YÜKSEKLİSANS TEZİ 2021

Elif ÖZDEMİR

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞAL YOLLA VE YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİİLE GEBE KALAN KADINLARDA ANNE BEBEK BAĞLANMASI VE POSTPARTUM DEPRESYON DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS

ELİF ÖZDEMİR

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞAL YOLLA VE YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN KADINLARDA ANNE BEBEK BAĞLANMASI VE POSTPARTUM DEPRESYON DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF ÖZDEMİR

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2021

Kabul ve Onay Sayfası

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Doğal Yolla ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda

Anne Bebek Bağlanması ve Postpartum Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi

Elif ÖZDEMİR
Yüksek Lisans

15.01.2021
Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sena KAPLAN

Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı- İmzası

Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ

Doç.Dr. Sevil ŞAHİN

Doç. Dr. Sena KAPLAN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. 01.02.2021

Elif ÖZDEMİR

TEŞEKKÜR

Yüksel Lisans tez çalışmamın her aşamasında ve bu teze başlamam konusunda yardımını ve güvenini esirgemeyen, her zaman bana destek olan, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Sena KAPLAN'a,

Tezde görüşlerine başvurduğum ve değerli katkılarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ ve Doç. Dr. Sevil ŞAHİN'e,

Hayatımın bütün aşamalarında beni destekleyen, sabır gösteren ve benim her daim daha ileriye gitmememi isteyen mükemmel annem Meral ÖZDEMİR'e

Beni motive eden ve her daim bana destek olan, yaptığım işe saygı duyan, hayatımdaki en önemli iki erkekten biri olan sevgili eşim Yakup ÖZDEMİR'e

Anne olmanın ne demek olduğunu öğreten ve hayatımı güzelleştiren bitanecik oğlum Yusuf'a

İçtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **vi**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **viii**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **ix**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **x**

1. GİRİŞ 1

1.1. Araştırmanın amacı 4

1.2. Araştırmanın soruları 4

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. İnfertilitenin Tanımı 5

2.2. İnfertilitenin İnsidansı 5

2.3. İnfertilite Nedenleri 5

2.4. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite 6

2.5. İnfertilite Tedavi Yaklaşımı 9

2.6. Yardımcı Üreme Teknikleri(YÜT) 9

2.6.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI) 10

2.6.2. İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET) 10

2.6.3. Gamet İntafallopian Transfer (GIFT) 11

2.6.4. Zigot İntrafollopion Transfer (ZIFT) 11

2.6.5. Tubal Embriyo Transferi (TET) 11

2.6.6. Intrastoplazmik Sperm İnjeksiyonu (ICSI) 11

2.7. İnfertilitenin Psikososyal Yönü 12

2.8. Anne Bebek Bağlanması 14

2.9. Postpartum Depresyon (Doğum Sonrası Depresyon) (PPD) 16

2.10. İnfertilitede Hemşirenin Rolü 18

3. MATERYAL VE YÖNTEM 22

3.1. Araştırmanın Tipi 22

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 22

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 23

3.3.1. Araştırmanın Evreni 23

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi 23

3.4. Verilerin Toplanması 24

3.4.1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları 24

3.5. Araştırmanın Uygulanması 28

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 30

3.7. Araştırmanın sınırlılıkları 30

3.8. Verilerin Analizi 31

4. BULGULAR 32

4.1. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri 32

4.2. Çalışma Gruplarına göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmaları 39

5. TARTIŞMA 49

5.1. Annelerin tanımlayıcı özellikleri ilişkin bulguların tartışılması 49

5.2. Çalışma Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Tartışılması 51

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 59

7. KAYNAKLAR 66

8. EKLER..... 81

EK-1 Araştırmanın Tasarlanmasında Güç Analizi..... 81

EK-2 Kişisel Bilgi Formu-1 86

EK-3 Kişisel Bilgi Formu-2 88

EK-4 Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)..... 91

EK-5 Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)..... 93

EK-6 Bilgilendirilmiş onam formu 94

EK -7 Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nden Alınan Etik Kurul İzni 96

EK-8 Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden Alınan Kurum İzni .. 97

EK-9 Özgeçmiş 98

ÖZET

Doğal Yolla ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Anne Bebek Bağlanması ve Postpartum Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma, doğal yolla ve yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile gebe kalan kadınlarda anne bebek bağlanması ve postpartum depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde yardımcı üreme teknileri (YÜT) ile gebe kalarak doğum yapan 52 ve doğal yolla gebe kalarak doğum yapan 104 kadın oluşturmuştur (n=156). Çalışmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu-1, Kişisel Bilgi Formu-2, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Anne Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler, normallik testi Shapiro-Wilk ile analiz edilmiştir. Sayısal ve ölçek verilerinin değerlendirilmesinde ise non-parametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskall Wallis testi) kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiye Spearman Korelasyon analizi kullanılarak bakılmıştır. Araştırma verilerinde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda YÜT ile gebelik yaşayan kadınlarda ABBÖ puan ortalaması 1.50±1.29 iken, doğal yolla gebe kalan kadınlarda bu ortalama 3.73±2.91 olarak belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu YÜT tedavisi alan kadınlarda doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre anne-bebek bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra çalışmamızda doğal yolla gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon risk ortalaması 13.45±6.31 iken, YÜT ile gebelik yaşayan kadınlarda bu ortalama 12.01±3.39 olarak belirlenmiştir ($p>0.05$). Aynı zamanda doğal yolla gebe kalan kadınların %45.2'nin, YÜT ile gebe kalan kadınların %51.9'nun postpartum depresyon riskine sahip olduğu belirlenmiş olup, her iki gruptaki kadınlarda da postpartum risk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu araştırmada doğal yolla gebe kalan kadınlarda EPDÖ ve ABBÖ toplam puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.354$; $p<0.001$). Bu sonuca göre doğal yolla gebe kalan kadınlarda, anne bebek bağlanma düzeyi azaldıkça postpartum depresyon riski de artmaktadır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; özellikle kadın sağlığı hemşirelerinin infertil kadınlara gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası dönemde fiziksel ve psikososyal gereksinimlerine yönelik danışmanlık hizmetlerini planlaması önerilmektedir. Aynı zamanda daha büyük gruplarda doğal ve YÜT ile gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon ve anne-bebek bağlanması ilişkisinin incelendiği daha fazla kanıt temelli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelime: infertilite, doğum sonu dönem, anne-bebek bağlanması, postpartum depresyon

ABSTRACT

Assessment Of Mother-İnfant Bonding And Postpartum Depression Level In Women Who Conceive Naturally And With Assisted Reproductive Techniques

This study has been conducted as descriptive and cross-sectional in order to compare mother-infant bonding and postpartum depression levels in women who have conceived using natural and assisted reproductive techniques (ART).

The sample of the study consisted of 52 women who have conceived by means of assisted reproductive techniques (ART) and 104 women who have conceived naturally in Hacettepe University Adult Hospital (n=156). The data of the study were collected using Personal Information Form-1, Personal Information Form-2, Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), Mother Infant Bonding Scale (MIBS).

The data obtained from the research were analyzed with the Shapiro-Wilk test for normality. Non-parametric tests (Mann-Whitney U test, Kruskall Wallis test) were used to evaluate numerical and scale data. The relationship between the scales was analyzed using Spearman's Correlation analysis. The statistical significance level in the research data was determined as $p < 0.05$.

In our study, the median MIBS score was 1.50±1.29 in women whoconceived with ART, while this median was found as 3.73±2.9 in women who conceived naturally ($p<0.05$), and this finding showed that mother-infant bonding was higher in women who received ART treatment than women conceived naturally. In our study, while the median risk of postpartum depression was 13.45±6.31 in women who conceived naturally, this median was determined as 12.01±3.39 in women who conceived with ART ($p>0.05$). In addition, it was determined that 45.2% of women who conceived naturally and 51.9% of women who conceived with ART had the risk of postpartum depression and that there was no statistically significant difference between the postpartum average risk scores of women in both groups ($p>0.05$). At the same time, a positive correlation was found between EPDS and MIBS total scores in women who conceived naturally ($r=0.354$; $p<0.001$). According to this result, as the level of mother-infant bonding decreases, the risk of postpartum depression increases in women who conceive naturally.

In line with the research results, it is especially recommended that women's health nurse practitioners plan consultancy services for infertile women for their physical and psychosocial needs before, during and after pregnancy. At the same time, it is recommended to conduct in larger groups more evidence-based studies examining the relationship between postpartum depression and mother-infant bonding in women who conceive naturally and with ART.

Key Words: infertility, postpartum period, mother-infant bonding, postpartum depression

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABBÖ : Anne Bebek Bağlanma Ölçeği

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DSM-V : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-V

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EBPDÖ : Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği

GIFT : Gamet Intra-Fallopian Transfer

HÜEH : Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

ICD-10 : Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi

ICSI : Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu

IUI : İntrauterin İnseminasyon

IVF-ET : İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi

KBF-1 : Kişisel Bilgi Formu-1

KBF-2 : Kişisel Bilgi Formu-2

MESA : Mikrocerrahi ile Sperm Aspirasyonu

PESA : Peruktan Epididmal Sperm Aspirasyonu

POST : Peritoneal Oosit Sperm Transferi

TESA : Testikuler Sperm Aspirasyonu

TET : Tubal Embriyo Transferi

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

YÜT : Yardımcı Üreme Teknikleri

ZIFT : Zigot Intra-Fallopian Transfer

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.4 Araştırmanın akış şeması 29
Şekil 4.2.1 Doğal yolla gebelik yaşayan annelerde EPDÖ ile ABBÖ toplam puanları arasındaki lişki.....47
Şekil 4.2.2 Yardımcı üreme teknikleri ile gebelik yaşayan annelerde EPDÖ ile ABBÖ toplam puanları arasındaki ilişki 47

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.1. Annelerin yaş, evlilik yaşı ve evlilik süresi özelliklerinin dağılımı 32
Tablo 4.1.2. Annelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin dağlımı 33
Tablo 4.1.3. Annelerin bebeklerine ilişkin bazı özelliklerin dağılımı 35
Tablo 4.1.4. Yardımcı üreme tekniği ile gebelik yaşayan kadınların infertilite ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı 37
Tablo 4.1.5. Yardımcı üreme tekniği ile gebelik yaşayan infertil kadınların infertilite yaşama nedenleri ve uygulanan tedavi türü 38
Tablo 4.2.1. Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Anne Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puan ortalamalarının gruplararası karşılaştırılması 39
Tablo 4.2.2. Annelerin bazı tanıtıcı ve yenidoğana ilişkin özelliklerine göre Anne Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puan ortalamalarının grupiçi ve gruplararası karşılaştırılması 41
Tablo 4.2.3. Annelerin bazı tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamalarının grupiçi ve gruplararası karşılaştırılması 44
Tablo 4.2.4. Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Anne Bebek Bağlanma Ölçeği arasındaki ilişki 46

1.GİRİŞ

Üreme, bir canlının soyunun sürmesi olayıdır. İnfertilite, kadın ya da erkek kaynaklı sorunlar nedeniyle üreme olayının gerçekleşememesidir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Yardımcı Üreme Teknikleri İzleme Komitesi infertiliteyi; korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen 12 ay veya daha fazla zamandan sonra klinik bir gebelik oluşmaması olarak tanımlanmaktadır (2,3).

İnfertilite, global olarak toplumsal bir sağlık sorunu olarak kabul edilmekle birlikte, üreme döneminde olan çiftleri %9 ila %30 arasında etkilemektedir (4). İnfertilitenin görülme sıklığı, ülkeler arasında değişiklik göstermekle birlikte bölgeden bölgeye de değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10'unun, gelişmekte olan ülkelerde ise %15-20'sinin infertilite yaşadığı belirtilmektedir (5,6,7). Felice ve arkadaşları tarafından yapılan bir metaanaliz araştırmada, infertilite oranının Amerika'da %15, Avrupa'da %15, Doğu Afrika'da %27, Orta Asya'da %17 olduğu bildirilmiştir (4). Bunun yanı sıra İngiltere'de yedi çiftten birinin infertilite tanısı aldığı belirtilmektedir (8). Ülkemizde ise, 1.5-2 milyon infertil çift olduğu bildirmektedir (9). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 ve 2018 yılı verilerine göre, 15-49 yaş arasında hiç çocuğu olmayan ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını belirten evli kadınların oranı %4 iken, en az bir doğum sonrası sekonder infertilite yaşayanların oranı 2013 yılında %11,2; 2018 yılında %12 olarak belirlenmiştir (10).

Günümüzde infertilitenin tanı ve tedavisinde temel amaç, infertil çiftlerin sağlıklı çocuk sahibi olmasını sağlamaktır. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT), infertile sorunu yaşayan çiftlerin çocuk sahibi olmalarına imkan sağlamaktadır. YÜT, spontan olarak gebe kalamayan infertil çiftlerin, gebe kalmaları amacıyla yapılan tüm tedavi işlemlerini kapsamaktadır (7). Tedavi yaklaşımında başarıyı sağlamak için öncelikle infertiliteye neden olan faktörlerin belirlenmesi ve nedene yönelik tedavinin

uygulanması önem taşımaktadır (11). Bunun yanı sıra infertilite tanısı almak çiftleri olumsuz yönde etkilemekle beraber, ani ve beklenmedik bir yaşam krizi olabilmektedir (12). İnfertilite tanı ve tedavi süreci çiftler için psikolojik yönden zorlayıcı, duygusal yönden oldukça stresli, ekonomik anlamda pahalı, uzun tanı ve tedavi süreci nedeniyle de eş ilişkilerini olumsuz etkileyebilen bir kriz durumudur (13). Kadınlar infertilite tedavisi sürecinde, kontrol kaybı, suçluluk, benlik algısında bozulma, anksiyete ve depresyon ile karşı karşıya kalabilmektedir (14,15). Konu ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda; infertilte sorunu yaşayan kadınların fertil kadınlara göre daha fazla depresyon ve anksiyete duyguları yaşadıkları belirlenmiştir (16,17). Akın'ın çalışmasında ise, infertilite sorunu yaşayan kadınlarda stres ve anksiyete yaşamalarına sebep olan temel etkenin; annelik duygusu kaybı olduğu belirlenmiştir (18).

İnfertilite tedavisinin gebelikle sonuçlanmasıyla, pek çok infertil çift gebelik sürecine geçişte karmaşık duygular yaşayabilmektedir. Aynı zamanda doğal yolla gebe kalan kadınlara göre bu döneme hızlı uyum gösteremeyebilmektedir (19). Hammarberg ve arkadaşlarının yapmış oldukları sistematik bir çalışmada; YÜT ile gebe kalan kadınların doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre gebelik sürecinde kendilerini daha yetersiz hissettikleri ve gebeliğin devamına yönelik korku ve kaygı taşıdıkları belirlenmiştir (20). Olshansky tarafından yapılan çalışmada, infertilite tedavisi ile gebe kalan kadınların bu dönemde ambivalan duygular yaşadıkları, gebe olduğu için mutluluk hissederken aynı zamanda kayıp korkusunu da yoğun yaşadıları belirlenmiştir (19). Bennett ve arkadaşlarının Kanada'lı kadınlarda yaptıkları çalışmada ise, infertilite tedavisi sonrası gebelik yaşayan kadınlarda ilk trimesterda %7,4 oranında depresyon görüldüğü, 2. ve 3. trimesterda ise bu oranın %12'ye yükseldiği belirtilmiştir (21).

Doğum sonu dönem, annelerin yaşadığı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra yeni rollerin oluşması ve buna bağlı annenin yeni sorumluluklarla başa çıkması yönünden riskli bir dönemdir (22). İnfertil kadınlarda doğum sonu dönemde ebeveynlik rollerine uyum süreci, anne ile bebeğin ilişkisi ve bir bağın oluşması oldukça önemli bir konudur. Anne ve bebek bağlanması, doğum öncesi süreçte başlamakta ve doğum sonu dönemde annenin bebeğiyle olan etkileşimiyle birlikte artmaktadır. Bağlanma teorisi, bireyin başka bir kişiden yakınlık bekleme eğilimi ve bu kişi yanında olduğunda bireyin kendisini güvende hissetmesidir. Bağlanma teorisinin kuramcısı John Bowlby,

bir bebeğin ilk bakımını veren annesine arzu ettiği yakınlığı kurması ve devam ettirmesi için gösterdiği her tür davranışı bağlanma davranışı olarak tanımlamaktadır (23). Sağlıklı anne ve bebek bağlanması doğumdan hemen sonraki zaman içerisinde başlatılmalı ve doğum sonu dönemde de devamı sağlanmalıdır (24).

Yapılan çalışmalar infertile tedavisi alarak gebe kalan kadınların, doğum sonu döneme uyumlarında bazı sorunlar ile karşılaştıklarını göstermektedir. Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; infertilite öyküsü olan kadınların yaklaşık %8-10'unun doğum sonu dönemde depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (25). Dornelles ve arkadaşlarının çalışmasında, infertilite tedavisiyle gebelik yaşayan kadınlarda, doğum sonu uyumun azaldığı ve postpartum depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (26). Yapılan çalışmalarda, infertilite sonrası gebe kalan kadınlarda anne kimliğine yönelik öz yeterlilik algılarının daha düşük olduğu ve aynı zamanda annelik kimliğini benimsemelerinin daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (27,28). Ranjba ve arkadaşlarının çalışmasında ise, YÜT ile gebe kalan kadınların doğum sonrası süreçte spontan yolla gebe kalan kadınlara göre ebeveynlik rollerine uyumda daha fazla zorluk yaşadıkları, bu nedenle sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyabilecekleri belirtilmiştir (29). Yapılan farklı çalışmalarda da infertilite tedavisi gördükten sonra gebe kalan kadınların ebeveynlik rollerine yönelik daha idealist beklentilere sahip oldukları ve bu beklentiyi karşılayamamaya yönelik kaygılarının yüksek olduğu ve bu kadınların daha fazla postpartum depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (30-33).

