F.S 28. haftaya göre 32. haftada görülen yükseliş yönündeki değişim anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır. Deney grubundaki gebelerin 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile eş eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.4.3).

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile eş eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, eş eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, eş eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmezken ($p=0,051$; $p>0,05$); eş eğitim durumu ortaokul ve altı olanların F.P.F.S 28.haftaya göre 36. haftada görülen yükseliş yönündeki değişim anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır (Çizelge 4.4.3).

Çizelge 4.4.4: Ekonomik duruma göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

		Gebelerin Ekonomik Durumu							
		Deney Grubu			Test Değeri	Kontrol Grubu			Test Değeri
		Gelir Giderden Az (n=5)	Gelir Eşit (n=40)	Gelir Giderden Fazla (n=5)	<i>p</i>	Gelir Giderden Az (n=7)	Gelir Eşit (n=37)	Gelir Giderden Fazla (n=6)	<i>P</i>
28. hf – 32. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-16-0 (-6)	-30-5 (-7)	-12-1 (-7)	$\chi^2:0,645$	-5-5 (0)	-14-11 (-2)	-9-10 (-2,5)	$\chi^2:0,330$
	<i>Ort±Ss</i>	-7,4±6,91	-7,93±6,93	-5,2±5,54	^s 0,724	-0,29±3,77	-1,62±6,34	-1,33±6,31	^s 0,848
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-40--2 (-17)	-39-2 (-10,5)	-15--6 (-10)	$\chi^2:0,878$	-10-2 (-1)	-17-9 (-3)	-6-6 (-1,5)	$\chi^2:1,090$
	<i>Ort±Ss</i>	-17,4±14,52	-12,23±7,21	-10±3,67	^s 0,645	-2,29±4,07	-3,3±5,9	-0,67±4,27	^s 0,580
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-11-0 (-4)	-15-0 (-8)	-9--3 (-7)	$\chi^2:0,483$	-1-4 (0)	-8-5 (0)	-6-13 (0,5)	$\chi^2:0,377$
	<i>Ort±Ss</i>	-5,8±4,97	-7,03±4,26	-6,2±3,03	^s 0,785	0,29±1,7	-0,41±2,68	1±6,63	^s 0,828
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-15--2 (-10)	-18-0 (-10)	-12--4 (-8)	$\chi^2:2,128$	-5-2 (1)	-8-6 (-1)	-5-8 (-1,5)	$\chi^2:0,594$
	<i>Ort±Ss</i>	-8,6±5,46	-10±4,27	-7,4±3,44	^s 0,345	-0,43±2,88	-0,78±3,23	-0,5±4,76	^s 0,743

^sKruskal Wallis Test

Deney grubunda 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları,28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile ekonomik durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile ekonomik durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları,28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile ekonomik durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ekonomik durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.4.4).

Çizelge 4.4.5: Gebelik sayısına göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

		Gebelik Sayısı							
		Deney Grubu			Test Değeri	Kontrol Grubu			Test Değeri
		1 Kez (n=33)	2 Kez (n=9)	≥ 3 Kez (n=8)	p	1 Kez (n=39)	2 Kez (n=9)	•≥ 3 Kez (n=2)	p
28. hf – 32. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-17-5 (-6)	-30-5 (-8)	-22--4 (-10)	$\chi^2:2,414$	-14-11 (-2)	-5-5 (0)	-11-4 (-3,5)	Z:-1,113
PBE Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-6,42±5,76	-9,44±9,81	-10,38±5,97	^a 0,299	-1,69±6,27	0,33±3,5	-3,5±10,61	^b 0,266
28. hf – 36. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-25-2 (-10)	-39--10 (-13)	-40--6 (-12)	$\chi^2:6,556$	-17-9 (-3)	-9-5 (-1)	-12-1 (-5,5)	Z:-0,926
PBE Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-10,27±5,26	-17,00±9,39	-16,75±11,94	^a 0,038*	-3,03±5,63	-1,44±4,5	-5,5±9,19	^b 0,354
28. hf – 32. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-15-0 (-8)	-12--1 (-4)	-11-0 (-5,5)	$\chi^2:1,743$	-8-13 (0)	-3-4 (0)	-3-0 (-1,5)	Z:-0,041
F.P.F.S Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-7,30±4,15	-6,44±4,28	-5,25±4,27	^a 0,418	-0,08±3,52	-0,11±1,9	-1,5±2,12	^b 0,968
28. hf – 36. hf	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-18-0 (-10)	-18--4 (-10)	-14-0 (-9,5)	$\chi^2:0,647$	-8-8 (-1)	-7-2 (1)	-3-0 (-1,5)	Z:-1,077
F.P.F.S Puan Farkı	<i>Ort±Ss</i>	-9,67±4,14	-10,56±4,50	-8,25±5,04	^a 0,724	-0,74±3,5	-0,33±2,92	-1,5±2,12	^b 0,282

^aKruskal Wallis Test

* $p < 0,05$ ^bMann Whitney U Test

•Kişi sayısı yetersizliğinden dolayı karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Deney grubunda 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkı ile gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubunda 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Anlamlılık incelendiğinde; bir kez gebe kalanların PBE 28. haftaya göre 36. haftada görülen yükseliş yönündeki değişim 2 kez gebe olanlardan anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p=0,038$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.5).

Deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ve 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4.6: Gebeliğin planlı olma durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

		Gebeliğin Planlı Olma Durumu					
		Deney Grubu		Test Değeri	Kontrol Grubu		Test Değeri
		Evet (n=41)	Hayır (n=9)	<i>p</i>	Evet (n=38)	Hayır (n=12)	<i>p</i>
28. hf – 32. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-30-5 (-7)	-16--3 (-8)	Z:-1,227	-13-11 (-2)	-14-10 (0)	Z:-0,763
	<i>Ort±Ss</i>	-7,17±7,03	-9,56±4,98	^b 0,220	-1,66±5,83	-0,58±6,57	^b 0,445
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-40-2 (-10)	-17--3 (-12)	Z:-0,139	-17-9 (-3)	-10-2 (-1,5)	Z:-0,523
	<i>Ort±Ss</i>	-12,73±8,5	-11,56±4,72	^b 0,889	-3,05±5,99	-2,17±3,66	^b 0,601
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-15-0 (-8)	-12-0 (-7)	Z:-0,203	-8-13 (0)	-3-4 (0)	Z:-0,933
	<i>Ort±Ss</i>	-6,85±4,26	-6,67±4	^b 0,839	-0,24±3,6	0,17±1,59	^b 0,351
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-18-0 (-10)	-15-0 (-10)	Z:-0,622	-8-8 (-0,5)	-6-2 (-0,5)	Z:-0,640
	<i>Ort±Ss</i>	-9,8±4,28	-8,67±4,58	^b 0,534	-0,5±3,58	-1,33±2,31	^b 0,522

^bMann Whitney U Test

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları gebeliğin planlı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları gebeliğin planlı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebeliğin planlı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebeliğin planlı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.4.6).

Çizelge 4.4.7: Sigara kullanım durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

		Gebelerin Sigara Kullanım Durumu					
		Deney Grubu		Test Değeri	Kontrol Grubu		Test Değeri
		Evet (n=4)	Hayır (n=46)	<i>p</i>	Evet (n=5)	Hayır (n=45)	<i>p</i>
28. hf – 32. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-16--6 (-9,5)	-30-5 (-7)	Z:-1,003	-3-2 (0)	-14-11 (-2)	Z:-0,632
	<i>Ort±Ss</i>	-10,25±5,06	-7,37±6,85	^b 0,316	-0,2±1,79	-1,53±6,25	^b 0,527
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-17--8 (-12)	-40-2 (-10,5)	Z:-0,018	-7-0 (-3)	-17-9 (-2)	Z:-0,113
	<i>Ort±Ss</i>	-12,25±4,92	-12,54±8,17	^b 0,986	-2,8±2,68	-2,84±5,75	^b 0,910
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-11--4 (-6)	-15-0 (-8)	Z:-0,018	-1-0 (0)	-8-13 (0)	Z:-0,066
	<i>Ort±Ss</i>	-6,75±3,4	-6,83±4,27	^b 0,986	-0,2±0,45	-0,13±3,4	^b 0,947
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-12--3 (-8)	-18-0 (-10)	Z:-0,593	-8-0 (-2)	-7-8 (0)	Z:-1,465
	<i>Ort±Ss</i>	-7,75±4,92	-9,76±4,28	^b 0,553	-2,8±3,11	-0,47±3,29	^b 0,143

^bMann Whitney U Test

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları,28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebelerin sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubunda 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları,28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4.8: Bebek cinsiyetine göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

Gebelerin Bebeklerinin Cinsiyetine Göre							
		Deney Grubu		Test Değeri	Kontrol Grubu		Test Değeri
		Kız (n=25)	Erkek (n=25)	<i>p</i>	Kız (n=24)	Erkek (n=26)	<i>p</i>
28. hf – 32. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-30-1 (-8)	-22-5 (-7)	Z:-0,117	-10-11 (0)	-14-10 (-3,5)	Z:-2,366
	<i>Ort±Ss</i>	-7,92±6,42	-7,28±7,14	^b 0,907	0,67±5,15	-3,31±6,12	^b 0,018*
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-39--4 (-11)	-40-2 (-10)	Z:-0,049	-9-9 (-1)	-17-6 (-3,5)	Z:-1,741
	<i>Ort±Ss</i>	-12,2±6,77	-12,84±9,07	^b 0,961	-1,38±4,53	-4,19±6,04	^b 0,082
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-15-0 (-8)	-12-0 (-7)	Z:-1,210	-8-4 (0)	-4-13 (0)	Z:-1,825
	<i>Ort±Ss</i>	-7,6±4,08	-6,04±4,2	^b 0,226	-1,21±2,92	0,85±3,22	^b 0,068
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-18-0 (-10)	-15-0 (-10)	Z:-0,273	-8-6 (-1)	-6-8 (0)	Z:-1,633
	<i>Ort±Ss</i>	-9,96±4,48	-9,24±4,21	^b 0,785	-1,54±3,13	0,08±3,36	^b 0,103

^bMann Whitney U Test

**p*<0,05

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları,28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları,28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunun bebeğinin cinsiyeti erkek olan olguların 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, bebeğinin cinsiyeti kız olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,018$; $p<0,05$). Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları,28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.4.9: Gebelerin bebekleri ile konuşma sıklıklarına göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

Gebelerin Bebekleri ile Konuşma Sıklığı									
		Deney Grubu				Kontrol Grubu			
		•Konuşmuyor veya Ara Sıra Konuşuyor (n=3)	1&2 Kere Konuşuyor (n=10)	3 Kere Konuşuyor (n=37)	<i>p</i>	•Konuşmuyor veya Ara Sıra Konuşuyor (n=3)	1&2 Kere Konuşuyor (n=21)	3 Kere Konuşuyor (n=26)	<i>p</i>
28. hf – 32. Hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-22-1(16)	-16-5(-4)	-30-5(-7)	Z:-0,925	-9-0 (-5)	-12-10 (1)	-14-11(2,5)	Z:-2,222
	<i>Ort±Ss</i>	-17±4,58	-5,2±6,23	-7,49±6,46	^b 0,355	-4,67±4,51	0,86±5,14	-2,85±6,26	^b 0,026*
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-40-17 (-30)	-18-3(-11)	-39-2(-10)	Z:-0,078	-9-0 (-3)	-17-9 (1)	-13-6 (3,5)	Z:-2,101
	<i>Ort±Ss</i>	-29±11,53	-10,8±4,44	-11,65±7	^b 0,938	-4±4,58	-1,1±6,32	-4,12±4,61	^b 0,036*
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-11-3 (-11)	-12-0(-5,5)	-15-0 (-8)	Z:-1,386	-2-1 (0)	-8-13 (0)	-8-3 (0)	Z:-0,792
	<i>Ort±Ss</i>	-8,33±4,62	-5,3±4,14	-7,11±4,16	^b 0,166	-0,33±1,53	-0,1±4,24	-0,15±2,39	^b 0,429
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-14-10 (12)	-15--4 (-9)	-18-0 (-10)	Z:-0,797	-2-1 (0)	-7-8 (0)	-8-5 (-1)	Z:-0,323
	<i>Ort±Ss</i>	-12±2	-8,9±3,31	-9,59±4,66	^b 0,426	-0,33±1,53	-0,43±4,01	-0,96±2,9	^b 0,747

^bMann Whitney U Test

•Kişi sayısı yetersizliğinden dolayı karşılaştırmaya dahil edilmemiştir .

**p*<0,05

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebelerin bebekleri ile konuşma sıklıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebelerin bebekleri ile konuşma sıklıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunda günde 1&2 defa bebeği ile konuşan gebelerin 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, günde 3 kez bebeği ile konuşan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,026$; $p<0,05$). Kontrol grubunun 1&2 kez bebeği ile konuşan gebelerin 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, günde 3 kez bebeği ile konuşan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,036$; $p<0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları gebelerin bebekleri ile konuşma sıklıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4.10: Gebelerin müzik dinleme durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

		Gebelerin Müzik Dinleme Durumu					
		Deney Grubu		Test Değeri	Kontrol Grubu		Test Değeri
		Evet (n=30)	Hayır (n=20)	<i>p</i>	Evet (n=30)	Hayır (n=20)	<i>p</i>
28. hf – 32. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-16-1 (-7)	-30-5 (-7,5)	Z:-0,407	-13-11 (0)	-14-10 (-3,5)	Z:-1,708
	<i>Ort±Ss</i>	-7,1±4,94	-8,35±8,86	^b0,684	-0,33±5,47	-3±6,45	^b0,088
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-40-2 (-10,5)	-39--2 (-11)	Z:-0,676	-13-6 (-0,5)	-17-9 (-4,5)	Z:-2,460
	<i>Ort±Ss</i>	-11,73±7,39	-13,7±8,73	^b0,499	-1,37±4,92	-5,05±5,71	^b0,014*
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-15-0 (-8)	-15-0 (-7,5)	Z:-0,617	-8-13 (0)	-8-3 (0)	Z:-0,376
	<i>Ort±Ss</i>	-7,07±4,12	-6,45±4,33	^b0,537	-0,03±3,78	-0,3±2,2	^b0,707
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-17-0 (-10)	-18--2 (-9)	Z:-0,527	-7-8 (-1)	-8-6 (0)	Z:-0,818
	<i>Ort±Ss</i>	-9,57±4,38	-9,65±4,32	^b0,598	-0,87±3,38	-0,45±3,3	^b0,414

^bMann Whitney U Test**p*<0,05

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebelerin müzik dinleme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, gebelerin müzik dinleme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, gebelerin müzik dinleme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda müzik dinleyen gebelerin 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, müzik dinlemeyen gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile annelerin b müzik dinleme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.4.11: Gebelerin bebek bakımı, annelik ve ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okuma durumuna göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

Gebelerin Bebek Bakımı, Annelik ve Ebeveynlik ile ilgili Kitap, Dergi vs. Okuma Durumu							
		Deney Grubu		Test Değeri	Kontrol Grubu		Test Değeri
		Evet (n=39)	Hayır (n=11)	<i>p</i>	Evet (n=37)	Hayır (n=13)	<i>p</i>
28. hf – 32. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-17-5 (-6)	-30-5 (-10)	Z:-1,749	-14-11(2)	-13-10(0)	Z:-0,965
	<i>Ort±Ss</i>	-6,54±5,43	-11,36±9,48	<i>^b0,080</i>	-1,73±5,78	-0,46±6,62	<i>^b0,335</i>
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-40-2 (-10)	-39--10 (-12)	Z:-2,093	-12-9 (-2)	-17-6(-2)	Z:-0,410
	<i>Ort±Ss</i>	-11,38±7,16	-16,55±9,49	<i>^b0,036*</i>	-2,49±5,08	-3,85±6,68	<i>^b0,682</i>
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-15-0 (-8)	-12--1 (-9)	Z:-0,459	-8-5 (0)	-2-13 (0)	Z:-1,158
	<i>Ort±Ss</i>	-6,72±4,3	-7,18±3,84	<i>^b0,646</i>	-0,62±2,86	1,23±3,88	<i>^b0,247</i>
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-18-0 (-10)	-18--4 (-10)	Z:-0,706	-8-6 (-1)	-4-8 (0)	Z:-1,681
	<i>Ort±Ss</i>	-9,36±4,43	-10,45±3,93	<i>^b0,480</i>	-1,27±3,08	0,92±3,57	<i>^b0,093</i>

^bMann Whitney U Test

**p*<0,05

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, gebelerin bebek bakımı, annelik, ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okuma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$, Çizelge 4.7.11). Gebelerin bebek bakımı, annelik, ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okuma durumlarına göre 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, bebeklerine kitap okumayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,036$; $p<0,05$).

