

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİ KORONA VİRÜS HASTALIĞI (COVID-19) GEÇİREN
GEBELERDE PRENATAL BAĞLANMA, ANKSİYETE VE
EMZİRME NİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ELİF KARAKUŞ TURAN

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi KEVSER ÖZDEMİR

MAYIS-2021

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİ KORONA VİRÜS HASTALIĞI (COVID-19) GEÇİREN
GEBELERDE PRENATAL BAĞLANMA, ANKSİYETE VE
EMZİRME NİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ELİF KARAKUŞ TURAN

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik

**“Bu tez .././201.. tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile
kabul edilmiştir.”**

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan 01/12/2021 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

24/05/2021

ELİF KARAKUŞ TURAN

İmza

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında sabır, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr.Üyesi Kevser Özdemir'e, yüksek lisans eğitim sürem içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarım Prof. Dr. Sevin Altınkaynak ve Prof. Dr. Nursan Çınar'a, anket ve görüşmelerimi yapmam konusunda benden yardımını esirgemeyen Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi bebek hemşiresi Suna Sarıtaş'a, hastanemizin kadın doğum servisi hemşire ve personeline, yoğun çalışmalarım sırasında sabır gösterdiği ve hayatımın her anında en büyük destekçim olduğu için hayat arkadaşım, yoldaşım Mehmet Turan'a, sürekli çalışmalarımda oğlumun bakımını üstlenen her yorulduğumda, umutsuzluğa kapıldığımda beni cesaretlendiren canım teyzem Yurdanur Çıldır'a ve ben öğrenimimi sürdürürken oğlumun eğitimini üstlenerek ona öğretmenlik yapan, yol gösteren sevgili kuzenim oğlumun oyun ablası Zeynep Çıldır'a ve tüm bu süreçte küçük veya büyük emeği geçen herkese teşekkür ederim. Saygılarımla...

Elif Karakuş Turan

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
TABLolar LİSTESİ	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER GEBELİK VE PRENATAL BAĞLANMA	3
2.1. Gebelik	3
2.2. Gebelik Dönemleri	3
2.3. Annelik Kavramı	4
2.4. Bağlanma Kavramı	5
2.5. Bağlanma Kuramı	6
2.6. Prenatal Bağlanma	7
2.7. Prenatal Bağlanmanın Önemi	8
2.8. Prenatal Bağlanma Teorisi	9
2.9. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü	12
2.10. Anksiyete Kavramı.....	13
2.11. Normal ve Anormal Anksiyete	15
2.12. Anksiyeteye Başa Çıkma.....	16
2.13. Anksiyetenin Türleri	18
2.14. Anksiyetenin Epidemiyolojisi	18
2.15. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması	19
2.16. Gebelik ve Anksiyete	20
2.17. Anne Sütünün Bebeğe Faydaları.....	22
2.18. Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar.....	26
2.18.1. Anneye ilişkin sorunlar	26
2.18.2. Bebeğe ilişkin sorunlar	29
2.18.3. Emzirmeye ilişkin sorunlar	30
2.19. Emzirme ve Annenin Ruhsal Durumu	32
2.20. Annenin Emzirme Niyeti	33
2.21. Covid 19 ve Depresyon	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	34

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4. Veri Toplama Araçları.....	35
3.4.1. Demografik bilgi formu	35
3.4.2. Prenatal bağlanma envanteri.....	35
3.4.3. Prenatal anksiyete tarama ölçeği.....	36
3.4.4. Prenatal emzirme öz-yeterlilik ölçeği.....	36
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.7. Verilerin Analizi	37
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	52
KAYNAKÇA.....	69
EK 1- ANKET FORMU	85
EK 2- ETİK KURUL ONAYI	92
EK 3- ÖLÇEK İZİNLERİ.....	93
ÖZGEÇMİŞ	95

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. DSM-5'e Göre Anksiyete bozukluklarının güncel sınıflandırması	20
Tablo 2. Normallik Testi	37
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo Demografik Özellikleri.....	38
Tablo 4. Sayısal Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler	39
Tablo 5. Ölçeklere Ait Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 6. Prenatal Bağlanma Envanteri, Prenatal Anksiyete ve Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	40
Tablo 7. Değişkenler ile Prenatal Bağlanma Envanteri, Prenatal Anksiyete ve Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	41
Tablo 8. Prenatal Bağlanma Envanterinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi	42
Tablo 9. Prenatal Anksiyete Ölçeğinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi	43
Tablo 10. Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeğinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi	47

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, yeni tip koronavirüs hastalığı (COVID-19) geçirmiş gebelerde doğum öncesi niyetleri, anksiyeteyi ve emzirmeyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal ve Metot: Araştırmada demografik bilgi formu, prenatal emzirme öz-yeterlilik ölçeği, perinatal anksiyete tarama ölçeği, prenatal bağlanma envanteri kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini S.B.Ü Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'ndeki COVID-19 salgınına yakalanmış 72 gebe oluşturmaktadır. Verilerin analizinde, Marry Muller'in geliştirdiği "Prenatal Bağlanma Envanteri" (The Prenatal Attachment Inventory) ölçeği, prenatal anksiyeteyi ölçmek için PASS-TR, gebelerin emzirme öz-yeterliliğini değerlendirmek için de Prenatal Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (PYÖE), ayrıca Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaşları ortalaması 29,51 dir.Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması 61.26 ± 11.68 ; PASS-TR 32.63 ± 16.74 ; PEÖY 69.89 ± 17.25 olarak saptanmıştır.Prenatal bağlanma ve prenatal anksiyete ölçeği arasında ($r=0.261$) pozitif yönlü zayıf ilişki; prenatal bağlanma ve emzirme özyeterlilik ölçeği arasında ($r=0,460$) pozitif yönlü orta ilişki bulunmuştur. Prenatal anksiyete ölçeği ve emzirme özyeterlilik ölçeği arasında ise anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir.

Sonuç: PBE ile anne yaşı, gelir düzeyi, aile yapısı, eşin eğitim düzeyi, gebelik sayısı ve besleme yöntemi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; annenin eğitim düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. PASS-.TR ölçeğine sonuçlarına göre prenatal anksiyete ile gebenin eğitim düzeyi ile kontrole gitme arasında anlamlı bir ilişki görülürken, diğer sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlılık görülmemiştir. PEÖY düzeyi ile gebenin eğitim düzeyi ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, diğer sosyo-demografik özellikler ile anlamlılık saptanmamıştır.

Anahtar kelimeler: COVID- 19, prenatal bağlanma, prenatal anksiyete, emzirme öz-yeterliliği

SUMMARY

Objective: This study aims to evaluate prenatal intentions, anxiety and breastfeeding in pregnant women with a new type of coronavirus disease (COVID-19).

Materials and Methods: Demographic information form, prenatal breastfeeding self-efficacy scale, perinatal anxiety screening scale, prenatal attachment inventory were used in the study. The universe of the study consists of 72 pregnant women who have contracted the COVID-19 outbreak at the S.B.Ü Kocaeli Derince Training and Research Hospital. In the analysis of the data, the "Prenatal Attachment Inventory" scale developed by Marry Muller, PASS-TR to measure prenatal anxiety, Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale (PYÖE) to evaluate breastfeeding self-efficacy of pregnant women, and Pearson correlation test was used.

Results: The average age of the participants is 29.51. Prenatal Attachment Inventory mean score is 61.26 ± 11.68 ; PASS-TR 32.63 ± 16.74 ; PTSI was found to be 69.89 ± 17.25 . Positive weak correlation between prenatal attachment and prenatal anxiety scale ($r = 0.261$); A moderate positive correlation was found between prenatal attachment and breastfeeding self-efficacy scale ($r = 0.460$). A significant relationship was not observed between the prenatal anxiety scale and the breastfeeding self-efficacy scale.

Conclusion: While there is no significant relationship between PBI and maternal age, income level, family structure, education level of spouse, number of pregnancies and feeding method; There was a significant relationship between the education level of the mother and the mother. According to the results of the PASS-.TR scale, there was a significant relationship between prenatal anxiety and the education level of the pregnant woman and going for control, but no significant difference was observed between other socio-demographic characteristics. While a significant relationship was found between the PESM level and the education level and income level of the pregnant woman, no significance was found with other socio-demographic characteristics.

Keywords: COVID-19, prenatal attachment, prenatal anxiety, breastfeeding self-efficac

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çin Halk Cumhuriyeti'nin Wuhan kentinde Aralık ayında ortaya çıkan Koronavirüs (COVID-19) salgını, Mart ayından itibaren tüm dünyaya yayılmaya başlamış ve Ağustos 2020 itibarıyla 32 milyon kişinin hastalığa yakalandığı bildirilmiştir. Dünya. COVID-19'un klinik spektrumu, asemptomatik hastalıktan mekanik ventilasyon gerektiren solunum yetmezliğine kadar değişmektedir. İleri vakalarda çoklu organ yetmezliği, sepsis ve septik şok gibi ciddi tablolar ölümcüldür (Casella, 2020).

COVID-19 salgınının yalnızca bir halk sağlığı krizi değil, aynı zamanda sosyal, demografik ve ekonomik bir kriz olduğuna ve hamile kadınlar da dahil olmak üzere herkes üzerinde önemli bir olumsuz psikososyal etkisi olduğuna inanılmaktadır. Aynı zamanda hastalığı olan hasta sayısı ve ölüm oranları hızla artmaya devam etmektedir. Şu anda COVID-19 için bir aşı veya etkili bir tedavi bulunmamaktadır. Tüm bu faktörler, özellikle salgın sırasında hamile kalan kadınlar için toplumun ruh sağlığı üzerinde olumsuz psikososyal etkilere neden olabilmektedir. Gebelikte devam eden şiddetli doğum öncesi anksiyete ve depresif belirtiler, doğum sonrası depresyon, enfeksiyon oranları ve doğum öncesi hastalık riskini artırmaktadır (Casella, 2020).

Depresyon, genel popülasyonda en yaygın duygudurum bozukluklarından biridir. Uyku bozuklukları, iştahsızlık ve cinsel istek gibi doğum öncesi depresyon semptomları genellikle normal bir hamileliğin parçası olarak kabul edilir ve arka planda kalır. Bununla birlikte, tedavi edilmemiş perinatal depresyon, olumsuz obstetrik sonuçlara sahip olabilir ve kötü anne sağlığı, kötü doğum öncesi bakım ve doğum sonrası depresyon için bir risk faktörüdür. Depresif annelerden doğan bebekler, gecikmiş bilişsel ve dil gelişimi, düşük IQ ve artan psikolojik ve duygusal problemler riski altındadır. Ek olarak, hamilelik sırasında başlayan depresyon, doğumdan sonra genellikle devam eder veya kötüleşir (Vizzini ve diğerleri, 2019: 522).

Gebelik vücut direncini düşüren, enfeksiyonlara karşı gebelerin daha korunmasız olduğu, antikör seviyesinin azaldığı dolayısıyla bağışıklık sisteminin olumsuz etkilendiği bir dönemdir. Gebelik döneminde geçirilen grip, idrar yolu enfeksiyonu ya da basit viral enfeksiyonlar bile gebelerin hemoztaizisini bozabilir hatta morbidite

oranını arttırabilir. Bu sebeple tüm dünyada yeni korona virüs salgını gebelerde ve gebe kalmayı planlayan kadınlarda ciddi endişeler yaratmaktadır.

COVID-19 salgınına yakalanmış gebelerin kendi ve bebeklerinin ve sağlıkları konusunda endişeye düşmeleri anksiyete oranını arttırmakla birlikte anne bebek bağılılığını azaltacak ve azalan prenatal bağlanma sebebiyle emzirme niyeti de azalacaktır.

COVID-19 virüsü taşıyan gebelerin prenatal bağlanma, hastalık sebebiyle anksiyete durumlarındaki artışın olup olmadığının gözlemlenmesi ve bu gebelerin taşıdıkları virüs sebebiyle bebekleriyle ayrı kalma ya da bebeklerini enfekte etme korkusuyla emzirme davranışındaki değişikliğin saptanması tıp dünyası için aydınlatıcı olacaktır. Bu çalışma, yeni korona virüsün gebe kadınlar üzerindeki etkisini incelemek ve anne olmayı planlayan kadınlar için virüsün etkilerini incelemek amacıyla planlamıştır.

2. GENEL BİLGİLER GEBELİK VE PRENATAL BAĞLANMA

2.1. Gebelik

Gebelik, doğal bir olaydır; ancak anne vücudunda önemli fizyolojik, anatomik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Fertilizasyonla başlayan ve gebelikte devam eden bu değişiklikler, fetüsün ve annenin sağlığını korumak, ihtiyaçlarını karşılamak ve annenin vücudunu normal doğuma hazırlamak için meydana gelir (Çetin vd., 2017: 4).

İnsan gebeliğinin süresi yaklaşık 280 gün veya 40 haftadır. Bu, son adet döneminin ilk gününden fetüsün doğumuna kadar olan 9 ay \pm 10 güne tekabül eden süredir. Klinisyenler, toplam gebelik süresini üç bölüm olarak tanımlamak için genellikle "ay" yerine "hafta" terimini kullanır: 1-14 hafta(1. trimestir), 14-28 hafta(2. trimestir), ve 28 haftadan doğuma kadar olmak üzere(3. trimestir), toplam üç kısım olarak tanımlamaktadır (Gabbe vd., 2016: 31).

2.2. Gebelik Dönemleri

Gebelikteki değişiklikler ve buna bağlı şikayetler üç aylık dönem boyunca değişir. İlk üç aylık dönem adaptasyon dönemi olarak bilinir. Gebe kadın ve vücudu bu değişime ayak uydurmaya çalışır; ancak üçüncü aya kadar tamamen ortadan kalkacak sorunlar ortaya çıkabilir. Bu üç aylık dönemde mide bulantısı ve kusma, aşırı veya acı tükürük salgılanması (pityyalizm), sık idrara çıkma ihtiyacı, burun tıkanıklığı veya burun kanaması, normal vajinal akıntı miktarında artış (lösoire), yorgunluk, diş eti kanaması ve meme hassasiyeti gibi sorunlar ortaya çıkabilir (Çetin vd., 2017:4).

Ambivalan duygular içeren ilk üç aylık dönem, gebenin durumun gerçekliğine alışmakta olduğunu gösterir. On ikinci haftada, gebeliğin reddi veya kabulü gibi zıt duygular daha yaygındır. Ambivalan duyguların nedenleri arasında; etnik köken, yaş, sosyoekonomik durum, cinsiyet rolleri, kişinin yetkinlik duygusu, cinselliğe yönelik tutumları ve kontrol odağı, iletişime açıklık, partner desteği, gebelik sırasında meydana gelebilecek değişiklikler, buna bağlı ekonomik zorluklar gibi kişilik özellikleri doğum ve yetiştirme, gebeliğin mesleki hedefler üzerindeki etkisi, olası ev

sorunları, anneliğe hazırlıksızlık hissi ve fiziksel rahatsızlıkların şiddeti olabilmektedir (Gibbs ve diğerleri, 2012: 68).

İlk üç aylık dönem sonunda başlayan gebelik durumuyla ilgili sevgi ve mutluluk, fiziksel acıyla sabır, kendisinin ve ailesinin doğumun üstesinden gelebileceğine dair güven, annenin gebeliği kabul ettiğini göstermektedir. Gebelik kabul edilebilir olsa da aşırı duyarlılık, sinirlilik, öfke, anksiyete veya coşku gibi ani değişiklikler meydana gelebilir (Gibbs ve ark. 2012: 68).

İkinci üç aylık dönem denge zamanıdır. Annenin vücudu ve fetüsün vücudu artık birbirine en iyi şekilde uyarlanmıştır. Genel olarak sorunlar geçmiş gibi görünmektedir. Uterus, anneyi rahatsız edecek kadar büyük değildir. Bu dönemde baş ağrısı, kabızlık, mide yanması, çarpıntı, karpal tünel sendromu, hipotansiyon, iştah artışı, normal vajinal akıntı artışı, sırt ağrısı, ciltte çatlaklar ve kaşıntı gibi durumlar ortaya çıkar (Çetin vd., 2017: 4).

Kadının gücü giderek artar ve tersi duygular hızla kaybolmaktadır. Dengenin bu aşamasında bulantısı kaybolan gebeler kendilerini daha iyi hissederler ve olumlu duygular geliştirirler (Köroğlu vd., 2013: 1). Bir yorgunluk dönemi olan üçüncü trimesterde fetüsün büyümesine bağlı olarak uterinkavitenin artması nedeniyle yorgunluk ve varis oluşabilir. Önceki üç aylık dönemde yaşanan sorunların yanı sıra sık bacak krampları, sık idrara çıkma, uykusuzluk, hemoroid, nefes darlığı gibi sorunlar da vardır (Çetin vd., 2017: 4). Bu dönemde annenin doğumla ilgili endişeleri vardır. Doğumun nasıl olacağı, bebeğin sağlıklı olup olmayacağı ve bebeğin sağlıklı olup olmayacağı ile ilgili endişeler kaygı ve stresi oluşturur. İlk üç aylık dönemde yaşanan ambivalan duygular son trimesterde bebeğe duyulan arzu ile doğum korkusu ve kaygısı nedeniyle yeniden yaşanmaktadır.

2.3. Annelik Kavramı

Hayattaki önemli kararlardan biri olan annelik kavramı, gebe kalma kararı ile başlar, yaşam boyu devam eder. Anne kimliği oluşumu, bir kadının annelik davranışının incelenmesidir. Anne davranışını öğretme süreci; gebelik kararı ile başlar, gebelik ile birlikte gelişir, doğumdan sonra da devam eder. Annelik davranışlarının şekillenmesinde; maternal yaş, eğitim düzeyi, benlik saygısı, kişilik özellikleri,

yetenekleri ve deneyimi, sağlık durumu, sosyoekonomik durumu, mesleği, doğum sayısı önemli etkenlerdir (Özkan ve Polat, 2011).

Gebelikte, over hormonlarının artması nedeniyle annelik davranışı artmaktadır. De Bono, (2003) yapmış olduğu araştırma neticesinde doğurmamış koyunlarda östradiol ve progesteron ile önceden duyarlı hale getirildikten sonra vajina ve serviksstimülasyonu ile endojenoksitosin salınımı başlatılırsa, annelik davranışı hemen gerçekleşmektedir. Gebelikte, aşırı östrojen ve progesteron salgılanması, annelik davranışı için önemli olan prolaktin ve oksitosin reseptörlerinde artışla anneliği belirlediği tartışılmaktadır. (De Bono, 2003).

Emzirme sırasında üretilen oksitosin hormonu, annenin bebeğinin işaretlerini algılama ve bebeğini daha iyi tanıma yeteneğini olumlu yönde etkiler. Özellikle primipar gebeliklerde, annelik hissinin başlaması için oksitosin hormonunun gerekli olduğu ancak multipar gebelerde ise, annelik hissinin kalıcı olması sebebiyle oksitosinsalgılanmadan da var olduğu ileri sürülmektedir (Şen, 2010).

2.4. Bağlanma Kavramı

Prenatal dönemde gebe- fetus arasındaki bağlantı, bağlanmanın temelini oluşturur. Bu durum, doğum sonrası anne ile çocuk arasındaki ilişkide belirleyici rol oynar. Bir annenin çocuğuna bağlanmasının yenidoğan döneminde değil, doğum öncesi dönemde başladığını gösteren çalışmalar yapılmış ve araştırmalar bağlanmanın doğumdan çok önce başladığını ortaya koymuştur (Üstünsöz vd., 2010, Evcili vd., 2014)..

Prekonsepsiyonel dönemde bağlanma, çocuk sahibi olma düşünceyiyle başlayan ve bu düşünceye karar veren, yaşamın erken dönemlerinde anne-çocuk ilişkisiyle şekillenen ve bağlanma niteliği olan kişilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik özelliklerini etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bu nedenle doğum öncesi dönemde anne ile çocuk arasındaki duygusal ilişkinin gebe kalma öncesinden itibaren desteklenmesinde, bağlanma ihtiyaçlarının karşılanmasında ve bunların devamı ile güçlendirilmesinde önemli bir faktördür (Ross, 2012).

Bağlanmanın sağlanabilmesi için gerekli olan faktörler:

- Önceki bağlanma deneyimlerinin farkındalığı,

- Fiziksel ve psikolojik açıdan yeterli olunması,
- İstenen gebelik olması,
- Bağlanmanın ne olduğunun bilinmesi (Karabulak, 2009).

Bağlanmadan kaynaklanan duygular, annelik farkındalığının oluşmasına, anneliğe uyum sağlamasına, annenin çocuğuna olan ilgisinin ve sıcaklığının tezahür etmesine, çocuğun korunmasına, beslenme ihtiyaçlarının karşılanmasına, çocuğa şefkat göstermesine, aralarında sağlıklı bir diyalog kurulmasına ve ihtiyaçlara duyarlılığa rehberlik etmektedir (Abasi vd., 2012).

2.5. Bağlanma Kuramı

Bağlanma teorisi; anne ve çocuk arasındaki etkileşimi, çocuğun ilk psikolojik gelişimini ve yetişkinliğe geçişte ilerlemenin nasıl değiştiğini ifade etmektedir (Jeager 2000). Bağlanma teorisi "John Bowlby" tarafından açıklanmış ve Mary Ainsworth'un çalışmasıyla geliştirilmiş ve araştırılmıştır. Bu teorisyenlerin ikisi de Freud gibi düşünceli psikanalitik düşünürlerden etkilenmiştir. Bağlanma türü, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma şeklidir ve yaşamın erken dönemlerinde devamlılık gösterdiğine inanılmaktadır (Çınar vd., 2013).

Bowlby, şefkatin hassas ve duygusal bir bağlanma süreci olduğunu ifade etmiştir. Bağlantı, konfor, koruma ve güvenliği içermektedir. Bağlanma davranışı gülme, emme, sarılma gibi içgüdüsel tepkilerden oluşur ve çocuğu anneye yaklaştırdığı ifade edilmektedir. İnsanların anlamadıkları tehlikelerden, tuhafliklardan, karanlıklardan ve bunlarla baş edebilmek için başka birinin yardımına ve desteğine ihtiyaç duyduklarından korktukları, yani herkesin bir bağlanma içgüdüğü ile doğduğu bilinmektedir (Arı, 2012).

Bowlby'nin hem laboratuarda hem de normal koşullar altında yaptığı gözlem ve araştırmalar, annelerinden ayrılan çocukların bazı duygusal sorunları olduğunu vurgulamıştır. Bağlanma sistematığı, bebekleri çevresel tehlikelerden korumaya yardımcı olur, yeni doğan bebeklerin fiziksel olarak annelerine yakın olması, onları güçlü tutarak çevreyi gözlemlemek ve incelemek için uygun bir ortam sağlamaktadır.

Bu nedenle, anne ile yakınlığı güvence altına almak ve sürdürmek sistematik bir şefkatle ulaşılması gereken bir hedeftir (Arı, 2012).

Bağlanma ile ilgili sorunlar ortadan kalktığında bebeklerde gözlenen üç temel tepki şu şekildedir: Ağlama, üzüntü ve bağlanmanın sona ermesi (Bowlby, 1969).

Bağlanma kavramının üç ana ilkesi şu şekildedir:

- Çocuk uyumu kolaylaştıran, yakınlığı sürdüren davranışsal bilgiyle doğar, diğeri yakınlık ihtiyacını tatmin eder;

- Yaşantıların ve deneyimlerin bir sonucu olarak çocuk, kendisi ve dış dünya için önemli olduğu sonucunu verir. Bu sonucu yeni ilişkisine genelleyerek bütünleştirir.

- Son olarak, bunu bir düşünme modeli olarak içselleştirir (Bowlby, 1969).

2.6. Prenatal Bağlanma

Anne bağlanmada kilit konumdadır. Bir annenin çocuğuna bağlanması, doğumdan doğum sonrası döneme kadar süren karmaşık bir süreçtir (Dinç, 2014). Doğum öncesi bağlanma; Bir annenin gebelik sırasında çocuğuna bağlanması, anne karnındaki davranışıyla anne ile doğmamış çocuğu arasında sıcak bir ilişki kurulması olarak adlandırılır. Güncel çalışmalar, gebelik ilerledikçe fetüsle etkileşim derecesi arttıkça bağlanmanın arttığını ve özellikle ikinci trimesterdefetal hareketlerin duyumunun bağlanmayı daha da artırdığını bildirmiştir (Yılmaz, 2013).