Bunun yanı sıra annelik rolüne ve anne-bebek bağlanmasına yönelik yapılan çalışmalarda; infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların hem bebeklerini sevmeye yönelik olumlu duygular hissederken, aynı zamand bebeklerinden nefret etme yönünde olumsuz duygular hissetme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (34-37). Boar ve Soskolne'nin yaptıkları çalışmada; infertilite tedavisi ile gebe kalan kadınların spontan yolla gebe kalan kadınlara göre anneliğe yönelik öz yeterliliklerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada infertilite sonrası gebe kalan kadınların anne olmaya yönelik daha fazla pozitif beklentiye girdikleri, ancak bu beklentinin gerçekçi olmadığı ve maternal öz yeterliliği olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (38). Ladores ve Aroian'ın İngiliz kadınlarda yaptıkları kalitatif bir çalışmada ise, infertilite tedavi ile gebe kalan kadınlar, "anne oldukları için şikayette bulunma haklarının olmadığını" ifade etmişlerdir (39).

Sonuç olarak yapılan çalışmalar, infertilite tedavisiyle gebe kalan kadınların, doğal yolla gebe kalan kadınlara göre postpartum döneme ve annelik rolüne uyumlarında daha fazla zorluk yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Literatür incelendiğinde YÜT'le gebe kalan kadınlarda anne- bebek bağlanması ve doğum sonu depresyon düzeylerinin birlikte karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kadın sağlığı hemşirelerinin en önemli bakım işlevlerinden biri doğum sonrası erken dönemde anneyle bebek etkileşimini güçlendirmek ve anneye bu yönde destek vermektir (40,41). Aynı zamanda kadın sağlığı hemşireleri doğum sonu depresyona yatkın anneleri erken dönemde belirleyerek ve tedaviye yönlendirerek oluşabilecek depresyonun uzun dönemli olumsuz etkilerini önlemede kilit konumdabulunmaktadır (42).

Bu kapsamda bu çalışma; doğal yolla ve YÜT ile gebe kalan kadınlarda anne-bebek bağlanması ve doğum sonu depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının infertilite alanında çalışan kadın sağlığı hemşirelerinin görev ve sorumluluk alanlarının belirlenmesinde katkı sağlaması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma doğal yolla gebe kalan kadınlar ile YÜT'le gebe kalan kadınlarda anne-bebek bağlanması ve postpartum depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Doğal yolla ve YÜT ile gebe kalan kadınlarda "Anne- Bebek Bağlanma Ölçeği" puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

2. Doğal yolla ve YÜT ile gebe kalan kadınlarda "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

3. Doğal yolla ve YÜT ile gebe kalan kadınlarda "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" puan ortalamaları ile "Anne- Bebek Bağlanma Ölçeği" puan ortalamaları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Yardımcı Üreme Teknikleri İzleme Komitesi ‘ne göre infertilite; korunmasız, düzenli cinsel ilişkiye karşın 12 ay veya daha fazla süreden sonra klinik olarak bir gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır (2,3). İnfertilite primer ve sekonder infertilite olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer infertilite, en az bir yıl korunmasız şekilde cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin olmaması, senkonder infertilite ise, daha önce gebeliğin olmasına rağmen son bir yıl içerisinde korunmasız cinsel ilişkide bulunup gebe kalınamaması olarak tanımlanmaktadır (6,7).

2.2. İnfertilitenin İnsidansı

İnfertilite, global olarak toplumsal bir sağlık sorunu olarak kabul edilmekle birlikte üreme döneminde olan çiftlerin %9 ila 30 arasında etkilemektedir (4). İnfertilitenin görülme sıklığı, dünyada ülkeler arasında değişmekle beraber bölgeden bölgeye de değişiklik göstermektedir. İnfertilite insidansı gelişmekte olan ülkelerde diğer gelişmiş ülkelere göre daha yüksek oranda görülmektedir (5). Gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10’unda, gelişmekte olan ülkelerde ise %15-20’sinde infertilite yaşadığı belirtilmektedir (6,7). İnfertilite prevelansını belirtmek üzere Felice ve arkadaşları tarafından yapılan bir uluslararası araştırmada; infertilite oranının Amerika’da %15, Avrupa’da %15, Doğu Afrika’da %27, Orta Asya’da %17 olduğu belirlenmiştir (4). Bunun yanı sıra İngiltere’de yedi çiftten birinin infertilite tanısı aldığı belirtilmektedir (8).

Ülkemizde ise, 1,5-2 milyon infertil çift olduğu bildirilmektedir (8). TNSA 2013 ve 2018 yılı verilerine göre, 15-49 yaş aralığında hiç çocuğu olmayan ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını ifade eden evli kadınların oranı %4 iken, en az bir doğum sonrası infertilite oranı 2013 yılında %11,2; 2018 yılında %12 olarak belirlenmiştir (10).

2.3. İnfertilite Nedenleri

Fertil olan çiftlerde gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanımı bulunmadığında, gebe kalma ihtimali her ovulatuvar siklusta ortalama %20'dir (43). İnfertilite ise, düzenli cinsel ilişki bulunmasına rağmen 12 ay ve üzerindeki sürede gebeliğin olmamasıdır (44). İnfertilitede %40 ila 50 oranında kadına bağlı faktörler, %30 ila 40 oranında ise erkeğe bağlı faktörlerle fertilizasyon gelişememektedir. Açıklanamayan infertiliteye bağlı faktörler ise %15 oranında etkilidir (43).

Aynı zamanda fiziksel, sosyo-ekonomik, psikososyal ve çevresel değişkenlere bağlı nedenler de fertiliteyi önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir (45). Bu değişkenler; ilişkinin koşulları, sıklığı, zamanlaması, ağır egzersiz, kilo değişimleri, kadının yaşı, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz beslenme, aşırı strese maruz kalma, kronik hastalıklar (diabet, hipertansiyon, astım), ilaç kullanımı (antidepresanlar ve antihipertansifler), çevresel ya da mesleğe ait toksinler (kurşun, civa, arsenik, radyasyon) ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardır (46). Amerika'da yapılan bir araştırmada, ileri yaş evliliklerin, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların, yetersiz beslenme, sigara ve alkol alışkanlıklarının infertilite için önemli risk faktörü olduğu bildirilmiştir (47). Yapılan bir çalışmada, kadının yaşı artıkça infertilite oranının da arttığı belirlenmiştir (48). Diğer bir çalışmada ise, obezite sorunu yaşayan ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) 30'un altında olan kadınlar karşılaştırıldığında; obezite yaşayan kadınların gebe kalmasının daha uzun sürdüğü belirlemiştir (49). Bununla birlikte stres faktörü hem kadın hem de erkekte cinsel ilişki sıklığı ve lipidonun azalmasına neden olup infertiliye neden olduğu belirlenmiştir (50).

Kadınlarda infertiliteyi etkileyen faktörler; konjenital ya da gelişimsel faktörler, overian faktörler, tubal ve peritoneal faktörler, uterin faktörler ve gelişimsel anomalilerdir (11). Yapılan bir çalışmada; ovulasyon bozukluklarının (%54,4), idiyopatik infertilitenin (%22,3), polikistik over sendromunun (%19,9), tubal tıkanıklığın (%16,5) uterusun yapısal anomalilerinin (%7,3), endometriosizin (%4,4), infertile üzerine etkili olduğu bildirilmiştir (51).

Erkeklerde infertiliteyi etkileyen faktörler; yapısal ve hormonal bozukluklar, spermin yapısındaki değişiklikler, sperm sayısının azaldığı, libidonun azaldığı ve ereksiyon bozukluğunun olduğu durumlardır (11-52). Avrupa Üroloji Birliği 2015'teki "Erkek İnfertilitesi Rehberinde" infertiliteye neden olan erkek faktörü %50 ve anormal

sperm parametrelerinin çiftlerin %50 ‘sinde olduğu belirlenmiştir (53). Yapılan bir çalışmada, erkek infertilite nedenleri arasında açıklanamayan infertilite %75,1 varikosel %12,6 ve üriner enfeksiyonlar %6,6 olarak belirlenmiştir (54). Erkek ve kadın infertilitesini etkileyen faktörler Tablo 1.’de verilmiştir (11-45-51).

2.4. Nedeni Açıklanamayan İnfertilite

Ovulasyon, fallop tüplerinin ve sperm parametrelerinin normal olması, 12 ay ve daha fazla süre içerisinde korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmayan, tetkik ve muayenelerinde herhangi bir problemle karşılaşılmayan vakalar açıklanamayan infertilite olarak değerlendirilir (55,56). Açıklanamayan infertilite tanısı alan çiftlerin pek çoğu birden fazla soruna sahiptir (örneğin; 35 yaş üzeri kadın ve düşük semen parametrelerine sahip erkek). Bu nedenler tek başına olduğu zaman doğurganlığı fazla etkilememesine karşın birlikte olduğunda gebelik oranını önemli derecede azaltabilmektedir (57).

Açıklanamayan infertilitesi tansı olan çiftler, tubal faktör infertilitesi olan çiftlerle karşılaştırıldıklarında, İn Vitro Fertilizasyon tedavisinin başarısızlık oranları açıklanamayan infertilite tanısı olanlarda daha yüksektir. Bu sonuçlar, açıklanamayan infertilitesi olan çiftlerde, oosit veya sperm fonksiyonunda anormalliklerin bulunduğunu göstermektedir. Bu anlamda İn Vitro Fertilizasyon (IVF) bir teşhis yöntemidir (58).

Tablo 2.3. İnfertiliteye neden olan faktörler (11-45-51-55).

Kadın	Erkek
Konjenital ya da gelişimsel faktörler • Anormal dış genitaller • İç genital yapının yokluğu **Overian faktörler** • Anovulasyon (primer) • Hipofiz ya da hipotalamik hormon bozukluğu • Adrenal gland bozukluğu • Hipotalamus-hifofiz-gonadal aksin bozukluğu • Oral kontraseptifleri bıraktıktan sonra gelişen amonera • Erken menapoz **Tubal ve peritoneal faktörler** • Azalmış tubal motilite • Tubanın fibrial kısmının yokluğu • Bir tubanın yokluğu • Tubal enfeksiyon • Tubal adhezyon **Uterin faktörler** • Endometrial tümörler • Miyometrial tümörler **Gelişimsel anomaliler** • Asherman sendromu (uterin adhezyon ya da skar doku) • Endometriozis **Servikal faktörler** • Düşük miktar ve kalitede servikal müküs **Diğer faktörler** • Kilo problemi • Cinsel yolla bulaşan hastalıklar • Kronik hastalıklar(diaber, astım.tiroid) • Sigara ve alkol kullanımı • Stres • Düşük sayısı • Pelvik inflamatuar hastalık öyküsü	**Yapısal ve hormonal bozukluklar** • Konjenital ya da gelişimsel testiküler hasar • Y kromozom defekti • Kriptorşidizm -Hipospadias • Varikosel • Düşük testesteron seviyesi • Kabakulağın neden olduğu testiküler hasar **Spermin yapısındaki değişiklikler** • Sigara, eroin, marihuana, amil nitrat ve butil nitrata maruz kalma **Sperm sayısının azaldığı durumlar** • Hipopituitarizm • Zayıflama ya da kronik hastalıklar • Travma • Gonadotropik yetersizlik **Libidonun azaldığı durumlar** • Eroin, methadon, selective serotonine reuptake inhibitorü ve barbitürat kullanımı **Ereksiyon bozukluğunun olduğu durumlar** • Alkol tüketimi • Antihipertansif ilaçların kullanımı **Diğer Faktörler** • Endokrin bozukluklar • Genetik bozukluklar • Psikolojik bozukluklar • Cinsel yolla bulaşan hastalıklar • İş yerinde radyasyon ya da toksik maddelere (x-ray, kurşun, civa,) maruz kalma • Skrotumun yüksek ısıya maruz kalması • Vas deferens ve epididimisin yokluğu veya tıkanıklığı • Beslenmede yetersizlik

2.5. İnfertilite Tedavi Yaklaşımı

İnfertilite tedavisi çiftlerin infertilite tanısı aldığında, tedaviye başlama kararı, tedavinin başarısız sonuçlanmasına verilen tepki, bu sürecin nasıl ilişkiye yansıdığı ve tedaviye yeniden karar verildiğinde tekrar yapılan denemeler tedavi sürecini belirlemektedir. Bu süreç basit bir tıbbı müdahale gibi görünse de derine inildiğinde tedavi aşamaları çifti çok yönlü etkilemektedir (59). İnfertilite tedavisi duygusal ve fiziksel zorluklara karşı çiftlerin aktif katılımını da gerektiren bir süreçtir. Tedavi süreci yoğun, rutin ve cerrahi işlemlerin yanı sıra çiftlerin sağlık çalışanları ile sürekli iletişimde olmalarını gereken bir dönemdir (60).

İnfertilite tedavisinde öncelikli yaklaşım infertiliteye neden olan temel sorunun ortadan kaldırılmasıdır. Bu bakımdan stresli yaşam, uykusuzluk, beslenme bozukluğu, obezite, kullandığı ilaçlar, sigara ve alkol tüketimi gibi infertiliteye neden olan sorunlara yönelik danışmanlık verilmeli ve yaşam şekli değişikliği sağlanmalıdır (61,62). Aynı zamanda bu basamak tedavi yaklaşımında infertiliteye neden olan sağlık sorununun tedavi edilmesi önem taşımaktadır. Mevcut sorun ovulasyon sürecine ait ise, öncelikle ovulasyonun sağlanması önem taşımaktadır. Bu süreçte medikal ve cerrahi tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Literatürde tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteye neden olan sorunların %85-90'ının çözüldüğü belirtilmektedir (7). İnfertilite tedavisinde ikinci basamak yaklaşım ise YÜT kullanılmasıdır (11).

2.6. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

Dünyada YÜT kullanılması sonucunda ilk bebek, 25 Temmuz 1978 yılında İngiltere'nin Oldham kasabasında, Stepteo-Edwards ve IVF ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (63). Daha sonradan İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET) uygulamaları artan kullanım alanı ile infertilite tedavisinde YÜT adı altında gittikçe yaygınlaşmıştır (64). Ülkemizde 1984 yılında YÜT için ön çalışmalar başlatıldıktan sonra, ilk İVF-ET merkezi 23 Haziran 1988'de Ege Üniversitesi'nde Prof. Dr. Refik Çapanoğlu başkanlığında kurulmuştur. Uygulanan ilk İVF-ET gebeliğinde 18 Nisan 1989'da ilk bebek dünyaya gelmiştir (7). YÜT, spontan yolla gebe kalamayan çiftlerin, gebe kalabilmeleri için yapılan tüm işlemleri kapsayan ileri uygulamalardır (65).

Gelişimsel süreci içinde birçok YÜT bulunmuş ve uygulanmıştır. Bu teknikler;

- İntrauterin İnseminasyon (IUI),
- İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET),
- Gamet Intra-Fallopian Transfer (GIFT),
- Zigot Intra-Fallopian Transfer (ZIFT),
- Tubal Embriyo Transferi (TET),
- İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI),
- Peritoneal Oosit Sperm Transferi (POST)'dir.

Günümüzdeki uygulamada kullanılmakta olan YÜT; intrasitoplazmik sperm injeksiyonu, in-vitro fertilizasyon ve embriyo transferi ve intrauterin inseminasyonudur (66).

2.6.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI)

İntra uterin inseminasyon (IUI), cinsel ilişki dışında erkekten elde edilen spermlerin kadının ovulasyon periyotunda kadın üreme sistemi içerisine bırakma işlemi olarak açıklanmaktadır. IUI'nin başarı oranı %10-25 olmakla birlikte bu başarı oranı kadının yaşına ve yaşanılan infertilite sebebine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (67).

IUI tedavisinde inseminasyon uygulama anı önemlidir. İnseminasyon zamanı genelde HCG enjeksiyonundan 34-38 saat sonradır. Hastanın yaşı ve infertilite yaşam süresine göz önünde alınarak 3-6 siklus inseminasyon uygulanabilmektedir (68).

2.6.2. İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET)

IVF-ET, infertilite sorunu tubal faktörler olan çiftlerin tedavisi için geliştirilmiştir. IVF, spermin bir laboratuvar alanında kadına ait olgun yumurtaların fertilizasyonu olarak açıklanmıştır (7-69). IVF, infertilite sorunu yaşayan çiftlerin

tedavi ve bakıma dâhil olma hakkı sağlar. YÜT de her bir ovum için yaklaşık 100.000 sperm uygulanır ve %99'unda bu yöntem kullanılmaktadır (70).

Endikasyonlarını; ciddi endometriozis, açıklanamayan infertilite, kanser hastaları, tubal hasar veya tıkanıklık, anovulasyon, endometriozis ve ciddi erkek faktörü olarak belirlenmiştir (71).