Deney grubunda 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebelerin bebek bakımı, annelik, ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okuma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunda 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebelerin bebek bakımı, annelik, ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okuma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebelerin bebek bakımı, annelik, ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okuma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.4.12: Gebelerin kendi anneleri ile olan ilişkisine göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

		Gebelerin Kendi Anneleri ile Olan ilişkisi					
		Deney Grubu		Test Değeri	Kontrol Grubu		Test Değeri
		İyi & Çok İyi (n=44)	Kötü & Çok Kötü (n=6)	<i>P</i>	İyi & Çok İyi (n=44)	Kötü & Çok Kötü (n=6)	<i>p</i>
28. hf – 32. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-30-5 (-7)	-14-5 (-7,5)	Z:-0,060	-14-11 (-2)	-8-6 (-1)	Z:-0,269
	<i>Ort±Ss</i>	-7,7±6,78	-6,83±6,91	^b 0,952	-1,48±6,1	-0,83±5,31	^b 0,788
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-39-2 (-10)	-40--9 (-11,5)	Z:-0,869	-17-9 (-2,5)	-9-3 (-1,5)	Z:-0,344
	<i>Ort±Ss</i>	-12,05±7,3	-16±11,88	^b 0,385	-2,93±5,68	-2,17±4,31	^b 0,731
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-15-0 (-8)	-14--1 (-5)	Z:-0,811	-8-13 (0)	-8-2 (-0,5)	Z:-0,950
	<i>Ort±Ss</i>	-6,93±4,14	-6±4,73	^b 0,418	0,07±3,17	-1,67±3,5	^b 0,342
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-18-0 (-10)	-14--4 (-9,5)	Z:-0,360	-8-8 (-0,5)	-5-5 (-1)	Z:-0,105
	<i>Ort±Ss</i>	-9,64±4,46	-9,33±3,33	^b 0,719	-0,73±3,26	-0,5±4,09	^b 0,916

^bMann Whitney U Test•Kişi sayısı yetersizliğinden dolayı karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebelerin kendi anneleri ile olan ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. Hafta F.P.F.S puanındaki farkları,28. haftaF.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebelerin kendi anneleri ile olan ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları,28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, gebelerin kendi anneleri ile olan ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebelerin kendi anneleri ile olan ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.4.13: Gebelerin eşleri ile olan ilişkisine göre 28. hafta – 32. hafta ve 28. hafta – 36. hafta PBE ve F.P.F.S puan farklarının değerlendirilmesi

		Gebelerin Eşleri ile Olan İlişkisi						
		Deney Grubu			Test Değeri	Kontrol Grubu		
		Çok İyi (n=32)	İyi (n=15)	•Orta (n=3)	<i>p</i>	Çok İyi (n=41)	İyi (n=9)	<i>p</i>
28. hf – 32. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-30-5 (-6)	-22-1 (-8)	-16--4 (-13)	Z:-1,064	-14-11 (-2)	-10-5 (0)	Z:-1,076
	<i>Ort±Ss</i>	-6,75±7,09	-8,73±6,01	-11±6,24	^b 0,287	-1,68±6,26	-0,11±4,43	^b 0,282
28. hf – 36. hf PBE Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-39-2 (-9,5)	-30--3 (-12)	-40--12 (-17)	Z:-1,662	-17-9 (-3)	-7-5 (-1)	Z:-1,290
	<i>Ort±Ss</i>	-10,97±7,11	-13,73±6,73	-23±14,93	^b 0,097	-3,32±5,69	-0,67±4,09	^b 0,197
28. hf – 32. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-15-0 (-8)	-12-0 (-7)	-11--2 (-3)	Z:-0,195	-8-13 (0)	-4-4 (0)	Z:-0,233
	<i>Ort±Ss</i>	-7,06±4,41	-6,6±3,7	-5,33±4,93	^b 0,845	-0,15±3,45	-0,11±2,03	^b 0,815
28. hf – 36. hf F.P.F.S Puan Farkı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-18-0 (-10)	-15-0 (-10)	-12--10 (-10)	Z:-0,069	-7-8 (-1)	-8-2 (0)	Z:-0,610
	<i>Ort±Ss</i>	-9,56±4,54	-9,47±4,36	-10,67±1,15	^b 0,945	-0,68±3,37	-0,78±3,27	^b 0,542

^bMann Whitney U Test

•Kişi sayısı yetersizliğinden dolayı karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Deney grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebelerin eşleri ile olan ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Deney grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebelerin eşleri ile olan ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları ile gebelerin eşleri ile olan ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunun 28. hafta F.P.F.S puanına göre 32. hafta F.P.F.S puanındaki farkları, 28. hafta F.P.F.S puanına göre 36. hafta F.P.F.S puanındaki farkları ile gebelerin eşleri ile olan ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bağlanma, insanın gelişim sürecinde önemli bir yeri olan sosyo-duygusal bir kavramdır. Ebeveynlik doğumdan önce başlar. Bebeğin, doğum öncesi maternal ve paternal bağlanması fetal gelişim üzerinde biyolojik olduğu kadar psikolojik etkileri de içerir. Bunun için gebeliğin planlanması ve fetüse sevgi ile bağlanması, bireyin gelişiminde büyük rol oynar. Anne-fetüs bağlanması gebe kadının pozitif sağlık uygulamalarına katılım düzeyini arttırmasını sağlayan ve yenidoğan sağlığını etkileyen bir faktördür. Sağlık profesyonellerinin gebelik süresince ebeveyn özellikle anne - bebek bağlanmasını değerlendirmeleri ve bu bağın geliştirilmesine katkıda bulunmaları, sağlıklı nesiller için önemlidir. Gebelere I. ve II. Leopold manevraları ile yapılan hemşirelik uygulamasının prenatal bağlanmaya etkisini araştırmak amacıyla Eylül 2016/ Eylül 2017 tarihleri arasında, bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe bilgilendirme sınıfında, deneysel randomize kontrollü olarak gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda literatür doğrultusunda;

- 5.1. Katılımcıların gruplara göre sosyo-demografik, obstetrik ve sosyal destek özellikleri,
- 5.2. Katılımcıların gruplara göre bebeğe ilişkin özellikleri,
- 5.3. Katılımcıların gruplara göre, gebeliğin 28., 32. ve 36. haftasındaki Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S) puanlarının dağılımları
- 5.4. Gruplara göre katılımcıların bazı sosyo-demografik, obstetrik, sosyal destek ve bebeğe ilişkin özellikler ile PBE ve F.P.F.S puanı arasındaki ilişkilerinin tartışılması olmak üzere dört ana başlık altında tartışıldı.

5.1. Katılımcıların Gruplara Göre Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Sosyal Destek Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubunun yaş ortalaması $27,84 \pm 4,28$, kontrol grubunun ise $27,56 \pm 4,77$ yaş olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.1). Genel Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK 2016) verilerine göre, kadınların doğum yaşı ortalaması 25-29 yaş grubundadırlar.

Kocaeli TUİK verileri de, 2013 yılında Türkiye' de ve Kocaeli ilinde en çok doğumların 25-29 yaş grubunda olduğunu belirtmektedir. (<http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/KOCAELI.pdf>). Kocaeli ilinde gebelerle yapılan bir çalışmada ise, gebelerin yaş ortalaması $28,02 \pm 5,4$ olarak bulunmuştur (Yavuz ve diğ. 2015). Akgün ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise, Ankara ilinde gebelerin yaş ortalaması $26,2 \pm 4,8$ bulunmuştur. TNSA 2013 verilerine göre ise, 20-24 ve 25-29 yaş grubu aralığında doğurganlık oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (http://www.hips.Hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf). Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması, diğer yapılan çalışmalara, TUİK ve TNSA 2013 verilerine benzerlik göstermektedir.

Gebelerin evlilik süresi incelendiğinde, araştırmamızda deney grubunun $3,57 \pm 3,47$, kontrol grubunun ise ortalama $2,77 \pm 2,60$ bulunmuştur (Çizelge 4.1.1). Durualp ve arkadaşlarının (2017) Çankırı ilinde yaptıkları çalışmada evlilik süresi 1-5 yıllık olanlar %61,4 oranındadır. Çalışma sonunda elde edilen evlilik süresi verileri diğer yapılan çalışmalarla uygunluk göstermektedir. TNSA 2013 verilerinde doğurganlık yaşına göre, evlenen çiftlerin ilk beş yılında çocuk sahibi oldukları bildirilmektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumu incelendiğinde, eğitim durumlarının büyük çoğunluğunun deney grubunun %36'sının (n=18), kontrol grubunun ise %44' ünün (n=22) lise ve deney grubunun %52' sinin (n=26) ve kontrol grubunun %40' inin (n=20) üniversite olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.1). Kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe gebeliklerine uyumları artmakta ve doğum öncesi bakım alma oranları artmaktadır (Chen ve diğ. 2011). İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada gebelerin %66' sının üniversite mezunu olduğu (Ataman ve Arslan 2010), Bostancı ve İnal (2015)' in yaptıkları bir diğer çalışmada ise, doğum yapan kadınların % 89,3' ünün lise ve üstü eğitimine sahip oldukları belirtilmiştir. İzmir' de Dönmez ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada ise, gebelerin % 60,8' inin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde son yıllarda TNSA 2013 verilerine göre kadınların eğitim seviyeleri, % 31'i en az lise mezunudur. Serçekuş ve Mete' nin 2010 yılında İzmir'de yaptığı çalışmada ise, doğum öncesi eğitim merkezinde ya da bireysel eğitim alan kadınların çoğunun üniversite mezunu (%57,5) olduğu belirlenmiştir (Serçekuş ve Mete 2010). Demirci ve Şimşek'in, 2018 yılında Manisa ilinde yaptıkları çalışmada ise, doğuma hazırlık sınıflarına katılan gebelerin deney grubunun %46,1, kontrol grubunun ise, %53,9 oranında üniversite mezunu oldukları belirlenmiştir (Demirci ve Şimşek 2018). Bizim çalışmamızda doğum öncesi eğitim

sınıfında yapılmış olduğundan, annelerin eğitim düzeyleri yüksektir. Ayrıca doğuma hazırlık sınıflarına katılım oranlarının giderek arttığı gözlenmektedir.

Çalışmamızda gebelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde, deney grubunun %52' sinin (n=26) ve kontrol grubunun %40'ının (n=20) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.1). TNSA 2013 raporuna göre, erkeklerin % 84'ü ilkokul ve üzerini tamamlamışken, kadınlarda bu oran %72'dir. Erkek nüfusun ortanca tamamlanmış eğitim süresi 6,9 yıl iken, kadın nüfusunun ortanca değerinden 4,7 yıl yüksektir. Kocaeli TÜİK raporuna göre ise, erkeklerin yüksekokul veya üniversite mezunu sayısının 89. 121 olduğu bildirilmiştir. Kocaeli okullaşma oranının (kadın ve erkeklerde) en yüksek olduğu illerden bir tanesidir. 2013 verilerine göre Kocaeli okullaşma oranı ise, Türkiye genelinde 20. sıradadır. İlkokulda okullaşma oranı, %99. 68, ortaokulda, % 97.21, lisede %86.18 oranları ile giderek artmaktadır (<http://www.tuik.gov.tr/il/Gostergeleri/iller/KOCAELI.pdf>). Çalışmamızda da gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeyinin yüksek olması il ve ülke genelinde okullaşma ve üniversite mezunu olanlarının yüksek olması nedeni ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki gebelerin çalışma durumları incelendiğinde deney grubunun %36' sının (n=18), kontrol grubunun %40' ının (n= 20) çalıştığı ve deney grubunun %60'ının (n=30), kontrol grubunun % 62' sinin (n=31) mesleklerinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.1). Avrupa'da en yüksek kadın istihdam oranları İzlanda (% 80.8), Norveç (% 74.0), Danimarka (% 73.2), İsveç (% 71.8) ve Hollanda (% 69,6) iken, Yunanistan (% 47,9), İtalya (% 46,6) ve Malta (% 36.9)' da ise bu oranlar daha daha düşüktür ([https:// ec.europa. eu/health/ /sites/ health/files/ population groups/ docs/ women report en.pdf, 2009](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/population_groups/docs/women_report_en.pdf)). Türkiye'de kadın istihdamında son yıllarda artış olumlu bir gelişmedir. Türkiye' de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde kadınlarda iş gücüne katılma oranı %31, 5' dir (TÜİK). TNSA 2013 raporuna göre ise kadınların ancak %31'i çalışmaktadır. Sakarya ilinde, Kartal ve Karaman (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, gebelerin %72,7'sinin çalışmadığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki çalışan kadın oranları, TNSA 2013 verilerinde Türkiye'deki kadın istihdam oranları ve yapılan çalışmalarla benzer niteliktedir. İstanbul' da Yılmaz ve Beji (2013) tarafından yapılan çalışmada gebe kadınların, %75,7 oranında en fazla ev hanımı oldukları belirlenmiştir. İran'da yapılan bir çalışmada da araştırmaya katılan gebelerin %63,8 ev hanımı olduğu belirtilmiştir (Samani 2016). AB-25'teki 2005 yılında kadınların %61'i sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, perakendecilik, eğitim, kamu idaresi, iş faaliyetleri, oteller ve restoranlarda çalıştıklarını bildirilmişlerdir. Toplamda, 2007 yılında istihdam edilen

kadınların % 81,8'i hizmet sektöründe çalışırken, erkeklerde bu oran ise sadece % 58,4 olması dikkat çekicidir (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/population_groups/docs/women_report_en.pdf,2009,Data and Information on Women's Health in the European Union , ISBN-978-92-79-13659-7, p: 30).