Doğum sırasında bebek ölümleri nedeniyle depresyona giren kadınların gözlemlenmesi ile annenin çocuğa bağlanması konusunda çeşitli çalışmalar başlatılmıştır. Çocuklarını ölü doğum, düşük ve neonatal ölüm nedeniyle kaybeden 65 (altmış beş) kadının katıldığı bir çalışmada, anneye bağlanmanın aslında yeni doğan döneminde değil, doğum öncesi dönemde başladığı gösterilmiştir (Yılmaz, 2013). Bir annenin çocuğuyla bağ kurmasına izin veren 9 (dokuz) neden olduğu belirtilmiştir. Sebepler şunlardır;

1) Gebeliğin istenmesi

- 2) Gebeliğin planlanması
- 3) Gebeliğin kabul edilmesi
- 4) Fetüsün birey olarak kabul edilmesi
- 5)Fetal hareketlerin hissedilmesi
- 6) Doğumun gerçekleşmesi
- 7) Bebeğin görülmesi
- 8) Bebeğe dokunulması
- 9) Bebeğe bakım verme isteği olarak sıralanır.

Bu olaylardan ilk beşinin prenatal dönemde meydana geldiği kaydedilmiş ve bağlanmanın doğumdan önce başladığı kanıtlanmıştır (Yılmaz, 2013).

Bu bağlamda Peppers ve Knapp, bir çalışma yürütmüşler ve annenin çocuğuna bağlılığının aslında neonatal dönemde değil doğum öncesi dönemde ortaya çıktığını savunmuşlardır. Anne-çocuk bağlanması üzerine yapılan araştırmalar, bağlanmanın gerçekten de doğumdan çok önce başladığını göstermiştir (Peppers ve Knapp, 1980). Yirmi altıncı haftada fetüsün cevap verme, algılama ve duyma yeteneğine sahip olduğu kanıtlanmıştır. Yirmi altıncı ve sonraki dönemlerde bebeğin annenin karnına dokunurken yaşadığı duyuşsal deneyim, annenin vücudundaki değişiklik hissi, çocuğu kabullenme ve yaşadığı duyguları aktarabilme gibi durumlar bağlanmanın yapı taşlarını oluşturmaktadır (Kemp 1986).

2.7. Prenatal Bağlanmanın Önemi

Fetüsün doğmadan önce; yirmi altıncı haftada annesinin duygularına cevap verebildiğı, algılayarak tepki verebildiğı, duyduğu ve yakalayabildiğı bilinmektedir. Doğum öncesi dönemde annenin olumlu duygularını doğmamış çocuğa aktarma ve

onda meydana gelen değişiklikleri kabul etme yeteneği bağlanmanın temelidir. Bir annenin kendi karnına dokunarak bebeğini duyusal olarak hissetmesi ve bağlanma ilişkisi için bebeği kabul etmesi çok önemlidir (Soysal vd., 2005).

Annenin fetüse ve yenidoğana bağlılığı; duygusal olgunluk, gebe kalma arzusu, istenilen zamanda gebelikte var olan korkular, akrabalarla ilişkiler, fizyolojik ve psikolojik stresle baş edebilme yeteneği, babalıkla ilgili benlik saygısı, emzirme isteği gibi birçok faktörden etkilendiği ifade edilmektedir. Gebelik isteksizliği, gebelik ve doğum korkusu, gebeliğe bağlı fizyolojik ve psikolojik streslerle ilgili zorluklar ve yenidoğana geç kalma, gebe bir kadının bebeği ile güçlü bir bağ kurmasının zor olduğu durumlardır (Akarsu ve ark., 2017: 162).

Annenin ocuğa zayıf bağlanması; fetal rahatsızlık, fetal istismar, maternalanksiyete, depresyon ve gelecekte ocuk istismarı gibi belirli duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Annenin olumsuz davranışları bebekte yeme ve uyuma bozuklukları, bodur büyüme, gelişme, anksiyete, ağlama gibi bazı sorunlara neden olabilir. Güçlü bağlanma, gebelik sırasında alkol ve tütünden kaçınmak, iyi uyumak ve yemek yemek, doğum öncesi bakım, egzersiz gibi sağlıkla ilgili davranışları geliştirir; ebeveyn rolüne uyumu kolaylaştırdığı, gebelikte, doğumdan sonra ortaya çıkabilecek depresyondan koruduğu bilinmektedir (Akarsu vd., 2017: 162).

2.8. Prenatal Bağlanma Teorisi

İnsan, diğer insanlarla birlikte yaşama arzusu olan bir varlıktır. İnsan yavrularının biyolojik olarak hayatta kalabilmek için ebeveynlerinin yardımına diğer türlere göre daha uzun süre ihtiyacı vardır. Bu, insan türünün birlikte yaşamaya yönelik ihtiyaçlarını ve eğilimlerini, özellikle sevgi ihtiyacını açıklamaktadır (Soysal vd., 2005). Bağlanma teorisinin yaratıcısı Bowlby, bağlanmayı iki insan arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlamıştır. Bu teori, biyolojik güven ihtiyacının bir sonucu olarak çocuğun annesine erken bağlanmasına, annenin tepkilerinin ve davranışlarının ocuk tarafından nasıl yorumlandığına ve çocuğun gerektiğinde ulaşılabilir olup olmadığına odaklanmaktadır. Bowlby, bağlantı sistemi elemanları; keşif, merhamet, şefkat ve korku arasında bir bağlantı olduğunu ve psikopatolojiler ile güvensiz bağlanma arasında bir bağlantı olduğunu belirtmiştir (Bowlby, 1982: 664).

Annenin çocuğuna bağlılığını artıran dokuz durum; gebeliği planlama ve tahmin etme, gebeliği kabul etme, fetal hareketleri algılama, fetüsü bir kişi olarak kabul etme, doğum, bebeği izleme, ona dokunma ve ona bakmadır. İlk beşi doğum öncesine aittir. Gebelikte anne ile çocuk arasında bir bağ oluşmasında; annenin kendisini farklılaştırmasının ve fetüsü ayrı bir kişi olarak görmesinin, etkileşimde bulunmasının, fetüsün özelliklerini yorumlamasının ve kendini adamasının önemli olduğu gösterilmiştir (Peppers ve Knapp 1980).

Doğum sonrası bakımda uzmanlaşmış bir hemşire olan Rubin, yeni doğmuş bir bebek ile annesi arasındaki bağın doğum öncesi dönemin sonunda geliştiğini bulmuştur. Kadınların doğumdan önce kendileri ve bebekleri için güvenli bir geçiş yolu bulmak, bebeğinin başkaları tarafından özel bir kişi olarak kabul edilmesini sağlamak, kendini bebeğine vermek ve ona bağlanmak gibi özel sorumlulukları olduğunu savunmuştur. İkinci üç aylık dönemin sonuna doğru Rubin, gebe kadının artık kendi içindeki bebeği fark ettiğini ve ona büyük önem verdiğini, bebeğinin zevk ve gururu için çok önemli bir varlık olduğunu ifade etmiştir (Brandon ve diğerleri, 2009).

Cranly, anne ve fetüs arasında altı unsurdan oluşan çok boyutlu bir doğum öncesi bağlanma modeli geliştirmiştir. Bunlar; fetüsle etkileşim ve özelliklerinin yorumlanması, fetüsün farklı bir kişi olarak algılanması, adanmışlık, iç içe geçme ve rol oynamadır. Anne-fetal bağlanmayı, doğmamış çocuğuyla davranışlarıyla etkileşen ve yakın ilişkiler kuran bir annenin dahil edilmesi olarak tanımlanmıştır (Yılmaz, 2013: 29). Bir başka araştırmacı Lumley, her üç aylık dönemden geçen ve ilk kez gebe kalan kadınlarla röportaj yapmıştır. Genç gebe kadınların gebelik ilerledikçe daha çok rüya gördüğünü fark etmiştir. Bu gözleme dayanarak, ultrason kullanımını, fetal görüntülemenin bağlanma etkisini araştırmış ve fetal görüntülemenin annenin fetüsü “küçük bir kişi” olarak ayırt etme yeteneğini geliştirdiğini bulmuştur.

Lumley'in bir sonraki çalışması, doğum öncesi bağlanmanın ilk deneysel uzunlamasına çalışmalarından biriydi. Çocuğun doğumundan önce ve sonra beş kez kaydedilen görüşmelerle annelerin fetüsleriyle ilk ebeveyn ilişkisini belirlemeye çalışmıştır. Lumley bağlanmayı, annenin çocuğunu gerçek bir kişi olarak gördüğüne işaret ederek “fetüsle hayali bir ilişki” olarak tanımlamıştır. İlk trimesterdeki kadınların% 30'unda, ikinci trimesterde% 63'ünde ve 36 haftadan sonra% 92'sinde bu şekilde olduğunu bildirmiştir (Lumley, 1982: 29). Amerika Birleşik Devletleri'nde

benzer bir çalışma yapan bir psikolog olan Leifer, gebelik sırasında görülen psikolojik değişikliklerle ilgili 19 primigravida ile ilgili çalışmasının sonuçlarını yazmıştır.

Gebeliğin, gelişim sırasında olgunlaşmanın yanı sıra duygusal kargaşa ve hızlı rol tersine dönme zamanı olduğu, Gebeliğin ilk aylarında ortaya çıkan kişilik entegrasyonunun derecesinin, gebeliğin sonraki aşamalarında ve erken gebelikte psikolojik büyümeyi öngörebileceği sonucuna varmıştır (Brandon vd., 2009). Muller, doğum öncesi bağlanmayı bir kadın ve bir fetüs arasındaki benzersiz bir ilişki olarak tanımlasa da kadının Gebelik sırasındaki duyguları veya kendini anne olarak algılamasıyla hiçbir ilgisi olmadığını belirtmiştir. Yeni bir bağlanma modeli sunan Muller, anne adayının anneye ilk deneyiminin içsel kavramların gelişmesine yol açtığını ve ardından ailesine, eşine ve arkadaşlarına olan bağlılığını etkilediğini öne sürmüştür. Bu süreç, gebeliğe uyum sağlanmasına ve fetüse bağlanılmasına olanak sağlamıştır (Gabbe vd., 2016: 2).

Klaus ve Kennell, hormonal değişikliklerin ve fiziksel koşulların doğumdan hemen sonra annelerin yeni doğan bebeklerine duyarlı hale geldiği hassas bir dönem yarattığını varsaymıştır. Ayrıca, önceki gebelik deneyimlerinin yeni doğan annenin bebeğe karşı davranışını etkilediğini bulmuşlardır. Doğumdan önce anne ile çocuğu arasında sevgi olduğunu gösteren ilk deneysel çalışmalardan biri, doğumda çocuğunu kaybeden annelerin yaşadığı yoğun yas gözlemi olup, doğum sonrası anne ile çocuk arasındaki fiziksel temasın yası etkilemediği görülmüştür (Kennel vd., 1970: 204).

Teorik bir bakış açısından, Avustralyalı araştırmacı Condon, fetüste anne bağlanmasının gelişiminin çocuğun mizacı ve doğumdan sonra çevrenin etkisi olmadan öğrenilebileceğini göstermektedir. Condon, çocuğun kişilik imajına odaklanma, fetüsle iletişim isteme, faaliyetlerinden memnun ve tatmin olma, kayba veya düşük yapmaya neden olabilecek davranışlardan kaçınma, fetüsü korktuğu şeylerden koruma gibi davranışların farkındadır. Fetüse zarar verme, fetüsün ihtiyaçlarının farkında olma ve memnuniyeti, doğum öncesi bağlanma olarak tanımlanabilir. Daha sonra doğum öncesi bağlanmayı daha basit bir şekilde “gebe bir kadın ile doğmamış çocuğu arasında gelişen duygusal bağ” olarak tanımlamıştır (Condon, 1993: 97).

2.9. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü

MaternalFetal Bağlanma Ölçeği (MFAS), Cranly'nin tezinde MaternalFetal Bağlanma Ölçekleri'nde önerdiği "fetustan ayrılma, fetüsle etkileşim, fetal atıf, özerklik, rol yapma ve yuvalama" altı vakaya dayanan ilk prenatal bağlanma ölçeğidir. Bağlanma yapısını ölçmek için 24 maddelik 5 alt ölçekten oluşmuştur (Lumley, 1982: 29). Ölçek, gebelerle yapılan görüşmelerdeki benzerliklerden yola çıkılarak klinisyenler ve ebeler tarafından belirlenen bağlanma tanımını içeren ifadelerden oluşturulmuştur (Cranley, 1981). Bu çalışma, maternal ve fetal bağlanma alt ölçeklerinin bir sonucu olarak bazı davranışların üçüncü trimesterde diğerlerine göre daha yaygın olduğunu göstermektedir. Gebe kadınların %78'inin zaman zaman ölçeğe ilişkin tutum ve davranışları gerçekleştirdiği, %32'sinin ise en fazla yaptığı bulunmuştur (Cranley, 1981). Bu katılımcılarla yapılan görüşmelerin ikincil bir analizinden sonra Mueller, Cranly'nin yalnızca üç alt ölçeğinin veriye dayalı kategorilere yanıt verdiği ve ikisinin (alma ve fetal etkileşim) hiç yanıt vermediği sonucuna varmıştır.

Muller, Mercer ve arkadaşları tarafından 1988 yılında yapılan bir çalışmada, açık görüşmelerden elde edilen verilere göre Cranly'nin ödevlerinin bazı duygusal bileşenleri yansıtmadığı tespit edilmiştir. Mercer'in çalışmasında katılımcılar, doğmamış bebekleri hakkında konuşurken çoğunlukla "umarım", "dilerim" ve "hayal ederim" gibi kelimeleri kullanmışlar ve davranış yoluyla ortaya çıkardıklarından daha fazla duygu (veya zihinsel durum) ifade etmişlerdir. Bu sonuç, yeni bir PBE ölçeğinin geliştirilmesine yol açmıştır. Bu ölçek alt ölçekler içermemektedir ve sadece genel bir puan elde edilmektedir. Ölçek, her biri 1'den 4'e kadar dördümlü Likert tipine ait 21 puan içermektedir. Ölçekten alınabilecek puan 21 ile 84 arasında değişmektedir. Puan ne kadar yüksekse bağlanma düzeyi o kadar yüksek olur. Bu ölçek ile duygusal yakınlığı vurgulamak, davranışsal boyutları dışlamak ve Cranly'nin MFAS için bir ölçek görevi görmesini sağlamak için çalışmalar arasındaki tutarlılığı artırmayı amaçlamıştır (Muller, 1990).

Doğum öncesi bağlanma alanındaki en yeni ölçüm aracı, Avustralya'da John Condon tarafından geliştirilmiştir. Condon, kullanılan ölçeklerin fetüse yaklaşımı gebelik ve anneliğe yaklaşımdan yeterince farklılaştırmadığını belirtmiştir. Anneden Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeğine (MAAS) 19 madde eklemiş, yalnızca bebekle ilgili

düşünce, duygulara odaklanmış, gebeliğin fiziksel durumunu veya annenin rolüne yaklaşımları dışlamıştır. Ölçekle ilişkili “kalite” ve “yoğunluk” faktörlerini tanımlamıştır (Muller, 1990).

Kalite, annenin aktardığı yakınlık/mesafe, yumuşaklık/irritasyon, pozitif/negatif, keyifli/hoş olmayan beklentiler ile fetüsün gerçek bir birey olarak canlı/belirsiz içselleştirilmiş temsili gibi affektif deneyimlerini tanımlamaktadır. Yoğunluk ise, annenin fetüsü ile etkileşiminde fetüsü düşünmek, onunla konuşmak, onunla ilgili hayal kurmak veya taktik olarak hissetmesi ile ilişkili geçirdiği zamanı belirtmektedir. Condon, bu iki faktörü dikey süreçler olarak haritalandırmıştır. Prenatal bağlanma stili açısından dört kadran oluşturmuştur; güçlü ve sağlıklı bağlanma, bağlanmanın kalitesi olumlu olsa da dikkatin dağılması ya da kaçınmaya bağlı olarak düşük düzeyde meşguliyet, ilgisizlik veya ambivalan şekilde ilgili olma ve anksiyöz, ambivalan veya affeksiz meşguliyet (Condon, 1993: 97).

2.10. Anksiyete Kavramı

Anksiyete, kabul edilmeyen, uzak ve belirsiz tehlikelere bir yanıt olarak görülür, bir kişinin tüm varlığını etkileyebilir (Bourne, 1995). Tüm insanlar bir uyarı sistemi olan potansiyel kaygıya sahiptir ve endişe genellikle tehdit edici düşüncelerden kaynaklanmaktadır (Riskind, 2007: 147). Kaygı; fizyolojik, psikolojik ve davranışsal yönleri olan bir tepkidir. Fizyolojik olarak anksiyete; taşikardi, kaslarda gerginlik, bulantı, terleme ve ağız kuruluğu gibi fiziksel tepkileri içerebilir. Davranışsal düzeyde kaygı, bir kişinin hareket etme, kendini ifade etme veya günlük aktivitelerini yönetme yeteneğini sabote edebilir. Psikolojik düzeyde kaygı, öznel kaygı ve uykusuzluktur. Tüm bunların eşiğinde yoğun kaygı, kişinin kendinden kopma duygularına, hatta yoğun ölüm veya delilik korkusuna yol açabilir (Bourne, 1995: 2).

Duygusal deneyimde kortikal ve subkortikal sinir yapıları önemli bir rol oynadığından, anksiyetenin önemli bir biyolojik yönü vardır. Ayrıca anksiyete bedeninin çevre ile etkileşiminden de kaynaklanmaktadır. Bu öğrenme süreci organizmanın bilincinin ve rasyonel değerlendirmesinin ötesine geçebilir. Beklentiler, inançlar ve anılar gibi bilişsel moderatörler kaygının gelişmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (Clark ve Beck, 2010). Beck ve meslektaşları tarafından 1970'lerin sonlarında anksiyeteyi incelemek için yapılan araştırmalar, endişeli hastaların korktukları

tehlikeli durumları daha iyi değerlendirmeleri, iç ve dış kaynakları dikkate almaları, bu kaynakları iyileştirmeleri, kaçınma ve yüzleşmeyi azaltmaları gerektiğini belirtip, korkulan durumlarla yüzleşmeleri gerektiği vurgulanmıştır (Beck, 2014: 6).

Anksiyete, tehdidin kaynağı belirsiz, istikrarsız veya gerçekçi olmadığıda kullanılmaktadır. Anksiyete ile ilişkili duygusal tepki kişiyi kişisel olarak rahatsız eder, yaygındır (yani tehdidin gerçek varlığıyla ilgili değildir) ve genellikle algılanan tehlide odaklanan bir kavram veya düşünce ögesini içerir (Blanchard vd., 2008). Anksiyete ve diğer duygusal tepkiler genellikle çevredeki bir uyaran veya duruma yanıt olarak ortaya çıkmaktadır. Nasıl ki anksiyetenin derecesi kişiden kişiye değişiyorsa, aynı kişi de farklı anksiyete nöbetleri geçirebilir. Bir kişi yüksek düzeyde anksiyeteden muzdarip olduğunda, fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel olarak acı çekmektedir. Bu nedenle, anksiyeteyi anlamak için belirtilerini bilmek; dolayısıyla fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal alanları nasıl etkilediğini anlamak önemlidir (Clark ve Beck, 2012).

Anksiyete varsayımları ve normları, insanların durumları verdikleri tepkileri ve bu durumlarda nasıl davrandıklarını etkiler (Wells, 1997). Diğer psikolojik rahatsızlıklara sıklıkla eşlik eden anksiyete bozuklukları, birçok farklı rahatsızlıkla da örtüşebilir (Clark ve diğerleri, 1994). Anksiyete genellikle abartılı, çarpıtılmış ve tehdit edici düşüncelerden oluşur (Leahy, 2007).

Bu açıdan anksiyete, bilişsel bir bozukluk olarak görülebilir. Başka bir deyişle, kaygı, normal duygusal tepkilerinizden özellikle farklıdır. Bir kişi değişen bir ortama etkileşim kurup uyum sağladıkça bilişsel sistemler sürekli değişmektedir. Bireysel dünya, sürekli bir dışsallaştırma, asimilasyon ve adaptasyon diyalektiği tarafından şekillendirilir. Bu süreç can sıkıcı olabilir. Anksiyete, bu bilişsel sistemlerde fenomenal bir benliği tanımlamaya yardımcı olan ani bir değişiklik olduğunda veya bu bilişsel sistemler tehdit edildiğinde ortaya çıkar. Diğer bir deyişle kaygı, kişinin kişiliğine ilişkin algısını azaltır (Averill, 1976: 118).

Tehlike ile ilgili temel inanç ve tutumlar anksiyete bozukluğuna yatkınlık yaratır. Bu diyagramlar size yaşamı ve olayları nasıl yorumlayacağınızı göstermektedir. Olayların

heyecanıyla hareket etmenin yanı sıra, pasif otomatik düşünme durumunda şemalar bir kişinin bilişsel yapısında bir miktar bozulmaya neden olur. İnsanlar temel inançlarının doğruluğunu ve geçerliliğini etkili bir şekilde test edemediklerinde, bu bilişsel bozukluklar ve eşzamanlı davranışsal tepkiler yüksek düzeyde anksiyetenin sürdürülmesine katkıda bulunur (Wells, 2006: 52).

Kaygı arttığında, kişi normal, günlük yaşam deneyimlerini bozma ve başlarına gelebilecek en kötü durum senaryosu hakkında düşünme eğilimindedir. Risk şiddetini ve olasılığını abartmak, anksiyete korkusunun altında yatan önemli bir faktördür. Dolayısıyla, yıkıcı düşünceleri yakalamak ve düzeltmek, korku ve kaygıyı azaltmak için önemli bir bilişsel-davranışçı stratejidir (Clark ve Beck, 2012: 16-31).

2.11. Normal ve Anormal Anksiyete

Sosyal ve teknolojik değişimin hızla gerçekleştiği bu çağda, insanlar günlük yaşamlarında anksiyete yaşayabilecekleri birçok durumla karşı karşıya kalabilmektedir. Kaygı, modern çağın getirdiği bir kavram değildir. Tarihin başlangıcından beri filozoflar, dini liderler, akademisyenler ve son zamanlarda tıp, sosyal bilimciler, kaygının gizemini çözmeye; bu yaygın ve rahatsız edici insanlık durumuyla başa çıkmak için önlemler geliştirmeye çalışmışlardır (Clark ve Beck, 2010: 3).

Anksiyete, farklı şekillerde ve değişen derecelerde şiddette görülebilir (Bourne, 1995). Hafif kaygı, performansı iyileştirmek ve büyük hedeflere ulaşmak için kişiyi motive edebilir, harekete geçirebilir (Freeman vd., 2004: 129). Başarısızlık ve kayıp olasılığı da dahil olmak üzere günlük problemler karşısında endişe olmadığında bir problem ortaya çıkar (Bourne, 1995). Bu nedenle, anksiyete tepkisi zorluk ile orantılıdır ve durum aslında normaldir.

Anormal anksiyete, normal anksiyeteden daha yoğun ve şiddetlidir (panik atak gibi), daha uzun sürer (stresli olay bittikten aylar sonra bile) ve yaşamı değiştiren fobilere yol açar (Bourne, 1995: 4). Anormal anksiyete bozukluklarında insanlar korkunun nedenini bilmezler, kaygılı duyguları anlamsızdır ve duruma göre orantısızdır (Morris, 2002: 539).

Kaygı riski konusu, kaygı örüntülerinin ve olumsuz otomatik düşüncelerin içeriğinde belirgin bir şekilde yer almaktadır. Anormal anksiyetede riski abartmak ve durumu yönetme yeteneğini küçümsemek temel risk planlarını tetikler (Wells, 1997). Normallik ve anormalliğin en önemli kriteri, durumun bir kişinin sosyal, mesleki işlevi üzerindeki etkisidir. Anksiyete, bir kişinin işlevine müdahale ederse anormal olarak sınıflandırılır. Bu aşamada kişinin durumla etkin bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olacak teknik ve müdahaleleri içeren psikolojik destek süreci, işlevlerini geri kazanmasına yardımcı olacaktır.

2.12. Anksiyeteye Başa Çıkma

Anksiyete, insanlarda farklı düzeylerde gelişen bir durumdur. Düşük düzeyde kaygı, bir kişi için canlandırıcı bir uyarım kaynağı olabilirken, yüksek düzeyde bir kaygı mesleki ve sosyal işlevleri bozabilir ve kişisel uyumu zorlaştırabilir. Bir işi kaybetmek, kaçınılmaz olarak kaygı ile baş etme girişimlerine yol açar. Anksiyete bozukluklarının kalıcı olmasına yol açan bu başa çıkma çabaları, yıkıcı bilişsel yapı, aşırı uyanıklık ve tekrarlayan düşünceler ve savunma mekanizmaları gibi baş etme stratejilerini içermektedir (Carr, 2012).