2.6.3. Gamet İntafallopian Transfer (GIFT)

Laparoskopik ya da transvajinal yolla alınan oositler ve hazırlanan spermler normal yapıdaki tuba uterinaların ampuller kısmına laparoskopi eşliğinde yerleştirilmektedir. Kadının, en az bir fallopian tüpünün normal olması gerekmektedir. GIFT'ın IVF'den ayıran özelliği fertilizasyonun olması gerekmektedir. GIFT'in IVF'den diğer bir farkı ise, fertilizasyonun in-vivo olmasıdır. Böylelikle döllenme olayı doğal şartlarda gerçekleşmektedir. Bu sayede in-vitro şartların olumsuz etkilerinden korunmaktadır (72).

2.6.4. Zigot İntrafollopion Transfer (ZIFT)

ZIFT, IVF ile ET yöntemine benzemekte ve kadından oositler toplanarak erkeğin spermi ile inkübe edilmektedir. Oositler IVF'deki gibi hücre bölünmesinin erken safhasında tekrar kadının vücuduna yerleştirilmektedir. GIFT'teki gibi fallop tüplerine yerleştirilen ovum, implantasyon için doğal şekilde uterusa geçmekte ancak kadının en az bir fallop tüpünün açık olmalısı gerekmektedir (73).

2.6.5. Tubal Embriyo Transferi (TET)

TET, kültür ortamında bir günden fazla bekletilip dondurulmuş embriyoların laparoskopi altında tüplerin içine enjekte edilmesidir. Tubal transferlerde tubaların açık olması gerekmektadir (45).

2.6.6. Intrastoplazmik Sperm İnjeksiyonu (ICSI)

IVF uygulamasında önemli derecede erkek faktörünün bulunması veya nedeni açıklanamamış infertilite durumunda ICSI-mikroenjeksiyonu ile fertilizasyon sağlanmaktadır. Önemli derecede erkek faktörlü infertilitede, ICSI, mikrocerrahi ile sprem aspirasyonu (MESA) ve testiküler sperm aspirasyonu (TESA) yöntemleri uygulanmaktadır. ICSI, direk ovum içerisine, hazırlanmış tek bir sperm enjekte edilerek yapılan fertilizasyon işlemidir (74).

2.7. İnfertilitenin Psikososyal Yönü

Üreme potansiyeli konusunda karşılaşılan sorunlar özellikle infertil çiftleri olumsuz yönde etkilemekle beraber, ani ve beklenmedik bir yaşam krizi olarak yaşanabilmektedir. Aynı zamanda infertilite tedavi süreçleri çiftler için uzun bir süreye yayılan, stres oluşturan ve uyum mekanizmalarını zorlayıcı bir olay olmaktadır. Ancak bu sonucu elde edene kadar çiftler çocuk sahibi olmak istedikleri anda ani ve beklenmedik bir yaşam krizi olarak ortaya çıkan infertilite, çiftlere fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak etkisini gösterir (12). Hasanpoor-Azghady ve arkadaşları, infertilte sorunu yaşayan kadınların depresyon, anksiyete, yorgunluk ve çaresizlik, korku, umutsuzluk ve endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir (16). Yapılan bir araştırmada, psikolojik stres düzeyi infertil kadınların %20'sinde yüksek bulunmuştur (27). İnfertilite sorunu yaşayan kadınların stresi yüksek derecede yaşamalarının sebepleri arasında ilk olarak anne olabilme ve üreme duygusunu yaşama arzusu olduğu belirtilmektedir (75). Anokye ve arkadaşlarının çalışmasında; infetilite yaşayan çiftlerin infertilite nedeniyle umutsuzluğa, damgalanmaya, fiziksel veya sözlü şekilde istismara ve sosyal izolasyona neden olduğu saptanmıştır (76). Aynı zamanda infertilte çiftler için psikolojik yönden zorlayıcı, duygusal yönden oldukça stresli, ekonomik anlamda pahalı ve genelde tanı ve tedavi süreci sebebiyle eş ilişkilerini olumsuz etkileyebilen bir kriz durumudur (13). İnfertilite sorunu yaşayan kadınların dışlanmış hissettikleri ve çocuk sahibi olurlarsa toplum tarafından kabul edileceklerini söylemişlerdir. Bununla birlikte kadınlar cinselliğin görev olarak algılanmasından dolayı kendilerini çekici bulmadıklarını ifade etmişlerdir (77). İnfertilite tanısı ve tedavisi alan kadınlar evlilik ve çift uyumlarının erkeklere oranla daha çabuk bozulduğunu bildirmektedirler (78). Shindel ve arkadaşlarının infertil çiftlerle ilgili

yaptıkları çalışmada, infertil erkeklerde cinsel problemler ve depresyonun daha fazla olduğu saptanmıştır (79).

İnfertil kadınlar için stres kaynaklarından birisi ise infertilite tedavileridir. İnfertil kadınlar bu süreçte, tanı ve tedavi işlemleri, bu tedavilerin uzun sürmesi ve ağrılı olması, tedavinin başarısız olması gibi nedenlerle kontrol kaybı, suçluluk, kadınlık algısında ve benlik algısında bozulma, yüksek anksiyete ve depresyon yaşayabilmektedir (80). Başarısız IVF tedavisiyle sonucu yaşayan kadınlar, cinsel istek ve ilgi düzeylerinin azaldığını bildirmişlerdir (81). Başka bir çalışmada ise, IVF tedavisi alan çiftlerde, başarısız tedavi sonrası izolasyon belirtileri, depresyon, anksiyete ve öfke bulgularıyla karşılaşıldığı belirtilmiştir (82). Karaca ve Ünsal uyguladıkları nitel görüşmelerde, infertil çiftlerde kadınların daha çok sosyal çevreden gelen baskı nedeniyle olumsuz benlik imajlarının bulunduğu saptanmıştır (83). Ozan ve Okumuş'un yaptıkları nitel çalışmada; infertil kadınların sosyal çevresindeki kişilerden, tedaviye başladıklarını gizlemek ve tedavi sürecinin nasıl sürdüğü hakkındaki sorulara cevap vermek istemediklerini belirtmişlerdir (84). Lepecka-Klusek ve Jakiel yaptıkları çalışmada; YÜT sonucu gebe kalan kadınlarla kontrol grubu karşılaştırıldığında vaka grubunun daha fazla adaptasyon güçlüğü yaşadığı belirtmiştir (85). İnfertilite tanısı almış kadınlara uygulanan tedavi ile birlikte farklı risk faktörlerinin bir araya gelmesi kadınlarda oluşabilecek doğum sonrası psikososyal iyilik hallerinin önemli derecede bozulmasına neden olan bir sağlık sorunu olabilmektedir (86). Keskin ve Gümüş'ün yaptıkları bir çalışmada, YÜT tedavi süresi uzadıkça kadınlarında umutsuzluğun arttığını bildirmişlerdir (87).

YÜT annelerinin, gebelik sürecinde, bebeklerinde sağlık sorunları oluşabileceği veya doğumda daha fazla zarar görecekleri ihtimali ile anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu saptanmıştır (88). Akın'ın yapmış olduğu çalışmada, infertilite yaşayan kadınlarda yüksek oranda stres ve anksiyete yaşamalarına sebep olan temel etkenin, annelik duygusunun kaybı, benlik saygısının kaybı ve genetiği devam ettirememeye yönelik endişelerin olduğu bildirilmektedir (18). Aynı zamanda YÜT sürecinde oluşan stres faktörleri, tedavinin başarısızlığına yönelik kaygılar ve bunun sonucunda çiftlerin ilişkilerini ve duygu durumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (89). Newton ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, infertilite tedavisi süreci erkelerin %27 'sinde ve kadınların %30'unda cinsel yaşamalarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (90).

Litaratür genel olarak incelendiğinde pek çok infertilite sorunu yaşayan çiftin, infertilite için yaşadıkları en büyük kriz olarak adlandırdıkları ve erkeklere oranla infertilite süreci kadınlarda daha fazla depresyon, stres ve anksiyete yaşamaktadırlar (91). İnfertile tedavisi alarak gebe kalan kadınların, doğum sonu döneme uyumlarında da bazı sorunlar ile karşılaştıkları ifade edilmektedir. Konu ile ilgili olarak Ladores ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, fiziksel yorgunluk, uykusuzluk, ekonomik sıkıntılar ve sosyal izolasyon gibi faktörler infertil çiftlerin doğum sonu döneme uyumlarında ve ebeveynlik rolünü öğrenme sürecini etkilemektedir (39). İnfertiliteden gebeliğe geçiş yapma zorluğu, doğum sonu döneme uyumunun azalmasına ve postpartum depresyon belirtilerinin daha fazla görülmesine sebep olabilmektedir. (26). Aynı zamanda literatürde YÜT ile gebe kalan kadınlarda, intrauterin dönemde bebeklerinde sağlık sorunlarının gelişebileceğine yönelik kaygılarının doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (59). Yapılan çalışmalarda, infertilite sonrası gebe kalan kadınlarda anne kimliğine yönelik öz yeterlilik algılarının daha düşük olduğu ve aynı zamanda annelik kimliğini benimsemelerinin daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (27,28).

Ranjba ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise, YÜT ile gebe kalan kadınlarda doğum sonrası süreçte spontan yolla gebe kalan kadınlara göre ebeveynlik rollerine uyumda daha fazla zorluk yaşadıkları, bu nedenle desteğe daha fazla ihtiyaç duyabilecekleri belirtilmektedir (29). Monti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; spontan yolla gebe kalan kadınların yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlara oranla postpartum depresyon düzeyenlerinin düşük olduğu belirtilmiştir (92).

2.8. Anne Bebek Bağlanması

Bağlanma anne ile bebek arasındaki duyusal bir bağ olarak tanılanmaktadır. Bağlanma, bakım verenin bebekle arasında gelişen ilişkide, bebeğin bakım verenle yakınlık kurmak istemesiyle kendini gösteren, özellikle stresin olduğu anlarda belirgin olan süreklilik gösteren duygusallık içeren bir bağ olarak açıklanmaktadır. Bağlanma teorisi, bireyin başka bir kişiden yakınlık bekleme eğilimi ve bu kişi yanında olduğunda bireyin kendisini güvende hissetmesidir (93). Bağlanma teorisinin kuramcısı John Bowlby bağlanmayı, bir bebeğin ilk bakımını veren annesine arzu ettiği yakınlığı kurması ve devam ettirmesi için gösterdiği her tür davranışı bağlanma

davranışı olarak tanımlamaktadır. Bu bağlanma davranışı bebeğin dışarda gelebilecek tehliklerden kendini korumayı hedeflediğini belirtmektedir. Bowlby' e göre bağlanma dürtüsü içten gelmekte ve aynı zamanda ayrılma, güven duymama, korku gibi durumlarında bebeğin geleceğini tehdit edebileceği yönden önemli bir kavram olduğunu bildirmektedir. Bowlby, bebeğin anneyle olan ilişkinin diğer ilişkilerden tamamen farklı olduğunu savunmuştur (23). Mercer ve Ferketich'e göre, anne bebek bağlanması, bebekle anne arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşinden sonra annenin bebeğe geliştirdiği sevgi bağının oluşumu olarak tanımlamaktadır (94). Muller ise, anne bebek bağlanmasının sevgiyle olduğunu ve oluşan sevginin annelik rolüne uyumda etkisinin olumlu derecede olduğunu belirtmiştir (95). Bağlanma gebeliğin başından itibaren ortaya çıkar ve aynı zamanda doğumdan sonra da devam etmektedir. Bu da annenin gebeliğe uyumunda önemli rol oynadığı belirtilmiştir (96).

Sağlıklı anne ve bebek bağlanmasında doğumdan hemen sonraki zaman içerisinde anne ve bebek arasında bağın oluşturulması oldukça önem taşımaktadır (24). Anne ile bebeğin bağlanmasında, bebeğin anneye hissettiği sıcaklık ve sevgi hem bebeğin hem de annenin bağlanmasını geliştirecektir. Anne ile yenidoğanın doğumdan sonra olabildiğince erken birlikte olmaları, 24 saat bir arada kalmaları, bebeğe dokunmaları, emzirmeleri anne ve yenidoğan ilişkisinin erken başlamasını ve annenin bebeğini algılamasını kolaylaştırır. Bu ilk ilişkide karşılaşılan olumsuzluklar bağlanmayı olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (97). Yenidoğan bebeğin anne ile iletişiminin engellenmesi, bebeğin bulunduğu durumda güvenliği için korku duyulmasına ve annenin bebekle birlikte doyum sağlayıcı beraberliğin gelişmesine engel olabilmektedir (98). Yapılan bazı çalışmlarda YÜT tedavsi gören annelerin hem bebeklerini sevmeye yönelik olumlu duyguları hemde bebeklerinden nefret etmenin olumsuz duygularıyla kararsız olma eğilimlerinde olduklarını bildirmektedirler (34-37). Aynı zamanda, infertilite tedavisi gören annelerin gebelik süresince daha yüksek bağlanma düzeyinin olduğunu bildiren çalışmlarda vardır (20-99).

Anneyle bebeğin güvensiz bağlanması ve postpartum depresyon arasında bir ilişki olduğu belirtilmiş ve postpartum depresyonun anne ve bebek sağlığı açısından ciddi bir sorun olduğu bildirilmiştir (100). Lerum ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, anne bebek bağlanmasını etkileyen faktörler incelendiğinde, gebeliğin planlı olup olmaması, ekonomik düzey, ultrasonda bebeğin görülmesi ve annenin fetal hareketleri hissetmesi etkili olduğunu izlenmiştir (101). Annenin bebeğe olan

davranışlarının yetersiz bağlanmayı etkileyip, doğum sonrası dönemde anksiyete ve depresyon ile bağlantılı olduğu izlenmiştir (102). Postpartum dönemde, kadınların duygu durumdaki olumsuzluklar ve depresyon düzeylerinde artma, annenin bebek bağlanmasını ve bebeğine gereken sevgiyi ve bakımı verebilmesini olumsuz yönde etkilemektedir (103). Yapılan çalışmalarda; doğum sonu dönemde annenin sağlık problemleri yaşaması ve gebe kalmadan önce psikiyatrik problem geçirmiş annelerin anne bebek bağlanmasını negatif etkilediği ve postpartum depresyon gelişme risklerini yüksek bulunmuştur (104,105).

2.9. Postpartum Depresyon (Doğum Sonrası Depresyon)

Doğum sonu dönemde annelerin yaşadığı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra yeni bir rollün oluşması ve buna bağlı annenin yeni sorumluluklarla başa çıkması açısında riskli bir dönemdir. Bu dönemde duygu durumu bozuklukları yaşanabilmekte buna bağlı olarak depresyon gelişebilmektedir. Postpartum dönem farklı duyguların bir arada yaşanması ve doğru ifade edilmesi açısından riskli bir dönemdir. Birçok anne postpartum dönemde bebeklerini sağlıkla kucağına aldıkları için mutlu olmaları gerektiğine inanıp, depresif duygular hissettiklerinden dolayı suçluluk duygusuna kapılıp, depresyon belirtilerini saklamaktadır (106,107).

Postpartum depresyon doğumdan sonra ilk 4-6 haftada belirtileri hissedilen ve 1 yıla kadar da sürebilen ciddi bir psikiyatrik durumdur (108). Bu duygu durum bozukluğu kadınların %10–15'inde görülmektedir (109,110).

Doğum sonrası yaşanılan ve en sık karşılaşılan komplikasyon postpartum depresyondur. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'nin uygulandığı bir çalışmada postpartum depresyon oranı %35,5 olarak bulunmuştur (111). Yapılanaraştırmalarda, postpartum depresyonun oluşmasına neden olan risk faktörleri arasında psikososyal ve biyolojik faktörlerin üzerinde çalışılmaktadır. İlk gebelik, infertilite sebebiyle tekrarlayan tanı tedavi girişimleri risk faktörleri arasında yer almaktadır (112-114).

Literatürdeki araştırmaların birçoğunda, gebelik ve doğum sonu dönemde spontan yolla gebe kalan kadınların ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların depresif belirtilerinin benzer olduğu belirtilmiştir (112). Monti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; spontan yolla gebe kalan kadınlarda, yardımcı

üreme tekniği ile gebe kalan kadınlara oranla postpartum depresyon düzeyenlerinin düşük olduğu belirtilmiştir (92).

Postpartum depresyon olguların çoğunda ilk 6 hafta içinde başlamaktadır. Fakat bu süre 1 yıla kadar uzayabilmektedir. Gelişme süresi haftalar veya aylar sürebilmektedir. Daha sonra ya düzelir ya da plato düzeyine ulaşabilir. Doğumdan sonra 4-6. aylara kadar gözden kaçıp anlaşılmayabilir veya oluşan klinik belirtilerle doğum arasında ilişki kurulamayabilir (115). Pospartum depresyonda görülebilecek belirtiler; kendini değersiz ve öfkeli hissetme, anksiyete, suçluluk hissi, kontrolsüz ağlama ve sürekli ağlamaklı hal, duygu durumunda dengesizlik, bebekle ilgili endişeler, uyku bozuklukları, yeme bozukluğu (az veya çok yeme), yetersiz ve umutsuz hissetme, unutkanlığın artması ve düşüncelerde karmaşıklık, ölün ve intihar düşüncesi, karar verme yetisinde azalma ve konsantre olamama, aktivite ve cinsel ilişki isteğinde azalmadır (116).