Dünya genelinde olduğu gibi, ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre kadınlarımız, ağırlıklı olarak hizmet sektöründe çalışmaktadırlar. Aynı raporda kadınlarımızın %62,3'ünün çalışmadığı bildirilmiştir. Nedeni ise büyük oranda kadınların çocuk bakımını üstlenmeleridir. Çalışmamızda ayrıca gebe kadınların eşlerinin tamamının bir işinin mevcut olduğu görülmüştür ve deney grubunun %50' sinin (n=25), kontrol grubunun %56' sının (n=28) mesleklerinin işçi olduğu gözlenmiştir. Üstünsöz ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada da, işsiz olan eş bulunmamıştır. Çalışmamız kadın ve erkek istihdamı açısından ülke verileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin algıladıkları ekonomik durum, gelir durumlarının çoğunluğunun deney grubunun %80'i (n= 40) ve kontrol grubunda %74'ü(n=77) gelir giderine denk olduğunu belirtmiştir. Bakır ve arkadaşlarının 2014 yılında Kocaeli' de yaptıkları çalışmada gebelerin % 67,5 geliri giderine denk olduğunu bildirmişlerdir. Yılmaz ve Beji' nin 2009 da İstanbul' da yaptıkları çalışmada gebelerin %68,3' ü gelirlerinin giderlerine denk olduğunu bildirmişlerdir (Yılmaz ve Beji 2013). Duyan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise, gebe kadınların ekonomik durumlarının geliri giderine denk olanların %82,4 oranında olduğunu bildirilmiştir. Çalışmamız, gebelerin algıladıkları ekonomik durumları açısından diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin aile yapılarının deney grubunda %92' si ve kontrol grubunun %84' ü çekirdek aile yapısındadır (Çizelge 4.1.1). İstanbul' da çekirdek aile yapısı oranı %86,7, Kocaeli'nde %81,9 ve Ankara' da %90 oranında gebelerin çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip oldukları yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (Yılmaz Beji 2013, Bakır ve diğ. 2014, Gönenç ve diğ. 2016). Türkiye' de en yaygın aile biçimi, TAYA 2006, TNSA 2008 ve TAYA 2011 sonuçlarına göre hem kentsel hem de kırsal alanlarda çekirdek aile birinci sıradadır. TAYA 2011'e göre çekirdek aile oranı kentsel alanlarda Türkiye ortalamasının üzerine çıkarak %71,2 seviyesine ulaştığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda diğer yapılan çalışmalar ve ülkemiz istatistikleri ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi deney grubunun BKİ ortalaması $22,76 \pm 3,03 \text{ kg/m}^2$ ve kontrol grubunun ise $22,54 \pm 3,55$ olarak bulunmuştur (Çizelge 4.1.1). Yapılan çalışmalarda gebelerin gebeliğe başladıklarındaki BKİ ortalamaları 21 ± 4 , $23,6 \pm 4,3$ bulunduğu belirtilmektedir (Dündar 2008, Akgün 2013). Ülkemizde TNSA 2013 verilerinde kadınların yaşı arttıkça beden kitle endeksinde artış gözlemlenmektedir. BKİ, 30 yaş ve üzeri kadınlarda 25 değerini geçmektedir. Kadınların eğitim düzeyi attıkça, beden kitle endeksi normal değerlere inmektedir. Çalışmamızda bulunan BKİ değeri, eğitim seviyesinin yüksek olması ve ortalamanın 30 yaş altında olması nedeniyle TNSA 2013 ve diğer çalışmalarla uygunluk göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) beden kitle endeksinin 18,5 - 25 BKİ' nin normal değerler arasında olduğunu belirtmiştir (TNSA 2013). Çalışmamıza katılan gebelerin gebelik öncesi BKİ ortalaması normal değerler arasındadır.

Katılımcıların obstetrik verilerinden gebelik sayısı bakımından, deney grubundaki gebelerin %66'sı (n=33) ve kontrol grubundaki gebelerin %78' inin (n=39) birinci gebelikleri olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.2). İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada gebelerin %55' inin ilk gebeliği olduğu belirtilmiştir (Çetin ve diğ. 2017). Avrupa'da toplam doğurganlık hızı, 2015 yılı istatistiklerine göre 1.58 olarak bildirilmiştir. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics, 2015, erişim tarihi: 10.05.2018). TNSA 2013 verilerine göre, kadınların günümüzdeki doğurganlığın sonuna kadar devam ettirdiği takdirde doğurganlığının sonunda ortalama 2.26 çocuk sahibi olacağını göstermektedir. Doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda en yüksek düzeyine ulaşmaktadır. Yine, TNSA 2013 verilerine göre gelecekte başka çocuk sahibi olunma isteği, sahip olunan çocuk sayısının artması ile belirgin bir düşüş göstermektedir. Tek çocuğu olan kadınların % 72'si ileride bir çocuk sahibi olmayı düşünürken, bu oran dört veya daha fazla çocuğu olanlarda %7' ye gerilemektedir (TNSA 2013). Çalışmalarda genellikle ilk ve ikinci gebelik oranlarında sayısal çoğunluk görülmektedir. Sonuçlarımız ülkemiz verileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan deney grubundaki gebelerin %82'si(n=41) ve kontrol grubundaki gebelerin %76' sı (n=38) gebeliklerinin planlı olduğunu, deney grubu %18'inin (n=9) ve kontrol grubunun %24' ünün (n=12) ise plansız olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.2). İzmir'de Bostancı ve İnal'ın yaptıkları bir çalışmada, annelerin %96'sı gebeliklerini planlayarak gebelik yaşadıklarını bildirmişlerdir (Bostancı ve İnal 2015). İstanbul'da iki hastanenin çocuk polikliniğine başvuran 1-4 aylık bebekleri olan annelerin %81,9' u da,

gebeliklerini daha önceden planlayarak yaşadıklarını bildirmişlerdir (Mutlu ve diğ. 2015). Bilgin ve Alpar'ın Çankırı ilindeki çalışmasında ise planlı gebelik oranı %79,8 bulunmuştur (Bilgin ve Alpar 2018). Akyüz (2017)' ün Kocaeli'nin Gebze ilçesinde özel bir hastanede doğum sonrası bir ay geçen 172 gönüllü anne üzerinde yaptığı çalışmasında annelerin %75,6' sının isteyerek gebe kaldıklarını belirtmiştir. TNSA 2013 verilerine göre kadınların gebeliklerini planlı ve isteyerek gerçekleştirme oranı ilk gebelikte, %74'tür. Çalışmamız, diğer yapılan çalışmalarla ve TNSA 2013 verilerine benzerlik göstermektedir.

Gebe kadınların gebelik döneminde düzenli kontrollere gitme oranı, çalışmamızda deney grubundaki bir gebe hariç diğer gebelerin % 99' unun gebelik kontrollerine düzenli gittikleri bulunmuştur (Çizelge 4.1.2). Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre gebelerin %97' si gebeliği süresince en az bir kere kontrole gitmiştir. İstanbul' da Demirbaş ve Kadioğlu (2014)' nun çalışmasında gebelerin %93,4'ü düzenli olarak kontrollere gittiklerini bildirmişlerdir. Dağlar ve Nur (2014)' un Sivas ilinde yaptıkları çalışmada gebelerin %93,4' ünün düzenli olarak izlem yaptıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamız Kocaeli gibi gelir düzeyi ve eğitim düzeyi yüksek bir ilde yapılması nedeniyle gebelikte kontrollere gitme sıklığının yüksek olduğu düşünülmekte ve verilerimizin TNSA 2013 verileri ve diğer çalışmalar ile benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda deney grubundaki gebelerin %8' inin (n=4) ve kontrol grubundaki gebelerin %10'unun (n=5) gebelikte sigara kullandıkları bulunmuştur (Çizelge 4.1.2). Altı Avrupa ülkesinden (Belçika, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda ve Portekiz) verileri içeren bir çalışmada, gebelikte sigara içme sıklığının Bulgaristan'da % 7, İrlanda ise, % 52.5 arasında değiştiği gösterilmiştir (Giersiepen ve diğ. 2006). Avusturalya'da ise, 2007-2012 yılları arasında gebelikte sigara içme oranı, 2007 yılında % 19,1, 2008/2009'da ise, %19,3 ve daha sonra da bir düşüş yaşanarak 2012 yılı sonunda ise, % 15,6 oranlarının olduğu belirlenmiştir (Schultze ve diğ 2016). Gebelik döneminde gebelerin sigara kullanımı dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Akgün'ün (2013) yaptığı çalışmasında gebelikte sigara içme oranı %8,9 bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının aile sağlığı merkezine başvuran 400 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışmada % 11,3' ünün sigara içtiğini belirtmişlerdir (Doğan ve diğ. 2018). İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada gebelikte sigara içme oranı %11 olarak bulunmuştur (Tarhan ve Yılmaz 2016). Kocaeli ilinde Doğu ve Ergin (2008)'in yaptıkları çalışmada gebelikte

sigara kullanma oranı % 11,6 olarak belirlenmiştir. Çankırı ilinde yapılan bir başka çalışmada gebelikte sigara içme oranı %23,9 olarak bulunmuştur (Durualp ve diğ. 2011). TNSA 2008 verilerine göre gebe kadınların %11'i ve emzirenlerin ise %17'si sigara içmektedir. Rishive arkadaşlarının 54 ülkeyi kapsayan Nüfus ve Sağlık Araştırması sonucunda düşük ve orta gelir düzeyinde olan ülkelerdeki gebelerin sigara kullanımı düşük, orta gelir düzeyindeki ülkelerde yüksek, orta gelir düzeyinde değerlendirilen ülkemiz için ise yaklaşık %15 olduğu belirlenmiştir (Çınar ve diğ. 2015). Bizim çalışmamızdaki gebelerin sigara içme oranı ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan farklı olmasının nedeni gebelik izlemlerinde sık sık sigara kullanımının azaltılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi ve çalışmanın gebe izlem sınıfında yürütülmesinin bu oranında azaltılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Sosyal destek, bir kişiye diğer kişilerce sağlanan maddi, duygusal veya bilişsel destek olarak tanımlanır. Eş, aile ve yakın çevre tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal, psikolojik olarak rahatlatmakta ve gebenin stres etkenleri ile etkili baş edebilmesine yardımcı olmaktadır. Sosyal destek gebenin gebeliğe ve anneliğe uyumunu kolaylaştıran en önemli etkenlerden birisidir (Hergüner ve diğ 2014).

Yaptığımız çalışmada, gebelerin eşleri, kendi anneleri ile iletişimi ve gebelerin gebe bilgilendirme sınıfına katılımında eş onayları sosyal destek açısından sorgulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %88'i (n=44) kendi annesi ile olan bağının iyi-çokiyi olduğunu belirtirken, %12'sinin ise ilişkilerinin (n=6) kötü-çok kötü olduğunu tanımlamışlardır (Çizelge 4.1.2). İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada, 610 doğum yapan annelerin kendi anneleri ile ilişkisi sorgulanmış ve 432'sinin annesi ile ilişkisi çok iyi, 166' sının iyi, 12 sinin ise iyi değil olarak bulunmuştur (Bilgin ve Alpar 2018).

Kendi anneleri ile güvenli bağlanma stili olan kadınların daha erken ve yüksek düzeyde ortaya çıkan prenatal bağlanma puanına sahip oldukları bilinmektedir (Doan ve Zimmerman 2008). Gebelikleri döneminde güvenli bağlanma özelliği gösteren annelerin, yüksek maternal-fetal bağlanma düzeyleri ile doğum sonrası yürümeye başlayan çocuklarında erken gelişim gözlenmiştir (Alhusen ve diğ. 2013).

Çalışmamızda deney grubundaki gebelerin %94'ü (n=47), kontrol grubundaki gebelerin %100'ü (n=50) eşleri ile olan ilişkisini çok iyi-iyi olarak belirtirken, deney grubundaki gebelerin %6' sı (n=3) kötü olarak tanımlamışlardır (Çizelge 4.1.2).Sağlık