İnsanlar kaygı ile baş etmeyi öğrenebilir ve yaşamları üzerindeki olumsuz sonuçlarının üstesinden gelebilir. Başa çıkmak için korkuyla yüzleşmeniz, kaynağını anlamanız ve bazı olumsuz duyguları buna göre dengelemeniz gerekir. Kişinin neyle başa çıkmaya çalıştığını bilmesine yardımcı olmaktadır. Kaygı konusundaki bilgi düzeyi arttıkça kişi, bu duyguların inandığı düzeyde tehlikeli olmadığını fark eder. Anksiyete düşüncelerinin zihinde aktığının farkında olmak, kişinin durumla başa çıkmasına yardımcı olur (Mansell, 2007). Kaygı ile başa çıkmak için kullanılan stratejilerin etkileri önemlidir. Kaygı ile başa çıkma sürecinde seçilen stratejiler fizyolojik tepkiyi azaltmalı, kaçınma davranışını ortadan kaldırmalı ve kaygı durumunu destekleyen öznel yorumları değiştirmelidir (Bourne, 1995: 2).

Korkulu uyarılarla aktif başa çıkmayı destekleyen ve abartılı inanç sistemlerine meydan okuyan kişilik özellikleri ve sosyal ilişkiler de anksiyeteye baş etmeye yardımcı olur (Carr, 2012). Endişenin stres kaynaklarıyla ilgili Selye, stres teorisinde genel uyum sendromunu vurgular ve üç aşamalı bir süreçten bahseder:

(A) Alarm aşaması: Kişi, stresli bir durumla karşı karşıya kaldığında bir savaş ya da kaç tepkisi sergiler. Sinir sisteminde birkaç istemsiz reaksiyon rol oynar ve hormon salgılama seviyelerinde farklılıklar vardır.

(B) Direnç: Stresin zararlı etkileri devam ederse vücut direnç aşamasına girer. Bu aşamada anksiyete tepkilerinin belirtileri kaybolur ve vücut strese uyum sağlar. Ancak zararlı uyarılara direnç arttıkça diğer stresörlere karşı direnç de azalır.

(C) Yorgunluk: Bu aşamada, zararlı uyarılara karşı direnç tükenme haline gelir. Vücudun strese uyum sağlama yeteneği kaybolur.

Aşama A 'da görülen semptomlar yeniden ortaya çıkar ve vücut artık direnemez (Krohne, 2002).

Selye'nin stres hakkındaki görüşleri, biyolojik stresi ve bunun vücut üzerindeki etkilerini inceleyen bir tıp alanının yaratılmasına katkıda bulunmuştur. Genelleştirilmiş uyum sendromu kavramı, stres ile çeşitli sağlık sorunları arasındaki ilişkiyi anlamaya yardımcı olmuştur (Campbell ve diğerleri, 2013). Stres; depresyon (Hammen, 2005), uyku bozuklukları (Han, Kim ve Chim, 2012), yüksek tansiyon ve anksiyete bozuklukları gibi birçok hastalığa neden olabilir. Rijard S. Lazarus (1966), Psikolojik stres, insan ve çevre arasındaki ilişkinin sonucudur. Buradaki ilişkiler, bir kişinin kişisel kaynaklarını aşan ve güvenliğini tehlikeye atan bir özelliktir (Lazarus, 1999).

Başka bir deyişle, kişi kendi kaynaklarını dayatan veya aşan bir ortamla karşı karşıya kaldığında psikolojik stres yaşar ve kişisel iyiliğinin tehlikede olduğunu hisseder. İnsanın çevre ile etkileşimini yönlendiren bilişsel değerlendirmeler ve başa çıkma stilleri olmak üzere iki süreç vardır. Bazı çevresel koşullar ve stres faktörleri çoğu insanda strese neden olurken, tepkinin derecesi ve türünde bireysel farklılıklar vardır. Aynı şekilde, bireysel hassasiyetler ve bu olaylara ilişkin yorumlar da olabilir. Örneğin, aynı olay bir kişide öfkeye, diğerinde depresyona neden olurken, başka bir kişide kaygı veya suçluluk duygusunu tetikleyebilir.

Stres, duygu ve şartlanma birlikte gözlenen ve kavramsal bir birim oluşturan değişkenlerdir. Kopyalama, duygusal uyarılma sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Kişi, etrafındaki dünyaya etkili bir şekilde uyum sağlama yeteneğini zayıf olarak

düşündüğünde, stres duygusu olan kaygı yaşama olasılığı daha yüksektir (Lazarus, 1999). Lazarus ve Folkman (1984) yüzleşmeyi iki biçime ayırır: duygusal yönelimli ve sorun yönelimli. Duygusal bir odak ile çalışırken bir kişinin değerlendirilmesi; Zararlı, tehlikeli ve sert çevre koşullarını değiştirecek hiçbir şeyi yoktur. Kişi, sorunu çözerek bu zor koşulların değişebileceğine inanır.

Bu başa çıkma tarzında kullanılan stratejiler, problem çözmede kullanılanlara benzer, ancak daha geniş bir strateji seti içermektedir. Sorun odaklı girişimler genellikle sorunu belirlemeye, alternatif çözümler bulmaya, alternatiflerin kar ve zararını analiz etmeye, aralarında seçim yapmaya ve harekete geçmeye odaklanır. Başa çıkmanın iki önemli işlevi vardır: uygun problem çözme becerilerini kullanarak stresli ortamı değiştirmek (probleme odaklanmak); Bir soruna verilen duygusal tepkilerin düzenlenmesi (duygularla çalışmak). Duygulara odaklanan yüzleşme ve sorunlar stresli bir olay karşısında birbirlerini etkiler: birbirlerinin işlerini kolaylaştırabilir ve birbirlerine müdahale edebilirler (Lazarus ve Folkman, 1984).

2.13. Anksiyetenin Türleri

Anksiyete, bireyin tehlike veya tehdit edici durumlarla karşılaşması ve fiziksel belirtilerle kendini göstermesi sonucunda geleceğe yönelik kaygıdır (Kapucı, 2016). Anksiyetenin şiddeti ile orantılı olarak davranış, algılama ve dikkat bozuklukları ortaya çıkar. Anksiyetenin ortaya çıktığı en uygun ortam, stres kaynaklarının aşırı olduğu ortamdır. Stresli bir kişi de endişeye hazırdır. Yani kaygı ile stres arasında önemli bir ilişki vardır (Sönmez, 2015).

Sürekli anksiyete, kronik anksiyete olarak da adlandırılır. Kişiyi olumsuz etkilemeyen tehlikeli ve kendini tehdit eden durumlar olarak algılanması nedeniyle kişinin mutlu olamamasıdır. Genellikle çok fazla kaygısı olan kişilerde görülür (Kapucı, 2016).

İnsanlar stresli bir durumu tehdit olarak yorumladıklarında, duruma ilişkin kaygı düzeyi yüksek, bu riski tehdit olarak görmediklerinde ise düşüktür (Özgüven, 2003). Kişinin geçici durumuna bağlı olarak tehlikeli durumların neden olduğu kaygı türüdür. Kişinin yaşadığı sıkıntıdan dolayı hissettiği öznel korku olarak da yorumlanır. Bu tür bir kaygı sürekli değildir. Değişikliği gösterir (Kapucı, 2016).

2.14. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Birkaç toplum çalışması, anksiyete bozukluklarının en yaygın ruhsal bozukluk olduğunu göstermektedir. Ergenlik döneminde ruhsal bozuklukların oranı yaklaşık %20'dir. Çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde depresyon, panik bozukluğu, agorafobi bozukluğu, madde kullanım bozukluğu artarken, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu azalmıştır. Ergenlikten erken erişkinliğe geçişte panik bozukluğu, agorafobi ve madde kullanım bozukluğu artarken, ayrılık anksiyetesi bozukluğu azalmaktadır. Hem toplumda hem de klinik ortamda yaygın olan genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu, birinci basamakta en sık görülen psikolojik bozukluktur ve sağlık hizmetlerinin kullanımını artırır. Ergenlikte bazı anksiyete bozuklukları (panik, agorafobi), depresyon ve madde kullanım bozuklukları erken yetişkinlikte artmakta ve artmaya devam etmekte, ancak yirmili yaşların ortalarında madde kullanım bozukluğu önemli ölçüde azalmaya başlamaktadır (Yiğit, 2015).

Amerikan Ulusal Eştanı Merkezi tarafından yayınlanan anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda % 36.4 ve erkeklerde % 25.4'tür. Bu verilere göre, her üç kişiden biri hayatında en az bir kez anksiyete sorunu yaşamaktadır. Örneğin Türkiye'de, yaşam boyu yaygınlık % 12 civarındadır. Kadınlarda yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı erkeklere göre daha yüksektir. Bunun nedeni olarak, kadınların menstrüasyon ve yan etkilere maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğu gösterilebilir. Genel olarak, yaygın anksiyete bozukluğu nadiren tek başına görülür. Genellikle başka bir klinik durum eşlik eder. Anksiyete bozukluğu olan kişiler, alkol, sakinleştirici ve uyuşturucu kullanımından kaynaklanan gevşeme nedeniyle daha yüksek bağımlılık oranlarına sahiptir. Aile hekimliğinde somatik şikayetleri olan hastaların yaklaşık % 10'unda anksiyete bozukluğu vardır (Bal vd., 2013).

2.15. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması

Günümüzde kullanılan ölçütler farklı anksiyete bozukluklarını tanımlamaktadır. Bu tanımlamalar anksiyete problemlerinin tedavisinin yapılmasında önemli etkenlerdir (Bal, 2010). DSM-5'e göre Anksiyetenin sınıflandırılması Tablo 1.'de yapılmıştır (DSM-5, 2013).

Tablo 1. DSM-5'e Göre Anksiyete bozukluklarının güncel sınıflandırması

DSM-5 sınıflandırması
Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
Özgül Fobi
Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
Panik Bozukluğu
Agorafobi
Yaygın Kaygı Bozukluğu
Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması (DSM-5, 2013):

2.16. Gebelik ve Anksiyete

Tek başına gebelik bir kadın için bir endişe kaynağıdır. Önemli olan, normal anksiyete ile anksiyete bozukluğunu ayırt etmektir. Genel popülasyonda, anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Üreme döneminde kadınların % 30'unda anksiyete bozukluğu görülürken, gebelerin % 6,6'sında anksiyete bozukluğu görülmüştür (Eskici ve ark., 2012: 13). Anksiyete, gebe bir kadının gebelik sırasında uyku, iştah bozuklukları ve duygudurum depresyonu yaşamasına neden olur bu nedenle fetüsün psikolojik ve fiziksel gelişimi olumsuz etkilenir. Gebe bir kadın anneliğe iyi hazırlanamaz ve aile içi çatışmalara ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olabilir.

Anksiyete, depresyonun doğum ve gebelik komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkileyerek intrauterin gelişme geriliği, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar göstermiştir ki, gebelikte depresyon ve anksiyete; çocuk sayısı, gebenin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, gebeliğin gönüllü olup olmadığı, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi birçok faktörle ilişkili olabileceği ortaya çıkmıştır. Olay ve sorunu anlamak, başa çıkma

mekanizmaları ve destekleyici kişilerin kalitesi, kaygı ile ilgili sorunların aydınlatılmasında önemlidir (Kaplan vd., 2007: 120).

Geçmişte, gebelerin anksiyetebozukluğuna sahip olma ihtimalinin daha düşük olabileceği düşünülüyordu (Weisberg ve Paquette, 2002: 34). Bu erken inanışın aksine, çalışmalar (özellikle panik bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluğa odaklanan) gebeliğin ve doğum sonrası dönemin anksiyete bozuklukları üzerinde farklı etkileri olduğunu göstermektedir. Gebelikten önce anksiyete bozukluğu olan kadınlar, gebelik sırasında semptomlarında iyileşme gösterse de, çoğu kadın önemli klinik semptomlar yaşıyor gibi görünmektedir. Bir anksiyete bozukluğunun seyri, aynı kadın için farklı gebeliklerde bile değişiklik gösterir(Villeponteaux, 1992: 202).

Yapılan çalışmalarda, doğum öncesi stres ve anksiyete dahil olmak üzere psikososyal değişkenlerin olumsuz doğum deneyimleriyle ilişkili olabileceğini göstermiştir (Hedeard ve diğerleri, 1996: 340). Lobel ve arkadaşlarının (Lobel, 1992: 33) prospektif bir çalışmasında, stres indeksindeki yüksek puanların yaşamsal olaylar, durum kaygısı ve gözlenen stresin gebelik süresini önemli ölçüde kısalttığı bildirilmiştir. Benzer bir çalışmada, gebelik sırasında meydana gelen yaşam olaylarının düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu ve bir birim artan gebeliğe bağlı anksiyetenin gebelik süresini üç gün kısalttığı sonucuna varılmıştır (Wadhwa vd., 1993: 859). Başkabir araştırmanın sonuçlarına göre, doğum öncesi dönemde şiddetli anksiyete yaşayan gebelerin daha az kaygılı gebelere göre daha erken doğum yaptıkları gösterilmiştir (Runi vd., 1999: 335).

Anderson vd. (Altshuler, vd., 1998: 30), 2006 yılında antenatal ve postpartum depresyon ve anksiyete bozukluğu ile anksiyete oranı arasındaki ilişkiyi araştırmak için Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) yayınladıkları çalışmada gebeler tarafından ikinci trimesterde bildirilen hastalık yükü % 18'dir. İkinci trimester gebelerde aynı ölçek ve anksiyete bozukluğu ile 2003 yılında aynı yazar grubu tarafından bildirilen nokta yaygınlık oranı% 12.1'dir (Anderson, 2003: 150).

Gebelik sırasında görülen fizyolojik hislerin çoğu, anksiyete semptomlarına çok benzer, bu nedenle gebe kadının anksiyete bozuklukları ortadan kalkar. Doktorlar bu soruna dikkat etmelidir. Tedavi edilmeyen anksiyete bozukluğunun gebelik ve

yenidoğanlar üzerinde düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi olumsuz etkileri vardır (Cloitre, 2004: 13).

Reprodüktif dönemdeki kadınlarda, anksiyete belirtilerine benzer şekilde gebelik, doğumla ilgili fizyolojik ve psikolojik değişiklikler vardır. Bu nedenle, gebelikte anksiyete bozukluklarını teşhis etmek zordur. Gebelikte anksiyetenin ana nedeni, bir kadının bebeği hakkında kendisinden daha çok düşünmesidir. Eğitim durumu, eşle ilgili sorunlar, çocukla ilgili sorunlar, cerrahi doğum, yaşamdaki değişiklikler, aile ile ilgili sorunlar gebelerde anksiyete bozukluklarına neden olmaktadır (Dönmez vd., 2014).

Araştırmalar, kadınların gebelik sırasında gebelik, doğumla ilgili endişeleri yaşadıklarını ve bu korkuların anksiyete düzeyini artırdığını bildirmiştir. Bu korkunun sezaryen doğum veya zor doğum, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bir kadına gebelikte anksiyete tanısı konulursa çocukta zihinsel ve motor becerilerde azalma, duygudurum bozukluğu ve dikkat dağınıklığı görülebilir (Özdamar vd., 2014)

2.17. Anne Sütünün Bebeğe Faydaları

Anne sütü, bebeğin yeterli ve dengeli beslenmesini, sağlıklı büyümesini ve gelişmesini sağlayan en uygun besindir. Anne sütüyle beslenen çocuklarda bilişsel gelişimin daha iyi olduğu Bartels, vanBeijsterveldt and Boomsma, 2009) ve bakteriyel menenjit, otitismedia, idrar yolu enfeksiyonları, gastroenterit ve üst solunum yolu hastalıkları gibi yaygın enfeksiyonların daha az görüldüğü bildirilmektedir. Anne sütü, bebeğin bağışıklık sisteminin gelişimine katkıda bulunarak bağışıklık koruması sağlar. Aynı zamanda optimal gastrointestinal olgunlaşma ve mikrobiyal büyümeyi sağladığı ve böylece alerjik hastalıkların önlenmesine yardımcı olduğu bilinmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda tip 1 diyabet, obezite ve alerji gibi kronik çocukluk çağı hastalıklarının görülme sıklığını azalttığı bildirilmiştir (Aslan ve Selimoğlu 2017).

Anne sütü alımı ile çocukların kemik kütlesi arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Annesini emen bebeğin çene dişlerinin gelişimini olumlu etkilediği doğrulanmıştır (Bal ve Bolışık, 2013). Anne sütü ile beslenen bebeklerde pişik, egzama ve diş eti hastalığı gibi cilt problemleri daha az görülür. Anne sütü sadece

bebeğin beslenme ihtiyaçlarını karşılamakla kalmaz, aynı zamanda annenin bebeğe bağlanması açısından da çok özel bir duygusal etkiye sahiptir. Tüm bu faydaların yanı sıra hem çocukluk hem de yetişkin sağlığına özgü olduğu için de oldukça önemlidir (Aslan ve Selimoğlu, 2017).

Anne sütü, yeni doğmuş bir bebeğin büyümesi ve gelişmesi için gerekli olan enerjiyi, sıvıları ve besinleri içeren, biyoyararlanımı yüksek, kolay sindirilebilir bir besindir. Anne sütü belirli bir türe özgü olduğu için bebeğe en uygun beslenmeyi sağlar. En önemli özelliği anne sütünün formülünün çocuğun yaşına ve durumuna göre değişmesidir. Örneğin erken doğum yapan anneler bebeğin kilosuna, gebelik yaşına ve böbrek fonksiyonuna göre süt salgılar (Karaağaoğlu vd., 2013). Prematüre bir bebek için anne sütünün bileşimi, yeni doğmuş bir bebek için anne sütünden farklıdır (Eryılmaz, 2016).

Bebeğin ihtiyaçları değiştikçe anne sütünün içeriği de değişir. Yani bebeğin ihtiyacı olan her neyse ona göre süt salınır. Bebeğin doğumundan sonraki ilk günlerde kolostrum (ağız sütü) adı verilen sarı renkli bir protein yönünden zengin süt dışarı atılırken zamanla süt içeriği değişir ve olgun beyaz sütün salınması başlar (Deniz ve Özer, 2012). Gebeliğin on ikinci haftasından itibaren memenin alveol hücrelerinde kolostrum üretimi başlar ve bu haftadan itibaren salgı başlar. Daha sonra 6-13 doğumdan sonra olgun süt üretilinceye kadar günler arasında geçiş sütü atılır. Doğumdan sonra olgun süt 10-14. ilk günden itibaren atılır (Eryılmaz, 2016).

Kolostrum, protein, sodyum, klor, potasyum ve yağda çözünen vitaminler bakımından olgun süte göre yüksektir ve ayrıca daha az şeker, yağ ve laktoz içerir. Kolostrum çok sayıda antioksidan, antikor ve immünoglobulin içerir (Walker, 2019). Olgun süt beyaz veya hafif mavi olabilir ve yaklaşık% 13 karbonhidrat, protein ve yağ ile% 87 su içerir. Protein, yağ ve karbonhidrat gibi makro besinler memenin alveollerinde özel salgı hücreleri tarafından sentezlenir. Vitaminler ve mineraller gibi mikro besin elementleri dolaşımdaki ana plazmadan üretilir. Anne sütü 200'den fazla bileşen içerir (Davidson vd., 2012). Anne sütü proteinlerinden biri olan peynir altı suyu proteinleri bağışıklık sisteminin gelişmesinde rol alırken, laktoferrinler ise bağışıklık sistemi olmayan savunma sistemlerinde rol oynamaktadır (Aslan ve Dinç, 2017).

Emzirme, bir annenin sağlığı geliştirmek ve hastalığı önlemek için yapabileceği en önemli faaliyetlerden biri olarak kabul edilmektedir. Emzirme ve emzirme yaşam boyu anne, bebek, çocuk ve yetişkin sağlığı için olumlu bir temel sağlar (Walker, 2019). Emzirmenin beslenme, immünolojik, gelişimsel, sosyal ve ekonomik yönden çocuğa, anneye ve topluma birçok faydası vardır. Bir çocuğun sağlığı ve gelişimi için temel sağlar (WHO, 2018).

Emzirme, çocukların sindirim, solunum ve bağışıklık sistemlerinin güçlenmesini sağlar. Aynı zamanda orta kulak iltihabı, ishal, zatürre, menenjit, apandisit, alerji, ani bebek ölümü, yemek borusu ve mide lezyonları ve idrar yolu enfeksiyonları riskini azaltır. İki yaşına kadar emzirmenin ileri yaşlarda H. Pylori'den bakterilerine karşı korumada etkili olduğu öne sürülmüştür. Anne sütü almayan çocuklarda tip 1 ve tip 2 diyabet ve çocukluk çağı lösemisi gelişme riski artmaktadır (Dieterich vd., 2013). Ayrıca emzirme ile ani bebek ölümlerinin % 36 oranında azaldığı belirlenmiştir. İlk altı ayda tek başına anne sütüne, ertesini yıl anne sütünün yanı sıra tamamlayıcı gıdaya geçilerek dünyadaki çocuk ölümlerinin% 13 oranında önlenebileceği, bir milyona yakın bebeğe ulaşılabileceği bildirilmiştir (AAP, 2012).

Emzirmenin yalnızca bebeğe faydası yoktur. Aynı zamanda anneye de birçok faydası vardır. Bununla birlikte, emzirmenin kısa vadede kadın sağlığını iyileştirebileceğine ve gelecekte hastalık geliştirme riskini azaltabileceğine dair yeterli kanıt vardır (Dietrich vd., 2013). Arka lob hormonu oksitosin, hipofiz bezi tarafından emzirme yoluyla salgılanır. Bu hormon rahmin reflüsünü hızlandırır ve doğum sonrası kan kaybını azaltır. Emziren anneler için premenopozal dönemde meme kanseri riski azalmaktadır. Emzirmek over ve endometrium kanseri gelişme riskini de azaltır (Eryılmaz, 2016).

Emziren kadınlarda tip 2 diyabet gelişme riskinin düşük olduğu bulunmuştur (Victora vd., 2016). Emzirilen bir bebeği beslemek; anne için kolay, zamandan tasarruf sağlayan, ekonomik olmasının yanı sıra anne, çocuk sağlığı ve aile planlaması için de önemlidir. Menopoz, emziren annelerde ovulasyonu baskılamasından dolayı geç ortaya çıkar. Emzirmenin bir diğer önemli faydası da, emziren kadınların özgüvenlerini başarıyla artırmasıdır. Ayrıca, emzirme kadınlarda psikolojik sorunları (anksiyete, stres, depresyon, suçluluk ve yorgunluk) azaltmaktadır (Eryılmaz, 2016).

Amerikan Pediatri Akademisi (APA) (2012) emzirme politikası beyanında, birkaç istisna dışında tüm bebeklerin ilk altı ay içinde emzirilmesini önermektedir. Bebeklerin doğal doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde ve sezaryenle doğumdan sonra anne rahatladıktan sonra emzirilmesi gerekir (Deniz ve Özer, 2012). Doğumdan sonraki birkaç saatlik bir gecikme bile yaşamı tehdit edici sonuçlar doğurabilir. Anne emzirmeye başladığında, cilt teması kolostrum dahil olmak üzere süt üretimini uyarır. Oldukça besleyici ve antikor bakımından çok zengin olan kolostrum, "bebeğin ilk aşısı" olarak kabul edilir (UNICEF, 2019).

Erken emzirme, anne-bebek ilişkisinin başlatılması, bebeğin beslenmesinde bazı sorunların önlenmesi, anne sütü salgılanmasının artması ve üreme organlarının eski haline getirilmesi için çok önemlidir (Deniz ve Özer, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), emzirmenin doğumdan hemen sonra başlaması gerektiğini ve anne sütünün doğumdan sonraki ilk altı ay içinde verilmesini ve su dahil katı veya sıvı besleyici içeceklerin verilmesini tavsiye etmektedir. Yedinci aydan itibaren ek gıdalar yemeye başlanmalıdır. İki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesi önerilmektedir (UNICEF, 2015 ve WHO 2018).