Depresyonun belirtileri gebeliğin herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir ve yoğunluğu ve süresi arasında farklılıklar olabilmektedir. İnfertilite tedavisinin gebelikle sonuçlanmasıyla, pek çok infertil çift gebelik sürecine geçişte karmaşık duygular yaşayabilmektedir (19). İnfertilite tedavisiyle birlikte yoğun bir tedavi sürecinden geçen kadınlar, diğer spontan yolla gebe kalan kadınlara göre gebelik dönemine hızlı uyum sağlayamayabilirler. Bennett ve arkadaşlarının Kanada'lı kadınlarda yaptıkları çalışmada; infertilite tedavisi sonrası gebe olan kadınların spontan gebeliklere göre gebelik süreçlerinde daha fazla depresyon yaşadıkları, bu gebelerde ilk trimesterda %7,4 oranında depresyon görüldüğü, 2. ve 3. trimesterda ise bu oranın %12'ye yükseldiği belirtilmiştir (21). Özellikle YÜT ile gebe kalan kadınların; uzun zamandır bekledikleri gebelik için yorgun düşmüş ve bu yorgunluk mutlulukları ve sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek postpartum depresyon yaşamalarına sebep olabileceği belirtilmektedir (86). Bununla birlikte literatürde bazı çalışmalarda; infertilite tedavisi sonrası doğum yapan kadınlarda, doğum sonrası dönemde depresyon görülme riskinin, diğer kadınlar ile benzerlik gösterdiği belirtilmektedir (117,118).

Doğum sonu dönemde annelerin yaşadığı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra yeni bir rollün oluşması ve buna bağlı annenin yeni sorumluluklarla başa çıkması açısında riskli bir dönemdir (22). Literatürde infertile tedavisi alarak gebe kalan

kadınların, doğum sonu döneme uyumlarında da bazı sorunlar ile karşılaştıkları ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar infertile tedavisi alarak gebe kalan kadınların, doğum sonu döneme uyumlarında bazı sorunlar ile karşılaştıklarını göstermektedir. Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; infertilite öyküsü olan kadınların yaklaşık %8-10'unun doğum sonu dönemde depresyon belirtileri yaşadığı belirlenmiştir (25). Dornelles ve arkadaşlarının çalışmasında, infertiliteden gebeliğe geçiş yapma zorluğunun, doğum sonu döneme uyumunun azalmasına ve postpartum depresyon belirtilerinin daha fazla görülmesine sebep olduğu vurgulanmıştır (26). Yapılan çalışmalarda, infertilite sonrası gebe kalan kadınlarda anne kimliğine yönelik öz yeterlilik algılarının daha düşük olduğu ve aynı zamanda annelik kimliğini benimsemelerinin daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (27,28).

Ranjba ve arkadaşlarının çalışmasında ise, YÜT ile gebe kalan kadınların doğum sonrası süreçte spontan yolla gebe kalan kadınlara göre ebeveynlik rollerine uyumda daha fazla zorluk yaşadıkları, bu nedenle desteğe daha fazla ihtiyaç duyabilecekleri belirtilmiştir (29). Yapılan farklı çalışmalarda da infertilite tedavisi gördükten sonra gebe kalan kadınların ebeveynlik rollerine yönelik daha idealist beklentilere sahip oldukları ve bu beklentiyi karşılayamamaya yönelik kaygılarının yüksek olduğu ve bu kadınların daha fazla postpartum depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (30-32). Fisher ve arkadaşlarının çalışmasında da YÜT ile gebe kalan kadınların spontan yolla gebe kalan kadınlara göre, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve ebeveynlik becerilerini geliştirememeye yönelik kaygıların daha fazla yaşandığı bildirilmiştir (33).

2.10. İnfertilitede Hemşirenin Rolü

İnfertilite hemşireliği ilk kez Amerikan Hemşireler Birliği tarafından 1985 yılında tanımlanmıştır. 1987 yılında ise infertilite hemşirelerinin rollerinin tanımlanması ve bakım standartlarının oluşturulması amacıyla, Royal College of Nursing bünyesinde bulunan "RCN Fertilite Hemşireleri Grubu" kurulmuştur. Böylelikle grubun yapmış olduğu çalışmalar doğrultusunda infertilite hemşireliğinin standartları belirlenmiştir (119). Aynı zamanda Özel İlgi Grubu (The Nurses Special Interest Group) 1990 yılında Avusturalya'da infertilite hemşireliğini ve standartlarını tanımlamak amacıyla kurulmuştur. Kurulan bu grup Avusturalya Fertilite Topluluğu

(The Fertility Society of Australia) adı altında Avusturalya Fertilite Hemşireleri (Fertility Nurses Australia – FNA) adını alarak faaliyetlerini sürdürmektedir (120).

Japon İnfertilite Hemşireliği Ağı (Japan Infertility Nursing Network – JINN) ise 1999 yılında Japonya'da kurulmuş olup, infertilite hemşireliği sertifikasyon programlarının yürütülmesini organize etmektedir (121). İnfertilite alanında en az üç yıl çalışan hemşireler uzman infertilite hemşireliği sertifika programına başvurabilmekte ve yapılan sınavların ardından sertifikalandırılmaktadırlar (122).

Ülkemizde ise infertilite hemşireliğine yönelik kurs ve toplantı faaliyetlerini yürüten iki dernek bulunmaktadır. Bu derneklerden "İstanbul İnfertilite Hemşirelerin Grubu" 2006 yılında kurulmuş olup, 2008 yılında "Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği" olarak ismi değiştirilmiştir. "İnfertilite Hemşireliği Derneği" ise 2008 yılında Ege Üniversitesi Tüp Bebek merkezinde çalışan hemşireler tarafından kurulmuştur (123).

İnfertilite hemşireliği çalışılan yer ve ilgilenilen hastaların özel olması nedeniyle özellikli donanım, bilgi ve uygulaması olan bir dal hemşireliğidir. Ülkemizde halen infertilite hemşiresi görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik yasal bir düzenleme bulunmamaktadır (123). Bu bakımdan bu alanda çalışan hemşirelerin klinik uygulamalarının nasıl tanımlanacağı belli olmadığı için hemşireler arasında klinik bilgi, beceri ve eğitim düzeyleri yönünden farklılıklar olmaktadır. Ancak, infertilite kliniğinde çalışan hemşirelere infertilite hemşireliği hakkında lisansüstü ve doktora derslerinin verilmesi, infertilite konusunda hemşirelik tezlerinin yürütülmesi, kongre ve kursların yapılması hemşirelere ayrıcalık kazandırmaktadır.

İnfertilite süreci profesyonel bir ekip işidir. Bu ekibin içinde hemşireler hasta ile yakından ilgilendikleri için görev, sorumlulukları ve rolleri önemlidir. İnfertilite de hemşirelik poliklinikle başlayan ve ameliyathaneye kadar devam eden infertil çiftlerin içinde bulundukları sosyal ve psikolojik durumu göz önünde bulunduran bir süreçtir. Uygulanan hemşirelik bakımının genel olarak amacı, çiftin psikolojik, sosyal ve fiziksel durumunun değerlendirilmesi, sorun ve ihtiyaçların belirlenip buna yönelik uygun bakımın oluşturulmasıdır (46-124). İnfertil çiftlerle iletişim sırasında güler yüzlü, yumuşak bir ses tonuyla ve hoşgörülü davranmak önemlidir. Tedaviye gelen hastaların pek çoğu evlilik süresi uzun olan ve yıllarca sorunlarının çözüme ulaşması için tedavi arayan, ümitsiz, psikolojik ve ekonomik açıdan bitkin olan çiftler

oluşturmaktadır (61). Tedavi boyunca infertil çiftlerin yapılacak işlemlere fiziksel ve duygusal açıdan hazırlanması, teknik ve tıbbı bilgilerin anlaşılması ve beklentilerin gerçekçi olmasının sağlanmasında infertilite hemşiresinin rolü oldukça önemlidir. İnfertilite nedeninin öğrenilmesi sırasında çiftlerin benlik saygısı ve imajına etki edebilecek fiziksel muayene ve laboratuvar testler gerektirir. Hemşire bu aşamada çifti beraber değerlendirip, duygularını ifade etmelerini sağlamalıdır. Değerlendirme süresince hemşire çiftlerin uyum ve motivasyon düzeyinin etkileyen etmenler açısından gözlem yapmalı ve desteklemelidir. İnfertilite değerlendirmesinde yapılacak olan testlerin uygulama şekli, neden yapıldığı ve testten önce ve sonra neler yapılacağı konularında infertil çiftler hemşire tarafından bilgilendirmeli ve işlem boyunca desteklenmelidir (125). Ekip içerisinde inferilite hemşiresinin tıbbı bakım rolünün yanı sıra değişen ve gelişen rolleri eğitmen/danışman, hasta hakları savunucusu, kalite güvencesi, psikolojik destek, yönetici, koordinatör, destekleyici, araştırmacı rollerini üstlenmişlerdir. İnfertil çiftle en sık karşılaşan sağlık profesyoneli olması sebebi ile tanı ve tedavi sürecinde yaşam deneyimlerinin paylaşılması, eğitim ve danışmanlık yapılması noktasında hemşirelere anahtar roller düşmektedir (44). İnfertilite yaşama süresinde ortaya çıkan psikolojik etkilerin süresi uzadıkça yaşanılan sorunların önemli ölçüde arttığı bilinmektedir. İnfertilitede tanı ve tedavi süresince çiftler stres, duygusal yönden baskı ve panik durumu hissetmektedirler. İnfertilite hemşiresi bu aşamada çiftler için bilgi kaynağı olmakla beraber yaşanılan stresi azaltmak için etkin rol üstlenmektedir (112). Hemşirenin infertilite sorunu olan eşlerin soruna yönelik uygun bakıma yönlendirme, infertilite tedavisi süresince destekleyici ve danışmanlık rolü son derece önem arz etmektedir (43). İnfertil çiftlerin tanı ve tedavi süresince infertilite ve yardımcı üreme tekniklerinin oluşturduğu problemleri bilerek, hemşirelik yaklaşımında bulunmak oldukça önem arz etmektedir. İnfertil çiftlere tanı ve tedavide yapılan tüm işlem aşamalarında hemşire hastayı hazırlamak ve işlem sonrasında gerçekleştirdiği tüm izlem ve uygulamaları uygulayıcı/klinisyen rolünü yansıtmaktadır (46). Hemşirelik uygulamalarında yeni gelişmeleri en doğru şekilde yansıtabilmek için infertilite hemşiresi araştırma planlamalı ve araştırma sonuçların kullanabilmektedir. Uygulanan işlevler sırasında hemşire profesyonel sorumluluk ve saygınlık ile ekibin diğer çalışanlarıyla uyum halinde çalışarak modern hemşireliğini göstermektedir (84).

İnfertilitede tedavi, tanı ve erken gebelik sürecinde infertilite hemşireliği kanıta dayalı bilgi ve deneyimlerini kullanarak infertil çiftlere bütüncül ve sevecen

yaklaşmayı gerektiren özel etkin bir alan olmaktadır. Kanıta dayalı uygulamalar, en iyi bakımın hastaya nasıl verebileceğini gösterir. Aynı zamanda sürekli araştırma yapıp eğitim almayı gerektirmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların olması uygulanan bakımın kalitesini ve bakımın sonuçlarını iyileştirmekte ve hasta bakım sonuçlarında önemli ölçüde fark yaratmaktadır. Böylelikle uygulanan bakımın standardize olmakta ve hemşirenin iş doyumu arttırmaktadır (126). Kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirmek için hemşirenin bazı becerilere sahip olması gerekmektedir. Bu beceriler; soru sorma, sorulan soruya yanıt arama, kanıtı değerlendirme ve sonuçları uygulamadır. Hemşirenin hasta bakımında yaşamsal ve kritik yönde karar alma sürecinde kilit rolü bulunmaktadır (127).

Başarılı bir infertilite tedavisi sonucu gebe olan ve doğumunu gerçekleştiren infertil kadınların doğum sonu dönemde çok yönlü değerlendirilmesi ve bu doğrultuda hemşirelik bakımının sağlanması gerekmektedir. İnfertilite tedavisi sonucunda bebek sahibi olan çiftlerin ebeveynlik rollerinde kendilerinden yüksek beklentiler içinde olmaları onların psikolojik durumlarının kötüleşmesine neden olabilmektedir. Hemşire bu süreçte annelere destek vermeli ve bütün süreci yönetmelidir. Zorlu bir tedavi sürecinin ardından psikolojik bitkin durumdaki annelere kendi bakımları ve bebeklerin gereksinimlerini karşılama konusunda yeterli bilgi hemşire tarafından sağlanmalıdır. Hemşirelerin doğum sonrası bakım gereksinimlerinin karşılanmasında annelerle sürekli iletişim halinde olmalı, annenin bakım gereksinimi belirlenmeli ve bu gereksinimlere önem verilmesi gerekmektedir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, doğal yolla ve YÜT'le gebe kalan kadınlarda anne bebek bağlanması ve postpartum depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla Eylül 2019- Haziran 2020 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara il sınırlarında bulunan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde (HÜEH) yapılmıştır. HÜEH'de yılda yaklaşık 1.000.000 hastanın ayaktan, 50.000 hasta yatarak tedavi görmektedir. Hastanenin 1040 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde genel kadın sağlığı, menopoz-osteoporoz, doğum öncesi gebelik izlemi, riskli gebeliklerin takibi, tüp bebek ve diğer yardımcı üreme teknikleri ile kadın kanserleri alanında hizmet verilmektedir. Hastanenin yıllık sezaryen oranı yaklaşık %74'tür. İnfertilite tedavisi alarak, sezayen doğum yapan hasta oranı yaklaşık %98'dir. Bunun yanı sıra Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü bünyesinde bulunan infertilite merkezinde, IVF-ET, yumurtalık uyarımı ve aşılama (inseminasyon), perkutan epididmal sperm aspirasyonu (PESA), MESA, TESA embriyo dondurma ve saklama, embriyodan biyopsi alıp genetik inceleme yapma, ko-kültür, yardımlı tutunma, spermlerin bilgisayarlı yöntem ile değerlendirmesi gibi tanı ve tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.

HÜEH'de doğum sonrası 4-6. haftalarda anne ve bebekleri rutin olarak kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine postpartum kontrol için çağırılmaktadır. Bu kontrollerde; annenin sağlık durumu (yaşam bulguları, ağrı, enfeksiyon belirtileri, beslenme, uyku, hijyen, boşaltım sorunları vb), emzirme, bebeğin sağlık durumu (boy, kilo ve baş çevresi ölçümü, refleksleri, beslenme ve boşaltım durumu, testis muayenesi vb) değerlendirilmekte, anne ve bebek bakımı ve aile planlamasına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Ayrıca doğum sonrası 8-12. haftalarda rutin olarak anneler bebeklerinin genel muayenesi ve rutin aşıları için çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğe davet edilmektedir. Bu muayenede; bebeğin sağlık durumu,

büyüme ve gelişimi, emmesi ve refleksleri değerlendirilmekte, rutin aşıları yapılmaktadır.

Çalışma kapsamında HÜEH'nin seçilme nedeni, Ankara'nın merkezinde yer alması ve ulaşımının kolay olması, infertilite tedavisi alan vaka sayılarının yüksek olması ve birçok farklı kültürden bireylerin müracaat etmesidir. Aynı zamanda hastanenin Tüp Bebek Merkezinin 2006 yılında Avrupa İnsan Üremesi ve Embriyoloji Derneği (European Society of Human Reproduction and Embryology/ ESHRE) tarafından akredite olması diğer seçim nedenidir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, HÜEH'de 2018 yılı içerisinde doğum yapan tüm kadınlar oluşturmuştur. Hastanenin Arşiv ve İstatistik Hizmetleri Müdürlüğü'nden elde edilen veriye göre; hastanede 2018 yılında toplam doğum yapan kadın sayısı 2197 ve infertilite tedavisi alıp doğum yapan kadın sayısı 65'dir. Bu kadınların 1628'i sezaryen ile doğumunu gerçekleştirmiş olup, vajinal doğum sayısı 569'dur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemi, bağımsız iki grup ortalamalarının karşılaştırılması analizine göre yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan 56 kadın, doğal yolla gebe kalan 112 kadın olarak belirlenmiştir. Bu analize göre araştırmanın toplam örneklem sayısını 168 doğum yapmış kadın oluşturmuştur. Çalışmanın güç hesaplaması G*Power 3.1.9.7 ile yapılmış olup, araştırmanın gücü %83.78 olarak elde edilmiştir (alpha=0.05; effect size (d)=0.19) **(**EK-1).

Çalışma sonunda yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan ve doğal yolla gebe kalan kadınlara ait EPDÖ (infertil=11.22±4.11; fertil=13.09±6.33) ve ABBÖ (infertil= 1.66±1.22; fertil= 3.60±2.99) puan ortalamaları ve standart sapmalarına göre etki büyüklüğü sırasıyla; 0.35 ve 0.92 olarak bulunmuştur. G Power 3.1.9.7 programında geriye dönük güç hesabı için bu etki büyüklüklerine göre tip I hata oranı 0.05 olarak

alındığında ve çalışma gruplarındaki kadın sayısına göre hesaplandığında çalışmanın gücü EPDÖ'ye göre 0.55, ABBÖ'ye göre %95'in üzerinde bulunmuştur (EK-1).