hizmetleri ve çalışanları doğuma hazırlık eğitimlerinin kadına ve eşine sağlanmasından ve prenatal bakımın ayrılmaz bir parçası olan hazırlık dönemine eş ile birlikte katılmaları için özendirilmelerinden sorumlu olduğu literatürde bildirilmektedir (Dinç ve diğ. 2014). Bizim çalışmamızda gebelerin gebe bilgilendirme sınıfına katılmada eş desteği oranları, deney grubunda %88 (n=44), kontrol grubunda % 91 (n=%47) gebe bilgilendirme sınıfına katılmada eş desteği aldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.2). Babaların gebe eğitim sınıflarına destekleri bu eğitimlerin sağlık bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde yapılması, ücretsiz erişimin sağlanması ve yazılı/görsel medyadaki bilgilendirmenin giderek artması babaların eğitimlere daha fazla ilgilerini arttırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda gebelerin kendi anneleri ve eşleri ile ilişkisi ve eş desteğinin yüksek olması prenatal bağlanma puanlarının yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışmamızda gebelerin deney grubunda %78' i ve kontrol grubunda %74,2' si bebek bakımı, annelik ve ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okumaktadır. Yenal ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada gebelerin %65,9' u kitap, dergi ve %58,5' inin ise internet sayfalarından bilgi edindikleri belirlenmiştir. Çalışmamız yapılan çalışma ile uygunluk göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin gebeliklerini öğrendiklerinde, % 93' ü olumlu duygular (mutluluk, sevinç, heyecan gibi), %7' si ise olumsuz duygular (korku, şok, kaybetme korkusu vb.) hissettiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.3). Bakır ve arkadaşları (2014) tarafından Kocaeli ilinde bir üniversite hastanesinde yüksek riskli gebeler üzerinde yapılan araştırmada ise, gebelerin % 66,3' ü sevinç ve mutluluk, %33,7' si üzüntü, endişe ve korku yaşadıklarını belirtmişlerdir (Bakır ve diğ. 2014). Çalışmamızda gebelerin bebeklerini ultrasonda ilk gördüklerindeki % 98'inin olumlu duygular yaşadıkları belirlenmiş ve bu olumlu duygular arasında gebe kadınların %13'ü duygulandıklarını belirtmişlerdir. Dağlar ve Nur (2014)' un Sivas ilinde yaptıkları çalışmada gebelerin %64,4' ünün gebeliğini öğrendiğinde, %78,8' inin gebeliğinin üçüncü trimesterinde olumlu duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada gebelerin olumlu duyguların yaşanma nedeninin gebelerin %41,8' inin üçüncü ve üzeri gebeliği yaşaması ve gebeliklerinin %44,9' unun plansız gebelik yaşamasına bağlanabilir ancak gestasyonel yaş ilerledikçe olumlu duygulardaki artış gebeliklerini ve bebeklerini kabullendikleri anlamına gelebilir. Çalışmamızda gebelerin normal gebelik süreci ve planlı gebelik yaşama oranının yüksek olması nedeniyle olumlu duygular belirttikleri düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların Gruplara Göre Bebeğe İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Fetal hareketler genellikle ilk olarak 18. ve 20. gebelik haftaları arasında tekmeleme ve çarpıntı şeklinde gebeler tarafından algılanır. Fetal hareketlerin nasıl hissedildiğine ilişkin yapılan bir çalışmada, gebelerin çoğunluğunun bebek hareketlerini “güçlü”, ya da “büyük” olarak tanımladıkları görülmüştür. Diğerleri ise, “yavaş hareket” “germe” veya “dönme” yada “yavaş” şeklinde tanımlamışlardır. Ayrıca kadınlar, fetüsün ne kadar güçlü bir şekilde hareket ettiğine şaşırduklarını belirtmişlerdir. Fetal hareketlerin anne tarafından hissedilmesi pek çok faktöre bağlıdır. Amniotik sıvı hacmi, fetal pozisyon, plasental disfonksiyon, sigara içme, aşırı kilolu olma, nulliparite, fetüse odaklanma ve ortamın sessizliği gibi faktörler fetal hareketlerinin hissedilmesini değiştirmektedir (Linde ve diğ. 2016). Norveçli bir çalışmada gebe kadınların yaklaşık % 50' sinin endişeli olduklarında fetal hareketleri daha az hissettiklerini belirtmişlerdir (Saasdat ve diğ 2008). Çalışmamızda gebelerin fetal hareketleri % 54'ü 16-18 gebelik haftasında, % 34'ü 19-21. gebelik haftasında, %12'si 22-24. gebelik haftasında hissetmişlerdir. Çalışmamızda gebelerin fetal hareketleri daha erken hissettikleri görülmüştür (Çizelge 4.2.1).

Gebelerimizin gebe eğitim sınıfına katılmış olmaları farkındalıklarının daha yüksek olduğu düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan deney grubundaki gebelerin %100' ü (n=50), kontrol grubundaki gebelerin %98' i (n=49) bebeklerini ultrasonda görmüşlerdir (Çizelge 4.2.1). TNSA 2013 verileri gebelerin % 98'nin doğum öncesi bakım aldığını ve bu bakımlar sırasında en az bir kere ultrason yaptırdıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda gebelik ile ilgili olumlu duygular fetüsün ultrasonda görülmesinden sonra artış göstermiştir. Çalışmamız yapılan çalışma ile ve TNSA 2013 verileri ile uygunluk göstermektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin tamamı doğacak bebeklerinin cinsiyetlerini bilmektedirler. Deney grubunda gebelerin bebeğinin cinsiyetinin %50'si (n=25) kız, %50' sinin (n=50) ise erkek, kontrol grubunda bebeğinin cinsiyetinin %48' i (n=24) kız, %26' sı (n=52) ise erkek olarak dağılım göstermektedir. Erdemoğlu' nun 2016 yılında Malatya ilinde yaptığı çalışmada bebeklerin cinsiyetlerinin % 45,3'ü kız, %54,8'si erkek olarak belirlenmiştir. Seçen ve arkadaşlarının (2017) Ankara ilinde yaptıkları çalışmasında bebeklerin cinsiyetlerinin oranı %50,2 kız ve %49,7 erkek bebek olduğu bulunmuştur. Çalışmamız bebek cinsiyetleri açısından diğer çalışmalarla uygunluk göstermektedir.

Gebelerin bebeklerinin cinsiyetleri hakkında, deney grubundaki gebelerin %26' sı (n=13) bebeğin cinsiyetinin tercih ettikleri cinsiyet ile aynı olduğu, %4' ünün (n=2) ise tercih ettiği cinsiyette olmadığını ve %70' inin (n=35) ise, herhangi bir cinsiyet tercihlerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki gebelerin ise, %36' sının (n=18) bebeğin cinsiyetinin tercih ettikleri cinsiyet ile aynı olduğunu, %10' unun (n=5) tercih ettikleri cinsiyet olmadığını ve %54' ünün (n=27) ise herhangi bir cinsiyet tercihlerinin olmadığını ifade etmişlerdir. İstanbul ilinde Kırca ve Savaşer (2017) tarafından yapılan bir çalışmada annelerin %94' ü bebeklerinin istenilen cinsiyette bebek sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun primipar olmalarından dolayı cinsiyet tercihlerinin olmamasının yüksek olması düşünülebilir.

Çalışmamızdaki gebelerin % 94' ü doğmamış bebekleri ile konuştuklarını ve % 60' ı ise, müzik dinlediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmamızda gebelerin deney grubunda %78'i ve kontrol grubunda %74,2' si bebek bakımı, annelik ve ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi vs. okumaktadır (Çizelge 4.2.1). Yenal ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada gebelerin %65,9' u kitap, dergi ve %58,5' inin ise internet sayfalarından bilgi edindikleri belirlenmiştir. Çalışmamız yapılan çalışma ile uygunluk göstermektedir.

Bebekler fetal dönemde seslere tepki göstermekte ve doğumdan sonra onlara belirgin bir şekilde yanıt vermektedir. Yeni doğan bebekler tanıdık çevresel sesleri ve doğum öncesi çevrelerden annenin anadilleri ve diğer dilleri birbirinden ayırırlar ve annenin sesini diğer kadınların seslerinden ayırt ederler. Ayrıca prenatal dönemde öğrenmenin, örneğin, bebeklik döneminde dil öğrenimini kolaylaştırdığı ve bağlanma için bir temel oluşturduğu öne sürülmüştür (Partanen ve diğ 2013). Çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun spontan olarak bebekleri ile iletişime geçtikleri ve bebeklerine karşı olumlu oldukları görülmektedir.

Gebeliğe karşı olumlu duygular ve prenatal eğitime katılımın doğum sonrası bağlanmada etkili olduğu bulunmuştur (Cannella 2005). Ülkemizde prenatal eğitim, doğuma hazırlık sınıfları ile 2000' li yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2014 'de yayınladığı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi ile gebe bilgilendirme sınıflarında artış görülmektedir (Gönenç ve diğ. 2017). Bu genelge ile anne adayının gebelik döneminde bilgilendirilmesinin bir annelik hakkı olduğu ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem kadınlar için önemli bir yaşam deneyimi oluşturmaktadır. Kadının bu dönemde sağlıklı bir insan yaratması için, vücudu hakkında yeni bilgilere,

kendi sağlığı ve büyüyen fetüsün sağlığına yatırım yapması için öğrenmesi gereken bilgilere ihtiyacı vardır (Shi ve diğ. 2015). Gebelik sürecinde, sağlık profesyonelleri tarafından gebe ve fetüsün düzenli aralıklarla kontrol edilmesi, gerekli muayene, bakım, eğitim ve danışmalık hizmetlerinin verilmesi ve gebelerin gebeliklerine uyumunu desteklemektedir. Doğum ncesi bakımın etkinliği gebe bilgilendirme sınıfları ile arttırılmıştır. Doğuma hazırlık eğitim sınıfları aile merkezli, gebelik, doğum, doğum sonu dönemleri içeren bir eğitim sınıfıdır (Taşkın 2016, Kartal ve Karaman 2018). Doğum ncesi eğitimin amacı, ebeveynlerin bilgili anneler ve babalar olmalarına yardımcı olmak, gebelik ve doğum sırasında aktif rol almalarını sağlamak ve gebelik, doğum, ebeveynliğe ait bilgiler öğretmektir (Shi ve diğ. 2015).Doğuma hazırlık eğitimlerinin prenatal bağlanmayı desteklediği yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır. Della Vedova ve arkadaşlarının 2008 yılında İtalya'da yaptıkları çalışmada gebelik sınıflarına katılan gebelerin gebelik haftaları arttıa prenatal bağlanma puanlarının arttığı belirlenmiştir. Nazik' in2017 yılında Adana ilinde yaptığı çalışmada antenatal sınıflara katılan gebelerin bağlanma puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Nazik ve diğ. 2017).

5.3. Katılımcıların Gruplara Göre, Gebeliğin 28., 32. ve 36. haftasındaki Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ve Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası (F.P.F.S) Puanlarının Dağılımlarının Tartışılması

Hemşirelik müdahaleleri, anneliğin benimsenmesi, fetal-bebek davranışları hakkında bilgi artışı, bebek hakkında olumlu duygular prenatal ve postnatalbağlanmayıarttırmaktadır. Bu nedenle hemşirelik müdahaleleri anne-bebek bağlanması için önemlidir. Çalışmamız I. ve II. Leopold manevraları ile yapılan hemşirelik uygulamasının prenatal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya katılan deney grubundaki gebelerin 28. hafta PBE puanı 63,58±8,48 iken, kontrol grubundaki gebelerin puanları ise 64,26±8,11 olarak saptanmıştır(izelge 4.3.1). F.P.F.S puanları ise, deney grubunda 17,72±4,87, kontrol grubunda 18,20±3,87 olarak bulunmuştur (izelge 4.3.3). Çalışmamızda 28. haftaPBE ve F.P.F.S puanları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p >0,05, izelge 4.3.1, izelge 4.3.3).

Deney grubunda 32. hafta PBE puanı 71,18±7,87 ve 36. Hafta PBE puanı 76,10±6,76 iken, kontrol grubunda 32. hafta PBE puanı 65,66±8,51ve 36. hafta PBE puanı

67,10±7,80 olup, deney ve kontrol grubu arasında oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,01, Çizelge 4.3.1).

Deney grubunun 32. hafta F.P.F.S puanı 24,54±4,40 ve 36. FPFS puanı 27,32±2,92, kontrol grubunun 32. hafta F.P.F.S puanı 18,34±3,94, 36. FPFS puanı ise, 18,90±4,06 olup deney ve kontrol grubu arasında oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,01, Çizelge 4.3.3). Eğitim verilen ve Leopold manevralarının uygulandığı deney grubunun PBE ve FPFS puanlarının, kontrol grubuna göre yüksek bulunması deneysel hemşirelik girişimin etkinliğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Güney'in (2016) yaptığı randomize kontrollü deneysel çalışmasında, deney grubuna fetal hareket sayımı eğitimi verilmiş ve çalışma sonunda deney grubundaki gebelerin PBE puanlarında artış saptanmıştır. İran' da yapılan bir çalışmada üç ayrı kontrol ve üç ayrı deney grubu çalışmaya alınmış ve deney grubuna haftada iki saat olmak üzere dört oturumu içeren bir eğitim programı hazırlanmıştır. Eğitim programının ilk oturumunda gebelere bağlanma, maternal fetal bağlanma, faydaları, bağlanmayı destekleyen ve gelişmesini sağlayan davranışları içeren bir eğitim verilmiştir. Bu davranışlar fetal hareketlerin sayımı ve kayıt etme, fetüs görünümünün olumlu hayali, fetüse konuşma, bebeği emzirmeyi hayal etme ve abdominal dokunmayı içeren davranışlardır. Diğer oturumlarda ise, gebelerin kayıt altına aldıkları bilgiler hakkında bilgi paylaşımları yapılmıştır. Kontrol ve deney grubunun eğitim başında PBE puanlarında anlamlı bir farklılık görülmezken, eğitim sonunda PBE puanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur (Abasi ve diğ. 2013). Nishikawa ve Sakakibara tarafından PBE ve Leopold manevraları ile ilgili deneysel olarak yaptıkları çalışmada, yapılandırılmış girişim programının prenatal bağlanmayı arttırdığını belirlemişlerdir (Nishikawa ve Sakakibara 2013). Diğer bir çalışmada ise, Maternal- Fetal Bağlanma ölçeği (MFAS) ve Leopold manevraları ve fetal hareket sayımını içeren bir eğitim programı sonrası prenatal bağlanmada artış saptanmıştır (Marzouk ve Nabil 2015). Çıldır(2015) tarafından prenatal bağlanma düzeyinin, gebelikte anksiyete ve depresyonun erken çocukluk dönemine etkilerini belirlemek amaçlı yaptığı kohort çalışmada, gebelik döneminde prenatal bağlanma puanı yüksek olan gebelerin, depresyon ve anksiyetesinin olmadığını ve bu durumun doğum sonu iki yıl boyunca sürdüğünü ve çocuklarının duygusal ve davranışsal gelişimlerinin normal olduğu ve gelişme geriliği olan çocukların annelerinin ise prenatal bağlanma puanlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir. Doğuma hazırlık eğitimlerinin prenatal bağlanmayı desteklediği

yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır. Kartal ve Karaman' ın (2018) Sakarya' da yarı deneysel olarak yaptıkları çalışmasında ise, bir kamu hastanesinin doğuma hazırlık sınıfına başvuran 44 gebe kadın üzerinde altı hafta eğitim verilen gebe kadınların eğitim öncesi PBE puanı ortalaması 59, 90± 12,40 iken, eğitim sonrası PBE puan ortalaması 71,88 ± 8,25 olarak belirlenmiştir. Benzer çalışmalarda verilen eğitimve yapılan uygulamaların yapılmayanlara göre ölçek puanları, çalışmamızla benzer olup eğitim ve hemşirelik uygulamalarının yapılmasının belirleyici olduğu belirtilmektedir. Sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimlerde prenatal bağlanmaya da değinilmeli, gebe kadınların içsel kontrol odağının güçlendirilmesi, kendi sağlığı ve fetüsün sağlığı konusunda sorumluluk alabilmelerisağlanmalıdır.