Doğumdan sonraki bir saat içindeki emzirme oranlarının en yüksek Doğu ve Güney Afrika'da (% 65), en düşük Doğu Asya ve Pasifik'te (% 32) olduğu belirtilmektedir. Burundi, Sri Lanka ve Vanuatu'da doğan 10 bebekten 9'u ilk saat içinde emzirilmektedir. Aksine, Azerbaycan, Çad ve Karadağ'da doğan her 10 bebekten sadece ikisi bunu yapmaktadır (WHO, 2018). Bazı ülkelerde emzirmeye başlama ve ilk altı ay sadece anne sütü alma oranları sırasıyla; Amerika'da %73.9, %13.6, Kanada'da %90.3, %14.4, Avusturya'da %93.2, %13.6 olarak belirtilmiştir (WHO, 2013). Başarılı Emzirme İçin 10 Adım (UNICEF, 2018);

1. Çalışanlara ve ebeveynlere rutin olarak iletilen yazılı bir çocuk besleme politikasına sahip olun.

2. Personelin emzirmeyi desteklemek için yeterli bilgi, yeterlilik ve becerilere sahip olmasını sağlayın.

3. Emzirmenin önemi ve yönetimini gebe kadınlar ve aileleri ile tartışın.

4. Derhal ve kesintisiz cilt temasını kolaylaştırın ve doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede emzirmeye başlamaları için anneleri destekleyin.

5. Anneleri emzirmeye başlama ve sürdürme ve ortak zorlukları yönetme konusunda destekleyin.

6. Yeni doğanlara reçetesiz anne sütü dışında herhangi bir yiyecek veya sıvı vermeyin.

7. Annelerin ve bebeklerinin bir arada kaldıklarından ve onları günün 24 saati odaya koyduklarından emin olun.

8. Annelerin çocuklarını beslemeye ilişkin tavsiyeleri öğrenmeleri ve bunlara yanıt vermeleri için destekleyin.

9. Annelere biberon, emzik ve emzik kullanımı ve riskleri konusunda tavsiyelerde bulunun.

10. Taburculuğu koordine edin, böylece ebeveynler ve bebekleri sürekli destek ve bakıma zamanında erişebilir.

2.18. Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar

2.18.1. Anneye ilişkin sorunlar

Sezaryen doğum: Vajinal doğumda artan oksitosin seviyesi kasılmaları tetikler ve ayrıca süt kanallarından sütün akışını sağlar. Sezaryen doğumda fazla oksitosin olmadığı için emzirme gecikmiştir (Prior, 2012: 265). Bu nedenle sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme konusunda daha fazla desteğe ihtiyacı vardır. Ek olarak, anne-bebek etkileşiminin vajinal doğum sırasında hemen başlaması emzirme için bir avantaj sağlar. Literatür incelendiğinde; sezaryen ile doğum yapan annelerin daha uzun emzirme süresine sahip olduğu, daha kısa emzirme süresine sahip olduğu, emzirmede daha az başarılı olduğu ve vajinal doğum yapan annelere göre daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğu vurgulanmaktadır (Al-Sahab: 2010: 12).

Uyuşturucu madde kullanımı: Emzirme döneminde anne için akut ve kronik sağlık sorunları nedeniyle ilaç tedavisine ihtiyaç duyulabilir. Emziren bir anneye ilaç

önerirken; "İlaç kesinlikle gerekli mi?" "Bir annenin kullandığı ilacı çocuğa verebilir miyiz?" sorular doğru cevaplanmalı ve en güvenli ilaç seçilmelidir. Gerekirse ilaç kullanılmalı ve bebeğe kullanabileceğimiz ilacı anneye vermeliyiz. İlaç çocuğa zarar verecekse, mümkünse çocuktaki serum konsantrasyonu izlenmelidir. İlaç almadan önce bebeğin emzirilmesi, bebeğini uyutmadan önce ilacı alması gerekir (Büyükkayhan, 2006: 30). Anne sütü, annede yetersiz beslenme, bağımlılık yapan ilaçların kullanımı, ağır metallere (cıva, kurşun ve arsenik) maruz kalma, radyoaktif ajanlara maruz kalma, kemoterapi ve annede ciddi ruhsal bozukluklara neden olan ciddi kronik hastalıklarda kontrendikedir (Gür, 2007: 14).

Sigara: Sigara, emzirmenin başarısını azaltan en önemli risk faktörlerinden biridir. Tavoulare ve ark. tarafından yapılan çalışmada; gebelik öncesi düzenli sigara içen annelerin bebeklerinin, nikotinin prolaktin üretimini baskıladığı ve anne sütü miktarını azalttığı için ilk altı ay boyunca sadece anne sütü aldıkları gösterilmiştir (Büyükkayhan, 2006: 30). Diğer çalışmalarda, sigara içen annelerin daha erken yiyecek eklemeye başladıkları ve emzirirken sigarayı bırakmanın emzirme süresini artırdığı saptanmıştır.

Çalışan anneler: Anneler çalışmaya başladığından beri bebeğin formül mama ile beslenmeye başlaması emzirme başarısını düşürür ve emzirme süresini kısaltır. Çalışmalar, anne dostu ve emzirme programları olan işyerlerinde çalışan kadınlar için emzirme oranlarının daha yüksek olduğunu ve göğüs pompası ve emzirme odaları sağlanarak emzirmenin önündeki engellerin azaldığını doğrulamıştır (Hawkins ve diğerleri 2007: 358). Çalışan annelere elle veya pompa ile süt sağmaları öğretilmeli, sütün kapak ve şişe ile 5 dakika kaynatılması ve mikropsuz cam kavanozlarda saklanması tavsiye edilir. İşe gitmeden önce bebeğini emzirmesi, anne işteyken kaşıkla bebeğe süt vermesi ve eve döndüğünde bebeğini emzirmesi önerilir. Sağılan süt; oda ısısında 25°C'de 4 saat, buz paketleriyle soğutularak 15 °C'de 24 saat, buzdolabında 4 °C taze süt 48 saat, önceden dondurulup çözülen süt buzdolabında 4 °C 24 saat, dondurulmuş sütün ise; buzlukta: 3-6 ay, derin dondurucuda -20 °C'de 6-12 ay süre ile saklanabilir. Bu sütler kullanılmadan önce sıcak suda bekletilerek ısıtılmalıdır.

Mastitis ve apse: Mastitis, bağ dokusu ve meme bezlerini etkileyen bir selülitir ve emzirme döneminde kadınların yaklaşık% 20-33'ünde görülür. Çatlak bir meme başı veya tıkalı bir süt kanalından sonra gelişebilir. Enfeksiyona neden olan faktörlerden

biri memede süt birikmesidir. Göğüsler ŐiŐ, kırmızı ve ağrılıdır. Güçsüzlük, titreme ve ateŐ görülebilir. Tedavisinde emzirmeye ara verilmemelidir. Tedaviye birincil yaklaşım; Yatak istirahati, memelerde ılık ıslak kullanım, sıvı alımının artması, antibiyotik verilmesi ve emzirmeden sonra fazla sütün sağılması. Dünya Sağlık rgt, 24 saat içinde yeterli süt üretimine rağmen belirti ve semptomlarda iyileşme olmazsa veya meme ucunda belirgin bir çatlak varsa veya implantasyon sonucu mastitis gösteriyorsa antibiyotik önermektedir. Mastitis genellikle antibiyotik tedavisinden sonra 48 saat içinde azalır. Bebek süt içmeye isteksiz ise pompa yardımı ile meme boşaltılmalıdır (Şen vd., 2013: 26).

Meme kanseri: Emzirme döneminde bir anneye meme kanseri teşhisi konulursa emzirmeye son verilebilir. Tedavi görmeyen bir annenin süt rimi vardır. Radyasyon süt üretimini azaltır. Meme kanseri olan anneler, göğüsleri etkilenmemiŐ bebeklerini emzirebilirler. Yapılan araştırmalar emziren kadınlarda meme kanserine yakalanma riskinin düşük olduğunu doğrulamaktadır (Şen ve diğerleri, 2013: 26).

Emzirme döneminde doğum kontrolü ve gebelik: Emzirme döneminde artan prolaktin seviyesi yumurtlamayı engeller. Emzirme, dünya genelinde anne ve ocuk sağlığı programları kapsamında bir aile planlaması seçeneğidir. AŞağıdaki durumlarda laktasyon menopoz yöntemi önerilmektedir (Gr, 2007: 14);

- Tam veya neredeyse tam emzirme: Bebek sadece ilk altı ay anne sütü ile beslenir. Emzirme gece gündüz sürmelidir; öğünler arasında altı saatten fazla olmamalıdır. Tam emzirme sürecine uyulmaması, menopoz süresinin kısalması ile iliŐkilidir.

- Beslenme süresi 4 dakikadan az olmamalıdır.

- Doğumdan sonraki adet kanaması 8 haftadan sonra ise ve bebek altı aydan büyükse anne emzirmeye devam etse bile gebelik riski artar. Östrojen ve progesteron içeren müstahzarlar emzirme süresini kısaltır ve süt üretimini azaltır. Anneye rahim içi cihaz önerilmelidir.

- Emzirme sırasında gebelik oluŐursa süt rimi azalır ve sütün tadı değişir. Gebeliğe bağlı göğüs ağrısı olmasına rağmen anne, gebeliğin son üç ayına kadar bebeğini emzirebilir.

Maternal enfeksiyon: aktif verem, annenin balgam negatif olana kadar beslenmeyi geciktirmesine neden olur. İnsan T hücresi lenfosit virüsünün (HTLV-I) ve HIV'in anne sütü yoluyla bulaştığı gösterilmiştir. Annede HTLV-I enfeksiyonu olduğu durumda, yenidoğanı beslemek için başka bir güvenli seçenek olduğunda anne sütü önerilmez. HIV'in endemik olduğu ve beslenme sorunlarının yaygın olduğu az gelişmiş ülkelerde HIV enfeksiyonu olan annelerin emzirmeye devam etmeleri önerilir. Ancak, HIV için endemik olmayan ve beslenme sorunları olmayan gelişmiş ülkelerde emzirme sakıncalıdır. Anne memesinin içinde ve çevresinde aktif HSV lezyonları, emziren anneyi lezyonlar geçene kadar engeller. Maternal CMV enfeksiyonu (prematüre bebekler ve immün yetmezliği olan çocuklar emzirilmemelidir), kızamıkçık, hepatit B virüsü vektörü (aşırı immünoglobulin kullanılmalı ve aşılama sağlanmalıdır), maternal hepatit (hijyen kurallarına uyulmalı, bebek immünoglobulin olmalı) Meme iltihabı ve meme apsesi gibi sorunlar emzirmeyi engellemektedir (Gür, 2007: 14).

2.18.2. Bebeğe ilişkin sorunlar

Doğum sırasında kullanılan anestezipler: Anestezipler bebekte doğumdan sonra uykululuğa neden olabilir ve emme davranışını etkileyebilir. Bebek agresif bir şekilde emzirmiyorsa mümkün olduğunca beslendikten sonra anne sütü elle veya pompa ile boşaltılmalı ve kaşıkla süt verilmelidir (Giray, 2014: 10).

Biberon ile beslenen bebek: Biberonla beslenen bir bebeğin annenin göğsünü emmeyi öğrenmesi çok zordur. Anne sabırla bebeğini emzirmeye çalışmalı, emziremiyorsa kaşıkla atılan sütü vermelidir (Giray, 2014: 10).

Yarı dudak ve yarı damak: Bu bebekler anne sütü ile beslenmeye devam etmelidir. Meme dokusunun esnekliği, emme sırasında dudak ve / veya damaktaki defektin kapatılmasına yardımcı olur. Ayrıca anne sütü, bu bebekler arasında yaygın olan otitis media ve solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığını azaltmaktadır (Saner vd., 2010: 283).

Meme reddi: Çocuğu etkileyen hastalıklar, anneye verilen ilaçların sakinleştirici etkisi, emzirme tekniğinde yaşanan sorunlar, biberon ve emzik kullanımı, çocuğu rahatsız

eden değişiklikler, burun tıkanıklığı ve stomatit çocuğun nedenleridir. Reddetme (Saner vd., 2010: 283).

Ankiloglossi: Beslenme ve konuşma ile ilgili sorunlara neden olan doğuştan gelen bir hastalıktır. Dili çok kısa olan bir bebek, dilini düzgün hareket ettiremediği için annesinin meme ucunu emmek yerine çiğnemektedir. Meme başındaki çatlaklar, sütün tam boşaltılmaması, meme başında ağrı, süt kanalının tıkanması, mastitis ve güven kaybı gibi sorunlar erken takviyeye neden olur (Burky, 2011: 80).

Bebekte kalıtsal metabolik hastalık: Galaktozemi ve galaktoz metabolizması bozuklukları, uzun zincirli CoAdehidrojenaz eksikliği, tip 1 hiperlipidemi, serum lipoprotein ve üre döngüsü enzim eksikliğinde anne sütü kullanımı kontrendikedir (Gür, 2007: 14).

2.18.3. Emzirmeye ilişkin sorunlar

Anne ve çocuğun ayrılması: Çocuğun hastalık nedeniyle serviste veya yoğun bakımda izlenmesi gerekiyorsa, eliyle veya pompa ile memeyi emerek sütü kesmesi engellenmelidir. Hasta çocuğa anne sütü verilmesi tedavi başarısını artırmaktadır (Atıcı vd., 2007: 4).

Düz ya da çökük meme uçları: Doğum öncesi dönemde düz ya da çökmüş meme uçları tespit edilmeli ve erken tenel temasla ile bebeğin kendi kendine yerleşmesine izin verilmelidir. İyi konumlandırılmış bir bebek, meme ucunun şekli ne olursa olsun emmekte zorluk çekmez. Annelere, bebeklerin meme başı değil emzirdiği ve emzirme sırasında bebeklerin oluşturduğu negatif basınç ile meme başının öne çıkacağı anlatılmalıdır. Meme ucu değiştirilmiş pistonlu giriş enjektörü ve elektrikli meme pompası gibi aletler kullanılabilir. Ancak gebelik sırasında meme başı masajı erken doğuma neden olabileceğinden kesinlikle uygulanmamalıdır. Meme başı sorununun çözülebilmesi için anne sütü aspire edilerek kaşıkla bebeğe verilmeli veya bebeğin ağızına süt pompalanması gibi uygulamalar yapılarak süt boşaltılmalıdır (Taşkın, 2016: 567).

Ağrıyan ve çatlaman meme uçları: Emzirme döneminde annelerin % 34-99'unun meme uçlarında ağrı ve çatlak yaşadığı bildirilmiştir. Özellikle ilk çocuğunu emziren annelerde doğumdan sonraki ilk 5-10 gün içinde meme başı çatlakları

görülebilmektedir. Meme ucundaki ağrı ve çatlaklar için önleyici tedbirler. Sabun ve diğer kimyasal maddeler meme başı tahrişine neden olabileceğinden, meme ucu sadece ılık suyla temizlenmelidir. Emzirmeye en az ağırlı olan taraftan başlanmalıdır. Bebek kısa sürelerle ama daha sık beslenmelidir. Bebek sık sık değiştirilmeli ve memenin farklı bölgelerine baskı yapılmalıdır. Emzirme sırasında sadece memenin başı değil, areolanın bir kısmı da bebeğin ağzında olmalıdır. Emzirme sonunda meme uçları birkaç damla süt ile nemlendirilmeli ve açık havada kurutulmalıdır. Çatlak meme uçlarında bitkisel yağ kullanılabilir. Emzirmeden önce bitkisel yağın yıkanmasına gerek yoktur ve plastik göğüs pedlerinin kullanımından kaçınılmalıdır. Doktor tavsiyesi ile göğüs uçlarına ince bir tabaka halinde uygun bir krem / losyon sürülebilir. Göğüs pompaları uygun bir teknoloji ile kullanılmalıdır. Meme başı çatlaklarının ve kronik meme başı ağrısının bir başka nedeni de monilia enfeksiyonudur. Bu enfeksiyonlar genellikle çocuğun ağzında fark edilebilir. Meme ucunu karbonatlı suyla temizlediğinizden ve memeyi kuru tuttuğunuzdan emin olun. Nistatin içeren preparatların kullanılması da doktorunuz tarafından önerilebilir. Vajinal kandidiyazis ile meme başındaki kandidiyaz arasındaki ilişki göz önüne alındığında, vajinitin bebeğin enfeksiyonunu önlemek için gebelik sırasında tedavi edilmesi gerekir (Prior, 2012: 267).

Azalan süt üretimi: Anne veya bebekle ilgili nedenlerle memenin yeterince boşaltılmadığı durumlarda süt üretimi azalabilir. Emzirmeye başlama zaman ve süresinin yetersiz olması, sosyal desteğin yetersiz olması, mastitis ve apsenin kötü tedavisi, meme ağrısı, emzirme tekniğinin kötü olması gibi nedenlerle süt üretimi azalmaktadır. Düşük süt üretimini etkileyen bir diğer faktör de annelerin sütünün yeterli olmadığına ve bebeklerinin doymadığına inanmasıdır. Bir çocuğun büyümesinin izlenmesinde yetersiz süt kavramı; Kilo alımında yavaşlama veya geçici bir duraklama varsa bu düşünülmektedir (Haider vd., 2010: 10).

Memede süt kanallarının dolgunluğu ve tıkanması: Emziren annelerin% 25-85'inde meme dolgunluğu daha belirgin, ilk 36 saatte geçici, anne sütü hacminde artış, kan ve lenf akımında artış gözlenmiştir. Göğüs yumuşak ve ağrısızdır. Bir veya daha fazla göğüs lobunun ürettiği sütün boşaltılmaması, süt kanallarında ve alveollerde sütün birikmesine ve tıkanmasına neden olur. Aşırı anne sütü, çocuğun emzirmenin gecikmesi, çocuğu memeye koymama nedeniyle memenin tamamen boşaltılmaması,

emzirme süresinin kısa tutulması ve sıkı sütyen kullanılması sonucu ortaya çıkabilir (Şen vd., 2013: 26).

Aşırı süt üretimi: Kontrolsüz süt üretimine aşırı duyarlılık denir. Bir memede yeterli boşalma olmaksızın diğer memeden emzirmeye başlanması aşırı duyarlılığa neden olur. Bebeğin çok yağlı süt ve laktozdan zengin ön süt tüketmesi sonucunda bebeğin gaz oluşumu artabilir ve emilim bozukluğu meydana gelebilir. Her emzirme döneminde yeterli beslenen meme boşaltımı kontrol edilmelidir. Bebeğin emmesine rağmen göğüsler yeterince boşaltılamıyorsa pompa veya elle boşaltılmalıdır (Küçüköyük, 2006: 43).

Emzirme tekniğinde hata: Emzirme sırasında en uygun pozisyon, çocuğun ve annenin en rahat olduğu pozisyonudur. Emzirme sırasında memeyi C tekniği ile tutmalısınız, meme baş parmağınız yukarıda, areolanın arkasında ve diğer parmaklar memenin altında olacak şekilde desteklenir. Bebek, meme ucunu ve areolanın çoğunu yakalayana kadar memeye tutturulur (Şen vd., 2013: 26).

2.19. Emzirme ve Annenin Ruhsal Durumu

Günümüzde anne sütü ve emzirme için daha az önemli olmayan bir diğer konu da annenin doğum sonrası ruh sağlığıdır. Bir annenin çocuğunu sağlıklı besleyebilmesi ve uzun süre emzirebilmesi için öncelikle beden ve ruh sağlığının hak ettiği yerde olması gerekir. Anne ruh sağlığının kötü olması, bebeğin iyi beslenememesi ve sağlığının bozulmasıyla sonuçlanabilir. Depresyon geçiren annelerin daha çok emzirme konusunda endişeli oldukları, sütlerini besleme ve yeterliliği konusunda olumsuz düşüncelere sahip oldukları söylenebilir (Annagür ve Annagür, 2012: 107).

Özellikle doğumdan sonra dördüncü ve sekizinci haftalarda depresif belirtiler yaşayan annelerin emzirmeyi bıraktığı ve emzirmeyi daha az etkilediği tespit edilmiştir. Başlangıçta emzirme ile depresyon arasındaki ilişki tek taraflı olarak kavramsallaştırılmış ve depresyonun daha kısa emzirme sürelerine ve emzirmenin erken kesilmesine neden olduğu bulunmuştur. Son zamanlarda yapılan araştırmalar, ilişkinin iki taraflı olabileceğini ve emzirme sorunlarının doğum sonrası depresyon gelişme riskini artırabileceğini bulmuştur. Emzirmeye yönelik uygun eğitim ve desteğin yanı sıra, bebek beslenmesinin olumsuz etkilerini azaltmak için depresif bir

anneyi tanımak ve tedavi etmek son derece önemlidir (Annagür ve Annagür, 2012: 107).

2.20. Annenin Emzirme Niyeti

İkiz bebeklerde emzirmenin başarısını sağlayan en önemli faktörlerden biri annenin emzirme niyetidir (Odei, 2013). Bir annenin çocuklarını neyle besleyeceği konusunda verdiği karar (anne sütü veya mama), ikizde anne sütü alım oranını etkileyen en önemli faktördür. Çocuklarım için yeterince süt ve kaliteli üretebilir miyim? Başarılı bir şekilde emzirmeyi engellemeye yönelik inanç eksikliği etkilemektedir.

Yokoyama, Wada, Sugimoto, Katayama ve diğerleri (2006), emme yeteneği bozulmuş bebeklerin annelerinin yalnızca mama seçme olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bir annenin gebelik sırasında veya öncesinde her bebeği emzirme kararı, emzirmeye başlama ve devam etmede önemli bir faktördür. Bu nedenle baba da dahil olmak üzere emzirmeye yönelik destekleyici eğitim erken doğum öncesi dönemde yapılmalıdır (Kim, 2017).

2.21. Covid 19 ve Depresyon

COVID-19 aalgını küresel bir afet olayı olarak tanımlanmakta ve bir çok alanda kayıp duygusuna neden olmaktadır. Bu süreçte insanlar, güvenliklerinden gündelik rutinlerine kadar, umutlarından sevdiklerine kadar bir çok kayıp yaşamaktadırlar.

İnsanlar, salgına veya salgına karşı alınan önlemlere bağlı olarak maddi ve manevi kayıplarla karşılaşmaktadır. Kaybın kişi için önemi ve geri döndürülemez doğası, depresyon sıklığının diğer ruhsal bozukluklara göre daha yüksek olacağı öngörüsüne yol açar. Aşağıda listelenen risk faktörlerinin varlığı, bir bireye majör depresyon, TSSB ve / veya anksiyete bozukluğu teşhisi konulma olasılığını artırır (Rossi ve diğerleri, 2020):

- COVID-19 salgını öncesinde var olan ruhsal veya kronik hastalık tanısı almış olma,
- COVID-19 pozitif olma, buna bağlı tedavi görme ve karantina sürecine dahil olma,
- COVID-19 hastalığına bağlı bir yakını kaybetme,

- Pandemi sürecinde yoğun strese maruz kalma,
- Salgından dolayı ekonomik açıdan olumsuz etkilenme.

COVID-19 sağlık sorunlarına iki şekilde neden olur. İlki, virüsün doğrudan neden olduğu fiziksel sağlık sorunları, diğeri ise salgına bağlı anksiyete, panik ve anksiyete gibi ruh sağlığı ile ilgili sorunlarıdır. COVID-19 yalnızca tıbbi bir sağlık krizi olarak görülmemeli, bir akıl sağlığı acil durumu olarak da düşünülmelidir. Bulaşıcı hastalıklar sadece bireylerin fiziksel sağlığını değil, enfekte olsun veya olmasın tüm nüfusun ruh sağlığını ve refahını da etkiler. Pandeminin ilk günlerinde, virüsün fiziksel sonuçları daha fazla dikkat çekti ve ruh sağlığı sonuçları ele alınmamıştır. Bununla birlikte, salgın bitse bile, psikolojik etkileri muhtemelen aylarca hatta yıllarca sürecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte olup, araştırmanın amacı yeni korona virüs hastalığı (COVID-19) geçiren gebelerde prenatal bağlanma, anksiyete ve emzirme niyetlerinin değerlendirilmesidir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma S.B.Ü Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kadın doğum servisinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama tarihi ise Aralık 2020 ile Ocak 2021 arasında gerçekleşmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışma 06.2021 – 09.2021 tarihlerinde planlanmış ve bu süreçte S.B.Ü Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ndeki hastalara ulaşmak amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini, çalışmanın gerçekleştiği dönemdeki hastalar (N=89) oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme dahil edilecek sağlık çalışanı sayısı (n), evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak 72 olarak bulunmuştur. Bu sayı örnekleme alınacak minimum hasta sayısını belirtmektedir.

Kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2 pq}{(d^2 (N-1) + t^2 pq)}$$

N: Evrendeki hasta sayısı

n: Örneklemeye alınacak hasta sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmeşiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

α : Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada literatür taraması yöntemi ve anket uygulaması yer alacaktır. İlk aşamada konuyla alakalı güncel ve yeni bilgiler verilecektir. Anket uygulaması bölümünde ise gebelere 4 aşamalı anket formu uygulanacaktır (Ek-1). Ölçeklerle alakalı bilgiler aşağıdaki gibidir:

3.4.1. Demografik bilgi formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış, araştırmaya katılan gebelerin yaşı, eğitim durumu, gebelik haftası, evlilik süresi, gebelik sayısı vb. konularda net bilgi almak için yönlendirilen demografik bilgilerini içeren 15 soruluk bir formdur.

3.4.2. Prenatal bağlanma envanteri

“Prenatal Bağlanma Envanteri” (The Prenatal Attachment Inventory) Muller tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Prenatal süreç boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve fetüse bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirmiştir. Dörtlü likert tipteolan ölçek, 21 maddeden

oluşmaktadır.. Ölçekten en az 21, en fazla ise 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0.84$ olarak bulunmuştur. Tespit edilen bu değerle ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun 2013 yılında yapılmıştır.(Yılmaz ve Beji, 2013).

3.4.3. Prenatal anksiyete tarama ölçeği

Anksiyete bozuklukları kadınlarda yaygındır. Bu duyarlılık perinatal döneme de uzanır. Bu nedenle, anksiyete bozukluklarının yukarıda belirtilen süre boyunca taranması, bu durumların doğru yönetimi ve tedavisi için önemlidir. Bu çalışma, yukarıda belirtilen amaçlar için faydalı olduğu belirlenen PerinatalAnksiyete Tarama Ölçeği'nin geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Aydın (2018)yaptığı çalışma için“PerinatalAnxietyScreeningScale” (PASS) Türkçe'ye çevrilmiş ve “PerinatalAnksiyete Tarama Ölçeği” (PASS-TR) olarak yeniden adlandırılmıştır.

3.4.4. Prenatal emzirme öz-yeterlilik ölçeği

Wells ve ark. tarafından, prenatal dönemdeki gebelerin emzirme öz-yeterlilik algılarının belirlenmesi amacıyla, 2006 yılında geliştirilmiştir (Wells vd., 2006). Ölçek toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2016 yılında Aydın tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.85 olarak belirtmiştir. Bu araştırmada ise Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.95 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin alt grupları; “Emzirme için gerekli olan beceriler ve istekler” (madde 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20), “Nasıl emzirileceği konusunda bilgi toplama” (madde 1, 2, 3, 5, 17), “Diğer insanların yanında emzirme ve emzirme sırasında utanma duygusu” (madde 13, 14, 15, 16) ve “Emzirme sırasında sosyal baskı” (madde 4, 18, 19) oluşmaktadır. Kalan maddeler alt gruplardan bağımsızdır ve emzirmenin önemini eşle tartışma ve iki yıl boyunca emzirme konusunda güveni değerlendirmektedir. Wells ve ark. (28) tarafından geliştirilen özgün ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur

Ölçeğin her bir maddesi 1=Hiç emin değilim, 2=Biraz eminim, 3=Oldukça eminim, 4=Çok eminim, 5= Kesinlikle eminim olmak üzere 5’li likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100’dür. Alınan puanın yüksek olması emzirme öz-yeterlilik algısının arttığını göstermektedir (Aydın, 2016).

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik onayım Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Tarih:12.11.2020 Sayı: 71522473/050.01.04/586) (Ek-2). Ayrıca hastane yönetiminden de çalışma için gerekli izinler alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan anket çalışması Kocaeli ili Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ndeki 72 gebeyle sınırlıdır. Araştırma yalnızca bir hastanede yapılmış olması nedeniyle sonuçlar genellenemez. Ayrıca evrenin tamamına ulaşamamış olması ve dolayısıyla çalışmaya katılmayan bu grubun sonuç üzerinde etkili olabileceği hususu ve yapılan çalışmanın kesitsel olması da çalışmanın önemli sınırlılıklarındandır.

3.7. Verilerin Analizi

Analizlerimiz SPSS 21.0 programı ile yapılmıştır ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997).

Bu nedenle analizlerimizde parametrik olan Bağımsız gruplar t testi, ANOVA testi ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının 2 grupta değişkenlere göre farklılık gösterme durumu t testi ile 3 ve daha fazla grupta değişkenlere göre farklılık gösterme durumu ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 2. Normallik Testi

	Çarpıklık	Basıklık
Yaş	,377	,211
Gebelik haftası	-,774	,110
Toplam aylık gelir (TL)	1,160	1,304
Evlilik süresi(Yıl)	1,556	2,477
Prenatal Bağlanma Envanteri	-,237	-,336
Genel Kaygı ve Özgül Korkular	,396	-,332
Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	,123	-,795
Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	,429	-,655
Akut Anksiyete Ayrışma ve Travma	,522	-,507
Prenatal Anksiyete	,207	-,577
Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	-,637	-,193
Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	-,413	-,543
Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	-,218	-,685
Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	-,836	-,349
Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	-,582	-,294

Ölçümlerden elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo Demografik Özellikleri

		n	%
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	27	37,5
	Lise	19	26,4
	Ön lisans	16	22,2
	Lisans	8	11,1
	Yüksek lisans ve doktora	2	2,8
Eşinizin eğitim durumu	Ortaokul ve altı	28	38,9
	Lise	21	29,2
	Ön lisans	10	13,9
	Lisans	10	13,9
	Yüksek lisans ve doktora	3	4,2
Eşinizle olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız	İyi	70	97,2
	Orta	2	2,8
	Kötü	0	0,0
Aile yapısı	Çekirdek	61	84,7
	Geniş	11	15,3
Gebelik sayısı	1,0	22	30,6
	2,0	22	30,6
	3,0	16	22,2
	4,0	3	4,2
	5,0	5	6,9
	7,0	2	2,8
	8,0	1	1,4
	9,0	1	1,4
Gebeliği sonlandırmayı düşündünüz mü?	Evet	1	1,4
	Hayır	71	98,6
Sigara alkol kullanma durumu	Evet	1	1,4
	Hayır	71	98,6

Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?	Büyükşehir	26	36,1
	Şehir	17	23,6
	İlçe	12	16,7
	Kasaba	2	2,8
	Köy	15	20,8
Gebeliğinizde kontrollerinize düzenli olarak gidiyor musunuz?	Evet	68	94,4
	Hayır	4	5,6
Doğumdan sonra bebeğinizi hangi yöntemle beslemeyi düşünüyorsunuz?	Anne sütü	66	91,7
	Hazır mama	0	0,0
	Anne sütü+ hazır mama	6	8,3
	Diğer	0	0,0
İsteyerek/planlı olarak mı gebe kaldınız?	Evet	58	80,6
	Hayır	14	19,4

Katılımcılardan;

Ortaokul ve altı okul mezunu olanların oranı %37,5; eşi Ortaokul ve altı okul mezunu olanların oranı %38,9; eşi ile ilişkisi iyi olanların oranı %97,2; çekirdek aile olanların oranı %84,7; gebelik sayısı bir ya da iki olanların oranı %30,6; gebeliği sonlandırmayı düşünmüş olan bir kişinin oranı %1,4; sigara alkol kullanan bir kişinin oranı %1,4; hayatının çoğunu büyükşehirde geçirmiş olanların oranı %36,1; Gebeliğinde kontrollerinize düzenli olarak gidenlerin oranı %94,4; doğumdan sonra bebeğini anne sütü beslemiş olanların oranı %91,7; gebeliği isteyerek/planlı olanların oranı %80,6'dır.(Tablo 3).

Tablo 4. Sayısal Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler

	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Yaş	18,00	47,00	29,51	6,02
Gebelik haftası	5,00	40,00	29,20	8,88
Toplam aylık gelir (TL)	1000,00	10000,00	4050,00	1858,17
Evlilik süresi(Yıl)	1,00	28,00	7,52	6,21

Katılımcıların yaşları ortalaması 29,51±6.02; gebelik haftası ortalaması 29,20±8.88; toplam aylık geliri ortalaması 4050±1858.17 TL; evlilik süresi ortalaması 7,51±6.21 yıldır (Tablo 4).

Tablo 5. Ölçeklere Ait Puan Ortalamaları

	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Prenatal Bağlanma Envanteri	29,00	84,00	61,26	11,88
Genel Kaygı ve Özgül Korkular	0,00	31,00	13,58	6,97
Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	0,00	12,00	5,17	3,06
Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	0,00	16,00	5,72	4,03

Akut Anksiyete Ayrışma ve Travma	0,00	25,00	8,15	5,85
Prenatal Anksiyete	0,00	77,00	32,63	16,74
Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	7,00	35,00	26,43	6,91
Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	5,00	25,00	18,88	4,74
Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	4,00	20,00	13,03	3,95
Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	3,00	15,00	11,56	3,67
Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	19,00	93,00	69,89	17,25

Katılımcıların;

Prenatal Bağlanma Envanteri ortalaması 61,26±11.88'dir.

Genel Kaygı ve Özgül Korkular ortalaması 13,58±6.97; Mükemmeliyetçilik ve Kontrol ortalaması 5,17±3.06; Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü ortalaması 5,72±4.03; Akut Anksiyete Ayrışma ve Travma ortalaması 8,15±5.85; Prenatal Anksiyete ortalaması 32,63±16.74'tür (Tablo 5).

Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler ortalaması 26,43±6.91; Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama ortalaması 18,8±4.74; Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları ortalaması 13,03±3.95; Emzirme Sırasında Sosyal Baskı ortalaması 11,56±3.67; Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ortalaması 69,89±17.25'dur (Tablo 5).

Tablo 6. Prenatal Bağlanma Envanteri, Prenatal Anksiyete ve Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
• Prenatal Bağlanma Envanteri	1	,295*	,392*	,106	,118	,261*	,376*	,442*	,347*	,510*	,460*
• Genel Kaygı ve Özgül Korkular		1	,560*	,527*	,669*	,879*	,143	,086	,200	,073	,142
• Mükemmeliyetçilik ve Kontrol			1	,410*	,444*	,670*	,197	,189	,193	,221	,222
• Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü				1	,803*	,816*	-,096	-,186	,023	-,161	-,119
• Akut Anksiyete Ayrışma ve Travma					1	,902*	-,008	-,108	,099	-,056	-,022
• Prenatal Anksiyete						1	,070	-,012	,159	,013	,063
• Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler							1	,779*	,698*	,774*	,939*

• Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama								1	,638*	,802*	,904*
• Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları								1	,621*	,816*	
• Emzirme Sırasında Sosyal Baskı									1	,886*	
• Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği											1

*p<0,05; **p<0,01; Korelasyon katsayısı: 0-0,299=zayıf, 0,300-0,599=orta; 0,600-0,799=güçlü; 0,800-1=çok güçlü

Prenatal Bağlanma Envanteri, Prenatal Anksiyete ve Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi için yapılan Pearson korelasyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir

Prenatal Bağlanma Envanteri ile Genel Kaygı ve Özgül Korkular arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,295$); Mükemmeliyetçilik ve Kontrol arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,392$); Prenatal Anksiyete arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,261$); Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,376$); Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,442$); Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,347$); Emzirme Sırasında Sosyal Baskı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,510$); Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,460$) bulunmaktadır. (Tablo 6).

Tablo 7. Değişkenler ile Prenatal Bağlanma Envanteri, Prenatal Anksiyete ve Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Yaş	Gebelik haftası	Toplam aylık gelir (TL)	Evlilik süresi(Yıl)
Prenatal Bağlanma Envanteri	-,022	,136	-,045	-,153
Genel Kaygı ve Özgül Korkular	,107	-,108	,009	,036
Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	-,090	-,084	,047	-,114
Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	,079	-,104	-,022	,117
Akut Anksiyete Ayrışma ve Travma	,091	-,057	-,050	,097
Prenatal Anksiyete	,079	-,105	-,010	,057

Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	,066	-,016	,292*	,129
Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	,070	-,055	,338**	,025
Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	,063	,080	,199	,065
Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	,026	-,129	,135	,030
Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	,066	-,031	,282*	,080

*p<0,05; **p<0,01; Korelasyon katsayısı: 0-0,299=zayıf, 0,300-0,599=orta; 0,600-0,799=güçlü; 0,800-1=çok güçlü

Değişkenler ile Prenatal Bağlanma Envanteri, Prenatal Anksiyete ve Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi için yapılan Pearson korelasyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir

Toplam aylık gelir (TL) ile Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,292$); Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=0,338$); Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,282$) bulunmaktadır. (Tablo 7).

Tablo 8. Prenatal Bağlanma Envanterinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi

Tanıttıcı Özellikler	Değişken	n	Ort. ± ss	İstatistik	p değeri
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	27,00	56,81±9,19	2,860	0,043*
	Lise	19,00	63,42±12,72		
	Ön lisans	16,00	61,81±12,06		
	Lisans ve üstü	10,00	68,3±13,36		
Eşinizin eğitim durumu	Ortaokul ve altı	28,00	59,36±11,11	1,869	0,143
	Lise	21,00	59,9±11,13		
	Ön lisans	10,00	60,5±14,25		
	Lisans ve üstü	13,00	68,15±11,63		
Aile yapısı	Çekirdek	61,00	61,7±11,6	0,739	0,462
	Geniş	11,00	58,82±13,68		
Gebelik sayısı	1	22,00	63,09±12,78	0,310	0,818
	2	22,00	61,27±12,09		
	3	16,00	60,13±13,1		
	4 ve üstü	12,00	59,42±8,60		
Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?	Büyükşehir	26,00	65,08±12,83	1,914	0,135
	Şehir	17,00	61,53±11,65		
	İlçe	12,00	58,92±12,09		
	Kasaba/köy	17,00	56,82±9,17		
Gebeliğinizde kontrollerinize düzenli olarak gidiyor musunuz?	Evet	68,00	61,4±12,14	0,390	0,698
	Hayır	4,00	59,00±6,48		
Doğumdan sonra bebeğinizi hangi yöntemle beslemeyi düşünüyorsunuz?	Anne sütü	66,00	61,03±11,97	-0,551	0,584
	Anne sütü+ hazır mama	6,00	63,83±11,57		

İsteyerek/planlı olarak mı gebe kaldınız?	Evet	58,00	61,88±11,89	0,893	0,375
	Hayır	14,00	58,71±11,95		

*p<0,05

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Sonuçlar incelendiğinde; lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken Ortaokul ve altı mezunu olanların ortalaması en düşüktür. Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Aile yapısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Gebelikte kontrollere düzenli olarak gitme durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Doğumdan sonra bebeğini besleme yöntemi farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Gebeliği isteyerek/planlı olma durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). (Tablo 8).

Tablo 9. Prenatal Anksiyete Ölçeğinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi

Tanıtıcı Özellikler	Puan	Değişken	n	Ort. ± ss	İstatistik	p değeri
---------------------	------	----------	---	-----------	------------	----------

Eğitim durumu	Genel Kaygı ve Özgöl Korkular	Ortaokul ve altı	27	11,07±5,85	2,012	0,12
		Lise	19	14,58±6,34		
		Ön lisans	16	15,38±7,63		
		Lisans ve üstü	10	15,6±8,67		
	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	Ortaokul ve altı	27	4,56±2,55	1,132	0,343
		Lise	19	5,37±3,39		
		Ön lisans	16	5,06±3,34		
		Lisans ve üstü	10	6,6±3,17		
	Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	Ortaokul ve altı	27	6±3,75	0,098	0,961
		Lise	19	5,63±4,89		
		Ön lisans	16	5,31±3,24		
		Lisans ve üstü	10	5,8±4,66		
	Akut Anksiyete Ayırşma ve Travma	Ortaokul ve altı	27	8,07±5,7	0,144	0,933
		Lise	19	7,68±6,29		
		Ön lisans	16	8,19±4,69		
		Lisans ve üstü	10	9,2±7,66		
Prenatal Anksiyete	Ortaokul ve altı	27	29,7±14,76	0,554	0,647	
	Lise	19	33,26±17,62			
	Ön lisans	16	33,94±16,11			
	Lisans ve üstü	10	37,2±21,8			
Eşinizin eğitim durumu	Genel Kaygı ve Özgöl Korkular	Ortaokul ve altı	28	12,18±7,56	1,501	0,222
		Lise	21	15,95±5,98		
		Ön lisans	10	11,7±5,87		
		Lisans ve üstü	13	14,23±7,44		
	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	Ortaokul ve altı	28	4,71±3,28	0,491	0,69
		Lise	21	5,76±2,61		
		Ön lisans	10	5,4±3,17		
		Lisans ve üstü	13	5±3,34		
	Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	Ortaokul ve altı	28	6,25±4,67	0,501	0,683
		Lise	21	4,86±2,99		
		Ön lisans	10	6,1±4,33		
		Lisans ve üstü	13	5,69±4,01		
	Akut Anksiyete Ayırşma ve Travma	Ortaokul ve altı	28	7,68±6,3	0,33	0,804
		Lise	21	8,43±5,17		
		Ön lisans	10	7,3±5,21		
		Lisans ve üstü	13	9,38±6,75		
	Prenatal Anksiyete	Ortaokul ve altı	28	30,82±18,66	0,337	0,799

		Lise	21	35±13,29		
		Ön lisans	10	30,5±15,9		
		Lisans ve üstü	13	34,31±19,15		
Aile yapısı	Genel Kaygı ve Özgül Korkular	Çekirdek	61	13,67±7,01	0,253	0,801
		Geniş	11	13,09±7,03		
	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	Çekirdek	61	4,97±3,04	-1,31	0,195
		Geniş	11	6,27±3,04		
	Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	Çekirdek	61	5,34±3,72	-1,907	0,061
		Geniş	11	7,82±5,15		
	Akut Anksiyete Ayırışma ve Travma	Çekirdek	61	7,75±5,34	-1,37	0,175
		Geniş	11	10,36±8,09		
	Prenatal Anksiyete	Çekirdek	61	31,74±16,18	-1,06	0,293
		Geniş	11	37,55±19,71		
Gebelik sayısı	Genel Kaygı ve Özgül Korkular	1	22	15±7,78	0,527	0,665
		2	22	12,91±5,74		
		3	16	13,63±8,58		
		4 ve üstü	12	12,17±5,24		
	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	1	22	5,32±3,76	0,808	0,494
		2	22	5,45±2,74		
		3	16	5,5±3,22		
		4 ve üstü	12	3,92±1,68		
	Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	1	22	6,23±4,5	0,186	0,906
		2	22	5,32±3,66		
		3	16	5,63±3,4		
		4 ve üstü	12	5,67±4,91		
	Akut Anksiyete Ayırışma ve Travma	1	22	9±6,73	0,31	0,818
		2	22	7,36±4,93		
		3	16	7,81±5,34		
		4 ve üstü	12	8,5±6,8		
	Prenatal Anksiyete	1	22	35,55±20,19	0,359	0,783
		2	22	31,05±14,24		
		3	16	32,56±16,46		
		4 ve üstü	12	30,25±15,7		
Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?	Genel Kaygı ve Özgül Korkular	Büyükşehir	26	14,23±6,74	0,775	0,512
		Şehir	17	13,18±8,65		
		İlçe	12	15,42±6,5		
		Kasaba/köy	17	11,71±5,76		
	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	Büyükşehir	26	5,65±3,3	1,246	0,3
		Şehir	17	4,71±3,5		
		İlçe	12	6,08±2,61		
		Kasaba/köy	17	4,24±2,33		
	Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	Büyükşehir	26	5,58±4,19	1,13	0,343
		Şehir	17	5,82±4,02		
		İlçe	12	7,42±5,05		
		Kasaba/köy	17	4,65±2,76		
	Akut Anksiyete Ayırışma ve Travma	Büyükşehir	26	8,58±6,88	1,198	0,317
		Şehir	17	7,65±5,43		
		İlçe	12	10,42±5,9		
		Kasaba/köy	17	6,41±4,11		
	Prenatal Anksiyete	Büyükşehir	26	34,04±17,83	1,4	0,25
		Şehir	17	31,35±19,17		
		İlçe	12	39,33±15,28		
		Kasaba/köy	17	27±12,12		

Gebeliğinizde kontrollerinize düzenli olarak gidiyor musunuz?	Genel Kaygı ve Özgül Korkular	Evet	68	13,75±7,08	0,835	0,406
		Hayır	4	10,75±4,11		
	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	Evet	68	5,18±3,13	0,111	0,912
		Hayır	4	5±1,41		
	Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	Evet	68	5,72±4,14	-0,014	0,989
		Hayır	4	5,75±1,26		
	Akut Anksiyete Ayırışma ve Travma	Evet	68	8,32±5,97	3,203	,006*
		Hayır	4	5,25±1,26		
	Prenatal Anksiyete	Evet	68	32,97±17,15	2,049	0,067
		Hayır	4	26,75±4,43		
Doğumdan sonra bebeğinizi hangi yöntemle beslemeyi düşünüyorsunuz?	Genel Kaygı ve Özgül Korkular	Anne sütü	66	13,67±7,12	0,335	0,739
		Anne sütü+hazır mama	6	12,67±5,32		
	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	Anne sütü	66	4,92±3,04	-2,297	,025*
		Anne sütü+hazır mama	6	7,83±1,72		
	Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	Anne sütü	66	5,53±4,1	-1,347	0,182
		Anne sütü+hazır mama	6	7,83±2,48		
	Akut Anksiyete Ayırışma ve Travma	Anne sütü	66	8,14±5,99	-0,078	0,938
		Anne sütü+hazır mama	6	8,33±4,37		
	Prenatal Anksiyete	Anne sütü	66	32,26±17,15	-0,615	0,541
		Anne sütü+hazır mama	6	36,67±11,71		
İsteyerek/planlı olarak mı gebe kaldınız?	Genel Kaygı ve Özgül Korkular	Evet	58	14,36±6,92	1,969	0,053
		Hayır	14	10,36±6,4		
	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	Evet	58	5,34±3,08	1,006	0,318
		Hayır	14	4,43±2,95		
	Sosyal Kaygı Genel Kaygı ve Uyum Güçlüğü	Evet	58	6,03±4,21	1,345	0,183
		Hayır	14	4,43±3,01		
	Akut Anksiyete Ayırışma ve Travma	Evet	58	8,62±5,95	1,39	0,169
		Hayır	14	6,21±5,18		
	Prenatal Anksiyete	Evet	58	34,36±17,13	1,821	0,073
		Hayır	14	25,43±13,22		

*p<0,05

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Aile yapısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından

istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Gebelikte kontrollere düzenli olarak gitme durumu farklı olan gruplar arasında Akut Anksiyete Ayrışma ve Travma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde kontrollere düzenli gitmiş olanların puan ortalaması daha yüksektir. Doğumdan sonra bebeğini besleme yöntemi farklı olan gruplar arasında Mükemmeliyetçilik ve Kontrol açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde bebeğini anne sütü+hazır mama ile beslemiş olanların puan ortalaması daha yüksektir. Gebeliği isteyerek/planlı olma durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). (Tablo 9).