Örneklem Seçim Kriterleri

Çalışmaya;

- Türkçe konuşabilen ve herhangi bir iletişim engeli olmayan,
- Okur-yazar olan,
- Bilinen psikiyatrik bir hastalığı (anksiyete, duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları) bulunmayan,
- Primipar olan,
- Doğal/YÜT ile gebe kalan,
- Doğum şekli sezaryen olan,
- Tekil gebeliği bulunan,
- Mevcut gebelik süresince herhangi bir gebelik komplikasyonu (kanama, diyabet, hipertansiyon vb.) yaşamamış olan,
- Bebeğinde konjenital bir malformasyonu olmayan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden anneler dâhil edilmiştir.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- Gebelerin çalışmaya dahil olmaktan vazgeçmesi,
- Veri toplama formlarının eksik doldurulmuş olmasıdır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları

Çalışma kapsamında veri toplama formu olarak Kişisel Bilgi Formu- 1 (KBF-1) (EK-2), Kişisel Bilgi Formu-2 (KBF-2) (EK-3), Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EK-4) ve Anne Bebek Bağlanma Ölçeği (EK-5)

Kişisel Bilgi Formu-1

Kişisel Bilgi Formu-1 (KBF-1) (EK-2) doğal yolla gebe kalan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilmiştir (128,129).

Birinci bölüm; gebenin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 9 soru maddesinden (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, medeni durum) oluşmaktadır.

İkinci bölüm; gebenin jinekolojik-obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik 7 soru maddesinden (evlilik yaşı, kaç yıllık evli olduğu, eş ile akrabalık durumu, gebeliğin planlı olup olmadığı, doğum esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği, antenatal bakım alma durumu, antenatal bakımı kimden\kimlerden aldığı) oluşmaktadır.

Üçüncü bölüm; bebeğe ait özellikleri belirlemeye yönelik 10 soru maddesinden (doğum kilosu, bebeğin cinsiyetinin istenilen cinsiyet olup olmadığı, bebeğin cinsiyeti, doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanla ilk buluşma zamanı, doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra bebeği kaç saat içinde emzirdiği, anne sütü haricinde bebeğe başka bir ek gıda verilip verilmediği, doğum sonrası dönemde bebeğin herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı, bebeğin sağlık durumu ile ilgili sağlık çalışanları tarafından yeterince bilgilendirilip bilgilendirilmediği, bebeğin sağlık durumu ile ilgili kim tarafından bilgilendirildiği, bebek bakımı konusunda kimden\kimlerden destek aldığı) oluşmaktadır.

Kişisel Bilgiler Formu-2

Kişisel Bilgi Formu-2 (KBF-2) (EK-3) yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve infertilite ve tedaviye yönelik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilmiştir (130,131).

Birinci bölüm; gebenin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 9 soru maddesinden (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, gelir durumu, son 10 yıldır yaşanıla yer, medeni durumu) oluşmaktadır.

İkinci bölüm; jinekolojik-obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik 7 soru maddesinden (evlilik yaşı, kaç yıllık evli olduğu, eş ile akrabalık durumu, gebeliğin planlı olup olmadığı, doğum esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği, gebelik sürecinde antenatal bakım alma durumu, antenatal bakımı kimden\kimlerden aldığı) oluşmaktadır.

Üçüncü bölüm; bebeğe ait özellikleri belirlemeye yönelik 10 soru maddesinden (doğum kilosu, bebeğin cinsiyetinin istenilen cinsiyet olup olmadığı, bebeğin cinsiyeti, doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanla ilk buluşma zamanı, doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra bebeği kaç saat içinde emzirdiği, anne sütü haricinde bebeğe başka bir ek gıda verilip verilmediği, doğum sonrası dönemde bebeğin herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı, bebeğin sağlık durumu ile ilgili sağlık çalışanları tarafından yeterince bilgilendirilip bilgilendirilmediği, bebeğin sağlık durumu ile ilgili kim tarafından bilgilendirildiği, bebek bakımı konusunda kimden\kimlerden destek aldığı) oluşmaktadır.

Dördüncü bölüm; infertilite ve tedaviye ait özellikleri belirlemeye yönelik 10 soru maddesinden **(**infertilite tedavisi görme süresi, infertilite yaşama süresi, ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istediği, infertilite nedeni, daha önce yararlanılan yardımcı üreme teknikleri, yardımcı üreme tekniği kullanma sayısı, yardımcı üreme tekniği sonrası gebelik olma durumu, yardımcı üreme tekniği aldıktan sonra gerçekleşen gebeliğin sonucu, kaçıncı infertilite tedavisi sonucunda gebe kaldığı, çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında olduğunu hissedip hissetmemesi) oluşmaktadır.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EK-4)

Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) postpartum dönemdeki kadınların depresyon riskini ölçmeye yönelik bir ölçektir (132). Ölçeğin Türkçe uyarlaması 1996 yılında Engindeniz tarafından yapılmıştır (133). EDSDÖ dörtlü likert tipte 10 soru maddesinden oluşmakta ve her soru maddesi 0-3 arasında puanlanmaktadır. Bu ölçekte en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesi yapılırken 1., 2., ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmaktadır. Diğer maddeler 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. ters olarak 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlanmaktadır. EDSDÖ'nin kesme noktası 13 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanı 13 ve üzeri olan kadınların postpartum depresyon yönünden risk grubunda oldukları belirlenmiştir. Aynı zamanda puan ortalaması arttıkça postpartum depresyon riski de artmaktadır. Engindeniz'in yapmış olduğu çalışmada ölçeğin doğum sonu dönemde 4. ve 6. haftalardaki kadınlara uygulanması önerilmektedir. Ölçeğin Engindeniz tarafından cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.79 olarak belirlenmiştir (133). Çalışmamızda ise EDSDÖ'nün Cronbach alpha değeri 0.83 olarak belirlenmiştir.

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) (EK-5)

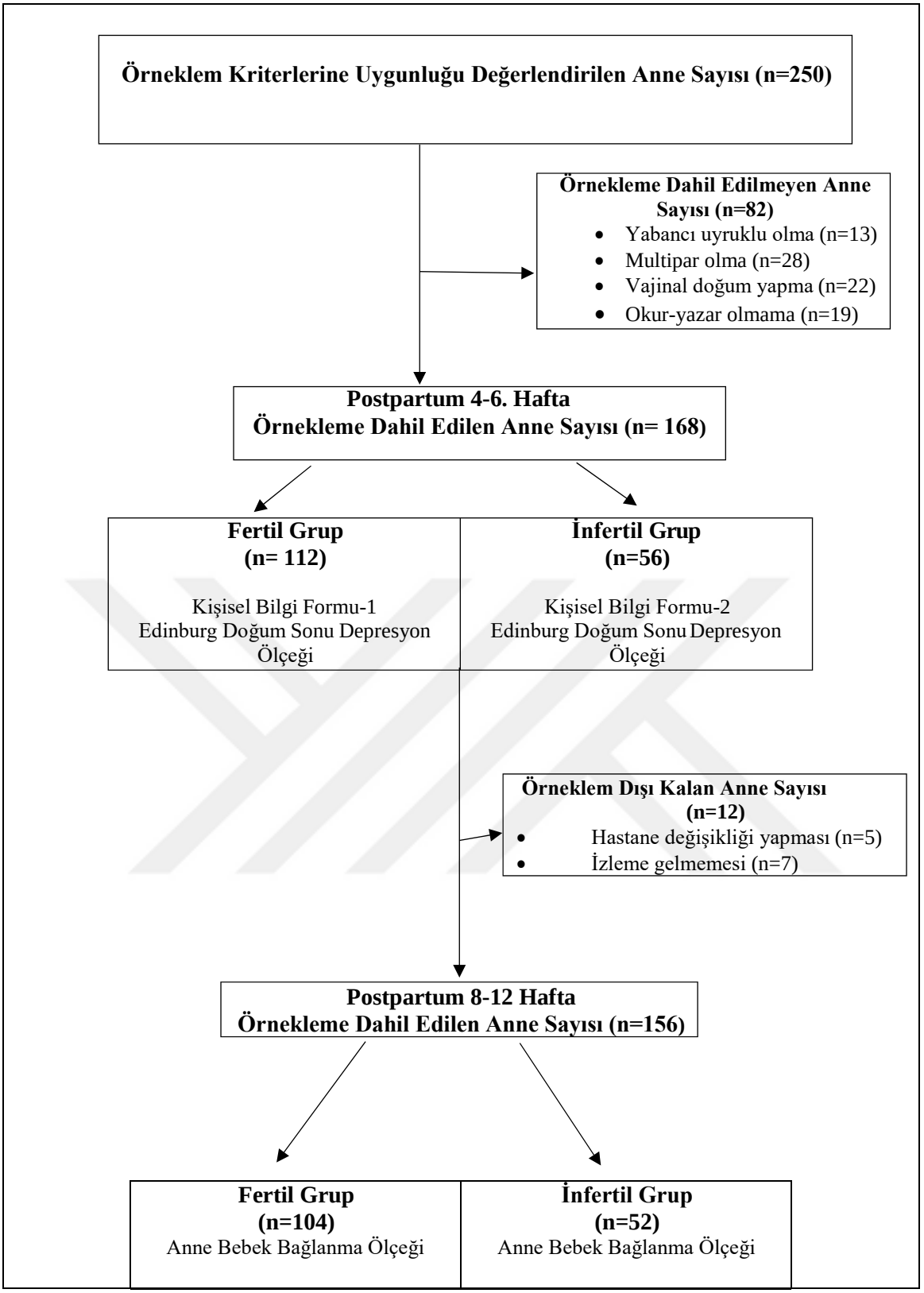
Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), Taylor ve arkadaşlarının 2005'de geliştirdiği ölçeğin özgün adı "Mother-to-Infant Bonding Scale" dır (134). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Karakulak ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (135). ABBÖ postpartum dönemde annenin bebekle arasında gelişen ilişkide bebeğe karşı hissedilen duygusal durumları kapsayan dörtlü likert tipte 8 soru maddesi olan bir ölçektir. Dört alternatiften oluşan cevaplar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 24'tür. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1., 4., ve 6. maddeler olumlu duygu kelimesi olup 0,1,2,3 şeklinde puanlanmakta, 2., 3., 5., 7. ve 8. maddeler olumsuz duygu kelimesi olup 3,2,1,0 şeklinde ters şekilde puanlanmaktadır. Puan azaldıkça bağlanma düzeyi artmaktadır. Taylor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ölçeğin doğum sonu dönemde 8-12 haftalar arasında uygulanması önerilmektedir. Taylor ve arkadaşları tarafından ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0.71 olduğu belirlenmiştir (134). Karakulak ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenirlik

çalışmasınında ölçeğin annelere uygulanmasında iki faktörlük, sonuç elde edilmiş ve ABBÖ'nin anneye ait Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları birinci aşamada 0.69, ikinci aşamada 0.68 olarak bulunmuştur (135). Çalışmamızda ABBÖ Cronbach alpha değeri 0.70 olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma Eylül 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında uygulanmıştır. Çalışmada, HÜEH Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine hafta içi 09-16.00 saatleri arasında postpartum 4-6. haftada rutin izlem için başvuran kadınların hasta dosyalarından doğal/ YÜT ile gebe kalma durumları belirlenmiştir. Araştırmada, Fertil (n=112) ve İnfertil (n=56) gruplar için belirlenen örneklem sayısına ulaşıncaya kadar kadınlarla görüşme yapılmıştır. Seçim kriterlerine uygun olan kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, yazılı onamları alınmıştır (EK-6). Fertil gruptaki kadınlara KBF-1 ve EDSDÖ, İnfertil gruptaki kadınlara ise KBF-2 ve EDSDÖ uygulanmıştır. Kadınlara ilgili formları nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi verildikten sonra, kendilerinin doldurmaları sağlanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 15-20 dakika sürmüş olup, poliklinik içerisindeki ayrı bir odada görüşmeler yapılmıştır. Çalışmaya dâhil edilen kadınların iletişim bilgileri alınarak, 8-12. haftalarda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine rutin bebek muayenesi için gelecekleri tarihler öğrenilerek, muayeneye geldiklerinde ABBÖ'yi doldurmaları istenmiştir.

Çalışma kapsamında 250 kadın ile görüşülmüş olup, 82 kadın çalışma kriterlerini karşılamadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir (yabancı uyruklu olma (n=13), multipar olma (n=28), vajinal doğum yapma (n=22) ve okuryazar olmama (n=19). Bu kapsamda çalışmaya 168 kadın dahil edilmiştir [fertil (n=112), infertil (n=56)]. Çalışmanın postpartum 8-12 hafta uygulamasında ise infertil ve fertil grubundaki kadınların hastane değişikliği yapması (n=5) ve izleme gelmemesi (n=7) nedeniyle; çalışma toplam 156 kadın ile tamamlanmıştır [fertil (n=104), infertil (n=52)] (Bkz. Şekil 3.4.).



Şekil 3.4. Araştırmanın akış şeması.

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni: EDSDÖ ve ABBÖ puan ortalamaları.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Evlilik yaşı, kadının yaşı, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, bebeğin cinsiyeti, kendi ve bebeğinin bakımında destek alma durumu, antenatal bakımı alıp almadığı, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, doğum esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği, gebelik boyunca herhangi bir sağlık kuruluşunda kontrole gidip gitmediği, bebeğin cinsiyetinin istenilen cinsiyet olup olmadığı, bebeğin cinsiyeti, doğum sonrası bebeği ilk olarak ne zaman yanına geldiği, bebeği doğumdan sonra kaç saat içinde emzirdiği, anne sütü haricinde bebeğe başka bir ek gıda verilip verilmediği, doğum sonrası dönemde bebeğin herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı oluşturmaktadır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 23 Şubat 2018 tarihli ve 51 karar numarası ile yazılı izin alınmıştır (EK-7). Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden 18 Eylül 2018 tarihinde 30878757-000 sayı numaralı yazılı kurum izni alınmıştır (EK-8). Araştırma seçim kriterlerine uygun olan annelere, araştırma ile ilgili ayrıntılı bilgi verildikten sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden yazılı onam alınmıştır (EK-6).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya ait sınırlılıklar aşağıda yer almaktadır:

- Bu araştırma sonuçları, HÜEH 'ne başvuran kadınların beyanları ile sınırlıdır.
- Çalışmanın yapıldığı hastanede YÜT ile gebe kalan kadınlarda sezaryen doğum oranın yüksek olması yaklaşık %99'u sezaryen doğum gerçekleştirmesi nedeni ile vaka ve kontrol gruplarında benzerliğin sağlanması amacıyla doğal

yolla gebe kalan kadınlarda sadece sezaryen ile doğum yapan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma bulgularının istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics 21,0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21,0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin normallik testi Shapiro-Wilk ile analiz edilmiştir. Kategorik veriler sayı, yüzde ve ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Sayısal ve ölçek verilerinin değerlendirilmesinde ise non-parametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskall Wallis testi) kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiye Spearman Korelasyon analizi kullanılarak bakılmıştır. Araştırma verilerinde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda ölçeklerin Cronbach Alpha güvenirlik analizleri de yapılmıştır.

4. BULGULAR

Doğal yolla gebe kalan kadınlar ile yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda anne- bebek bağlanması ve doğum sonu depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular iki ana başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri

4.2. Çalışma Gruplarına göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmaları

4.1. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1.1. Annelerin yaş, evlilik yaşı ve evlilik süresi özelliklerinin dağılımı.

Özellikler	**Gruplar**				**Analiz***
	Fertil Grup (n=104)		**İnfertil Grup (n=52)**		
	□̄	**SS**	□̄	**SS**	
Yaş	28.95	3.38	36.55	3.55	z=5.078**; p<0.001**
Evlilik Yaşı	24.49	2.48	28.00	2.66	z=6.877; **p<0.001**
Evlilik Süresi (Yıl)	3.53	1.83	7.55	2.07	z=8.586; **p<0.001**

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.1.1'de fertil ve infertil kadınların yaş, evlilik yaşı ve evlilik sürelerine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Fertil kadınların yaş ortalaması 28.95±3.38 iken, infertil kadınlarda 36.55±3.55 olarak belirlenmiştir. Bu bulgulara ek olarak; infertil kadınların evlilik yaşı (28.00±2.66) ve evlilik süresi ortalaması (7.55±2.07), fertil gruba göre (Evlilik yaşı ortalaması: 24.49±2.48; evlilik süresi ortalaması: 3.53±1.83) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşlarına, evlilik yaşlarına ve evlilik sürelerine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.1.2. Annelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı.

Özellikler	Gruplar				Analiz*
	Fertil Grup (n=104)		İnfertil Grup (n=52)		
	n	%	n	%	
Eğitim Düzeyi					
Lise altı	21	20.2	9	17.3	X^2=0.186; p=0.667
Lise ve üzeri	83	79.8	43	82.7	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	55	52.9	25	48.1	X^2=0.321; p=0.571
Çalışmıyor	49	47.1	27	51.9	
Eş Eğitimi					
Lise altı	17	16.3	1	1.9	X^2=7.065; **p=0.008**
Lise ve üzeri	87	83.7	51	98.1	
Gelir Düzeyi					
Kötü-Orta	60	57.7	36	69.2	X^2=1.950; p=0.163
İyi-Çok iyi	44	42.3	16	30.8	
Aile Tipi					
Çekirdek aile	92	88.5	41	78.8	X^2=2.550; p=0.110
Geniş aile	12	11.5	11	21.2	
Antenatal Bakımı Kimden Aldığı					
Ebe/Hemşire					
Evet	34	32.7	2	3.8	X^2=16.250; **p<0.001**
Hayır	70	67.3	50	96.2	
Hekim					
Evet	71	68.3	50	96.2	X^2=15.4890; **p<0.001**
Hayır	33	31.7	2	3.8	

*Pearson ve Fisher ki-kare testleri kullanılmıştır.