5.4. Gruplara Göre Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik, Sosyal Destek ve Bebeğe İlişkin Özellikler İle PBE ve F.P.F.SPuanı Arasındaki İlişkilerinin Tartışılması

Ülkemizde ve dünyada prenatal bağlanmayı etkileyen faktörleri belirlemek amaçlı yapılan çalışmalar mevcuttur. Prenatal bağlanmanın anne yaşı, eğitim düzeyi, bebeğin cinsiyetinin anne tarafından tercihine uyumluluğu ve gebelik sayısı ile doğrudan bağlantısı bulunmamaktadır (Cannella 2005). Yaş, etnik köken, gelir ve eğitimin maternal- fetal bağlanmayı düşük boyutlarda etkilemektedir. Gebelik boyunca sosyal desteğin de prenatal bağlanma açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Yarcheski 2009). Yılmaz ve Beji (2010) tarafından 210 gebe kadın üzerinde yapılan çalışmada, 35 yaş ve üzeri gebe kalan kadınların, öğrenim düzeyi düşük olan, çalışmayan, gebeliği planlı olmayan ve multipar gebe kadınların PBE puan ortalamasının düşük olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda maternal yaş ile PBE puanı arasında ilişki incelenmiş, deney grubunda maternal yaş ile prenatal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.Kontrol grubunda ise, gebelerin 28. haftası ile 32. haftası arasında PBE puanındaki fark ile yaş arttıkça puan farkı azalan %33,4' lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($r=-0,334$; $p=0,018$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.1). Ancak 28. ve 36. gebelik haftalarındaki PBE puanları arasındaki fark ile maternal yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p> 0,05$, Çizelge 4.4.1). Yılmaz ve Beji (2010)' nin yaptıkları çalışmada 35 yaş ve üzeri gebelerin PBE diğer gebelere oranla daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.Cannella (2005)'ninliteratür taramasını içeren çalışmasında ise, anne yaşının prenatal bağlanmayı etkilemediği belirtilmiştir. Üstünsöz ve arkadaşlarının

(2010) yaptıkları çalışmada gebe kadın ve eşlerinin yaşı arttıkça negatif yönde PBE puan farkı olduğunu belirlenmiştir. Çalışmamızda elde anne yaşı ile gebelik haftası ile elde edilen PBE puan farkları ve F.P.F.S puan farkları arasındaki ilişki yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Gebelerine eğitim durumu ile prenatal bağlanma düzeyi arasındaki ilişki bazı çalışmalarda anlamlı bulunmuştur. Metin ve Pasinlioğlu (2016), Erzurum ilinde yaptıkları çalışmada eğitim durumu ortaöğretim ve üniversite mezunu gebelerin PBE puan ortalamasının eğitim durumu okur- yazar ve ilkokul olan gebelerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda deney grubundaki gebe kadınların eğitim durumları ile PBE arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmemiştir ($P>0,05$). Gebe eğitim durumları üniversite olan gebe kadınların F.P.F.S puanı 28. gebelik haftası ile 32. gebelik haftası arasındaki puanındaki farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmezken ($p=0,051$; $p>0,05$), gebe eğitim durumu üniversite olanların F.P.F.S 28. haftaya göre 32. haftada artış yönündeki değişim anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.4.2). Cannella (2005)'nin yaptığı çalışmada gebelerin eğitim durumunu prenatal bağlanmayı etkilemediği belirtilmiştir. Deney grubu olgularında baba eğitim durumu üniversite olanların 28. gebelik haftası ile 32. Gebelik haftası arasında fetal pozisyon farkındalık puanları artış göstermesi anlamlı olamamakla birlikte dikkat çekicidir. Kontrol grubunda ise, gebe eğitim durumu ile PBE ve F.P.F.S puan farkları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda elde edilen bulgu gebelerin eğitim seviyesinin yüksek olması nedeniyle yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan deney ve kontrol grubundaki gebelerin eş eğitim durumları ile PBE puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.4.3). Dağlı (2016)'nin çalışmada ise, prenatal bağlanma ve eş meslek durumu karşılaştırılmış ve eş mesleğinin memur olanların PBE puanının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda gebelerin eşlerinin eğitim seviyelerinin yüksek olması ve gebelerin prenatal bağlanma puanlarını yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Prenatal bağlanma ve gebelerin algıladıkları ekonomik durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışmamızda PBE ve F.P.F.S puanlarının farkı ile ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.4.4). Elkin (2015)'in çalışmada geliri giderinden fazla olan gebelerin diğer gelir durumuna sahip

gebelerden PBE puan ortalamalarının fazla olduğunu belirtmiştir. Yarcheski (2009)' nin yaptığı literatür taramasını içeren çalışmasında ise, gebelerin ekonomik gelir durumunun prenatal bağlanmayı düşük boyutlarda etkilediğini belirtmiştir. Çalışmamızda gebelerin gelir durumunun prenatal bağlanmayı etkilemediği görülmektedir.

Çalışmamızda deney grubunda 2. gebeliği olan gebelerin, ilk gebeliği olan gebelerden 28. gebeliğindeki PBE ile 36. gebelik haftasındaki PBE puanları arasındaki fark arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p= 0,016$; $p< 0,005$, Çizelge 4.4.5). Kontrol grubunda ise, gebelik sayısı ile PBE ve F.P.F.S puan farkları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Mutlu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ilk çocuğa sahip olan annelerin bağlanma puanının yüksek olduğu belirtilmiştir. Yılmaz ve Beji' nin (2013) yaptıkları çalışmasında ise, multipar gebe kadınların, nullipar gebe kadınlardan PBE puanları düşük bulunmuştur. Elkin (2015)' in çalışmasında gebelik sayısı ile PBE puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda farklı çıkmasının nedenin gebelerin kişisel, ailesel faktörleri ile birlikte, bağlanmayı etkileyen diğer faktörlerin de etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin, gebeliğin planlı olma durumu ile PBE ve F.P.F.S puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.4.6). Abbasoğlu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında gebeliğin planlı olma durumu ile anne bağlanması arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir. Yılmaz ve Beji (2010)' nin çalışmasında gebeliği planlı olmayan gebelerin PBE puanının düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmamız Abbasoğlu ve arkadaşlarının çalışması ile uygunluk göstermektedir.

Gebelikte sigara kullanımının deney ve kontrol grubundaki PBE ve FPFS puanlarının gebelik haftaları arasındaki ilişki, çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.4.7). Yapılan bir çalışmada prenatal bağlanma düzeyi düşük olan kadınların, günlük sigara sayısı az olan kadınlardan daha fazla sigara içtikleri belirtilmiştir (Magee ve ark). Çalışmamızda gebelerin PBE puanlarının yüksek olması, düzenli gebelik takiplerini yaptırılmaları ve gebe bilgilendirme sınıfına gönüllü katılımları gibi davranışlar sergiledikleri gözlemlenmektedir. Çalışmamız bu anlamda diğer çalışma ile farklılık göstermesi bu konu ile ilgili geniş kapsamlı araştırmalarının yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki gebelerin belirlenmiş olan bebek cinsiyetleri ile PBE ve F.P.F.S puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($p>0,05$, Çizelge 4.4.8). Kontrol grubundaki gebelerin bebeğinin cinsiyeti erkek olanların 28. hafta PBE puanına göre 32. hafta PBE puanındaki farkları, bebeğinin cinsiyeti kız olan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,018$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.8). Abbasoğlu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bebeğin cinsiyetinin bağlanmayı etkilemediği belirtilmiştir. Erdemoğlu (2016)' nun çalışmasında kız ve erkek fetüse sahip olan gebelerin PBE toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Koyun ve Demir (2013)' in yaptıkları çalışmada gebelerin %65,7' sinin ise toplumun fetal cinsiyetin erkek olmasından yana olduğunu düşündüğünü belirttikleri belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçta ise Türk toplumunun geleneksel tutumu ile açıklanabilir.

Gebelerin gebelik döneminde fetüsleri ile konuşmasının bağlanmayı etkilediği ve doğum sonu dönemde prenatal bağlanma puanı yüksek olan annelerin bebeklerinin kolay mizaca sahip olduğunu belirtmişlerdir (Wang ve diğ. 2015). Nishikawa ve Sakakibara (2013)'nin çalışmasında fetüsle tinsel temasın artmasının PBE puanını ve gebelerin fetüs ile konuşma sıklığının arttığını belirlenmiştir. Çalışmamızda kontrol grubundaki gebelerin PBE puan farkları, günde üç ve üzeri konuşan gebelerin, günde bir veya iki kez konuşan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,026$; $p<0,05$ ve $p=0,036$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.9). Çalışmamızda elde edilen konuşmaya dayalı verinin, gebelik döneminde annelerin bebekleri ile iletişiminin prenatal bağlanmayı desteklediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 60' ı müzik dinlemekte, %40' ı ise müzik dinlememektedir. Kontrol grubundaki müzik dinleyen gebelerin 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, müzik dinlemeyen gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$ Çizelge 4.4.10). Gebe kadınlara gebeliğin 11-14. haftalarında trans vajinal ultrason öncesi 30 dakika boyunca müzik dinletilmiş ve müzik dinleyen gebelerin kaygı düzeylerinde azalma belirlenmiş ancak prenatal bağlanma düzeylerini etkilemediği belirtilmiştir. Bu çalışma gebeliğin 11-14. haftalarında uygulanmış olmasının ve fetal hareket hissini eksikliğinden kaynakladığı sonucuna varılmıştır (Shin HS ve Kim JH 2011). Çalışmamızda gebelerin müzik dinlemesinin nedenleri ve stres durumu ele alınmamıştır. Gelecekte yapılacak diğer çalışmalarda müzik, stres yönetimi ve bağlanma ilişkisi ayrıca sorgulanmalıdır.

Gebelerin gebelik döneminde bilgi gereksinimi sorgulanan bir çalışmada %58,5 oranında gebelik konusunda ve %28,4 fetal sağlık konusunda olduğunu belirtmişlerdir (Yenal ve diğ. 2010). Çalışmamızda deney grubundaki bebek bakımı, annelik ve ebeveynlik ile ilgili kitap, dergi okuyan gebelerin ile 28. hafta PBE puanına göre 36. hafta PBE puanındaki farkları, okumayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,036$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.11). Çalışmamızda gebelerin spontan olarak prenatal bağlanmaları yüksek bulunmuştur. Deney grubuna verilen eğitimin içeriğinin genel anlamda etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Gebelik boyunca sosyal destek, yapılan çalışmalarda en önemli etken olarak görülmektedir (Yarcheski 2009). Gebe tarafından algılanılan sosyal desteğin prenatal bağlanma ile ilişkili olduğu ülkemizde de yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.

Literatürde, prenatal bağlanmanın, annenin eş ve ailesi ile duygusal iletişimin önemli olduğu, duygusal iletişimleri iyi olan annelerin, doğum sonu bebekleri ile daha fazla konuştukları ve şarkı söylediklerini belirtilmiştir (Hergüner ve diğ. 2014, Metin ve Pasinlioğlu 2016, Doan ve Zimerman 2008). Milligan ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada ise, kendi anneleri ile güvenli bağlanma stili olan kadınların daha erken ve yüksek düzeyde ortaya çıkan prenatal bağlanma puanına sahip oldukları bilinmektedir. Çalışmamızda tam olarak sosyal destek sorgulanmasa da, gebelerin kendi anneleri ve eşleri ile olan ilişkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin kendi anneleri ve eşleri olan ilişkilerinin PBE, F.P.F.S puan farkları arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.4.12, Çizelge 4.4.13). Çalışmamızda gebelerin PBE puan ortalamalarının yüksek olmasının ilişkilerinin iyi olmasından ve gebe bilgilendirme sınıfını tercih etmelerinin bir nedeni olarak sağlık profesyonellerinin verdiği sosyal ve profesyonel desteklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.5. Sınırlılıklar

Bu araştırma, sadece bir gebe merkezinde yapıldığı için tüm gebelere genellenemezve ayrıca eğitim almayan gebe izlem polikliniğinde normal gebelere de tekrarlanması gerekmektedir.

Veri toplama aşamasında yapılan girişimin 30 dakikadan fazla sürmesi ve gelen gebenin bu süreyi uzun bulması, bazı gebelerin obstetrik ve kişisel nedenleri ile çalışmayı tamamlayamamalarıda araştırma sırasında yaşanan diğer güçlüklerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin (Yaş ortalaması, BKİ ortalaması, eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumu, eş çalışma durumu, gelir durumu, evlilik süresi gibi) benzer oldukları ($p>0,05$, Çizelge 4.1.1)
- Deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik ve sosyal destek özellikleri bakımından verilerin benzer olduğu, ($p>0,05$, Çizelge 4.1.2)
- Deney ve kontrol grubundaki bebeğe ilişkin özelliklerin (bebek hareketlerinin hissedilme zamanı, bebeği ultrasonda görme, bebeğin cinsiyeti gibi) benzer olduğu, ($p>0,05$, Çizelge 4.2.1)
- Deney ve kontrol grubunda 28. gebelik haftasındaki PBE ve F.P.F.S puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ($p>0,05$, Çizelge 4.3.1, Çizelge 4.3.3)
- Deney grubunda 28. Haftada hemşirelik girişiminin uygulanmasında sonraki PBE ve F.P.F.S puanının girişim öncesi PBE ve F.P.F.S puanından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p<0,01$, Çizelge 4.3.2, Çizelge 4.3.4),
- Deney grubundaki gebelere uygulanan hemşirelik uygulamasının gebeliğin 28. haftasına göre 32. ve 36. haftalarındaki PBE, FPFS puanlarının farkının yüksek olduğu ($p>0,01$, Çizelge 4.3.1, Çizelge 4.3.3),
- Kontrol grubunun gebeliğin 28. haftasına göre 32. ve 36. haftalarındaki PBE, puanlarının farkının yüksek olduğu ($p<0,05$, Çizelge 4.3.1),
- Deney grubuna yapılan hemşirelik uygulaması sonrası 32. ve 36. haftalarındaki PBE ve F.P.F.S puanlarının ortalamaları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$, Çizelge 4.3.1, Çizelge 4.3.3)
- Kontrol grubunun yaşları ile 28.hafta PBE puanına göre 32. Hafta PBE puanındaki fark arasında negatif yönlü %33,4' lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($r=-0,334$; $p=0,018$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.1),
- Deney grubunda 28. hafta PBE puanına göre 36. Hafta PBE puanındaki farkları, gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p<0,05$). ancak, bir kez gebe kalanların PBE puanının artış yönündeki değişimi iki kez gebe kalanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p=0,016$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.5),

- Kontrol grubunda bebeğinin cinsiyeti erkek olan gebelerin 28. Hafta PBE puanına göre 32. Hafta PBE puanındaki farkları, bebeğinin cinsiyeti kız olan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,018$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.8),
- Kontrol grubunda günde bir veya iki kez konuşan gebelerin 28. Hafta PBE puanına göre 32. Hafta PBE puanındaki farkları, 28 hafta PBE puanına göre 36. Hafta PBE puanındaki farkları ile günde 3 kez ve üzeri konuşan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p=0,026$; $p<0,05$, $p=0,036$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.9) bulunmuştur.
- Deney grubunda bilgi edinme amacıyla kitap, dergi vs okuyan gebelerin 28. Hafta PBE puanına göre 36. Hafta PBE puanındaki farkları, okumayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p=0,036$; $p<0,05$, Çizelge 4.4.11),

Öneriler;

- Gebe eğitim sınıflarında eğitim modüllerine prenatal bağlanma konusunun da ilave edilmesi,
- Anne, bebek ve baba bağlanması artırıcı afiş, slogan, broşür ve diğer eğitim materyallerinin hazırlanarak gebe eğitim sınıfları, antenatal izlem poliklinikleri, doğum servisleri, doğumhane, doğum sonu ve jinekoloji servislerinde de duyurulması,
- Hemşireler, ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından bağlanma ile ilgili görsel, işitsel ve yazılı materyallerin medya ve sosyal medya aracılığıyla da duyurulması ve yaygınlaştırılması,
- Prenatal bağlanma ile ilgili deneysel, randomize kontrollü, kalitatif, sistematik derleme meta analiz ve kitap çalışmalarının yapılarak konu ile ilgili literatür bilgisinin artırılması ayrıca hemşireler tarafından prenatal bağlanmayı artırıcı hemşirelik aktiviteleri ilgili çalışmaların yapılarak kadın doğum hemşirelerinin rollerinin güçlendirilmesi,
- Prenatal bağlanma konusunun hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin lisans eğitiminde yer almasının sağlanması ve eğitim müfredatlarının güncellenmesi
- Prenatal bağlanma ve fetal farkındalık konusunda farklı ölçeklerle farklı çalışmaların yapılması,

- Prenatal dönemde yapılan çalışmaların anne ve çocuk sağlığı açısından doğum sonu dönemde dahil uzun döneme yayılarak kohort çalışmalar şeklinde planlanması,
- Farklı özellikteki gebeler (riskli, adölesan vs) üzerinde de çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

Çalışmamızda, maternal-fetal bağlanma artışının, annenin daha iyi bir fiziksel sosyal ve ruhsal sağlığa neden olabileceği sonucuna varılabilir. Aynı zamanda iyi bir bağlanma süreci fetal ve bebek sağlığını da olumlu etkiler. Bu nedenle, tüm sağlık hizmeti uygulayıcılarının gebelik sırasında tüm annelere fetal dokunmayı, fetal hareketleri saymayı ve leopold manevralarını kullanmalarını ve hemşirelerinde bu tür girişimleri kullanmalarını önermekteyiz.