Tablo 10. Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeğinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi

Tanıtcı Özellikler	Puan	Değişken	n	Ort. ± ss	İstatistik	P değeri
Eğitim durumu	Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	Ortaokul ve altı	27	23,56±6,58	4,461	,006*
		Lise	19	27,11±6,15		
		Ön lisans	16	26,94±7,89		
		Lisans ve üstü	10	32,1±3,14		
	Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	Ortaokul ve altı	27	16,26±4,1	8,243	,000*
		Lise	19	18,95±5,15		
		Ön lisans	16	20,38±3,54		
		Lisans ve üstü	10	23,4±2,76		
	Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	Ortaokul ve altı	27	11,78±4,48	2,631	0,057
		Lise	19	13,21±3,87		
		Ön lisans	16	13,25±3,36		
		Lisans ve üstü	10	15,7±1,89		
	Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	Ortaokul ve altı	27	10,11±3,45	4,262	,008*
		Lise	19	11,74±3,9		
		Ön lisans	16	11,88±3,72		
		Lisans ve üstü	10	14,6±1,26		
Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	Ortaokul ve altı	27	61,7±17,07	6,084	,001*	
	Lise	19	71±16,53			
	Ön lisans	16	72,44±15,67			
	Lisans ve üstü	10	85,8±7,25			
Eşinizin eğitim durumu	Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	Ortaokul ve altı	28	23,32±6,72	3,979	,011*
		Lise	21	27,24±5,76		

		Ön lisans	10	28,8±7,39		
		Lisans ve üstü	13	30±6,51		
	Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	Ortaokul ve altı	28	17,04±5,03	3,935	,012*
		Lise	21	18,76±3,81		
		Ön lisans	10	20,3±4,11		
		Lisans ve üstü	13	21,92±4,42		
	Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	Ortaokul ve altı	28	11,43±4,19	2,744	,050*
		Lise	21	13,81±3,04		
		Ön lisans	10	14,3±4,81		
		Lisans ve üstü	13	14,23±3,14		
	Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	Ortaokul ve altı	28	10,54±3,88	1,643	0,188
		Lise	21	11,57±3,28		
		Ön lisans	10	13±3,46		
		Lisans ve üstü	13	12,62±3,66		
	Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	Ortaokul ve altı	28	62,32±18,19	3,899	,012*
		Lise	21	71,38±13		
		Ön lisans	10	76,4±17,81		
		Lisans ve üstü	13	78,77±15,41		
Aile yapısı	Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	Çekirdek	61	26,26±6,71	-0,484	0,63
		Geniş	11	27,36±8,23		
	Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	Çekirdek	61	19,1±4,57	0,941	0,35
		Geniş	11	17,64±5,66		
	Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	Çekirdek	61	12,95±3,99	-0,387	0,7
		Geniş	11	13,45±3,88		
Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	Çekirdek	61	11,57±3,65	0,099	0,922	
	Geniş	11	11,45±3,96			
Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	Çekirdek	61	69,89±16,75	-0,004	0,997	
	Geniş	11	69,91±20,67			
Gebelik sayısı	Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	1	22	25,82±6,89	0,11	0,954
		2	22	26,36±7,71		
		3	16	27±5,55		
		4 ve üstü	12	26,92±7,77		
	Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	1	22	18,82±4,36	0,044	0,988
		2	22	18,77±4,69		
		3	16	18,75±4,43		
		4 ve üstü	12	19,33±6,3		
	Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	1	22	13,18±3,72	0,184	0,907
		2	22	13,27±3,67		
		3	16	12,38±4,06		
		4 ve üstü	12	13,17±5,01		
	Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	1	22	11,09±3,98	0,242	0,867
		2	22	12,05±3,33		

		3	16	11,5±3,63			
		4 ve üstü	12	11,58±4,08			
	Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	1	22	68,91±16,22	0,047	0,986	
		2	22	70,45±17,87			
		3	16	69,63±16,11			
		4 ve üstü	12	71±21,21			
Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?	Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	Büyükşehir	26	27,81±6,52	2,239	0,092	
		Şehir	17	24,82±7,07			
		İlçe	12	29,33±5			
		Kasaba/köy	17	23,88±7,69			
	Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	Büyükşehir	26	20,5±4,37	2,903	,041*	
		Şehir	17	17,29±4,87			
		İlçe	12	20,08±3,87			
		Kasaba/köy	17	17,12±4,96			
	Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	Büyükşehir	26	14,46±3,81	3,222	,028*	
		Şehir	17	10,94±3,68			
		İlçe	12	13,67±3,31			
		Kasaba/köy	17	12,47±4,09			
	Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	Büyükşehir	26	12,04±3,96	0,837	0,478	
		Şehir	17	10,47±3,97			
		İlçe	12	12,33±3,23			
		Kasaba/köy	17	11,35±3,18			
	Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	Büyükşehir	26	74,81±16,61	2,529	0,064	
		Şehir	17	63,53±17,38			
		İlçe	12	75,42±12,59			
		Kasaba/köy	17	64,82±18,57			
Gebeliğinizde kontrollerinize düzenli olarak gidiyor musunuz?	Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	Evet	68	26,71±6,94	1,404	0,165	
		Hayır	4	21,75±4,92			
	Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	Evet	68	19,13±4,74	4,149	,007*	
		Hayır	4	14,5±1,91			
	Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	Evet	68	13,12±3,9	0,795	0,43	
		Hayır	4	11,5±5,07			
	Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	Evet	68	11,6±3,75	0,449	0,655	
		Hayır	4	10,75±2,06			
	Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	Evet	68	70,56±17,29	1,367	0,176	
		Hayır	4	58,5±13,4			
	Doğumdan sonra bebeğinizi hangi yöntemle beslemeyi düşünüyorsunuz?	Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	Anne sütü	66	26,86±6,67	1,791	0,078
			Anne sütü+ hazır mama	6	21,67±8,36		
Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama		Anne sütü	66	19,06±4,84	1,103	0,274	
		Anne sütü+ hazır mama	6	16,83±3,13			
Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları		Anne sütü	66	13,26±3,94	1,659	0,102	
		Anne sütü+ hazır mama	6	10,5±3,27			
Emzirme Sırasında Sosyal Baskı		Anne sütü	66	11,65±3,64	0,734	0,466	
		Anne sütü+ hazır mama	6	10,5±4,23			
			Anne sütü	66	70,83±17,04	1,557	0,124

	Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	Anne sütü+ hazır mama	6	59,5±17,51		
İsteyerek/planlı olarak mı gebe kaldınız?	Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler	Evet	58	27,52±5,99	2,271	,037*
		Hayır	14	21,93±8,72		
	Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama	Evet	58	19,34±4,35	1,736	0,087
		Hayır	14	16,93±5,9		
	Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları	Evet	58	13,38±3,73	1,554	0,125
		Hayır	14	11,57±4,6		
	Emzirme Sırasında Sosyal Baskı	Evet	58	11,88±3,51	1,539	0,128
		Hayır	14	10,21±4,12		
Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği	Evet	58	72,12±15,18	1,822	0,087	
	Hayır	14	60,64±22,37			

*p<0,05

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken Ortaokul ve altı mezunu olanların ortalaması en düşüktür. Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirme Sırasında Sosyal Baskı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde eşi Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar

incelendiğinde eşi Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında “Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde eşi ön lisans mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken ortaokul ve altı okul mezunu olanların ortalaması en düşüktür. Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde eşi Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Aile yapısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde hayatının çoğunu büyükşehirde geçirmiş olanların puan ortalaması en yüksek iken kasaba/köyde geçirmiş olanların ortalaması en düşüktür. Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde hayatının çoğunu büyükşehirde geçirmiş olanların puan ortalaması en yüksek iken şehirde geçirmiş olanların ortalaması en düşüktür. Gebelikte kontrollere düzenli olarak gitme durumu farklı olan gruplar arasında Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde kontrollere düzenli gitmiş olanların puan ortalaması daha yüksektir. Doğumdan sonra bebeğini besleme yöntemi farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Gebeliği isteyerek/planlı olma durumu farklı olan gruplar arasında Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde gebeliği isteyerek/planlı olanların puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 10).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Anne-bebek arasındaki bağlanmanın başladığı dönem olarak kabul edilen prenatal bağlanma; gebelikten önce potansiyel olarak bulunduğu kabul edilen, anne ile bebek arasındaki ilişkiyi kuran ve yakınlılaŐtıran soyut bir kavramdır. Gelişimsel açıdan kritik bir dönem olarak değerlendirilen bu dönemde kadınların ruhsal sağlığı prenatal bağlanmayı etkileyen en önemli unsur olarak değerlendirilmekle birlikte, anne adayının bu süreçteki fizyolojik durumu, gebelik döneminde ortaya çıkan hastalıklarla ilişkili stresle başa çıkma yöntemleri de bu bağın kurulmasında etkili olan önemli unsurlardır. Dünya Sağlık rgt tarafından pandemi olarak kabul edilen SARS-CoV-2 olarak da adlandırılan yeni tip Koronavirüs enfeksiyonu (COVID-19), gebe kadınları da etkileyebilmektedir. Gebelik sırasında geçirilen COVID-19 enfeksiyonunun maternal ve fetal sağlık sorunlarına yol aabilmesinin yanı sıra, doğum sonrasında ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarıyla ilgili literatürün kısıtlı olması prenatal ve post-natal dönemdeki ruhsal sağlık üzerinde etkili bir unsur olup olmayacağı sorusunu da beraberinde getirmiŐtir. Salėının henüz yeni olması nedeniyle gebelerde yapılan sosyo-demografik çalışmaların az olması göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızın literatür biligisine katkı sağlayacağını öngörmekteyiz.

Çalışmamızda yeni tip korona virüs hastalığı (COVID-19) geçiren gebelerde prenatal bağlanma, anksiyete ve emzirme niyetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın amacına yönelik bulgular 4 baŐlık altında tartıŐılmıŐtır:

- Çalışmaya katılan yeni korona virüs hastalığı (COVID-19) geçiren gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- Çalışmaya katılan yeni korona virüs hastalığı (COVID-19) geçiren gebelerin anksiyete düzeyleri ile sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

- Çalışmaya katılan yeni korona virüs hastalığı (COVID-19) geçiren gebelerin emzirme niyetleri ile sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- Çalışmaya katılan yeni korona virüs hastalığı (COVID-19) geçiren gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri, anksiyete ve emzirme özyeterlilik ölçek puanlarının birbiri ile karşılaştırılması

5.1. COVID-19 GEÇİREN GEBELERDE PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Prenatal bağlanma, anne ve doğacak çocukları arasındaki duygusal bağlıdır. COVID-19 virüsü hayatın birçok alanını olumsuz etkilediği gibi psikolojik olarak gebeler üzerinde de olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir ve çalışmamızda COVID-19 geçiren gebelerde prenatal bağlanmanın düzeyi ölçülmek istenmiştir.

Araştırmaya katılan COVID-19 geçiren gebelerin, Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalamasının $61.26 \pm 11,88$ olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ölçekten alınan en düşük puan 29, en yüksek puan ise 84'tür. Literatür incelendiğinde, Yıldırım ve Şahin' in 115 riskli gebe ile yürüttükleri çalışmada riskli gebelerin, bağlanma ölçek ortalama puanının $61,52 \pm 15,44$ olduğu bulunmuş ve ölçeğin minimum puanı 21,00, maximum puanı 84,00'dür. Bakır ve ark yaptıkları çalışmada PBE puan ortalaması $61,96 \pm 9,24$ (min 34,00- max 83,00) olarak saptanmıştır, Siddiqui ve Hagglöf'ın yaptıkları çalışmada PBE puan ortalamasını $57,42 \pm 8,89$ (min 37- max 79), Vedova çalışmasında $60,91 \pm 9,28$ (min 37- max 83) olarak bulmuştur (Hagglöf and Siddiqui, 2002; Vedova, 2008; Bakır 2014, Yıldırım ve Şahin, 2020). Metin ve arkadaşları 240 gebe ile yürüttükleri çalışma, Yılmaz ve Beji'nin 342 gebeyle yürüttükleri çalışma ve Dikmen ve Çankaya'nın çalışmaları araştırmamızla benzer sonuçları içermektedir (Bakır, 2014; Hagglöf, 2002; Vedova, 2008; Metin, 2016; Yılmaz and Beji, 2013; Dikmen, Çankaya, 2018). Elkin'in 142 gebeyle yürüttüğü çalışmada PBE puan ortalaması $57,3 \pm 12,3$ (min 21,0- max 105,0) olarak bulunarak daha düşük bağlanma ölçek ortalaması sonuçlarına ulaşılmıştır (Elkin, 2016). Eswi ve Khalil'nin 100 gebe ile yürüttükleri araştırmada, Aksoy ve arkadaşlarının 2016 yılında 82 riskli gebe ile yürüttükleri çalışmada ise daha düşük bağlanma ölçek ortalaması sonuçlarına ulaşmıştır (Eswi and Khalil, 2012;

Aksoy ve ark, 2016) Bu sonuçlardan yola çıkarak COVID-19 geçiren gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin etkilemediğini görülmektedir.

Çalışmamızda annenin yaşı ile PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Yani maternal yaş ve prenatal bağlanma arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde, çalışmamıza benzer olarak Bilgin ve Alpar'ın, Elkin'in ve Aksoy ve arkadaşlarının araştırmalarında da annenin yaşı ve anne bebek bağlılığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Bilgin ve ark, Alpar ve ark, 2018; Aksoy ve ark, 2016). Bu çalışmaların aksine Bakır ve arkadaşlarının 160 riskli gebe ile yaptıkları çalışmada 18-30 yaş arasındaki gebelerin PBE puanlarının, Çınar ve arkadaşlarının 211 gebe ile yaptıkları çalışmada 18-29 yaş arasındaki gebelerin PBE puanlarının istatistiksel olarak anlamlı fark ile daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bakır, 2014; Çınar 2017). Damato ve arkadaşlarının çalışmasında ise anne yaşı ile prenatal bağlanma arasında ters yönde ilişki olduğu saptanmıştır (Damato et al, 2004). 25 yaş ve daha genç olan gebelerin bağlanma skorlarının daha yüksek olduğu ve ilk gebeliği olanlarında bağlanma skorlarının yüksek olduğunu belirtilmektedir. Bu farklılıkların çalışmaların değişik popülasyonlarda yapılmasında kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalamasından yüksek iken ortaokul ve altı mezunu olanların ortalaması en düşüktür. Çalışmamıza benzer olarak Üstünsöz ve arkadaşları ile Yılmaz ve Beji'nin çalışmalarında da eğitim durumu arttıkça prenatal bağlılığının arttığı gözlemlenmiştir (Üstünsöz ve ark, 2010; Yılmaz ve Beji, 2010). Bakır ve arkadaşlarının 2014 yılında çalışmasında da benzer olarak ortaöğretim ve yükseköğretim mezunu olan gebelerin PBE puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve öğrenim durumu arttıkça prenatal bağlanma düzeyinin arttığı saptanmıştır (Bakır 2014). Literatür incelendiğinde çalışmamızdan farklı olarak Mercer ve arkadaşları ile Lindgren'in çalışmasında annenin eğitim durumu ile prenatal bağlanma açısından ters yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Mercer et al, 1988; Lindgren et al, 2001). Elkin, Vedova, Ossa ve arkadaşları ile Abasi ve arkadaşlarının çalışmalarında ise gebelerin eğitim durumu ile prenatal bağlanma

arasında bir korelasyon gözlenmemiştir (Elkin 2015; Vedova et al, 2008; Ossa et al, 2012; Abasi et al, 2012).

Çalışmamızda gelir düzeyi ile prenatal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak Lindgren ile Abasi ve arkadaşlarının çalışmalarında da gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Lindgren et al, 2001; Abasi et al, 2012). Literatür incelendiğinde Lerum'un çalışmasında gelir düzeyinin prenatal bağlanmada etkili olduğu belirlenmiştir (Lerum et al, 1989). Elkin' in 2015 yılında 142 gebeye yaptığı çalışmada gelir durumu ve prenatal bağlanma arasında pozitif ilişki gözlemlenmiştir (Elkin, 2015). Mercer ile Damato çalışmalarında ekonomik durum ve prenatal bağlanma arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu saptamıştır (Mercer et al, 1988; Damato et al, 2004).

Çalışmamızda Aile yapısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde aile yapısının prenatal bağlanmayı etkilemediğine yönelik çalışmalarda bulunmaktadır (Yılmaz ve Beji, 2013; Metin ve ark 2016, Pasinlioğlu ve ark, 2016). Buna karşın literatürde geniş aile yapısına sahip olan gebelerin prenatal bağlanma ortalaması düşük olduğunun gözlemlendiği çalışmalarda mevcuttur (Dikmen, 2017).

Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak; Siddiqui ve Hagglöf, Vedova ile Ossa ve arkadaşları da çalışmalarında parite yani gebelik sayısı ile prenatal bağlanma arasında ilişki bulamamışlardır (Ossa et al, 2012; Vedova et al, 2008; Hagglöf and Siddiqui, 2000). Bulgularımızı aksine Özgen, primipar gebelerin bağlanma düzeyleri multipar gebelere göre daha yüksek gözlemlemiştir (Özgen, 2016). Yılmaz ve Beji'nin yapmış olduğu çalışmasında ilk gebeliği olanların bağlanma düzeylerinin daha önce doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve Beji, 2010). Benzer şekilde Bakır ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada ilk gebeliği olan kadınlarda bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (Bakır, 2014). Aynı şekilde Üstünsöz ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada gebelik sayısının prenatal bağlanmayı etkilediği bulunmuştur (Üstünsöz, 2010).Gebeliği isteyerek/plansız olma durumu

farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0.375$). Gebeliğe hazır olmanın ve bebeğe istenen zamanda sahip olmanın anne ile bebek arasındaki bağlanmayı arttırdığını destekleyen birçok çalışma vardır (Yarcheski, 2009, Yılmaz, 2010; Çınar, 2017). Ancak literatür incelendiğinde gebeliği planlamanın anne ile bebek arasındaki prenatal bağlanmayı etkilemediği sonucuna ulaşmış birçok çalışma da mevcuttur (Bakır 2014; Elkin 2016). Bu farklı görüşlerin oluşmasının nedeni olarak, çalışmaların sınırlılıklarının farklı olması, farklı coğrafyalarda yapılması, çalışmaya katılan gebe sayısı olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda gebelik haftası ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup, çalışmamıza bezer olarak Yılmaz ve Beji ile Bakır ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelik haftası ile anne-bebek bağlılığı arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunamamıştır (Yılmaz ve Beji, 2010, Bakır, 2014). Literatür tarandığında çalışmamızdan farklı olarak Elkin; gebelik haftası 26 ve üzeri olanların PBE puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Elkin, 2016). Gözlemlenen bu farklılıkların çalışmaların değişik popülasyon ve coğrafi bölgelerde yapılmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

5.2. COVID-19 GEÇİREN GEBELERDE PRENATAL ANKSİYETE DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gebelikte en sık görülen ruhsal sorunlar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. 2017 yılında yapılan ve 25 ülkeyi kapsayan 66 araştırmanın sonucunu değerlendiren meta-analiz çalışmasında; gebelikte anksiyete belirtileri ve hafif-şiddetli depresif belirtilerin birlikte görülme oranı % 9.5, anksiyete belirtileri ve orta-şiddetli depresif belirtilerin birlikte görülme oranı ise % 6.3 olarak belirlenmiştir. (Özdamar, 2014). Gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyon prenatal ve postnatal komplikasyonları artırmakla birlikte, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, bebeğin gelişim geriliğine neden olabilmekte, bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Bu nedenle gebelikte anksiyete ve depresyonun tanınmasının, sadece kadın için değil aile ve bebek sağlığı için oldukça önemlidir (Dağlar, 2015). Bu nedenle COVID-19 salgını geçirmiş gebelerde anksiyete ve depresyonun tanımlanması ve önlenmesi, anne-bebek sağlığı, gebelik ve doğum sonrası dönemin sağlıklı geçmesi açısından önemlidir. Çalışmamıza dahil edilen gebelerin anksiyete parametre ölçek puan

ortalaması 32.63 ± 16.74 olarak saptanmıştır. Anksiyete ölçeğinin minimum puan ortalaması 0.00 olarak hesaplanırken, maksimum puanı ise 77.0 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen gebelerin anksiyete parametre ölçek puan ortalaması 32.63 ± 16.74 olarak saptanmıştır. Anksiyete ölçeğinin minimum puan ortalaması 0.00 olarak hesaplanırken, maksimum puanı ise 77.0 olarak belirlenmiştir. Yazıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PASS puan ortalaması 21.1 ± 16.0 (min:0, max:61) olarak, Barzgar-Molan ve arkadaşları PASS puan ortalamasını 39.59 ± 13.15 , Jradi ve arkadaşları ise bu değeri 41.02 ± 20.55 olarak belirlemişlerdir (Yazıcı ve ark, 2019; Barzgar-Molan et al, 2020; Jradi et al, 2020).

Çalışmamızda anne yaşı ile prenatal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenirken, eğitim düzeyi arttıkça prenatal anksiyete düzeyinde anlamlı bir fark görülmüştür. Sonuçlarımıza göre ortaokul ve altı eğitim düzeyindeki kadınlarda prenatal anksiyete puan ortalaması 29.70, lise düzeyinde 33.26, önlisans düzeyinde 33.94 ve lisans/lisansüstü düzeyde ise 37.20 olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve Beji, yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) ölçeği üzerindeki etkisini araştırdıklarında ilköğretim düzeyi puan ortalamasını 19.19, lise düzeyi ortalamasını 17.54 ve üniversite düzeyi eğitim puan ortalamasını 13.86 olarak saptamışlardır (Yılmaz ve Beji, 2010). Bu çalışmadaki eğitim düzeyleri arasındaki anlamlı farklılığı ilköğrenim mezunu olan kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzını daha çok kullanması ve daha az sosyal destek araması ile öğrenim düzeyi arttıkça problem odaklı başa çıkma tarzının daha fazla kullanılması ile açıklanabilir. Subaşı ve ekibinin yürüttüğü bir meta-analiz çalışmasında eğitim düzeyi yüksek ailelerde anne-bebek bağı oluşumunda pozitif etkisi olduğu gözlemlenmiştir (Subaşı ve ark, 2013). Ayrıca bu çalışmaya göre, genel olarak iyi eğitilmiş çiftler bebek bakımı ile ilgili kitaplar okurlar ve daha az eğitilmiş veya okuma yazma bilmeyen çiftlere göre daha az sayıda çocuk sahibi olurlar. İyi eğitilmiş olmanın ve ayrıca bebek bakımı hakkında kitaplar okumanın, gelecek bebeği düşünmeye götüren olumlu bir faktör olabileceğini ve doğum öncesi bağ üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini varsayılmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek kadınlarda kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığını, benlik saygısının yükseldiğini, geleceğe dair kaygıların azaldığı ve buna bağlı olarak anksiyete oranının azaldığını gözlemlenmiştir.

Sonuçlarımıza göre aile yapısının prenatal anksiyete üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Geniş aile yapısına sahip gebeliklerde anksiyete puan ortalaması 37.55 iken, çekirdek aile yapısına sahip gebeliklerde bu puan 31.74'tür. Yine Yılmaz ve Beji' nin yürüttüğü çalışmada sonuçlarımıza benzer olarak çekirdek aile yapısında prenatal anksiyete puan ortalaması 17.09, geniş aile puan ortalaması 20.15 olarak bildirilmiştir (Yılmaz ve Beji, 2010).

Gebeliğin planlı ya da plansız olmasının anksiyete üzerinde anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmemiştir. Planlı gebeliklerde prenatal anksiyete puan ortalaması 34.36 iken, plansız gebeliklerde bu değer 25.43 olarak çıkmıştır. Bizim çalışmamıza tezat olarak Göl S, ve ekibinin yaptığı çalışmada planlı gebelerin %62.9' unda anksiyete görülürken, plansız gebelerin %85.7' sinde anksiyete görülmüştür. Çakır ve Can yaptıkları bir çalışmada planlı gebeliği olanların anksiyete oranını %34.1, plansız gebeliği olanların ise anksiyete oranını %34.2 olarak gözlemleyerek, bizim çalışmamızla paralel olarak planlı/plansız gebeliğin anksiyete üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Çakır Can, 2012).

Çalışmamızda ailenin gelir düzeyi ile prenatal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yücel ve arkadaşları yaptıkları çalışmada düşük gelirli ailelerde anksiyete oranı %15.3 iken; çok iyi olan ailelerde ise %0 bulmuşlardır (Yücel ve ark, 2013). Aylık gelir düzeyi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Yapılan birçok çalışmada gelir düzeyinin prenatal anksiyete üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkı olmadığını gösterirken, Dağlar ve Naim, yaptıkları çalışmada geliri giderinden az olan grubun anksiyete puan ortalamasını diğergeliri giderinden fazla ve denk olan grupların anksiyete puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek belirlemişlerdir ($p=0,037$; $p=0,001$) (Dağlar ve Naim, 2015).

Verilerimize göre eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Prenatal anksiyete üzerine yapılan birçok çalışmada eşin eğitim durumunun ölçülen bir skala olmadığı görülürken, eşin çalışıp çalışmama durumunun değerlendirildiği ve eşi çalışmayan gebelerde anksiyete ve depresyonun görülme sıklığının arttığı görülmüştür (Zaman 2018; Tunçel ve ark, 2019).

Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Ortaarık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Anksiyete bozukluğu olan ve olmayan gebeler değerlendirildiğinde hiç doğum yapmamış veya 1 doğum yapmış gebelerde anksiyete görülme sıklığı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır (Ortaarık ve ark, 2012). Üst ve ark ise yaptığı bir çalışmada, gebelik sayısı arttıkça Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) puan ortalamasında da artış olduğunu saptanmıştır (Üst ve ark, 2013). Bu çalışmaların aksine Çakır ve Can'ın yaptığı çalışmada ilk gebeliği olanlarda anksiyetenin daha sık görüldüğü gözlemlenmiştir (Çakır ve Can, 2012).

Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalışmamıza tezat şekilde, Üst ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşanan yer ile DKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Üst ve ark, 2013). Kaplan ve ark ise yaptığı bir çalışmada bizim bulgularımıza paralel olarak, yaşanan yer ile prenatal anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulamamıştır (Kaplan ve ark, 2007).

Gebelikte kontrollere düzenli olarak gitme durumu farklı olan gruplar arasında Akut Anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,06$). Sonuçlar incelendiğinde kontrollere düzenli gitmiş olanların puan ortalaması daha yüksektir. Şayık ve arkadaşlarının gebe eğitimi alan anne-babalar üzerine yürüttüğü bir çalışmada, eğitim alan annelerde eğitim öncesi Beck Anksiyete Ölçek Puanı (BAÖP) 17.20, eğitim sonrası ise BAÖP 6.22 olurken babalarda ise eğitim öncesi 14.70, sonrası ise 6.22 olarak ölçülmüştür (Şayık ve ark, 2019).

Doğumdan sonra bebeğini besleme yöntemi açısından prenatal anksiyete değerlendirilmesinde COVID-19 geçirmenin anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlemlenmiştir. Bebeğini anne sütüyle beslemeyi planlayan annelerin prenatal anksiyete puan ortalaması 32.26 iken, anne sütüne ek olarak mama kullanmayı da hedefleyen annelerin prenatal anksiyete puan ortalaması 36.67 olarak saptanmıştır. Örün ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada hamilelik döneminde hastalık geçiren anne adaylarının sadece anne sütü verenlerin oranı %68.6 iken, sadece anne sütü vermeyenlerin oranı ise %31.4 olarak belirtilmiştir (Örün ve ark, 2009).

5.3.COVID-19 GEÇİREN GEBELERDE PRENATAL EMZİRME ÖZ-YETERLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

72 gebeyle yaptığımız araştırmada emzirme özyeterlilik puan ortalaması 69.89 ± 17.25 olarak saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde Yenil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadaki puan ortalamasına (59.49 ± 8.46) çok yakın bir sonuç gözlemleyen İnce ve arkadaşlarının çalışmasında da annelerin emzirme özyeterlilik puan ortalamaları 57.16 ± 6.92 olarak gözlemlenmiştir (Yenal ve ark, 2013; İnce ve ark, 2017). Tokat ve arkadaşlarının çalışması sonucunda 48.23 ± 7.7 değerindeki ortalamaya benzer şekilde ortalamanın düşük gözlemlendiği bir diğer bir çalışma olan Küçüköğlü ve Çelebioğlu'nun çalışmalarında da yeterlilik puan ortalaması 41.54 ± 10.87 olarak elde edilmiştir (Tokat ve ark, 2013; Küçüköğlü ve Çelebioğlu, 2020). Daha önce yapılan bir araştırmada ölçek toplam puanı 50 ve altı olan anneler emzirme konusunda riskli bulunmuş ve bu sebeple ölçek puan ortalaması düşük gözlemlenen bu annelere eğitim ve emzirme danışmanlığı sağlanması konusunda fikir birliğine varılmıştır.

Elimizdeki verilere dayanarak, çalışmamıza katılan COVID-19 salgını geçiren gebelerin emzirme özyeterlilik düzeylerinin yeterli olduğunu düşünülmektedir.

Çalışmamızda anne yaşı ile emzirme özyeterlilik düzeyleri arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Literatür incelendiğinde Küçüköğlü ve Çelebioğlu'nun yaptığı çalışmada farklı bir sonuç olarak ileri yaş grubu annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamalarının çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Küçüköğlü ve Çelebioğlu, 2020). Forster ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı bir araştırma ile Blyth ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları bir araştırmada bu çalışmanın bulgularına benzer olarak anne yaşı arttıkça emzirmeye devam etme olasılığının da arttığı gözlemlenerek bu iki olgu arasında pozitif korelasyon tanımlanmıştır (Forster et al, 2006; Blyth et al, 2004). Dennis et al 2002 yılında yaptığı araştırmada anne yaşının emzirmeyi devam ettirmede de çok önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (Dennis et al, 2002). Ryan ve arkadaşları da 2002 yılında yaptıkları çalışmalarda genç annelerin emzirmeyi devam ettirmede daha çok sorun yaşadıklarını gözlemlemişlerdir

(Ryan et al, 2002). Araştırmamıza katılan gebe sayısının az olması araştırmamızın kısıtlılıklarındandır bu çalışmaların daha çok sayıda gebeye uygulanmasıyla sonuçların daha geçerli olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca literatür ile farklı sonuç elde etmemiz örneklem sayısı ile açıklanabilir.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$). Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken, eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Literatür incelendiğinde, İnce ve arkadaşları (2017), Baysal ve arkadaşları (2014) ve Tokat ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmalarda verilerimize benzer sonuçlar elde etmişlerdir (İnce ve ark, 2017; Tokat ve ark, 2007; Baysal ve ark, 2014). Bu çalışmaları birlikte değerlendirdiğimizde eğitim düzeyi arttıkça anne sütü ve emzirmenin önemi hakkında daha fazla bilgiye ulaşılmasının ölçek puanlamasını olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın aksine Aksoy ve arkadaşlarının 324 gebe ile yaptıkları çalışma sonuçlarına göre kadının eğitim durumunun emzirme öz yeterlilik ölçeği açısından anlamlı farklılık oluşturmadığı sonucuna varılmıştır ($p=0.991$) (Aksoy ve ark, 2016). Küçüköglü ve Çelebioğlu da eğitim düzeyinin Emzirme Özyeterlilik Ölçeği' ni etkilemediğine dair bulgular elde etmişlerdir ($p=0.599$) (Küçüköglü ve Çelebioğlu, 2015).

Toplam aylık gelir (TL) ile Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,282$) bulunmaktadır. Yani gebenin gelir durumu arttıkça ölçek puanı da yükselmektedir. Literatür incelendiğinde verilerimizi destekleyen birçok çalışma olduğu görülmektedir (İnce ve ark, 2017; Aksoy ve ark, 2016; Konukoğlu ve Pasinlioğlu, 2021). Çalışma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Aile yapısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0.997$). Konukoğlu ve Pasinlioğlu' nun 330 gebe ile yaptığı çalışmada, çekirdek aile yapısına sahip gebelerde PEÖY ölçeği puan ortalaması 76.16 ± 14.27 iken; geniş aile yapısına sahip gebeliklerde bu ortalama 81.40 ± 15.30 olarak saptanmıştır ($p=0.25$) (Konukoğlu ve Pasinlioğlu, 2021). Diğer bir çalışmada, Aksoy ve arkadaşları 324 gebe ile yaptıkları araştırmada, geniş aile yapısına sahip gebelerde bu ölçeğin ortalamasını

52.88±11.19; çekirdek aile yapısının ortalama puanını ise yakın bir değer ile 53.81±9.59 olarak belirleyerek sonuçlarımıza benzer bulgular elde etmişlerdir (p=0.442) (Aksoy ve ark, 2016). Fındık'ın 319 gebe ile yaptığı çalışmada ise, çekirdek aile yapısına sahip gebelerde bu ölçeğin puan ortalaması 77.23±14.21, geniş aile yapısındaki gebelerde ortalama 72.67±15.71 belirlenerek gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlemleyerek çalışma bulgumuzla çelişen bir sonuç elde etmiştir (p=0.025) (Fındık, 2019).

Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Çalışmamızdan farklı olarak iki ve daha fazla gebeliği olan kadınlarda önceki emzirme davranışlarının, daha sonraki bebeklerini emzirme davranışlarını etkilediğini öne süren çalışmalar da mevcuttur (Tokat ve ark, 2017; Konukoğlu ve Pasinlioğlu, 2021). Konukoğlu ve Pasinlioğlu' nun yürüttükleri çalışmada 2. Gebeliği olanlar ile 3. veya daha fazla gebeliği olanlardan kaynaklandığını saptamışlardır (Konukoğlu ve Pasinlioğlu, 2021).

Çalışmamızda planlı ya da plansız gebe kalma durumu ve emzirme özyeterlilik ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde sonuçlarımıza benzer şekilde gebeliği planlayıp planlamamanın emzirme niyetini etkilemediğini gösteren birçok çalışmanın olmasının yanı sıra (Küçükoğlu ve Çelebioğlu, 2015; Çalık ve ark, 2017), gebeliğini planlayan grubun ortalamasının daha yüksek olduğu gösteren çalışmalar da gözlemlenmiştir (Gölbaşı ve ark, 2008; Aidam et al, 2005; Demirtaş ve ark, 2005).

Doğumdan sonra bebeğini besleme yöntemi farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Yapılan birçok çalışmada besleme yönteminin PEÖYÖ' ni etkilemediği görülmüştür (Tokat ve ark, 2017; Aksoy ve ark, 2016; Konukoğlu ve Pasinlioğlu, 2021).

5.4. COVID-19 GEÇİREN GEBELERİN PBE, ANKSİYETE VE EMZİRME ÖZYETERLİLİK ÖLÇEK PUANLARININ BİRBİRİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Prenatal bağlanma envanteri ortalaması yüksek olan yani anne bebek arası duygusal bağın güçlü olduğu durumlarda annelerin bebekleri konusundaki endişeleri artması beklenmektedir. Çalışmamızda prenatal bağlanma ve prenatal anksiyete ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0.05$ $r=0.261$) gözlemlenmiştir. Literatür incelendiğinde Tunçel ve Süt'ün 2016 yılında 319 gebe ile yaptıkları çalışmada da gebelik sürecinde bazı faktörlerin DÖBE (Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri) puan ortalaması üzerine etkisi incelendiğinde; HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) ölçeği anksiyete alt boyut puan ortalaması ($p=0,024$; $r=0,385$) olarak bulunmuş ve sonuç olarak gebelerin 1. Trimester da PDÖ (Prenatal Distres Ölçeği) ile Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki; 3. Trimesterde ise HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) ve DÖBE (Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri) arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tunçel ve Süt, 2016). Elde edilen tüm bu sonuçların gebeliğin ilerlemesiyle annenin doğuma bakış açısı, yaşadığı korku, beden uyumsuzluğu ve bebeğinin geleceği gibi konularda anksiyetesinin artmasıyla sonuçların değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda elde ettiğimiz sonuçlar genellenemez niteliktedir.

Prenatal bağlanma düzeyi arttıkça annelerin bebeklerini emzirme niyetinin de artacağı düşünülmektedir. Çünkü emzirme anne bebek arasında bağlanmayı kuvvetlendirir. Emzirme sırasında bebek annesinin kalp atışlarını dinler, anne karnındaki güvenli hissi yaşamaya devam eder ve tensel temas arttıkça bağlanma süreci de olumlu etkilenir. Çalışmamızda prenatal bağlanma envanteri ve emzirme özyeterlilik ölçeği arasında pozitif yönlü orta ilişki gözlemlenmiştir ($p<0,05$ $r=0.460$). Literatür incelendiğinde çalışmamızı destekler benzer sonuçlar da bulunmaktadır. Odabaşı ve Özkan'ın 2018 yılında yaptığı çalışma da bizim çalışmamıza benzer bir şekilde gebelerin doğum öncesi bağlanma düzeyi ve doğum öncesi emzirme öz-yeterlilikleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (Odabaşı ve Özkan, 2018).

Gebelerin anksiyete düzeylerinin yükselmesiyle paralel olarak emzirme niyetlerinin de artması beklenilmektedir. Annelerin bebekleri konusunda; bebeklerinin sağlığı ve onların gelecekleri konusundaki kaygılarının artması beraberinde onların en doğal

yöntemle beslenmesi ve aralarındaki sevgi bağının güçlenmesi konusundaki hassasiyetlerini de arttırmaktadır. Çalışmamızda prenatal anksiyete ile emzirme özyeterliliği açısından anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir ($p=0.063$). Bunun sebebinin araştırmamızın sınırlılıklarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Yapılan anket araştırmasının sonuçları aşağıdaki gibidir:

Prenatal Bağlanma Envanteri ile Genel Kaygı ve Özgül Korkular arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; Mükemmeliyetçilik ve Kontrol arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Prenatal Anksiyete arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Emzirme Sırasında Sosyal Baskı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Toplam aylık gelir (TL) ile Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken Ortaokul ve altı mezunu olanların ortalaması en düşüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken Ortaokul ve altı mezunu olanların ortalaması en düşüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirme Sırasında Sosyal Baskı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde eşi Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde eşi Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde eşi ön lisans mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken ortaokul ve altı okul mezunu olanların ortalaması en düşüktür.

Eşinin eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde eşi Lisans ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Aile yapısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Aile yapısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Aile yapısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Gebelik sayısı farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde hayatının çoğunu büyükşehirde geçirmiş olanların puan ortalaması en yüksek iken kasaba/köyde geçirmiş olanların ortalaması en düşüktür.

Hayatının çoğunu geçirdiği yer farklı olan gruplar arasında Diğer İnsanların Yanında Emzirme ve Emzirme Sırasında Utanma Duyguları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde hayatının çoğunu büyükşehirde geçirmiş olanların puan ortalaması en yüksek iken şehirde geçirmiş olanların ortalaması en düşüktür. Gebelikte kontrollere düzenli olarak gitme durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Gebelikte kontrollere düzenli olarak gitme durumu farklı olan gruplar arasında Akut Anksiyete Ayırışma ve Travma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde kontrollere düzenli gitmiş olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Gebelikte kontrollere düzenli olarak gitme durumu farklı olan gruplar arasında Emzirmenin Nasıl Yapılacağı Konusunda Bilgi Toplama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde kontrollere düzenli gitmiş olanların puan ortalaması daha yüksektir. Doğumdan sonra bebeğini besleme yöntemi farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Doğumdan sonra bebeğini besleme yöntemi farklı olan gruplar arasında Mükemmeliyetçilik ve Kontrol açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde bebeğini anne sütü+hazır mama ile beslemiş olanların puan ortalaması daha yüksektir. Doğumdan sonra bebeğini besleme yöntemi farklı olan gruplar arasında Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Gebeliği isteyerek/planlı olma durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Bağlanma Envanteri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Gebeliği isteyerek/planlı olma durumu farklı olan gruplar arasında Prenatal Anksiyete ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Gebeliği isteyerek/planlı olma durumu farklı olan gruplar arasında Emzirme İçin Gerekli Olan Beceriler ve İstekler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde gebeliği isteyerek/planlı olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Bu sonuçlar doğrultusunda sunulan öneriler aşağıdaki gibidir:

- COVID-19 enfeksiyonu için gebelik düşünen kadınların prekonsepsiyonel dönemde aşılması gerekmektedir.
- COVID-19’lu gebelere uygulanacak olan aşının güvenilirliği açısından daha fazla araştırma yapılmalıdır.
- COVID-19 enfeksiyonu geçiren gebelere anksiyete düzeylerinin azaltılması için psikolojik destek psikososyal yardım psikoterapinin uygulanması gerekmektedir.
- COVID-19’lu gebelere bebeklerini emzirme ya da emzirememe durumları konusunda emzirme eğitiminin verilmesi gerekmektedir.

- Yaptığımız bu çalışma az sayıda gebeye uygulanmış olup sonuçların genellenemez nitelikte olması sebebiyle daha geniş kitle üzerinde araştırmanın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abasi AE, Tahmasebi H, Zafari M, Takami GN. (2012). Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Sci J*, 9:68–75.
- Aidam BA, Perez-Escamilla R, Lartey A, Aidam J. (2005). Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. *European Journal of Clinical Nutrition* 59:789-796.
- Akarsu Rh, Tunca B, AlsaçSy. (2017). Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(4):275- 9.
- Aksoy E., Y, Dereli Yılmaz S, Aslantekin F. (2016). Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 1:163–9.
- Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. (2010). Prevalence and Predictors of 6-Month Exclusive Breastfeeding among Canadian Women: a National Survey. *BMC Pediatr*, 10:20-8. na, Ghana, (Principal Supervisor: Prof Anna Lartey, Co-Supervisor: Dr. Gloria Ethel Otoo).
- Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2:29-33
- Aluş Tokat M, Okumuş H. (2013). Emzirme Öz Yeterlilik Algısını Güçlendirmeye Temelli Antenatal Bakımın Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 10(1):21-9.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2012). Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3): 827-841.
- Anderson L, Sundström-Paromca I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Aström M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population based study. *Am J Obstet Gynecol*, 189:148- 154

- Annagür BB, Annagür A. (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 4: 279-92.
- Arı S. (2012). Anne Bebek Bağlanması İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Neslihan Keser ÖZCAN).
- Aslan N, Selimoğlu MA. (2017). Anne sütünün çocuk ve erişkin sağlığına etkileri, *Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Dergisi*, 3(2): 112-119.
- Aslan, E., Dinç, H. (2017). Yenidoğanın Adaptasyonu ve Bakımı. Beji, N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitavleri, 478-501
- Atıcı A, Polat S, Turhan AH. (2007). Anne sütü ile beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of PediatricalSciences*, 3(6):1-5.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. ve Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Psikolojiye giriş* (Y. Alogan, Çev.). Arkadaş Yayınları: Ankara.
- Averill, J. R. (1976). Emotion and anxiety: Sociocultural, biological, and psychological determinants. In M. Zuckerman & C. D. Spielberger (Eds.), *Emotion and anxiety: New concepts, methods, and applications* (pp. 87-130). New York: Psychology Press.
- Aydın A. (2016). Prenatal Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Bakır, N., Ölçer, Z. et al (2014). Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1(1),25-37. 15.

- Bal Yılmaz H, Boluşık B. (2013). Çocuklarda Beslenme. İçinde Z. Conk, Z. Başbakkal, HA. Bal yılmaz, B. Boluşık (Eds.), *Pediatric Hemşireliği, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s. 233-268.*
- Bal, U. (2010). *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana.*
- Bal, U., Soner, Ç., ve Uğuz, Ş. (2013). *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(4), 441-459*
- Bartels M, vanBeijsterveldt CEM, Boomsma DI. (2009). *Breastfeeding, matemaleducation and cognitivefunction: A prospectivestudy in twins. BehavGenet, 39: 616-622.*
- Baysal Yalçınöz H. ve ark. (2014). *Sağlıklı ve Hasta Bebeği Olan Annelerin Emzirme Öz- Yeterlilik Algılarının Karşılaştırılması. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 4:31-6.*
- Beck, A. T. ve Emery, G. (2011). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler, bilişsel bir bakış açısı (V. Öztürk, Çev., 2. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık.*
- Beck, J. S. (2014). *Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi (M. Şahin, Çev.). Ankara: Nobel.*
- Bilgin Z, Alpar ŞE. (2018). *Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 5(1): 6-15*
- Blanchard, R. C., Blanchard, D. C., Griebel, G. and Nutt, D. J. (2008). *Handbook of anxiety and fear. Amsterdam: ElsevierScience.*
- Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. (2002). *Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self- efficacy theory. Birth, 29: 278-284.*
- Bourne, E. J. (1995). *The anxiety and phobia workbook. New York: MJF Books.*

- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1: *Attachment* (2.Ed-1982), New York: Basic Books.,
- Bowlby J. (1982). *Attachment and loss: Retrospect and prospect*. *American journal of Orthopsychiatry*. 52(4):664.
- Bowlby, J. (2012). *Bağlanma ve Kaybetme 1*. Pinhan Yayıncılık, İstanbul
- Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans H. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health: APPPAH*. 23(4):201
- Buko, G, Özkan, H. (2016). Gebelerin duygusal zekâları ile prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişki, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4),217-224
- Buryk M, Bloom D, Shope T. (2011). Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a Randomized Trial. *Pediatrics*, 128(2):280-8.
- Büyükkayhan D, Kurtoğlu S. (2006). Gebelikte ve laktasyon döneminde ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences* 2(5):23-35.
- Campbell, T. S., Johnson, J. A. and Zernicke, K. A. (2013). General adaptations syndrome. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 842-844). New York: Springer
- Carr, A. (2012). *Clinical psychology: An introduction*. East Sussex: Routledge.
- Clark, D. A. and Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A. and Beck, A. T. (2012). *The anxiety & worry workbook: The cognitive behavioral solution*. New York: The Guilford Press.

- Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M. and Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14(2), 113-137.
- Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T et al. (2004). Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr*, 9:1-16.
- Condon JT. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 66(2):167-83.
- Cranley MS. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*.
- Çakır L, Can H. (2012). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*;3(2):35-42
- Çetin Fc, Demirci N, Çalık Ky, Akıncı Aç. (2017). Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 48(4).
- Çınar N, Köse D, Altınkaynak S. (2013). Yenidoğanın Anne Ve Baba İle Bağlanma Süreci. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 22:6
- Çınar, N, Yalınzoğlu Caka S, et al. (2017). The relation of health-related practices of pregnant women, fatigue and prenatal attachment. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan: JCPSP*, 27(11), 693-698
- Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadioğlu M. (2015). Gebelikte duygulanım bozukluğu. *KASHED*, 2(1):27-40.
- Damato EG. (2004). Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 33:436-45.
- Davidson, M., London, M., Ladewig, P. (2012). *Maternal Newborn Nursing and Women's Health*. USA.

- De Bono M. (2003). Molecular Approaches To Aggregation Behavior And Social Attachment. *J Neurobiol.* 54(1):78-92.
- Demirtaş B. (2005). Emzirmeyi etkileyen kültürel değerler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.
- Demiryay, A. (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel Ve Emosyonel Yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. Afyon.
- Deniz, Ü., Özer, E. (2012). Bebek ve Çocuk Beslenmesi. Deniz, Ü. R., Önder, Ö. R. (Ed). Anne Çocuk Sağlığı ve İlk Yardım. 4. Baskı Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, 109-128.
- Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108
- Dieterich, C. M., Felice, J. P., O'Sullivan, E., Rasmussen, K. M. (2013). Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad. *Pediatric Clinics Of North America*, 60(1): 31-48.
- Dinç S. (2014). Baba-Bebek Arasındaki Bağlanma Durumu Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Dönmez, S., Yeniçel, Ö.A. ve Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebeleri durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri*, 3(3), 908-920.
- Durualp E, Kaytez N, Girgin BA. (2017). Evlilik doyumu ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi/An analysis of the relation between marital satisfaction and maternal bonding. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18: 129.

- Duyan, V., Kapısıız, S. T., ve Yakut, H. İ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanterinin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*. 10 (39). 1609-1614.
- Ejder Apay, S. (2012). Yaşamın Özel Dönemlerinde Kadın Ve Ruh Sağlığı: Gebelikte Kadın Ruh Sağlığı, 5.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 22-24 Eylül 2011, İstanbul
- Elkin, N. (2015). Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(6),230-236. 16.
- Erkal Aksoy Y., Ünal F., İnçke G., Çil G., Oruç K., Yılmaz T., Yıldırım Ş., Dereli Yılmaz S., (2016). Postpartum Depresyonun Emzirme Üzerine Etkisi, Gümüşhane University *Journal of Health Sciences, GUSBD*; 5(3): 90-96
- Eryılmaz, G. (2016). Laktasyon ve Emzirme. E. Ş. Ahsen, K. Oya (Ed), *Kadın Sağlığı* Ankara: Nobel Tıp Kitap Evleri, 488-505.
- Eskici L, Demir Akca AS, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. (2012). Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6: 10-16.
- Eswi A, Khalil A. (2012). Prenatal Attachment And Fetal Health Locus Of Control Among Low Risk And High Risk Pregnant Women. *World Applied Sciences Journal* 18 (4): 462- 471
- Evcili F, Abak G, Tali B, Yurtsal B. (2014). Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 23:4 139-142
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. and Simon, K. M. (2004). *Clinical applications of cognitivetherapy* (2nd ed.). New York: SpringerScience+Business Media.

- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book: ElsevierHealthSciences; 2016.
- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. (2016). Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book: ElsevierHealthSciences.
- GeorgssonÖhman, S., Grunewald, C., Waldenström, U. (2003). Women's Worries During Pregnancy: Testing The Cambridge Worry Scale On 200 Swedish Women. Scandinavian Journal Of Caring Science, 17, 148-152.
- Gibbs RS, Karlyn BY, Haney AF, Nygaard I. Danforth's obstetrics and gynecology: WoltersKluwerHealthAdis (ESP); 2012.
- Gilbert, E.S., Harmon, J.S. (2011). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. Palme Yayıncılık. Ankara
- Giray H. Anne sütü ile beslenme. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004;13(1):12-5.
- Gür E. (2007). Anne Sütü ile Beslenme. Türk Pediatri Arşivi, 42: 11-15.
- Haider R, Rasheed S, Sanghvi TG, Hassan N, Pachon H, Islam S, et al. Breastfeeding in Infancy: Identifying the program-relevant issues in bangladesh. International Breastfeeding Journal 2010;5(21):1-12
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 293-319.
- Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the uk millennium cohort study. Public Health Nutrition 2007;10: 891-6.