Tablo 4.1.2'de fertil ve infertil kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Fertil ve infertil grupta yer alan kadınların çoğunluğu lise ve üzeri eğitim düzeyine (Fertil grup= %79.8; İnfertil grup= %82.7) sahiptir. Çalışma gruplarındaki annelerin yaklaşık yarısı (Fertil grup= %52.9; İnfertil grup= %48.1) gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Annelerin eğitim düzeyi, çalışma

durumu ve eşlerin çalışma durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Kadınların eşlerinin eğitim düzeyi incelendiğinde, fertil kadınların eşlerinin %83.7'si lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip iken, infertil kadınların eşlerinin ise %98.1'inin lise ve üzeri düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin eğitim durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların gelir düzeyi incelendiğinde, fertil grubun %57.7'sinin ve infertil grubun %69.2'sinin "kötü-orta" düzeyde gelir durumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğu çekirdek aileye (Fertil grup= %88.5; İnfertil grup= %78.8) sahip olduğunu ifade etmiştir. Kadınların gelir düzeyine ve aile tipine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Tabloda yer almayan ancak araştırma bulgularından elde edilen bilgilere göre; kadınların tamamına yakınının (Fertil grup=%98.1; İnfertil grup=%100.0) il merkezinde yaşadığı ve eşlerinin ise (Fertil grup= %94.2; İnfertil grup= %100.0) gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir.

Kadınların antenatal bakım hizmetini aldığı sağlık profesyonelleri incelendiğinde; fertil grubundaki kadınların %32.7'si, infertil grubundaki kadınların ise %3.8'si ebe/hemşirelerden antenatal bakımda destek alırken; fertil grubunun %68.3'ü ve infertil grubunun %96.2'si hekimlerden antenatal bakımda hizmet aldığını ifade etmiştir. Kadınların antenatal hizmeti sunan sağlık profesyonelleri değişkenlerine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tabloda yer almayan ancak çalışmadan elde edilen bulgulara göre, çalışma grubundaki annelerin tamamı akraba evliliği yapmamış olup, gebelikleri süresince antenatal hizmetlerden yararlanmışlardır. Bununla birlikte fertil gruptaki kadınların %61.5'inin gebeliği planlı iken, infertil grubunun tamamının (%100.0) gebeliği planlıdır.

Tablo 4.1.3. Annelerin bebeklerine ilişkin bazı özelliklerin dağılımı.

Özellikler	Gruplar				Analiz*
	Fertil Grup (n= 104)		İnfertil Grup (n=52)		
		SS		SS	
Yenidoğanın Cinsiyeti					
Kız	56	53.8	27	51.9	X^2=0.051;
Erkek	48	46.2	25	48.1	p=0.820
Yenidoğanın İstenilen Cinsiyette Olma Durumu					
Evet	74	71.2	31	59.6	X^2=2.097;
Hayır	30	28.8	21	40.4	p=0.148
Yenidoğanı Ilk Emzirme Zamanı					
İlk yarım saat içinde	38	36.5	24	46.2	X^2=9.625; **p=0.008**
İlk 1 saat içinde	49	47.1	28	53.8	
İlk 2-4 saat içinde	17	16.3	-		
Yenidoğanda Sağlık Sorunu Bulunma Durumu					
Yok	84	80.8	42	80.8	X^2=0.000;
Var	20	19.2	10	19.2	p=1.000
Yenidoğan Bakımı Konusunda Kimden Destek Aldığı					
Eş					
Evet	52	50.0	35	67.3	X^2=4.210;
Hayır	52	50.0	17	32.7	**p=0.040**
Aile					
Evet	78	75.0	30	57.7	X^2=4.875;
Hayır	26	25.0	22	42.3	**p=0.027**
Arkadaş					
Evet	8	7.7	15	28.8	X^2=12.341;
Hayır	96	92.3	37	71.2	**p<0.001**
Sağlık Profesyonelleri					
Evet	15	14.4	11	21.2	X^2=1.131;
Hayır	89	85.6	41	78.8	p=0.288

*Sürekli değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerde Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.1.3'te fertil ve infertil kadınların bebeklerine ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo incilendiğinde; gruplarası karşılaştırıldığında yenidoğan cinsiyeti (Fertil grup: %53.8; İnfertil grup: %51.9) ve yenidoğanın istenilen cinsiyette olma durumuna (Fertil grup: %71.2; İnfertil grup: %59.6) ilişkin bulgular istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir (p>0.05). Bununla birlikte, doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra kadınların yenidoğanı ilk emzirme zamanı incelendiğinde; fertil gruptaki kadınların %36.5'i doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra ilk yarım saatte, %47.1'si ilk bir saatte ve %16.3'ü ise ilk iki ve dört saat içinde bebeklerini emzirdiklerini ifade ederken; infertil gruptaki kadınların %46.2'si ilk yarım saatte ve %53.8'si ilk bir saatte emzirdiğini belirtmiştir. Doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanı ilk emzirme zamanına göre gruplar

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Fertil ve infertil gruptaki kadınların %80'i yenidoğan sağlığında sorun bulunmadığını belirtmiştir. Yenidoğan sağlık durumu değişkenine göre gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre, fertil ve infertil grupta yenidoğan doğum ağırlığı ortalamaları (Fertil grup: 3.25±0.45; İnfertil grup: 3.21±0.32) karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Bunun yanı sıra kadınların yarıdan fazlası anne sütü dışında ek gıda verdiğini (Fertil: %53.8; infertil: %69.2), yenidoğanın sağlık durumu ile ilgili ebe/hemşirelerin bilgilendirme yaptığını (Fertil: %56.9; İnfertil: %53.8) ifade etmiştir.

Yenidoğan bakımı konusunda kadınların destek aldığı kişiler incelendiğinde; fertil grubun %50'si ve infertil grubun %67.3'ü eşlerden; fertil grubun %75'i ve infertil grubun %57.7'si ailelerinden, fertil grubun %7.7'si ve infertil grubun %28.8'si arkadaşlarından, fertil grubun %14.4'ü ve infertil grubun %21.2'si sağlık profesyonellerinden destek aldığını ifade etmiştir. Kadınların yenidoğan bakımında destek aldığı kişilerden eş, aile ve arkadaşlarına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$); sağlık profesyonellerine ilişkin değişkende gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.4. Yardımcı üreme tekniği ile gebelik yaşayan kadınların infertilite ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı.

Özellikler	□̄	**SS**
İnfertilite tedavisi görme süresi (yıl) (min=1; max=10)	3.86	1.83
İnfertilite yaşama süresi (yıl) (min=1; max=10)	5.69	1.98
Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istediği (yıl) (min=3; max=10)	6.4	2.05
Yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı (min=1; max=9)	3.96	1.72

Tablo 4.1.4'te YÜT ile gebelik yaşayan kadınların infertilite ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların infertilite tedavisi deneyimleme süresi ortalaması 3.86±1.83 yıldır. Bununla birlikte; kadınların infertilite yaşama süresi 5.69±1.98 yıl iken, ortalama 6.4±2.05 yıl çocuk sahibi olmak istedikleri belirlenmiştir. Kadınlara YÜT uygulanma sayısı ortalaması 3.96±1.72 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.1.5. Yardımcı üreme tekniği ile gebelik yaşayan infertil kadınların infertilite yaşama nedenleri ve uygulanan tedavi türü.

Özellikler	**Sayı**	**%**
İnfertilite yaşama nedeni*		
Kadın kaynaklı	18	34.6
Erkek kaynaklı	5	9.6
Her ikisi	17	32.7
Nedeni bilinmiyor	12	23.1
İnfertilitede uygulanan tedavi türü*		
IUI	30	57.7
IVF-ET	48	92.3
ICSI	14	26.9
POST	3	5.8
Diğer	18	34.6

IUI: İntrauterin inseminasyon

IVF-ET: İn-vitro fertilizasyon-embriyo transferi

ICSI: İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu

POST: Peritoneal Oosit Sperm Transferi

*Yüzdeler n sayısı üzerinden alınmıştır

Tablo 4.1.5'te infertil kadınların infertilite yaşama nedenleri ve uygulanan tedavi türüne ilişkin bilgileri yer almaktadır. Kadınların %34.6'sı kadın kaynaklı, %32.7'si her iki cinsiyet kaynaklı ve %9.6'sı erkek kaynaklı nedenlerle infertilite sorunu yaşadıklarını ifade ederken; %23.1'i infertilite nedeninin bilinmediğini belirtmiştir. Çalışmamızda YÜT kapsamında en sık uygulanan tedavilerin sırasıyla IVF-ET (%92.3), IUI (%57.7), ICSI (%26.9) ve POST (%5.8) olduğu belirlenmiştir.

4.2. Çalışma Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmaları

Tablo 4.2.1. Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Anne Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puan ortalamalarının gruplararası karşılaştırılması.

Ölçekler	**Gruplar**				**Analiz***
	Fertil grup (n=104)		**İnfertil grup (n=52)**		
	$\bar{x}$	**SS**	$\bar{x}$	**SS**	
ABBÖ Toplam Puanı	3.73	2.91	1.50	1.29	z=-5.367**; p=0.001**
EPDÖ Toplam Puanı	13.45	6.31	12.01	3.39	z=-1.754; p=0.080
EPDÖ Grupları	**n**	**%**	**n**	**%**	**Analiz****
12 puan ve altı	47	45.2	27	51.9	X^2=0.630; p=0.427
13 puan ve üzeri	57	54.8	25	48.1	

*Sürekli değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

**Kategorik değişkenlerde Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

EPDÖ: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

ABBÖ: Anne Bebek Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.2.1'de fertil ve infertil kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Anne Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puan ortalamalarının gruplararası karşılaştırılması yer almaktadır. Fertil grupta yer alan kadınların ABBÖ toplam puan ortalaması 3.73±2.91, infertil gruptaki kadınların ise 1.50±1.29 olarak bulunmuştur. ABBÖ puan ortalamalarına göre grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu bulgu, infertil grupta ABBÖ puan ortalamasının fertil gruba göre düşük olduğunu göstermekte olup, infertil grupta anne-bebek bağlanmasının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, fertil grupta yer alan kadınların EPDÖ toplam puan ortalaması 13.45±6.31 iken, infertil grupta 12.01±3.39 olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda fertil grubunda kadınların %45.2'sinin EPDÖ puanı 12 puan ve altında olduğu belirlenirken, bu bulgu infertil grubunda %51.9'dur. EPDÖ puanlarına göre

grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). EPBÖ puanı kesme değerine göre incelendiğinde; infertil grubun kesme değer sınırında bir puan ortalamasına sahip olduğu saptanmakla birlikte, fertil grubunun puan ortalaması kesme değerin üzerindedir. Özellikle fertil grubunun 13 ve üzerinde puan ortalamasına sahip olması, doğum sonu depresyon açısında riskli grupta olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2.2. Annelerin bazı tanıtıcı ve yenidoğana ilişkin özelliklerine göre Anne Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puan ortalamalarının grupiçi ve gruplararası karşılaştırılması.

Özellikler	Anne Bebek Bağlanma Ölçeği				Analiz*	
	Fertil Grup (n=104)		İnfertil Grup (n=52)			
	□̄	SS	□̄	SS	z	p
Yaş grupları						
35 yaş altı	3.67	2.92	1.73	1.22	-2.870	**0.004**
35 yaş ve üzeri	4.37	2.87	1.40	1.32	-2.795	**0.005**
Analiz*	z= -0.899; p= 0.369		z=-0.963; p=0.335			
Eğitim Düzeyi						
Lise altı	3.19	2.11	1.66	1.22	-1.881	0.060
Lise ve üzeri	3.86	3.08	1.46	1.31	-5.023	**0.001**
Analiz*	z=-0.687; p=0.492		z=-0.577; p=0.584			
Çalısma Durumu						
Evet	3.69	3.48	1.56	1.29	2.959	**0.03**
Hayır	3.77	2.14	1.44	1.31	4.623	**0.001**
Analiz*	z=-0.943; p=0.346		z=-0.418; p=0.676			
Gelir Düzeyi						
Kötü-Orta	3.88	2.88	1.55	1.44	-4.505	**0.001**
İyi-Çok iyi	3.52	2.98	1.37	0.88	-3.044	**0.002**
Analiz*	z=-0.790; p=0.429		z=-0.000; p=1.000			
Aile tipi						
Çekirdek aile	3.77	2.99	1.46	1.18	-5.033	**0.001**
Geniş aile	3.41	2.35	1.63	1.68	-1.808	0.079
Analiz*	z=-0.077; p=0.939		z=-0.035; p=0.972			
Yenidoğanın cinsiyeti						
Kız	3.82	3.03	1.25	1.25	-4.673	**0.001**
Erkek	3.62	2.79	1.76	1.30	-2.920	**0.003**
Analiz*	z=-0.059; p=0.953		z=-1.453; p=0.146			
Yenidoğanla ilk buluşma zamanı						
Bir saat içinde	3.71	3.35	1.53	1.29	-3.309	**0.001**
İki saat ve sonrası	3.76	1.96	1.45	1.31	-4.159	**0.001**
Analiz*	z=-0.801; p=0.423		z=-0.257; p=0.797			
Yenidoğanı ilk emzirme zamanı						
İlk yarım saatte	4.02	3.36	1.58	1.38	-3.177	**0.001**
İlk yarım saat ve sonrası	3.56	2.63	1.42	1.23	-3.639	**0.001**
Analiz*	z=-0.675; p=0.500		z=-0.324; p=0.746			
Yenidoğanda sağlık sorunu bulunma durumu						
Yok	4.05	2.06	0.90	0.87	-4.110	**0.001**
Var	3.65	3.09	1.64	1.34	-3.757	**0.001**
Analiz*	z=-1.124; p=0.261		z=-1.529; p=0.126			

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.2'de fertil ve infertil kadınların Anne Bebek Bağlanma ölçek (ABBÖ) toplam puanlarına ilişkin bilgilerin bazı tanıtıcı ve yenidoğana ilişkin özelliklerine göre puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Fertil ve infertil grupların grup içi karşılaştırmalarında; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir

düzeyi, aile tipi, yenidoğanın cinsiyeti, yenidoğanın istenilen cinsiyette olması, yenidoğanla ilk buluşma zamanı, yenidoğanı ilk emzirme zamanı, yenidoğanın sağlık durumuna yönelik değişkenlerle ABBÖ ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre incelendiğinde; fertil gruplarda (35 yaş altı: 3.67±2.92; 35 yaş ve üzeri: 4.37±2.87), infertil gruplara göre (35 yaş altı: 1.73±1.22; 35 yaş ve üzeri: 1.40±1.32) yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Lise ve üzeri eğitim düzeyine göre incelendiğinde; fertil gruplarda (Lise ve üzeri; 3.86±3.08) infertil gruplara (Lise ve üzeri; 1.46±1.31) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışma durumuna göre incelendiğinde; fertil gruplarda (Çalışma durumu: Evet; 3.69±3.48, Hayır; 3.77±2.14) infertil gruplara (Çalışma durumu: Evet; 1.56±1.29, Hayır; 1.44±1.31) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Gelir düzeyine göre incelendiğinde; fertil gruplarda (Gelir düzeyi: Kötü-orta; 3.88±2.88, İyi-çok iyi; 3.52±2.98) infertil gruplara (Gelir düzeyi: Kötü-orta; 1.55±1.44, İyi-çok iyi; 1.37±0.88) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Aile tipine göre incelendiğinde; fertil gruplarda (Aile tipi: Çekirdek aile; 3.77±2.99) infertil gruplara (Aile tipi: Çekirdek aile; 1.46±1.18) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yenidoğanın cinsiyetine göre incelendiğinde; fertil gruplarda (Yenidoğanın cinsiyeti: Kız; 3.82±3.03, Erkek; 3.62±2.7) infertil gruplara (Yenidoğanın cinsiyeti: Kız; 1.25±1.25, Erkek; 1.76±1.30) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanla ilk buluşma zamanına göre incelendiğinde; fertil gruplarda (Yenidoğanla ilk buluşma zamanı: Bir saat içinde; 3.71±3.35, İki saat ve sonrası; 3.76±1.96) infertil gruplara (Yenidoğanla ilk buluşma zamanı: Bir saat içinde; 1.53±1.29, İki saat ve sonrası; 1.45±1.31) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanı ilk emzirme zamanına göre incelendiğinde; fertil gruplarda (Yenidoğanı ilk emzirme zamanı: İlk yarım saatte; 4.02±3.36, İlk yarım saat ve sonrası; 3.56±2.63) infertil gruplara (Yenidoğanı ilk emzirme zamanı: İlk yarım saatte; 1.58±1.38, İlk yarım saat ve sonrası; 1.42±1.23) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yenidoğanda sağlık sorunu bulunma durumuna göre incelendiğinde; fertil gruplarda (Yenidoğanda sağlık sorunu bulunma durumu: Yok; 4.05±2.06, Var; 3.65±3.09) infertil gruplara (Yenidoğanda sağlık sorunu bulunma

durumu: Yok; 0.90±0.87, Var; 1.64±1.34) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.2.3. Annelerin bazı tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamalarının grupiçi ve gruplararası karşılaştırılması.