KAYNAKLAR

Abbasoğlu A, Atay G, İpekçi AM, Gökçay B, Candoğan ÇB, Şahin E, Toklu T, Tarcan A. Annenin bebeğe bağlanması ile infantil kolik arasındaki ilişki. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2015; 58: 57-61

Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Takami GN. Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 2012; 9, 68-75. (ISSN:1097-8135).

Abasi E, Tafazzoli M, Esmaily H, Hasanabadi H. The effect of maternal-fetal attachment education on maternal mental health, *Turk J Med Sci* 2013; 43: 815-820

Akarsu RH. Gebelik yorgasının gebenin psikososyal sağlık düzeyi ve prenatal bağlanmaya etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016

Akarsu RH, Tuncay B, Alsac SY. Anne- bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(4):275-279

Akberzadeh M, Maattari M, Abootalebi M. Effect of the BASNEF Model on Maternal- Fetal Attachment in the pregnant women referring to the *Prenatal Clinics Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. Iranian Journal of Neonatology*. 2017;8(3), (doi:10.22038/ijn.2017.20521.1229)

Akgün N. Maternal beden kütle indeksi ve gebelikte vücut ağırlığı artışı takibinin perinatal sonuçlar ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013

Altan I. Ninni dinletmenin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebekler üzerine etkisi, Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016

Alan H. Doğum sonrası dönemde sosyal desteğin anne bebek bağlılığına etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011

Alden KR. Anatomy and Physiology of Pregnancy Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Maternity Women's Health Care. 11. Edition. Elsevier, USA, 2016, s: 283-299
<http://evolve.elsevier.com/Lowdermilk/MWHC>

Alhusen JL. A literature update on maternal- fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2008;37(3), 315-328

Alhusen JL, Hayat MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Arch Womens Ment Health*, 2013; 16:521-529

Anand L, Hima B. Validation of tamil version of Cranley's 24-Item Maternal-Fetal Attachment Scale in Indian pregnant women. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* (November-December 2012); 62(6):630-634

Ataman H, Arslan H. Doğal gebelikler ile infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri, *Aile ve Toplum Eğitim- Kültür Araştırma Dergisi*, Ekim-Kasım-Aralık 2010:75-81

Atan ŞÜ. Gebeliğin oluşumu ve fizyolojisi. Şirin A, Kavlak O. (Ed), Kadın Sağlığı (Genişletilmiş 2. Baskı) Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2016, s: 370-382

Akyüz Y. Doğum Yapan kadınların maternal bağlanma ve emzirme öz-yeterliliği ilişkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2017

Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *JACSD, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2014; Eylül / Ekim / Kasım / Aralık Sayı: 01 Cilt: 01 Yaz Sonbahar Dönemi. 25-37.

- Baçoğul C, Lök N, Öncel S. Çocukların aile içi şiddetten korunmasında ailelere yönelik girişimler.*Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2017; 9(2):123-135
- Beji NK, Özkan SA. Gebelikte Görülen Fizyolojik / Psikolojik Değişiklikler.Beji NK(Ed) Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2016, s:284-244
- Beji NK, Dişsiz M. Gebelik ve Hemşirelik Yaklaşımı. Beji NK(Ed) Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2016, s: 249-299
- Bostancı G, İnal S. Bebek dostu özel bir hastanede doğum yapan annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin ve bebeklerini emzirme durumlarının değerlendirilmesi. *HSP* 2015;2(3):260-270
doi:10.17681/hsp.27403
- Brandon A, Pitts S, Denton W, Stringer CA, Evans HM. A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal ve Perinatal Psychology ve Health*, 2009; 23(4): 201-222.
- Bilgin Z, Alpar ŞE.Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri.*HSP* 2018;5(1):6-15
- Buko G, Özkan H.Gebelerin duygusal zekâları ile prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişki, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;19:4
- Cannella BL. Maternal – fetal attachment: An integrative review. *J Adv Nues*, 2005;50(1), 60-68.
- Chang HC, Chen SY, Chen CH. Predictors of antenatal psychosocial stres in Taiwanese women.*The Journal of Nursing Research* , September 2016; 24(3):193-200
- Chen C-J, Chen Y-C, Sung H-C, Kuo P-C,Wang C-H.Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(10):2200-2208.doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05665.x
- Cock ES, Henrich J, Vreeswijk CM, Maas AJ, Rijk CH, Van Bakel HJ. Continuous feelings of love? The parental bond from pregnancy to toddlerhood. *J Fam Psychol* 2016 Feb;30(1):125-34
- Colonnello V, Petrocchi N, Farinelli M, Ottaviani C. Positive social interactions in a lifespan perspective with a focus on opioidergic and oxytocinergic systems: implications forneuroprotection, *Current Neuropharmacology*, 2017; 15: 543-561
- Çakaloz DK. Leopold manevralarını uygulama, Karaçam Z, Çoban A, Taşpınar A.(Ed) Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirme. Ankara Nobel Kitapevleri, Ankara 2018:196-199
- Çalık C, Esenay FI, Sezer TA. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanguru bakımı uygulama durumları ve engeller. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2015; 17(1): 1-9
- Çetin FC, Demirci N, Çalık KY, Akıncı AÇ. Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*;2017;48(4):135-141
- Çıldır DA. Prenatal bağlanma düzeyinin, gebelikte anksiyete ve depresyonun erken çocukluk dönemine etkileri: Bir kohort çalışması. Yayımlanmamız Tez, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, 2015.
- Çınar N, Topal S, Altınkaynak S, Gebelikte Sigara Kullanımı ve Pasif İçiciliğin Fetüs ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkileri, *J Hum Rhythm* - June 2015;1(2):52-57).
- Çoban A, Saruhan A. Anne- bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21 (2) : 89-96
- Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014; 36: 429-441
- Dağlı K. Gebelikte bebeğe yönelik yapılan hazırlıkların prenatal bağlanma ile ilişkisi.Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, 2017

- Della Vedova AM, Dabrassi F, Imbasciati A. Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, May 2008; 26(2): 86-98
- Demirbağ MF. Bağlanma Teorisi' nin kökenleri: John Bowlby ve Mary Ainsworth. *Düzce Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2017; 1(2): 76-90.
- Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *MUSBED* 2014 4(4):200-206.
- Demirci H, Şimşek HN. Effects of prenatal education on fear of childbirth. *Türkiye Klinikleri J Health Sci* 2018;3(1):48-56 DOI:10.5336/healthsci.2017-58144
- Desticioğlu K, Malas MA. Fetal büyümeye etki eden maternal faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak. Derg.* 2006;13(2):47-54
- Diñç H, Yazıcı S, Yılmaz T, Günaydın S. Gebe Eğitimi, *HSP* 2014;1(1):68-76.
- DiPietro JA. Psychological and psychophysiological considerations regarding the Maternal-Fetal Relationship, *Inf. Child. Dev.* 2010; 19: 27-38
- DiPietro J.A. Prenatal development In. Encyclopedia of Infant and early childhood development ed, by Marchall M.Haith and Janette B.Benson, 2008, Academic Press, San Diego, Vol:2, pp:604-614
- Doan HM, Zimerman A. Prenatal attachment: A developmental model. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 2008; 20(1/2): 20-28
- Doğan R, Sayiner FD, Tanır HM. Aile sağlığı merkezine başvuran gebelerde obezite sıklığının ve obezitenin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *HSP*;2018;5(1):16-23 DOI: 10.17681/hsp.332707
- Doğu S, Ergin AB. Gebe kadınların sigara kullanımı etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2008;1(1):26-39
- Dönmez A, Er M, Karaçam Z. Gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebeliğe bağlı fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi, *Life Sciences (NWSALS)*, 2018;13(1):1-10, DOI:10.12739/NWSA.2018.13.1.4C0015
- Durualp E, Kaytez N, Girgin BA. Evlilik doyumu ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017; 18(2):129-138
- Durualp E, Bektaş G, Ergin D, Karaca E, Topçu E, Annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum kilosu, boyu ve baş çevresi arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2011, 64 (3), DOI: 10.1501/Tıpfak_000000795
- Duyan, V, Kapısız, DG, Yakut, Hİ. The adaptation of fetal attachment inventory to Turkish with a group pregnant women. *The Journal of Gynecology – Obstetrics and Neonatology*, 2013; 10(39),1609-1614
- Dündar Ö, Çiftçınar T, Tütüncü L, Ergür AR, Atay MV, Müngen E. The effects of the pre-pregnancy maternal body mass index on the pregnancy outcomes. *Perinatal Journal • August 2008*;16(2): 43-48 Issue: 2/August 2008
- Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler, *Sted*, 2015; 24(6), 230-236.
- Eswi A, Khali A. Prenatal Attachment and Fetal Health Locus of Control among Low Risk and High Risk Pregnant Women. *World Applied Sciences Journal*, 2012; 18 (4), 462-471
- Erdemoğlu Ç. Fetüsün cinsiyetinin prenatal bağlanma ve algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkisinin saptanması. Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
- Ergün E. Birinci trimester ultrasonografi incelemesi, , Türk radyoloji Seminerleri, Sem 2017; 5: 185-201

Giersiepen K, Janssen B, Tsoneva-Pentcheva L.(2006) Euro-scip-III-survey: an international comparison of smoking prevalence in pregnant women.Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine (BIPS),Bremen,Germany,<http://www.womenofthenorthwest.net/newsletters/Bips%20Pregnancy%20and%20Smoking%20Research%20Report.pdf>. [erişim tarihi 10.5.2018].

Glover V, Capron L. Prenatal Parenting. *Current Opinion in psychology*, June 2017; 15: 66-70

Gölbaşı, Z., Uçar T., Tugut N. Validity and reliability of the Turkish version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. *Japan Journal of Nursing Science*, 2015; 12,154-161 doi:10.1111/jjns.12052

Gönenç İM, Duyan V, İlhan S, Erkal İ, Puruçcuoğlu E, Güven HK, Antenatal dönemde verilen gebe eğitiminin fetal sağlık kontrol odağına etkisinin incelenmesi.*Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2016; 13(1): 12 – 17

Gönenç İM, Çakırer Ç, Albayram N. Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. *Journal of Human Sciences*, 2017; 14(2): 1609-1620.

Güleç D, Kavlak O. .Baba- bebek bağlanma ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi.*International Journal of Human Sciences*, 2013; 10(2): 170-181.

Güleşen A, Yıldız D. (2013) Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasını kanıtı dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013; 12(2):177-182.

Güney E.Fetal hareket sayımının doğum öncesi anne bağlanması üzerine etkisi, Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2016

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009

Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014;27:15-20

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics, 2015, erişim tarihi: 10.05.2018

<http://www.consort-statement.org>, erişim tarihi: 20.08.2016

<https://www.random.org.erişim>, erişim tarihi: 20.08.2016

Janbakhishov CE.Gebelerde anksiyete, depresyon, yetişkin bağlanma özellikleri, prenatal bağlanma düzeyleri ve fetusun intrauterine iyilik hali ilişkisinin değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2013

Ji EK, Pretorius DH, Newton R, Uyan K, Hull AD, Hollenbach K, Nelson TR.Effects of ultrasound on maternal-fetal bonding: a comparison of two- and three-dimensional imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 25: 473–477

Kachlik D, Ksatner I, Baca, V. Christian Gerhard Leopold: Fascinating History of a productive Obstetrician Gynecologist. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2012; Jun, 67(1): 1-5

Karaca S, Öngün E. Ninnilerle büyüme,*G.O.P Taksim E.A.H.JAREN* 2017;3(Ek sayı):28-32

Karanisoğlu H, Günaydın S. Gebeliğin oluşumu ve intrauterin gelişim. Karanisoğlu H, Yazıcı S, Yılmaz T (Ed) Doğum Öncesi Dönem ve Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2017, s: 69-92

Kartal YA, Karaman T. Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni (ZKTB)* 2018;49(1):85-91

Kavlak O., Şirin A.(2009). Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1),188-202

Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3(2): 321-342

Keten E, Gölbaşı Z. Sigara içen gebe kadınlara uygulanan üç farklı sigarayı bıraktırma müdahalesinin etkisi. *TAF Prev Med Bull* 2013;12 (5): 553-562

Kırca AŞ, Savaşer S. Doğum sayısının Anne- Bebek bağlanmasına etkisi. *HSP* 2017;4(3):236-243. DOI: 10.17681/hsp.288941

Koptur A, Emül TG. Fetüs ve yenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: Maternal ve paternal bağlanma ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017;33(3) :153-164

Koyun A, Demir Ş. Fetüsün cinsiyetinin annelik rolüne ve gebeliğe ilişkin düşüncelerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 2(4): 460-9

Körükçü Ö, Kukulu K Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansımaları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2010; 37(4):429-433

Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süresi. *Sted* .2013; 22(6):239-245

Kurtoğlu S, Akın MA, Sarıcı D. Intrauterin büyüme: Prenatal ve postnatal değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*2011;15(3):91-100doi:10.2399/tahd.11.091

Lang C. Bağlanma Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi. Elsevier GmbH, München 2009. Çev. Ed , Üzel N, Özbalcı S (Ed). Modern Tıp Kitapevi, Ankara 2018

Laxton – Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a woman’s experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2002;20(4)

Linde A, Georgsson S, Pettersson K, Holmström S, Norberg E ve Rådestad I. Fetal movement in late pregnancy – a content analysis of women’s experiences of how their unborn baby moved less or differently, *BMC Pregnancy and Childbirth*, (2016) 16:127 DOI 10.1186/s12884-016-0922-z

Lubbe, W. Fetal Stimulation – A Preventative Therapy. Kenner, C.(Ed), Newborn & Infant Nursing Reviews, december, 2007; 7(4), 228-230 doi:10.1053/j.nainr.2007.06.013.