- Hedeard M, Henriksen TB, Secher NJ, Hatch M, Sabroe S. (1996). Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Am J Epidemiol*, 7:339-45
- Irmak N. (2016). Anne sütünün önemi ve ilk 6 ay sadece anne sütü vermeyi etkileyen unsurlar. *JourTurkFamPhy*, 07 (2): 27-31. Doi: 10.15511/tjtfp.16.02627
- İlaslan Ö. (2009). Çocukların Bağlanma Davranışlarının Özlük Nitelikleri ve Anne Bağlanma Stilllerine Göre İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Ömer ÜRE).
- İnal B, Karadağ B, Hitay G, Küçükmen S, Hacıbekiroğlu T, Başoğlu Tüylü T, Yüksel Altuntaş Y. (2015). Kadınlarda Tip 2 diyabet gelişimine emzirme süresinin etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 49 (1): 11-17.
- İnce T ve ark. (2017). Annelerin Emzirme Özyeterlilikleri ve Emzirme Başarılarını Etkileyen Özelliklerin Değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 7(3):183-90
- Jeager E, Hahn N.B ve Weinraub M. (2000). Attachment in Adult Daughters of Alcoholic Fathers. *Addiction*. 95(2):267-276.
- Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10: 113-121.
- Kapucu, Ö. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İnternet Kullanım Amaçları ve Akademik Başarı Açısından İncelenmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Karağaoğlu, N., Eroğlu Samur, G. (2013). Anne ve Çocuk Beslenmesi. 2. Baskı Ankara: Pegem Akademi.

- Karabulak H. (2009). Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması (Aydın Örneği). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özgür Alparslan)
- Kemp VH ve Page C. (1986). The Psychosocial Impact Of A High-Risk Pregnancy On The Family. *J ObstetGynecolNeonatalNurs.* 15(3):232-236.
- Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. (1970). The mourningresponse of parents to the death of a newborninfant. *New EnglandJournal of Medicine.* 283(7):344-9
- Kılıçarslan, S. (2008). Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Anksiyete Düzeyleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Edirne*
- Kim BY. (2017). Factors that influenceearlybreastfeeding of singletons and twins in Korea: a retrospectivestudy. *International BreastfeedingJournal,* 12 (4).
- Koç G., Gölbaşı Z., (2008). Kadınların Postpartum İlk 6 Aylık Süredeki Emzirme Davranışları ve Prenatal Dönemdeki Emzirme Tutumunun Emzirme Davranışları Üzerindeki Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 16-31.
- Konukoğlu T, Pasinlioğlu T. (2021). Gebelerde Emzirme Öz-Yeterliliği ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 4(1):12-22.
- Koroğlu E. (2013). DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Çeviri Hekimler yayın birliği İstanbul.
- Köse D, Çınar N, AltunkaynakS.(2013). Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. *STED,* 22 (6): 239-245.Krohne, H. W. (2002). Stress and copingtheories. *International Encyclopedia of the SocialBehavioralScieinces,* 22, 15163-15170.

- Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23 (1): 61 – 64
- Küçüköyük Ş. (2006). Anne ve babanın kitabı: Çocuk Sağlığı Rehberi. Ankara, Pelin Ofset.
- Lazarus, R. S. (1999). Stress and emotion: A newsynthesis. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Leahy, R. L. (2007). Bilişsel terapi müdahaleleri. T. Özakkaş (Ed.), Bilişsel terapi ve uygulamaları içinde (s. 23-39, H. Hacak, M. Macit & F. Özpilavcı, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Lerum CW, Lobiondo-Wood G. (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment Birth, 16:13-17
- Lindgren K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. Res Nurs Health 24(3):203-217.
- Lobel M, Dunkel-Schetter C, ScrimshawSCM.(1992). Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. HealtyPsych, 11:32-40
- LumleyJm. (1982). Attitudes To the fetus among primigravidae. Journal of Paediatrics and Child Health. 18(2):106-9.
- Malm MC, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I, Lindgren H. (2016). Prenatal attachment and its association with foetal movement during pregnancy–A population based survey. Women and Birth 29: 482-6.

- Mansell, W. (2007). *Coping with Fears and Phobias A step-by-step guide to understanding and facing your anxieties*. Oxford: Oneworld Publications.
- Mc Lachlan HL, Forster DA. (2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *International Breastfeeding Journal*, 1.18.
- Mercer RT, Ferketich S, May K, DeJoseph J, Sollid D. (1988). Further Exploration of maternal and prenatal attachment research in nursing and health. *11:83-95*.
- Metin A, Pasinlioğlu T. (2016). The Relationship between perceived social support and prenatal attachment in pregnant women. *International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal Child Health:49-66*.
- Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak*. (H. B. Ayvaşık & M. Sayıl, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Muller ME. (1990). The development and testing of the Mueller Prenatal Attachment Inventory.
- Odei AB. (2013). *Factors Associated with Exclusive Breastfeeding of Ghanaian Twins*. The University of Ghana.
- Ossa X, Bustos L, Fernandez L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28:e689-96.
- Ossa, X, Bustos, L, et al. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in temuco, chile. *Midwifery*, 28(5),689-96
- Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 45(2):71-7.

- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H.H. ve Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77
- Özguven, İ. E. (2003). Psikolojik Testler. Pdrem Yayınları, İstanbul
- Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2007;38(4):155-61.
- Özkan H, Polat S. (2011). Annelik Davranışını Öğrenme Süreci ve Hemşirelik Desteği. *Bozok Tıp Dergisi*. 3:35-39
- Peppers LG, Knapp RJ. (1980) Maternal Reactions To İnvoluntary Fetal/İnfant Death. *Psychiatry* 43(2):155-159
- Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a Systematic Review and Meta-Analysis of World Literature. *Am J Clin Nutr* 2012;95:1113-35.
- Riskind, J. H. (2007). Genellenmiş anksiyete bozukluğu. T. Özakkaş (Ed.), Bilişsel terapi ve uygulamaları içinde (s. 141-167) (H. Hacak, M. Macit & F. Özpilavcı, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Ross E. (2012). Maternal-Fetal Attachment And Engagement With Antenatal Advice. *British Journal Of Midwifery* 20 (8) : 66-575.
- Runi CK, Dunkel-Schetter C, Wodhwa PD, Sandman CA. (1999). Psychological adaption and birth outcomes: the role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. *Health Psych* 18:333-45
- Saner G, Durmaz Ö. Ağız Boşluğu. Neyzi O, Ertuğrul T, editör. *Pediyatri*. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010. p. 917-34.

- Soysal Ş, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. (2005). Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi. 8:88-99
- Sönmez, A. (2015). Ebeveynlerin Bağlanma Stilleri ve Sürekli Kaygı Durumlarının Çocukların Anksiyete Duyarlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S. (2013). Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi. Selçuk Tıp Dergisi. 29(4): 165-7.
- Şen E. (2010). Anneliğin Nörobiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 21(1): 68-78.
- Şen-Oran E, Gürdal SÖ, Soybir GR. Mastitler. Meme sağlığı dergisi/Journal of BreastHealth 2013;9(1):1-4.
- Tabur, F. (2007). Düşük Risk Olan Kadınlardaki Anksiyete Düzeyleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Afyon
- Taşkın L. (2016). Yeni doğanın beslenmesi. Taşkın L, editör. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 13. baskı, Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Taşkın, L. (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara
- Tunçel NT, Süt HK. (2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 16(1): 9-17.
- Uçar, H. (2014). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları İle Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum
- United Nations International Children'sEmergencyFund (UNICEF) (2019). Erişim Tarihi: 27.01.2021

- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2015). Breastfeeding: ["https://www.unicef.org/nutrition/index"](https://www.unicef.org/nutrition/index) Erişim Tarihi: 27.01.2021
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2018). Ten steps to successful breastfeeding: https://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding-tensteps.html Erişim Tarihi: 27.01.2021
- Üstünsöz A, Güvenç G, Akyüz, Oflaz F. (2010). "Comparison Of Maternal And Paternal-Fetal Attachment In Turkish Couples" *Midwifery* 26 (1-9)
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A., França G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect. *Lancet*, 387 (10017): 475-90.
- Villeponteaux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. (1992). The effect of pregnancy on preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 53:201-203
- Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Gaithe TJ. (1993). The association between prenatal stress and infant birthweight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol*, 169:858-65
- Walker, M. (2019). Lactation and Breastfeeding. R. G. Jordan, C. L. Farley, K. T. Grace, Prenatal and Postnatal Care. USA: Wiley Blackwell, 423-443.
- Weisberg RB, Paquette JA. (2002). Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Health Issues*, 12:32-36
- Wells KJ, Thompson NJ, Kloeblen-Tarver AS. Development and psychometric testing of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale. *American Journal of Health Behavior*, 2006, 30: 177-187.

- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. and King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206- 212.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Breastfeeding policy: a globally comparative analysis*. Erişim Adresi:
- World Health Organization (WHO) (2018). *Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices*:
<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/counsellingwomen-improve-bf-practices/en/> Erişim Tarihi: 25.01.2021
- Yarcheski, A, Mahon, N.E, et al. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46,708-15.
- Yeşilçiçek Çalık, K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri Ve Tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 142-162
- Yılmaz S. (2013). Prenatal Anne-Bebek Bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim Araştırma Dergisi*, 10(3), 28-33.
- Yılmaz, S.D., ve Beji, N.K. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi*. 20 (3), 99- 108
- Yiğit, F. (2015). *Kardiyoloji Polikliniğine Çarpıntı veya Göğüs Ağrısı Yakınması ile Başvuran 18-25 Yaş Aralığındaki Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin.

EK 1- ANKET FORMU

Sizi Dr.Öğr.Üyesi Kevser Özdemir tarafından yürütülen “Yeni korona virüs hastalığı (covid-19) geçiren gebelerde prenatal bağlanma, anksiyete ve emzirme niyetlerinin değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı yeni tip koronavirüs hastalığı (COVID-19) geçirmiş gebelerde doğum öncesi niyetleri, anksiyeteyi ve emzirmeyi değerlendirmektir. Araştırmada sizden tahminen 15 dklık süreyi ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 72kişi katılacaktır.¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya kevserozdemir@sakarya.edu.tr e-posta adresi ve 02642956624 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının ²

Adı-

Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; Kabul ediyorum Kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-
Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-
Soyadı:.....
İmzası:

Şahidin:³

Adı-
Soyadı:.....
İmzası:

¹Bu cümle yalnızca bir örnek olup bu cümlede araştırmanın amacının ve gerekiyorsa nasıl yapılacağı (örneğin psikometrik test mi, öyle ise kaç soru sorulacağı veya kaç ölçekten oluştuğu; ses kaydı, görüntü alımı, gözlem gibi işlemleri mi içerdiği ve ne kadar süreceği gibi) 3 cümleyi geçmeyecek şekilde kısaca anlatılması beklenilmektedir.

²İmza bölümünde ideal olan katılımcının kendisinin imzasının alınmasıdır. Bu durumda onam formunu katılımcı ve araştırmacı imzalar. Katılımcının araştırmaya bireysel olarak katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda şahide ihtiyaç doğar ve bu durumda araştırmacı ve katılımcı yerine şahidin imzalarının olması yeterlidir.

Verilerin yüz yüze iletişim içermeyen; a) İnternet ortamında toplanması durumunda katılımcıların uygulama materyallerine erişebilmesi için, online sistemde sunulan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair ilgili kutucuğu işaretlemeleri gerekmektedir. Bu işaretleme katılımcıların onam imzaları yerine geçer. Katılımcılar onam formunun sonundaki “araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair” ilgili kutucuğu işaretlemedikleri takdirde onay vermemiş sayılırlar ve bu durumda araştırmaya devam edilmez. b) Telefonla uygulamalarda ise araştırmacı araştırma sorularına geçmeden önce Bilgilendirilmiş Onam Formundaki bilgileri katılımcıya sesli olarak okur. Bu durumda katılımcının sözlü onayı imza yerine geçer. Telefonda bu sözlü onay alınmadığı takdirde uygulamaya geçilmez. Hem İnternet, hem telefon hem de benzeri yüz yüze iletişimin olmadığı ortamlarda yapılan uygulamalarda katılımcı onay vermediği takdirde bir şahidin onayına başvurulmaksızın uygulamaya devam edilmez.

Eğer veriler okullarda, kurumlarda vb. ortamlarda aynı anda birden fazla kişiden grup uygulaması şeklinde toplanacaksa, yine tercihen tüm katılımcıların onam formlarını bireysel olarak imzalamaları istenir. Ancak katılımcı sayısının fazlalığı ve bununla birlikte zamanın kısıtlılığı gibi durumlar söz konusu olduğunda araştırmacı tüm gruba onam formundaki bilgileri tek seferde sözlü olarak okumayı ve bir imza listesi dolaştırarak katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bu listeye imza atmalarını tercih edebilir. Grup çalışmasında da tercih edilen katılımcının kendisinin imzasıdır, ancak araştırmacının etik kurula tanımlaması gereken ender durumlarda ise şahit, grup adına da imza atabilir. Fakat grup ortamında herkes çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir. Bu durumda sadece araştırmaya katılmayı isteyenlerin çalışmaya alınması ve bu kişiler adına toplu imza alınması gerekmektedir. (Çalışmanızda şahidin imzasını grup adına kullanmak istiyorsanız etik kurula koşullarını açıklamanız gerekmektedir).

³Şahit Kriterleri: Çalışmanın bir üyesi olmayan, araştırmacı tarafından belirlenen ve araştırmanın bulguları üzerinde herhangi bir olumlu/olumsuz etki yaratma olasılığı bulunmayan tarafsız yetişkinlerdir. Katılımcı araştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda araştırmacı onam formundaki bilgileri katılımcıya sözlü olarak okur. Katılımcı onayladığını sözlü olarak beyan ederse şahit de bu sözlü onam sürecine yazılı onam formunu imzalamak sureti ile şahitlik ettiğini beyan etmiş olur.

NOT: Araştırmacıdan, onam formunun imza kısmında bulunan ikili seçenekten çalışmasına uygun olan alternatifi yazması ve formda yer alan boşlukları çalışmasına uyarlamak yoluyla onam formuna son halini vermesi ve bu şekilde formu göndermesi beklenilmektedir.

DEMOGRAFİK BİLGİLER

• Yaşınız?
• Eğitim durumunuz?	1) Ortaokulvealtı2)Lise3)Önlisans 4) Lisans 5) Yüksek lisansvedoktora
• Eşinizin eğitim durumu?	1) Ortaokulvealtı2)Lise3)Önlisans 4) Lisans 5) Yüksek lisansvedoktora
• Eşinizle olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız)	1) İyi 2) Orta 3) Kötü
• Gebelik haftası
• Toplam aylık gelir (TL)
• Aile yapısı	1)Çekirdekaile 2) Genişaile
• Evlilik süresi(Yıl)
• Gebelik sayısı
• Gebeliği sonlandırmayı düşündünüz mü?	1)Evet(açıklayınız).....)2)Hayır
• Sigara alkol kullanma durumu	1)Evet2)Hayır
• Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?	Büyükşehir () Şehir () İlçe () Kasaba () Köy ()
• Gebeliğinizde kontrollerinize düzenli olarak gidiyor musunuz?	1) Evet 2) Hayır
• Doğumdan sonra bebeğinizi hangi yöntemle beslemeyi düşünüyorsunuz?	1)Anne sütü 2) Hazır mama 3) Anne sütü+ hazır mama 4)Diğer
• İsteyerek/planlı olarak mı gebe kaldınız?	1) Evet 2) Hayır

PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

1:Hiçbir zaman	2: Bazen	3: Sık sık	4: Her zaman	1	2	3	4
1.	Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.						
2.	Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.						
3.	Bebeğimin hareketlerini 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.				

PERİNATAL ANKSİYETE TARAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdakileri geçtiğimiz ay ne sıklıkla yaşadınız? Lütfen her soru için yaşadıklarınıza en yakın olan yanıtı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Bebek / gebelik ile ilgili endişe	0	1	2	3
2. Bebeğe zarar geleceği ile ilgili korku	0	1	2	3
3. Bir şeylerin kötü gideceğine dair korku hissi	0	1	2	3
4. Pek çok şey hakkında endişelenme	0	1	2	3
5. Gelecek hakkında endişe	0	1	2	3
6. Bir şeylerin üstüne fazla yüklendiğini hissetme	0	1	2	3
7. İğne, kan, doğum, ağrı vb. şeyler konusunda çok şiddetli korkular	0	1	2	3
8. Birden bastırın aşırı korku veya huzursuzluk	0	1	2	3
9. Durdurulması veya kontrol edilmesi zor olan, tekrarlayan düşünceler	0	1	2	3
10. Uyumak için fırsat olsa bile uyumakta zorlanma	0	1	2	3
11. İşleri belirli bir düzen veya sıra ile yapmak zorunda hissetme	0	1	2	3
12. Her şeyin mükemmel olmasını isteme	0	1	2	3
13. Her şeyi kontrol etme ihtiyacı	0	1	2	3
14. Bir şeyleri defalarca kontrol etmeyi veya yapmayı durdurmakta zorluk	0	1	2	3
15. Diken üstünde hissetme veya kolayca irkilme	0	1	2	3
16. Tekrarlayan düşüncelerin yol açtığı rahatsızlık / sıkıntı	0	1	2	3
17. Bir şeyler için tetikte olma ya da dikkatli olma ihtiyacı	0	1	2	3
18. Tekrarlayan anılar, rüyalar ya da kabuslardan dolayı üzülme, sıkıntı çekme	0	1	2	3

19. Başkalarının önünde kendimi rezil edeceğim endişesi	0	1	2	3
20. Diğer insanların beni olumsuz yargılayacağı korkusu	0	1	2	3
21. Kalabalık içinde fazla rahatsız hissetme	0	1	2	3
22. Huzursuz olacağım korkusu ile sosyal aktivitelerden kaçınma	0	1	2	3
23. Huzursuz eden şeylerden kaçınma	0	1	2	3
24. Kendinizi sanki bir filmde izliyormuş gibi kopuk hissetme	0	1	2	3
25. Zamanın nasıl geçtiğini fark edememe ve ne olduğunu hatırlayamama	0	1	2	3
26. Yakın zamanda olan değişikliklere uyum sağlamakta zorluk	0	1	2	3
27. Bir şeyler yapabilmenize engel olan kaygı	0	1	2	3
28. Konsantre olmayı güçleştiren yarışan düşünceler	0	1	2	3
29. Kontrolünü kaybetme korkusu	0	1	2	3
30. Paniklemiş hissetme	0	1	2	3
31. Tedirgin (ajite) hissetme, kıpırdanma	0	1	2	3

PRENATAL EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

1: Kesinlikle emin değilim 2: Biraz eminim 3: Eminim 4: Çok Eminim 5: Tamamıyla Eminim		1	2	3	4	5
1.	Bebeğimi emzirirken karşılaştığım sorunlar hakkında ihtiyacım olan bilgileri bulabilirim.					
2.	Bebeğimi emzirmekle ilgili ihtiyacım olan bilgiyi bulabilirim					
3.	Bebeğimi emzirmekle ilgili sorularım olursa bunları kime soracağımı biliyorum.					
4.	Bebeğimi emzirmem hakkında sağlık çalışanları ile konuşabilirim.					
5.	Günümü, bebeğimi emzirme saatlerime göre düzenleyebilirim					
6.	Meşgul olsam da bebeğimi emzirmek için zaman bulabilirim.					
7.	Yorgun olduğum zaman bile bebeğimi emzirebilirim					

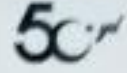
8.	Üzgün olduğum zamanlar da bile bebeğimi emzirebilirim.					
9.	Elle ya da süt sağma pompası yardımıyla süt elde edebilirim.					
10.	Başka birinin bebeğimi besleyebilmesi için sütümü sağıp hazırlayabilirim					
11.	Biraz rahatsızlığa neden olsa bile bebeğimi emzirebilirim					
12.	Utanma duygusu olmaksızın bebeğimi emzirebilirim.					
13.	Eşim yanımdayken bebeğimi emzirebilirim					
14.	Ailem ya da arkadaşlarım yanımdayken bebeğimi emzirebilirim.					
15.	Tanımadığım insanlar yanımdayken (bile) bebeğimi emzirebilirim.					
16	Emzirmeyle ilgili problemlerim olduğunda bir emzirme danışmanını arayabilirim					
17.	Eşim emzirmemi istemese bile bebeğimi emziririm.					
18.	Ailem emzirmemi istemese bile bebeğimi emziririm.					
19.	Bebeğimi iki yıl boyunca emzirebilirim					

EK 2- ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/12/2020-E.10763



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 71522473/050.01.04/586
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kevser ÖZDEMİR
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

İlgi : 12.11.2020 tarihli 586 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Yeni Korona Virüs Hastalığı (Covid-19) Geçiren Gebelerde Prenatal Bağlanma, Anksiyete ve Emzirme Niyetlerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Üyesi

Güvenli Elektronik
İmza ve Pekiştirme Ayarları

01/12/20

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/evraklar/Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?TV=BE1980529>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocacık, Adapazarı/Sakarya
Tel: 264 295 6630 Faks: 264 295 6629
E-Posta: etik@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr



EK 3- ÖLÇEK İZİNLERİ

Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu

E elif turan 19.10.2020
Sayın hocam, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek

E Esra Yazıcı 20.10.2020
Alıcılar: ben

Ela Hanım Merhaba
Ölçek kamu kullanımına açık olup ekte sunulmuştur
madde puanları alt alta toplandığında toplam puan elde edilir
ölçekle ilgili detaylar geçerlilik güvenilirlik makalesinde sunulmuştur
Çalışmalarınızda başarılar dilerim

Doç Dr Esra Yazıcı
Psikiyatrist; Öğretim Üyesi;
Assoc Prof; MD

Prenatal Bağlanma Ölçeği Kullanım İzni

fatma cevik 27 Ekim 2020
<fatmaturkmencevik@hotmail.com> 21:52
Alıcı: elif turan <elifaturan4107@gmail.com>

Sayın Elif Karakuş Turan,

Geliştirmiş olduğum "Prenatal Bağlanma Ölçeği'ni", yüksek lisans teziniz de etik kurallar çerçevesinde kullanabilirsiniz. Ölçeği tezin ve yayınlanmış olan makalenin ekinden alabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Prenatal emzirme öz yeterlilik ölçęi kullanım izni

Gelen Kutusu



elif turan 19.10.2020

Sayın hocam, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek



Hale Uyar Hazar 19.10.2020

Alıcılar: ben



Sevgili Elif,

Türkçe çevirisinin geçerlik güvenilirliğini, Uzar Akça ile birlikte yaptığımız "**Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçęi**"ni yürütmeyi planladığınız yüksek lisans tezinde kullanacak olmanızdan memnuniyet duyarım.

Ölçek ve veri toplama formunu bulabileceğiniz linker aşağıda yer almaktadır. Başarılar diliyorum...

Ölçek: <https://www.>

[journalagent.com/tpa/pdfs/TPA-60252-ORIGINAL_ARTICE-UYAR_HAZAR.pdf](https://www.journalagent.com/tpa/pdfs/TPA-60252-ORIGINAL_ARTICE-UYAR_HAZAR.pdf)

Veri toplama formu: <https://tez.yok.gov.>

[tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp) (İlgili makalenin Ekler bölümüne bakınız)

elif turan <elifturan4107@gmail.com>, 19 Eki 2020 Pzt, 19:55 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metni göster](#)

--

Dr. Öğr. Üy. Hale UYAR HAZAR

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Elif Karakuş Turan
Doğum yeri ve tarihi : Derince, 21,02.1989
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : mimar sinan mah. Mehmet akif
ersoy cd. Dalbastı sk. 1F-16 Yarımca Körfez / 05078526232
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

2018 / Halen – Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Tezli Yüksek
Lisans
2016 / 2018 – Atatürk Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği
Önlisans Programı
2008 / 2012 Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Bölümü
2003/ 2007 Merkez Bankası Derince Anadolu Lisesi Fen
Bilimleri

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2013 / Halen - Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

2013 / Halen – Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, Hemşire

V- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları:

Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;6(2):181-190