Özellikler	Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği				Analiz*	
	Fertil Grup (n=104)		İnfertil Grup (n=52)			
	□̄	SS	□̄	SS	z	p
Yaş grupları						
35 yaş altı	13.28	6.46	11.33	2.35	-1.396	0.163
35 yaş ve üzeri	15.50	3.85	12.29	3.73	-1.951	0.051
Analiz*	z=-0.892; p=0.372		z=-0.954; p=0.340			
Eğitim Düzeyi						
Lise altı	14.28	6.82	11.22	4.11	-1.475	0.140
Lise ve üzeri	13.24	6.20	12.18	3.26	-1.225	0.221
Analiz*	z=-0.791; p=0.429		z=-0.875; p=0.382			
Çalısma Durumu						
Evet	13.27	6.62	11.52	1.56	-1.514	0.130
Hayır	13.65	3.77	12.48	3.37	-0.979	0.327
Analiz*	z=-0.209; p=0.835		z=-1.260; p=0.280			
Gelir Düzeyi						
Kötü-Orta	13.55	6.02	12.55	3.05	-1.036	0.300
İyi-Çok iyi	13.31	6.75	10.81	3.90	-1.651	0.099
Analiz*	z=-0.112; p=0.911		z=-1.743; p=0.081			
Aile tipi						
Çekirdek aile	13.78	6.33	11.75	3.35	-2.249	**0.025**
Geniş aile	10.91	5.82	13.00	3.52	-0.896	0.370
Analiz*	z=-1.458; p=0.145		z=-1.047; p=0.295			
Yenidoğanın cinsiyeti						
Kız	13.75	5.18	12.40	3.18	-1.307	0.191
Erkek	13.10	7.46	11.60	3.62	-1.007	0.314
Analiz*	z=-0.428; p=0.669		z=-0.883; p=0.377			
Yenidoğanla ilk buluşma zamanı						
Bir saat içinde	12.39	6.49	11.53	3.41	-0.808	0.419
İki saat ve sonrası	15.28	5.59	12.58	3.36	-1.905	0.057
Analiz*	**z=-2.199; p=0.028**		z=-1.199; p=0.231			
Yenidoğanı ilk emzirme zamanı						
İlk yarım saatte	13.36	6.59	12.00	3.25	-0.906	0.365
İlk yarım saat sonrası	13.50	6.19	12.03	3.57	-1.809	0.070
Analiz*	z=-0.536; p=0.592		z=-0.101; p=0.919			
Yenidoğanda sağlık sorunu bulunma durumu						
Yok	13.05	6.25	11.90	3.60	-1.654	0.098
Var	13.54	6.36	12.04	3.39	-0.574	0.566
Analiz*	z=-0.318; p=0.750		z=-0.187; p=0.852			
Antenatal bakımı kimden aldığı						
Ebe/hemşire	12.76	6.45	10.00	0.00	-0.972	0.331
Evet	13.78	6.26	12.10	3.44	-1.923	0.054
Hayır						
Analiz*	z=-0.872; p=0.383		z=-1.100; p=0.272			
Hekim	13.95	6.27	12.10	3.44	-2.094	**0.036**
Evet	12.36	6.36	10.00	0.00	-0.856	0.392
Hayır						
Analiz*	z=-1.197; p=0.231		z=-1.100; p=0.272			

*Sürekli değişkenlerin analizinde ikili gruplarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.3'te annelerin bazı tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) toplam puan ortalamalarının grupiçi ve gruplararası karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; anne yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, yenidoğanın cinsiyeti, yenidoğanla ilk buluşma zamanı, yenidoğanı ilk emzirme zamanı, yenidoğanın sağlık sorunu bulunma zamanı, antenatal bakımı alma durumu ile grupiçi EPBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda, fertil grupta yenidoğanla ilk bir saat içinde buluşanların (12.39±6.49) puan ortalaması, yenidoğanla iki saat ve sonra buluşanlara göre (15.28±5.59) düşük olduğu belirlenmiş olup, fertil grupta yenidoğan ile buluşma zamanına göre EPDÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bunun yanı sıra infertil grupta doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanla ilk buluşma zamanı ile EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamızda, anne yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, yenidoğanın cinsiyeti, yenidoğanla ilk buluşma zamanı, yenidoğanı ilk emzirme zamanı, yenidoğanın sağlık sorunu bulunma durumu, antenatal bakımı ebe/hemşireden alma, durumu ile gruplararası EPBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte aile tipi ile EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; fertil grupta "çekirdek aile"ye sahip olanların (13.78**±**6.33) puan ortalaması, infertil gruba göre (11.75**±**3.35) yüksek olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Aynı zamanda antenatal bakımı kimden aldığı ile EPDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; fertil grupta "hekim"den antenatal bakım hizmeti alanların (13.95±6.27) puan ortalaması, infertil grupda hekimden antenatal bakım hizmeti alanlara göre (12.10±3.44) daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun yanı sıra hekimden antenatal bakım almayan fertil ve infertil grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.4. Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Anne Bebek Bağlanma Ölçeği arasındaki ilişki.

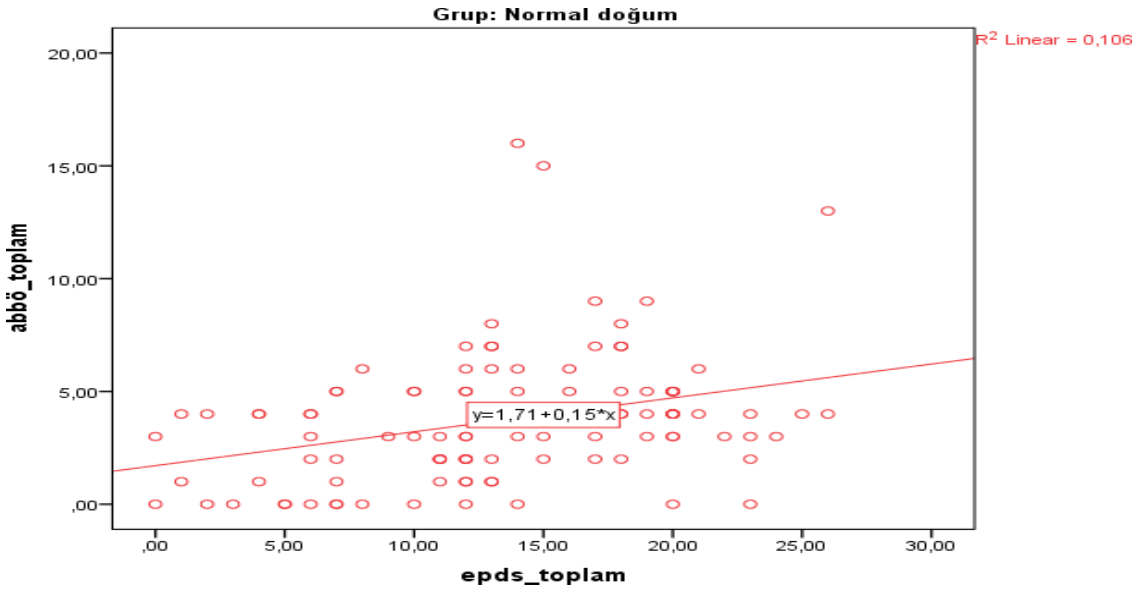
Ölçekler	**Gruplar**							
	Fertil Grup (n=104)				**İnfertil Grup (n=52)**			
	ABBÖ		**EPDÖ**		**ABBÖ**		**EPDÖ**	
	r	**p**	**r**	**p**	**R**	**p**	**R**	**p**
ABBÖ	1		**0.354**	**<0.001**	**1**		0.082	0.563
EPDÖ	**0.354**	**<0.001**	1		0.082	0.563	1	

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

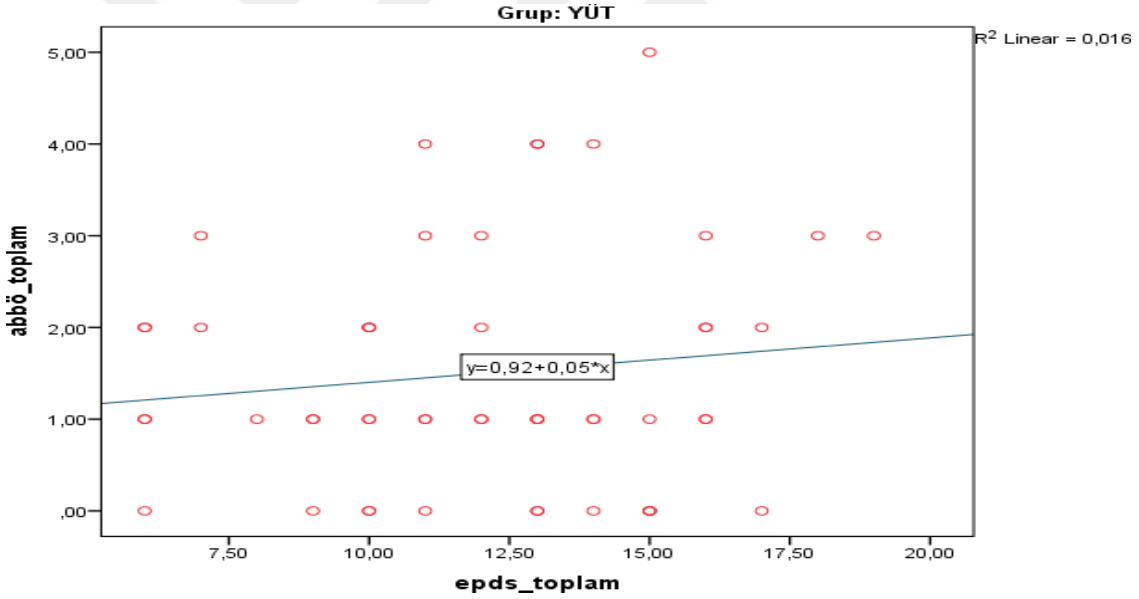
EPDÖ: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

ABBÖ: Anne Bebek Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.2.4, Grafik 4.2.1 ve Grafik 4.2.2.'de doğal yolla ve YÜT ile gebelik deneyimleyen annelerin EPDÖ ve ABBÖ puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır. Fertil grupta ABBÖ ile EPDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır. ABBÖ ve EPDÖ ölçek puanları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0.354$; $p<0.001$). Bu ilişkiye göre fertil grupta ABBÖ toplam puanı arttıkça EPDÖ toplam puanında artış görülmektedir. ABBÖ puanını artması anne-bebek bağlanmasının azaldığını göstermekte olup, bu sonuca göre fertil grupta, anne ve bebek bağlanması azaldıkça doğum sonu depresyon riski de artmaktadır. Bununla birlikte infertil grupta toplam ölçek puanları arasında bir ilişki bulunmamış olup, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).



Şekil 4.2.1. Doğal yolla gebelik yaşayan annelerde EPDÖ ile ABBÖ toplam puanları arasındaki ilişki.



Şekil 4.2.2. Yardımcı üreme teknikleri ile gebelik yaşayan annelerde EPDÖ ile ABBÖ toplam puanları arasındaki ilişki.

5.TARTIŞMA

Bu araştıma doğal yolla ve YÜT ile gebe kalan kadınlarda anne-bebek bağlanması ve doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla 156 anne üzerinde yürütülmüştür. Çalışmadan elde edilen veriler, litaratür doğrultusunda tartışılmıştır. Tartışma iki ana başlık altnda verilmiştir.

5.1. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Çalışma Gruplarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmalarının Tartışılması

5.1. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri İlişkin Bulguların Tartışılması

Günümüzde kadınlarda eğitim düzeyinin artması ve kariyer beklentileri ile evlilik ve doğurganlık yaşının ileri dönemlere ertelenmesi fertilizasyonu olumsuz etkilemektedir (136). Çalışmamızda fertil kadınların yaş ortalaması 28.95±3.38 iken, infertil kadınların 36.55±3.55 olarak belirlenmiştir. Bu bulgulara ek olarak; infertil kadınların evlilik yaşı (28.00±2.66) ve evlilik süresi ortalaması (7.55±2.07), fertil gruba göre (Evlilik yaşı ortalaması: 24.49±2.48; evlilik süresi ortalaması: 3.53±1.83) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). (Bkz. Tablo 4.1.1). Konu ile ilgili olarak Haliloğlu ve arkadaşlarının infertil kadınlarda sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları bir çalışmada; yaş ile infertilite arasında pozitif korelasyon bulunduğu belirlenmiştir (136). Okuducu ve arkadaşlarının infertilitenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, infertil kadınlarda yaş ortalaması 36 olarak saptanmıştır (137). Ataman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, infertilite sonrası gebe kalan kadınlarda yaş ortalamasının, fertil kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (138). Seven'ın araştırmasında; fertil çiftlerin evlilik yaş ortalalamasının infertil çiftlere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır (139). Akyüz ve arkadaşlarının çalışmasında da, infertil kadınlarda fertil kadınlara göre evlilik yaşı ve süresinin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz ve yapılan çalışmalar infertil kadınların fertil kadınlara göre yaş

ortalamasının yüksek olmasının yanı sıra evlilik yaş ortalamalarının da yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda infertilite nedenleri incelendiğinde; kadınların %34.6'sının kadın kaynaklı, %32.7'sinin her iki cinsiyet kaynaklı ve %9.6'sının erkek kaynaklı nedenlerle infertilite sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Bunun yanı sıra %23.1'i infertilite nedeninin bilinmediğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.1.5). Altıntop ve Keskin'in yaptıkları çalışmada; infertilite nedeninin yüksek oranda kadın kaynaklı sorunlara bağlı olduğunu belirlenmiştir (140). Çelik İstanbul'da infertilite tedavisi gören 20–50 yaş arasında rastgele seçilen 143 kadınla yaptığı çalışmada; infertil kadınların %21.7'sinin kadın kaynaklı, %18.2'sinin erkek kaynaklı, %37.8'sinin ise her iki cinsiyet kaynaklı nedenlerle infertilite yaşadıklarını saptamıştır (141). Yapılan çalışmalar ve araştırma sonucumuz göstermektedir ki infertilite nedenlerinde birinci sırada kadın kaynaklı faktörler yer almaktadır.

Çalışmamızda fertil ve infertil gruptaki kadınların tamamı gebelikleri süresince antenatal bakım hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra YÜT tedavisialan kadınların, doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre daha sıklıkla hekim kaynaklı antenatal bakım hizmeti aldıkları belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerden antenatal bakım hizmeti alanların çoğunluğunun ise doğal yolla gebe kalan kadınlar olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.1.2). Antenatal bakım anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesi olarak tanımlanmaktadır (142). DSÖ; doğum öncesi dönemde nitelikli antenatal bakım hizmeti için yüzyüze ya da telefon danışmanlığı ile en az sekiz kez gebe ile sağlık personeli arasında temaskurulmasının önemini vurgulamaktadır (143). Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde ise her gebenin gebelik boyunca en az dört kez nitelikli antenatal bakım hizmeti alması gerektiği belirtilmektedir (144). TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde gebelerin %96'si en az bir kez antenatal bakım hizmeti almaktadır. Aynı çalışmada antenatal bakım hizmetlerinin büyük çoğunlukla hekim kaynaklı verildiği (%94), sadece %3'ünün hemşire veya ebe kaynaklı verildiği bildirilmektedir (145). Kadın sağlığı hemşiresinin görev ve sorumluluklarından bir de gebenin kaliteli antenatal bakım hizmeti almasını sağlaması ve bu süreçte bilgi ve danışmalık vermektir. Bu kapsamda hemşire doğum öncesi bakım ekibiyle iletişim ve koordinasyonunu sürekli sürdürmeli, belli zamanlarda çiftlerle görüşmeler yapmalıdır. Böylece hizmetin devamlılığı sağlanmalıdır.