Magee SR, , Bublitz MH, Orazine C, Brush B, Salisbury A, Niaura R, Stroud LR. The relationship between maternal-fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy, *Matern Child Health J*. 2014 May; 18(4): 1017–1022

Malekpour M. Effect of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, July 2007; 53(105): 81-95

Malm, MC, Hildingsson I, Rubertson C, Radestad I, Linolgren H. Prenatal attachment and its association with fetal movement during pregnancy –A population based survey. *Women and Birth*,2016;29:482-486

Malm MC. Fetal movements in late pregnancy. Categorization, Self-assessment, and Prenatal Attachment in relation to women’s experiences. Acta Universitatis Upsaliensis, Upsala 2016

Marzouk T, Nabil H. Effect of a training program about maternal fetal attachment skills on prenatal attachment among primigravida women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, Jan.-Feb. 2015; 4(1): 70-75

Mehran P, Simbar M, Shams J, Ramezani-Tehrani F, Nasiri N. History of perinatal loss and maternal–fetal attachment behaviors, *Women and Birth* 2013;26: 185–189

Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh*, 2004; 36(3), 226-32

Metin A. Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014

Metin A, Pasinlioğlu T. Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki. *JACSD, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2016, Ocak / Şubat / Mart / Nisan Kış İlkbahar Dönemi Sayı: 05: 49-64

Miller A.W.F. Hanretty K.P. Resimli Doğum Bilgisi, çev. Ed. Serdar Günalp, Güneç Kitabevi, 2003 s. 6-10

Milligan K, Atkinson L, Trehub SE, Benoit D, Poulton L. Maternal attachment and the communication of emotion through song. *Infant Behavior & Development* 2003;26: 1-13

Moon C. The role of early auditory development in attachment and communication. *Clin Perinatal* 2011;38: 657-669

Murrey I, Hassll J. Change and Adaptation in Pregnancy. Fraser DM, Cooper MA(Ed) Myles Textbook For Midwives (Fifteenth Edition) 2009, s: 189

MurraySS, McKinney ES. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing (5th Edition) Elsevier, Canada2010

Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer RG. Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. *Psikiyatri Dergisi*, 2015;16(6):442-450.

Navarro-Aresti L, Iraurgi I, Iriarte L, Martínez-Pampliega A. Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): adaptation to Spanish and proposal for a brief version of 12 items, *Arch Womens Ment Health* 2016;19:95-103

Nazik E, Yıkar K S ve Var E. Effect of childbirth education classes on prenatal attachment. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*. [Online]. 2017; 4(2): pp 73-79. Available from: www.prosoc.eu

Nishikawa M, Sakakibara, H. Effect of nursing intervention program using Abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductive Health Journal*, 2013 10(1), 1-7. Doi:10.1186/1742-4755-10-12

Okumuş H. Ebeler Liderliğinde Doğum Bakım Modeli: Hollanda Örneği, *JACSD, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, Eylül 2016, Derleme Özel Sayısı, sayı:07

Olza-Fernandez I, Gabriel MAM, Gil Sanchez A ve diğ. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders, [Front Neuroendocrinol](http://www.frontiersin.org). 2014 Oct;35(4):459-72. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.03.007. Epub 2014 Apr 3.

Ossa X, Bustos L, Fernandez L, Prenatal attachment and associated factors during the third trimester Midwifery, 2012(28):e 689-698

Özçoban FA. Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Bakım, TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet ve Danışmanlığı, Ankara 2017

Partanen E, Kujala T, Tervaniemi M, Huotilainen M. Prenatal music exposure induces long-term neural effects, *PloS One*. October 2013; 8(10): e78946, 1-6. doi: 10.1371/ Journal. Pone.0078946

Perry SE. Conception and Fetal Development. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Maternity Women's Health Care*. 11. Edition. Elsevier, USA, 2016, s: 265-282
<http://evolve.elsevier.com/Lowdermilk/MWHC>

Pirdal Ü, Yalçın BM, Ünal M. Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hek Derg*, 2016; 20 (1): 7-15

Pisoni C, Garofoli F, Tziella C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Manzoni P, Stronati M. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development, *Early Human Development* 2014; 90(2): 45-46

Rathfisch G. İnsan Üreme Fizyolojisi. Beji NK.(Ed) Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2015, s: 197-213

Ross-Davie, M., Butcher, G., Davidson, M., Allely, C. S., Fergie, J., Puckering, C., & Trevarthen, C. (2014). Bonding and Attachment in the peri-natal period: Supporting rich and enjoyable relationships for life. Professional Briefing Paper available from: <http://www.maternal-and-early-years.org.uk/bonding-and-attachment-in-the-perinatal-period-supporting-rich-and-enjoyable-relationships-for-life-2>

Saastad E, Ahlborg T, Gunnes N, Froen F. Fetal movement counting-effects on Maternal-Fetal Attachment: Amulticenter randomized controlled. *TrialBirth*, 2011;38(4)

Saastad E, Ahlborg T, Froen JF. Low maternal awareness of fetal movement is associated with small for gestational age infants. *J Midwifery Womens Health*. 2008;53(4):345–52. doi:10.1016/j.jmwh.2008.03.001

Sadler TW. Langman' s Medical Embryology (12. Basım). Lippincott Williams & Wilkins, 2012 s:204

Sağlam M, Bebeklik dönemi gelişiminde işitme algısı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(1):26-31

Samani RO, Maroufizadeh S, Ezabadi Z, Alizadeh L, Vesali S. Psychometric properties of The Persian version of the Prenatal Attachment Inventory in pregnant Iranian women. *Royan Institute International Journal of Fertility and Sterility*, 2016;10(2): 184-189

Santrock JW. Yaşam Boyu Gelişim Gelişim Psikolojisi. Mc. Graw Hill, XIII. Newyork.2011. Çev. Galip Yüksel, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara 2016.

Say GN, Müjdecı M. Oksitosin ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016; 8(2)

Seçen Eİ, Yavuz AF, Keskin HL, Yeğın GF, Müderrisoğlu T. Sigaranın Yenidoğanın İşitme Fonksiyonu Üzerine Etkisi. *Ankara Med J*, 2017; (1): 65-72. DOI: 10.17098/amj.95107

Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartumadapptation. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 66(5): 999–1010. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05253.x

Siddqui A, Hagglof B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? *Early Human Development*, 2000;59;13-25

Shi Y, Wang D, Yuan Y, Jian Y, Zeng O, Chang . The effect of prenatal education curriculum on mother's prenatal examination utilization, delivery mode and recovery status: a cross-sectional survey in China, *Environ Health Prev Med*, 2015; 20:397–403

Shin H, Park Y-J, Kim MJ. Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *J Adv.Nurs*, 2006; 55(4): 425-434.

Shin HS, Kim JH .Music therapy on anxiety, stress and maternal-fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound. *Asian Nursing Research*,2011;5(1):19–27

Soğukpınar N. Ebe ve Hemşirelik Fonksiyonu Olarak Leopold Manevralarının Fetal Malpresantasyonları Tanılamadaki Etkinliğinin Araştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir 1998

Schultze A, Kurz H, Stümpflen I, Hafner E. Smoking prevalence among pregnant women from 2007 to 2012 at a tertiary-care hospital. *European Journal of Pediatrics*. 2016;175:833-840. doi:10.1007/s00431-016-2710-1.

Tan D,Ebeveyn- Eş İle Bağlanma Ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki: Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü,Yüksek Lisans Klinik Psikoloji,Bahçeşehir üniversitesi, İstanbul, 2016

Tanı F, Castagna V, Ponti L. Women who had positive relationships with their own mothers reported good attachments to their first child before and after birth, *Acta Paediatrica, Nurturing The Child*.2017;18, December

Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. *HSP* 2016;3(3)140-147

- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (Genişletilmiş XIII. Baskı) Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara 2016
- Taşpınar A. Normal Gebelik.Şirin A, Kavlak O (Ed).Kadın Sağlığı (Genişletilmiş 2. Baskı), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2016, s: 284-294
- TAYA; Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler, Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 07 Birinci Basım, 2014, İstanbul ISBN: 978-605-4628-55-1. (44-)
- Turhan E, Sangün Ö, İnandı Ö. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. STED 2006;15(9): 153-157
- Turriff-Jonasson SI.Use of prenatal Testing, Emotional Attachment to the fetus and fetal health locus of control.Master of Arts Degree in the Department of Psychology University of Saskatchewan.(2004)
- Türkiye İstatistik Kurumu.2016.www.tuik.gov.tr. Ulaşım tarihi: 26.04.2018
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2013, www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA-2013-ana-rapor.pdf.Erişim tarihi: 25.04.2018
- Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji *Düşünen Adam*, 2006; 19(1):24-39
- Uçar H. Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi , Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , 2014
- Uçar T, Sabancı E, Okyay EK. The Effect of Interconceptional Duration on Maternal Fetal Attachment and Psychosocial Health. Journal of Current Researches on Health Sector, 2018, 8 (1), 75-88
- Ulutaş A, Aksoy AB, Çalışkan Z. Anne- bebek etkileşimi.İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(1): 38-44
- Usta GM, Balıkcı A. Prenatal stresin nörogelişimsel etkileri.Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar,2012;4(1): 99-111
- Ustunsoz A, Guvenc G, Akyuz A, Oflaz F. Comparison of maternal- and paternal-fetal attachment in Turkish couples, Midwifery (2010) 26, e1–e9
- Üstün-Engin Y, Özzyer Ş. Gebelik İzlem ve Muayeneleri.TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı, Ankara, 2017
- Van den Bergh B, Simons A. A review of scales to measure the mother–foetus relationship. Journal of Reproductive and Infant Psychology, May 2009;27(2):114-126
- Verny T, Kelly, J. Doğmamış Çocuğun Gizli Yaşamı.Çev. Belkıs Elgin, İstanbul: İstanbul Kuraldışı Yayıncılık , 2008,
- Voegtline, K.M.,Costigen, K.A.,Pater, H.A., DiPietro, J.A. Near-team fetal response to maternal spoken voice. *Infant Behavior and Development* , 2013; 526-533
- Wang Z-W, Hua J, Xu Y-H .The Relationship between Gentle Tactile Stimulation on theFetus and Its Temperament 3 Months after Birth.*Hindawi Publishing Corporation Behavioural Neurology* , 2015 , Article ID 371906, 9 pages
- Witkin JW. <http://www.columbia.edu/itc/hs/medikal/humandez/2004/Chapter21 Fetus.pdf>
- Yarcheski, A., Mahon, N., Yarcheski, T., Hanks, M., & Cannella, B. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. International Journal of Nursing Studies, 2009; 46: 708-715. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013
- Yavuz A, Demirtaş Ö, Terzi H, Işıkkent NT, Kale A. Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı ve perinatal sonuçları.*Kocatepe Tıp Dergisi, Kocatepe Medikal Journal*,Ekim 2015;16:244-248

Yazıcı S, Günaydın S. Gebelikte Oluşan Değişiklikler. Karanisoğlu H, Yazıcı S, Yılmaz T.(Ed) Doğum Öncesi Dönem ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2017, s: 95-116

Yazıcı S, Dutucu N. Antenatal Değerlendirme. Karanisoğlu H, Yazıcı S, Yılmaz T. (Ed) Doğum Öncesi Dönem Ve Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2017, s: 117-144

Yenal K, Okumuş H, Sevil Ü. Web ortamında interaktif- antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi. DEUHYO ED 2010, 3 (1), 9-14 [http:// www.deuhyoedergi.org](http://www.deuhyoedergi.org)

Yılmaz SD. Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2010

Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 2010; 20(3): 99-107

Yılmaz SD. Prenatal Anne - Bebek Bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2013; 10 (3): 28-33.

Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16: 103-109.

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Meryem ÇELİK

Doğum yeri ve tarihi: Trabzon/ Araklı / 20.01.1981

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

Çalıştığı Kurum: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İletişim adresi ve telefonu: celikmeryem41@gmail.com Cep: 05058519944

2. Eğitimi

Lisans: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

3. Mesleki Deneyim

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Doğumhane Hemşiresi, 2000 – 2002

İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastane'sinde Doğumhane Hemşiresi, 2003 – 2007

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Servis Sorumlu Hemşiresi, 2007- 2010

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Radyasyon Onkoloji ve Medikal Onkoloji Özel Kat Servis Sorumlu Hemşiresi, 2010 – 2014

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Genel Cerrahi Poliklinik ve Stoma Terapi Hemşiresi, 2014-

4. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği (YOIHD)

5. Bilimsel Etkinlikler

Demirgöz Bal M, Ergin A, Çelik M, Hümanistik Doğum. 5. Uluslararası ve 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 2018; Poster Bildiri, AMASYA,

XI. Temel Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Sertifikası Kursu, 2014

Acıbadem Kozyatağı Hastanesi ve ASEGEM tarafından düzenlenen "I. Onkoloji Hemşireliği Semineri" Katılım, 2010.

Onuncu Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi' ne Katılım, 2006

Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Marmara Bölgesi Çalışma Grubu tarafından
30.12.2003 tarihinde düzenlenen Gebelik ve Hipertansiyon Sempozyumu'na Katılım

“ Anne Sütü İle Beslenmede Danışmanlık Eğitim Kursu”na Katılım, 2004

Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, 2002



EK-1 Anket Formu

Gebelere I. ve II. Leopold manevraları ile yapılan hemşirelik uygulamasının, anne – bebek etkileşimi üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılacak olan bu çalışma anketini içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli olduğunu hatırlatır, katkılarınız için teşekkür ederim.

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları

Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Meryem ÇELİK

Anket No:

Tarih:

1. Yaşınız:.....

2. Medeni durumunuz:

Bekâr Evli

3. Kaç yıllık evlisiniz?

4. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz

Çekirdek aile Geniş aile

5. Eğitim durumunuz:

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

6. Eşinizin eğitim durumu:

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

7. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor Çalışmıyor

8. Mesleğiniz:

Ev hanımı İşçi Devlet memuru Serbest meslek Diğer

9. Eşinizin mesleği:

Çalışmıyor İşçi Devlet memuru Serbest meslek Diğer

10. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Gelirim giderimden az Gelirim giderime denk Gelirim giderimden fazla

11. Kronik bir hastalığınız var mı?

Hayır Evet

12. Evet ise açıklar mısınız?:.....

13. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

Hayır Evet:.....

14. Gebelik öncesi kilonuz:

15. Boyunuz:

16. BKİ:

17. Gebeliğinizden kaynaklanan her hangi bir hastalığınız var mı?

Hayır Evet:.....

18. Gebelik sayınız:.....

19. Yaşayan çocuklarınızın sayısı:.....

20. Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

Evet Hayır

21. Gebe kaldığınızı öğrendiğinizde ne hissettiniz?.....

22. Gebeliğinizi sonlandırmayı düşündünüz mü?

Evet Hayır

23. Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı?

Hayır Evet

24. Cevabınız evet ise sayısı ve türünü açıklayınız.

Düşük..... zamanı:.....

Ölü doğum..... zamanı :.....

Neonatal ölüm..... zamanı:.....

25. Bu gebelik hakkında ne hissediyorsunuz?.....

26. Gebelik kontrollerinize düzenli gidiyor musunuz?

- Evet Hayır

27. Gebeliğinizle ilgili olarak hangi kuruma/kurumlara kontrole gidiyorsunuz?

- Aile hekimliği
 Toplum sağlığı merkezi
 Devlet Hastanesi
 Araştırma ve Uygulama Hastanesi
 Üniversite Hastanesi
 Özel Merkez

28. Gebeliğiniz süresince sigara kullandınız mı/kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır

29. Şu anki gebeliğinizde bebeğin hareketlerini, gebeliğinizin kaçınıcı haftasında hissettiniz?

- 16-18 hafta 19-21 hafta 22-24 hafta

30. Bebeğinizi ultrasonda gördünüz mü?

- Evet Hayır

31.Cevabınız evet ise bebeğinizi ultrasonda gördüğünüzde ne hissettiniz?:.....

32. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- Kız Erkek

33. Bebeğinizin cinsiyeti tercih ettiğiniz cinsiyet midir?

- Evet Hayır Cinsiyet tercihim yok

34. Bebeğinizle konuşuyormusunuz?

- Evet Hayır

35. Cevabınız evet ise son 1 haftada günde ne kadar sıklıkla konuştunuz?.....

36. Gebelik döneminizde müzik dinliyor musunuz?

- Evet Hayır

37. Bebek bakımı, annelik ve ebeveynlikle ilgili kitap, gazete, dergi veya broşür okudunuz mu?

Evet Hayır

38. Kendi annenizle olan bağınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

39. Eşinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

40. Gebe bilgilendirme sınıfına katılmanızda eşinizin desteği var mı?

Evet Hayır



EK- 2Prenatal Bağlanma Envanteri

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. Geçen ay süresince bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun ifadenin olduğu boşluğa (X) işareti koyunuz.

	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 paylaşıyorum.				
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim				
10. Bebeğimin ne zaman uyduğunu bilirim.				
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.				
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırım ya da yaparım.				
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim				
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 paylaşıyorum				
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim				
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım				

EK- 3 Fetal Pozisyon Farkındalık Skalası

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca karnınızdaki bebeğe ait fiziksel aktivite ve bebeğin pozisyonunu içeren düşünceleri içermektedir. Lütfen size uygun ifadenin olduğu boşluğa (X) işareti koyunuz.

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin bacaklarının hareketlerini hissediyorum.					
2. Bebeğimin ellerinin hareketlerini hissediyorum.					
3. Karnıma ellerimle dokunduğum zaman bebeğimin sırtını hissediyorum.					
4. Bebek hareket ettiği zaman yumuşak bir şekilde karnıma dokunurum.					
5. Bebeğimin hareketlerinden karakterini hayal ediyorum.					
6. Bebeğimin görünümünü tahmin edebiliyorum.					

EK-4 Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni

Sayın elik,

Yüksek lisans tez çalışmanızda geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğumuz "Prenatal Bağlanma Envanteri"ni kullanmanızdan memnuniyet duyar, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Selamlar...

----- Orijinal mesaj-----

Kimden: meryem elik

Tarih: Cmt, 21 May 2016 22:11

Kime: syilmaz33@gmail.com;Konu:Prenatal Bağlanma Envanteri kullanım izni

EK- 5 Fetal Pozisyon Farkındalık Ölçeği Kullanım İzni

Dear MERYEM ÇELİK

Thank you for contacting us.

Please use my scale that was developed "the fetal position awareness score".

Best regards

Miyuki Nishikawa

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

MIYUKI Nishikawa

Ph.D.,RN,RMW

Faculty of Health Science

Department of Nursing

Kyoto-Koka Women's University

38

Kadono-cho,Nishikyogoku,Ukyo-ku,Kyoto,615-0882,Japn

tel&fax +81-75-36626666

e-mail m-nishikawa@mail.koka.ac.jp

EK- 6 Etik Kurul Onayı



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ETİK KURULUN ADI	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 74 50
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Açık Adı	Gebelere I. ve II. Leopold manevraları ile yapılan hemşirelik girişiminin prenatal bağlanma üzerine etkisi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2016/230			
	Koordinatörün Unvanı/Adı/Soyadı	-			
	Koordinatörün Uzmanlık Alanı	-			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Ayla Ergin			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Ebelik			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı Hemşireliği			
	Destekleyici				
	Araştırmanın Türü	Yüksek Lisans Tezi			
Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Açıklama	
	Başvuru dilekçesi				
	Başvuru formu				
	Araştırma protokolü				
	Olgu Rapor Formu				
	Anket formu				
	Biyolojik Materyal Transfer Formu				
	Aydınlatılmış Onam Formu				
	Araştırma Bütçesi				
	Literatür örneği				
	Taahhütname				
	İzin Belgeleri				
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması				
	Özgeçmişler				
	Sigorta				
	Değişiklik Bilgi Formu				
Proje Sonuç Formu					

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Başvuru Dilekçesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	17.02.2016/KOGOEK01.1	1/2

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: <u>2016/15.4</u>	Proje No: KÜ GOKAEK 2016/230	Tarih: <u>21/09/2016</u> <i>Asker</i>
	Doç. Dr. Ayla Ergin sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), 8 Mayıs 2014 tarih ve 26994 sayılı Resmi Gazetede ilan edilen Hasta Hakları Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına dair Yönetmelik, Helsinki Bildirgesi (2013), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Kasım 2015), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, 25 Haziran 2014 tarih ve 29041 sayılı Resmi Gazetede ilan edilen İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. KADİR BABAOĞLU
ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
PROF. DR. KADİR BABAOĞLU BAŞKAN	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
PROF. DR. İ. ERDEM OKAY	GENEL CERRAHİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
DOÇ. DR. CANAN BAYDEMİR ÜYE	İSTATİSTİK	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
DOÇ. DR. SELCEN GÖÇMEZ ÜYE	FARMAKOLOJİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
DOÇ. DR. ÖZLEM YILDIZ GÜNDOĞDU ÜYE	ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
DOÇ. DR. HALUK EMRE ÖZEL ÜYE	RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
DOÇ. DR. YUSUFHAN YAZIR ÜYE	HİSTOLOJİ&EMB RİYOLOJİ&KÖK HÜCRE	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
YRD. DOÇ. DR. ASLIHAN AKPINAR RAPORTÖR	TIP TARİHİ VE ETİK	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
YRD. DOÇ. DR. CEYLA ERALDEMİR ÜYE	BİYOKİMYA	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>

* :Toplantıda Bulunma

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Başvuru Dilekçesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	17.02.2016/KOGOEK01.1	2/2

EK- 7 Kocaeli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlik İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KOCAELİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KOCAELİ İLİ KHBGS EĞİTİM,
ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME BİRİMİ
12/10/2016 13:39 - 21920196 - 799 - E.1260



Sayı : 21920196-799
Konu : Yüksek Lisans Tezi Meryem ÇELİK

Sayın Meryem ÇELİK
(Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Polk.)

27.09.2016 tarih ve 9916 sayılı başvuruza istinaden "**Gebelerde I. ve II. Leopold manevraları ile yapılan hemşirelik girişiminin prenatal bağlanma üzerine etkisi.**" konulu yüksek lisans tez çalışmanızı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapma isteğiniz komisyonumuzca değerlendirilerek uygun görülmüştür. Gereğini rica ederim.

Op.Dr.M. CoŐkun GÜLER
İdari Hizmetler Başkanı
Genel Sekreter a.

Karadenizliler Mah.Elmatepe Cad.No:57 İzmit/KOCAELİ

Faks No:0 262 319 50 19

e-Posta:yagmur.ozturk@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Y.ÖZTÜRK-0262 3192014-1535

Bilgi için:Yağmur ÖZTÜRK

Unvan:ACİL TIP TEKNİSYENİ

Telefon No:1535

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cb6a08d8-7e5d-47ee-aaf7-77ccfcc7743d kodu ile eriŐebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıŐtır.

EK- 8 Hasta Onam Formu Örneği

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Deney)

Sizi “**Gebelerde I. ve II. Leopold manevraları (karın muayenesi) ile yapılan hemşirelik girişiminin prenatal bağlanma üzerine etkisi**”başlıklı, uygulama ve eğitime dayalı, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans tezi olarak Doç.Dr. Ayla Ergin danışmanlığında Meryem Çelik tarafından yürütölen bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz **SİZE YARDIMCI OLMAYA HAZIRIM.**

Araştırmmanın amacı, gebelik döneminde yapılan karın muayenesi ile yapılan hemşirelik girişimi anne bebek bağlanmasını arttırmaktır. Araştırmada Eylül 2016- Eylül 2017 tarihleri arasında gebe bilgilendirme sınıfına başvuran ve araştırmayı kabul eden yaklaşık 50 gebeye, karın muayenesi ve eğitimi içeren girişim ve anket formu uygulanacaktır. Bu çalışma süresi ortalama 45 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllölük esasına dayalıdır.Araştırma sürerken herhangi bir zamanda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz.Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda hiçbir şey için sizden veya bağılı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan ücret talep edilmeyecektir. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Ayla Ergin

Katılımcı İmza

Araştırmayı Yürüten:Hemşire Meryem Çelik

İletişim [Tel:05058519944](tel:05058519944)

e-posta:celikmeryem41@gmail.com

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Kontrol)

Sizi “Gebelerde I. ve II. Leopold manevraları (karın muayenesi) ile yapılan hemşirelik girişiminin prenatal bağlanma üzerine etkisi” başlıklı, ankete dayalı, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans tezi olarak Doç. Dr. Ayla Ergin danışmanlığında Meryem Çelik tarafından yürütülen bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz **SİZE YARDIMCI OLMAYA HAZIRIM.**

Araştırmada Eylül 2016- Eylül 2017 tarihleri arasında gebe bilgilendirme sınıfına başvuran ve araştırmayı kabul eden yaklaşık 50 gebeye, anket formu uygulanacaktır. Bu çalışma süresi ortalama 20 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda hiçbir şey için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan ücret talep edilmeyecektir. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Ayla Ergin

Katılımcı İmza

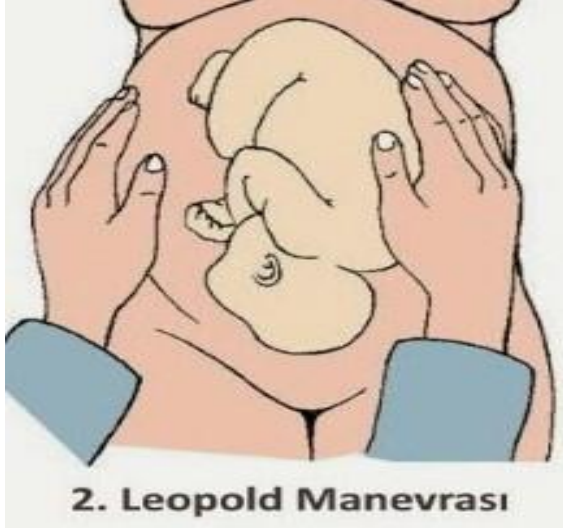
Araştırmayı Yürüten : Hemşire Meryem Çelik

İletişim [Tel:05058519944](tel:05058519944)

e-posta: celikmeryem41@gmail.com

EK- 9 Eğitim Kitapçığı

II. Leopold Manevrası



Eller karnın iki yanına yerleştirilir. Avuç içi ile bebeğin sırtı ve kol ve bacakların yeri tahmin edilir. Belirlenen sırt bölgesinden bebek kalp sesi dinlenir.

Her bebeğin hayata sağlıklı başlama hakkı vardır...



Hazırlayan

Meryem ÇELİK

Doğum, Kadın Sağlığı Hastalıkları
Hemşireliği, Yüksek Lisans Öğrencisi

celikmeryem41@gmail.com

Anne Karnında Anne-Bebek Bağlanması



“Bireyin doğumundan önceki dokuz ayın tarihi, doğumunu takip eden yetmiş yılın tümünden daha ilginç ve önemli olayları kapsar.”

Samuel Taylor Coleridge (İngiliz Şair ve Deneme Yazarı, 19. Yüzyıl)

Anne Karnında Bebeğinizin Duyusal Gelişimi



Anne Karnında Bebeğinizin Sizden İstedikleri



Gebelik süresince, anne ve doğmamış bebeği arasında kurulan duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak gerçekleşen duygusal bağa **“anne- bebek bağlanması”** denir.

Gebelik döneminde annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğin kabulü bağlanmayı arttırmada önemlidir.

Leopold Manevraları

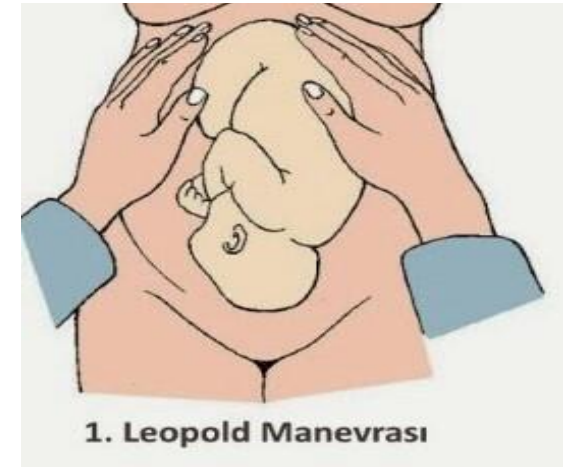


Gebelikte yapılan karın muayenesi “Leopold Manevraları” ile yapılmaktadır.

Leopold manevraları Alman jinekolog Christian Gerhard Leopold tarafından tanımlanmıştır.

Leopold manevraları ile bebeğinize dokunarak bağlanmayı arttırabilirsiniz.

I. Leopold Manevrası



Eller karnın üst kısımlarına parmak uçları birbirine değecek şekilde rahmin tepe noktası üzerine yerleştirilir. Rahmin tepe kısmında bulunan bebeğin kısmı (baş veya makat) palpe edilir.

EK -10Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı.
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde ad, program,yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı, imzalatıldı.
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Önsayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

11.06.2018

Doç. Dr. Ayla Ergin