İnfertilite tedavisinin gebelikle sonuçlanmasıyla, pek çok infertil çift gebelik sürecine geçişte karmaşık duygular yaşayabilmekte, aynı zamanda diğer spontan yolla gebe kalan kadınlara göre bu döneme hızlı uyum gösteremeyebilmektedir (19). Hammarberg ve arkadaşlarının yapmış oldukları sistematik bir çalışmada; YÜT ile gebe kalan kadınların spontan yol ile gebe kalan kadınlara göre gebelik boyunca kendilerini daha yetersiz hissettiklerini ve aynı zamanda gebeliğin devamına yönelik korku ve kaygı taşıdıkları belirtilmiştir (20). Olshansky tarafından yapılan çalışmada; infertilite tedavisi ile gebe kalan kadınların gebelik döneminde ambivalan duyguları daha yoğun yaşadıkları, gebe olduğu için mutluluk hissederken bununla birlikte kayıp korkusunu da yoğun yaşadıkları belirlenmiştir (19). Bu bakımdan infertilite hemşiresinin, YÜT tedavisi sonrası antenatal bakım hizmetleri kapsamında özellikle infertil kadınlara tedavi ve gebelikle ilgili yaşadıkları korku ve endişeler hakkında bilgi ve danışmalık hizmeti vermesi önemli bir konudur (44). Çalışmamızda infertil kadınların özellikle antenatal bakımı hekimden almaları dikkat çeken bir bulgudur. Bu durum infertil kadınların gebelik süreci ile ilgili daha fazla endişe yaşamalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Çalışma Gruplarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bağlanma teorisinin kuramcısı John Bowlby, bir bebeğin ilk bakımını veren annesine arzu ettiği yakınlığı kurması ve devam ettirmesi için gösterdiği her tür davranışı bağlanma davranışı olarak tanımlamaktadır. Bu bağlanma davranışı bebeğin dışardan gelebilecek tehliklerden kendini korumayı hedeflediğini belirtmektedir. Bowlby' e göre bağlanma dürtüsü içten gelmekte ve aynı zamanda ayrılma, güven duymama, korku gibi durumlarında yaşanabilecek güvensiz bağlanmanın bebeğin ileri yaşamını da olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir. Bu bakımdan anne ile yenidoğan ilişkisinin ve emzirmenin olabildiğince erken dönemde başlatılması, aynı zamanda anne ve yenidoğanın 24 saat bir arada kalması bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir (97). Çalışmamızda YÜT ile gebelik yaşayan kadınlarda ABBÖ puan ortalamasının doğal yolla gebe kalan kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup, bu bulgu YÜT tedavisi alan kadınlarda doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre anne-bebek bağlanmasının daha yüksek olduğunu göstermiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.1). Gourounti ve arkadaşalarının çalışmamızla benzer olarak, infertilite tedavisi

sonrası gebe kalan kadınlarda doğal yolla gebe kalan kadınlara göre anne-bebek bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (99). Chen ve arkadaşları çalışmalarında, YÜT tedavisi sonrası gebe kalan Tayvan'lı kadınlarda doğal yolla gebe kalan kadınlara göre anne-bebek bağlanma düzeyi yüksek olduğunu belirlemişlerdir. (146). Bunun yanı sıra annelik rolüne ve anne-bebek bağlanmasına yönelik yapılan bazı çalışmalarda; infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların hem bebeklerini sevmeye yönelik olumlu duygular hissederken, aynı zamanda da bebeklerinden nefret etme yönünde olumsuz ambivalan duygular hissetme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (34-37). Donarelli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, YÜT'le gebe kalan kadınlar da infertilite ve uygulanan tedavi süreçlerinin getirdiği stresin doğum sonrası anne ve bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği ve bu annelerde bağlanma düzeyinin düşük bulunduğu belirlenmiştir (147). Araştırma sonuçlarındaki farklılıklar bu konuda daha fazla kanıt temelli çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anne ve bebek bağlanması gebelik, doğum ve postpartum dönemde anne ve bebek ile aynı zamanda gelişen ve devamlılık gösteren bir süreçtir. Yapılan çalışmalar annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gebelik sayısı, bebeğin cinsiyeti, istenilen cinsiyette olması, planlı olma durumu, bebekle ilk buluşma ve ilk emzirme zamanının, sosyal destek kaynakları gibi bir çok faktörün bu süreci etkilediğini göstermektedir (162-167). Eğitim düzeyi ile anne-bebek bağlanması arasında yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yılmaz ve arkadaşalarının yaptıkları çalışmada; kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe kendi kararlarını verip uygulamada daha başarılı olduklarını buna bağlı olarak da anne-bebek bağlanma düzeylerinin arttığını saptamışlardır(168). Çalışmamızda fertil ve infertil gruplarda eğitim düzeylerine göre anne-bebek bağlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). (Bkz. Tablo 4.2.2). Çalışma bulgumuzla benzer olarak Kavlak ve Şen'in yaptıkları araştırmalarda da eğitim durumunun anne-bebek bağlanması üzerine etkisinini olmadığı belirlenmiştir (167-169).

Literatürde annenin çalışma durumu ile anne- bebek bağlanması üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tuncel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, çalışan annelerde anne-bebek bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (170). Çalışmamızda fertil ve infertil gruplarda kadının çalışma durumuna göre anne-bebek bağlanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı

belirlenmiştir (p>0.05) (Bkz. Tablo 4.2.2). Çalışma bulgumuzla benzer olarak Yazgan yaptığı araştırmada; çalışma durumu ile anne-bebek bağlanması arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (171).

Anne ve bebek bağlanma düzeyini etkileyen diğer bir değişken olan gelir düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Massey ve arkadaşları gelir düzeyi düşük olan kadınlarda güvensiz anne-bebek bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (172). Çalışmamızda fertil ve infertil gruplarda gelir düzeylerine göre anne-bebek bağlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Bkz. Tablo 4.2.2). Çalışma bulgumuzla benzer olarak De Falco ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; gelir düzeyinin anne-bebek bağlanması üzerine etkisinini olmadığı vurgulanmıştır (173).

Aynı zamanda çalışmamızda fertil ve infertil gruptaki kadınlarda aile tiplerine göre anne-bebek bağlanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Bkz. Tablo 4.2.2). Çalışma bulgumuzla benzer olarak Elkin'in gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; aile tipinin anne-bebek bağlanması üzerine etkisinini olmadığı belirlenmiştir (175). Alan'ın yapmış olduğu çalışmada ise, geniş aileye sahip kadınlarda anne-bebek bağlanma düzeyinin çekirdek aileye sahip olan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (174). Çalışmamızda yapılan araştırmalardan farklı olarak infertilite tedavisi alan ve çekirdek aileye sahip infertil kadınlarda fertil gruptaki kadınlara göre anne ve bebek bağlanma düzeyinin daha yüksek olması dikkat çeken bir bulgudur (p<0.05) (Bkz. Tablo 4.2.2). Bu durum infertilite tedavisi alan kadınların doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre daha fazla eş desteği almalarından kaynaklı olabilir.

Literatürde anne ve bebek bağlanması ile yenidoğanın cinsiyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (176-179). Çalışmamızda fertil ve infertil gruplarda yenidoğanın cinsiyetine göre anne-bebek bağlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Bkz. Tablo 4.2.2). Çalışma bulgumuzla benzer olarak Siddiqui ve arkadaşlarının çalışmasında; bebeğin cinsiyetinin anne- bebek bağlanması üzerine bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (177).

Literatürde doğum sonrası anne ve bebeğin erken dönemde biraraya getirilmesinin anne ve bebek bağlanma sürecine olumlu etkisi olduğu

vurgulanmaktadır (184). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tilokskulchai ve arkadaşaları doğumdan sonra yenidoğanla geç buluşan kadınlarda anne-bebek bağlanma sürecinin olumsuz yönde etkilendiğini belirlemişlerdir (180). Çalışmamızda infertil ve fertil gruplarda yenidoğanla ilk buluşma zamanına göre anne-bebek bağlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.2). Çalışma bulgumuzla benzer olarak Şen'in yaptığı çalışmada; doğumdan sonra yenidoğanla ilk buluşma zamanının anne- bebek bağlanması üzerine bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (167).

Anne ve bebek bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilecek durumlardan biri de yenidoğanın sağlık sorunun bulunmasıdır. Güleşen ve arkadaşlarının anne-bebek bağlanma düzeyini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yaptıkları bir çalışmada; yedidoğanda sağlık sorunun olmasının anne- bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (181). Çalışmamızda fertil ve infertil gruplarda yenidoğanda sağlık sorunu bulunma durumu göre anne-bebek bağlanması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.2). Çalışma bulgumuzla benzer Mutlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yenidoğanda sağlık sorunun bulunması ile anne-bebek bağlanması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (182).

Doğum sonrası dönemde yenidoğanın aktif olduğu ilk saatlerde bebeğin emzirilmesi, sevilmesi ve okşanması, göz göze ve tensel temasın kurulması güvenli anne ve bebek bağlanması yönünden oldukça önemlidir (184). Konu ile ilgili olarak Koçak'ın çalışmasında; doğumdan sonraki ilk emzirme zamanı arttıkça anne-bebek bağlanma düzeyinin aynı yönde arttığı belirlenmiştir (182). Durualp ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; doğumdan sonra ilk otuz dakika içerisinde bebeğini emziren kadınların anne-bebek bağlanma düzeyinin geç emzirenlere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (178). Çalışmamızda ise literatürden farklı olarak fertil ve infertil gruplarda emzirme zamanlarına göre anne ve bebek bağlanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.3).

Kadın sağlığı hemşireleri anne ve bebek bağlanmasının doğum sonu erken dönemde sağlaması ve sürecin sağlıklı ilerlemesi için bağlanmayı etkileyen faktörleri bilmesi ve bu kapsamda eğitim, danışmanlık ve savunuculuk rollerini kullanması

önem taşımaktadır. Anne ve bebek bağlanmasını etkileyen faktörler üzerine yapılan çalışma sonuçlarındaki farklılıklar bu konuda daha büyük gruplarda yapılacak kanıt temelli çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, infertil gruptaki 35 yaş altı/ 35 yaş ve üzeri, eğitimi lise ve üzerinde olan, gelir getiren bir işte çalışan/çalışmayan, gelir durumu kötü-orta/iyi-çok iyi olan, yenidoğan cinsiyeti kız/erkek olan, bir saat/iki saat veya sonrası yenidoğanla buluşan, ilk yarım saat içerisinde/ ilk yarım saat ve sonrasında emziren kadınlarda fertil grupla karşılaştırıldığında anne ve bebek bağlanma düzeyinin daha yüksek olması dikkat çekmektedir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.2). Bu durumun infertil gruptaki kadınlarda, fertil gruptaki kadınlara göre genel olarak anne ve bebek bağlanma düzeyinin yüksek olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan karıştırıcı faktörlerin ayrıştırılarak daha büyük gruplarda yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Postpartum depresyon, DSM-V (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-V) ve ICD-10 (Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi) tanı sistemlerinde gebelik ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. DSM-IV'de; doğumdan sonraki dört hafta içinde başlayan atakları postpartum depresyon başlangıçı olarak tanımlanırken, DSM-V; gebelik süresince veya doğumdan sonraki ilk dört haftada başlayan majör depresyon dönemini postpartum başlangıçlı depresyon olarak tanımlanmaktadır. ICD-10; doğum sonrası altı haftada başlayan depresif epizodları, postpartum depresif epizod olarak tanımlayarak DSM-IV ve DSM-V'e göre zaman farklılığı ortaya koymaktadır (148). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, postpartum depresyonun doğum sonrası ilk 4-6. haftalar arasında ortaya çıkıp, bir yıla kadar uzayabilen bir dönem olarak değerlendirildiği görülmektedir (25,26). Çalışmamızda da postpartum 4-6. haftalarda postpartum depresyon değerlendirilmesi yapılmıtır. Konu ile ilgili olarak Lee ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, infertilite öyküsü olan kadınların yaklaşık %8-10'unun doğum sonu dönemde depresyon belirtileri yaşadığı belirlenmiştir (25). Dornelles ve arkadaşlarının çalışmasında, infertiliteden gebeliğe geçiş yapma zorluğunun, kadının doğum sonu döneme uyumunun azalmasına ve postpartum depresyon belirtilerinin daha fazla görülmesine sebep olduğu vurgulanmıştır (26). Ranjba ve arkadaşlarının çalışmasında da YÜT ile gebe kalan kadınların doğum sonrası süreçte spontan yolla gebe kalan kadınlara göre ebeveynlik

rollerine uyumda daha fazla zorluk yaşadıkları, bu nedenle desteğe daha fazla ihtiyaç duyabilecekleri belirtilmiştir (29). Çalışmamızda doğal yolla gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon risk ortalaması 13.45±6.31 iken, YÜT ile gebelik yaşayan kadınlarda bu ortalama 12.01±3.39 olarak belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgu YÜT ile doğal yol ile gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon riskinin benzer olduğunu göstermektedir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.1). Çalışma bulgumuzla benzer olarak yapılan çalışmalarda; infertilite tedavisi sonrası doğum yapan kadınlarda postpartum depresyon görülme riskinin, fertil kadınlar ile benzerlik gösterdiği belirtilmektedir (117,118). Akyüz ve arkadaşlarının infertilite öyküsü ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada da, infertil ve fertil gruplarda postpartum depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon belirlenmemiştir. Yapılan çalışmalardan farklı olarak Monti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; spontan yolla gebe kalan kadınların YÜT ile gebe kalan kadınlara oranla postpartum depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada YÜT'le gebe kalan kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları depresif belirtilerin ve duygusal hassasiyetlerinin postpartum depresyonu etkilediği vurgulanmıştır (92). Çalışma sonuçlarındaki farklılıklar bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermekle birlikte, yapılacak çalışmalarda da sosyal destek faktörleri, bireysel özellikler gibi karıştırıcı faktörlerin ayrıştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda postpartum depresyonu etkileyebilecek bazı özellikler incelendiğinde; infertilite tedavisi alarak gebe kalan kadınlarda çekirdek aileye sahip olan kadınların postpartum depresyon düzeylerinin, doğal yolla gebe kalan ve çekirdek ailesi bulunan kadınlara göre daha düşük olduğunu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.3) Small ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; akraba, arkadaş gibi sosyal destek sistemleri bulunmayan Avustralya'ya göç eden Filipinli, Türk ve Vietnamlı kadınlarda postpartum depresyon riskinin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (149). Keleş'in postpartum depresyon sıklığı ve etkileyen faktörleri incelemek için yaptığı çalışmada; çekirdek ailede yaşayan kadınların geniş aileye göre postpartum depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (150). Kolukırık'ın 316 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; çekirdek ailede yaşayan kadınlarda postpartum depresyon görülme riskinin geniş ailede yaşayan kadınlara göre 2.8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (151). Hung'un Tayvan'lı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada; doğum sonrası aile

desteği alma süresi ile postpartum depresyon arasında negatif ilişki bulunduğu belirlenmiştir (152). Çalışmamızda yapılan araştırmalardan farklı olarak infertilite tedavisi alan ve çekirdek aileye sahip kadınlarda postpartum depresyon riskinin daha düşük olması dikkat çeken bir bulgudur. Bu durum infertilite tedavisi alan kadınların doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre daha fazla eş desteği almalarından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda fertil grupta bulunan kadınlarda yenidoğan buluşması ilk bir saat içerisinde olanlarda, iki saat ve sonrasında olanlara göre postpartum depresyon riskinin daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.4). Bu bulgu yenidoğan ile erken dönemde biraraya gelen kadınlarda ileri dönemde postpartum depresyon riskinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmamızla benzer olarak Babacan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, emzirmeye postpartum erken dönemde başlayan annelerde postpartum depresyon görülme riskinin azaldığı belirlenmiştir (183). Bu durum anne ve bebek buluşmasının erken başlatılmasının bağlanma üzerindeki olumlu etkisiyle açıklanabilir. Nitekim Çakır ve Alparslan'ın çalışmasında, doğumdan sonraki ilk saatlerde yenidoğan ile annenin tensel temasının sağlanmasının anne ve bebek arasındaki ilişki ve bağlılığı olumlu yönde geliştirdiğine vurgu yapılmaktadır (184). Çalışmamızda postpartum depresyon ile anne-bebek bağlanması arasında negatif ilişki bulunması bu görüşümüzü desteklemektedir.

Postpartum dönemde, kadınların duygu durumlarındaki olumsuzluklar ve depresyon düzeylerinde artma, annenin bebeğine bağlanmasını ve bebeğine gereken sevgiyi ve bakımı verebilmesini olumsuz yönde etkilemektedir (103). Çalışmamızda doğal yolla gebe kalan kadınlarda EPDÖ ve ABBÖ toplam puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.354$; $p<0.001$) (Bkz. Tablo 4.2.4). Bu sonuca göre doğal yolla gebe kalan kadınlarda, anne ve bebek bağlanması azaldıkça postpartum depresyon riskinin de arttığı söylenebilir. Çankaya ve arkadaşlarının annelerin postpartum dönemde yaşadıkları depresyonun anne-bebek bağlanması üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yaptıkları çalışmada; postpartum depresyonun anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (156). Özşahin ve arkadaşlarının postpartum depresyon düzeyi ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; postpartum depresyon düzeyi ile anne- bebek bağlanması arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ve postpartum depresyon düzeyi arttıkça anne-bebek bağlanması azaldığını saptamışlardır (157). Moehler ve arkadaşlarının depresif belirtilerin anne-

bebek bağlanmasına olan etkisini inceledikleri bir çalışmada; doğum sonu ilk dört ayda annelerde görülen depresif semptomların anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (158). Ohoka ve arkadaşlarının gebelik sırasında ve doğumdan sonra anne-bebek bağlanmasının postpartum depresyonla arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; postpartum depresyon ve anne-bebek bağlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve orta düzeyde ilişki saptanmışlardır (159). Nieto ve arkadaşlarının depresyon riski altındaki 156 Meksikalı kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; postpartum depresyon belirtilerinin anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (160). Dağlar ve arkadaşlarının gebelik ve doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanma düzeyini ve etkileyen farktörleri inceledikleri çalışmada da doğum sonu depresyon düzeyi anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediğini saptamışlardır (161). Araştırma bulgumuz litaratürle ile benzerlik göstermekle birlikte doğum sonu dönemde kadınların duygu durumundaki olumsuzlukların anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak çalışmamızda dikkat çeken doğal yolla gebe kalan kadınlarda bu ilişkinin belirlenmesidir. Bu bakımdan infertil kadınlar üzerinde daha büyük gruplarda postpartum depresyon ve anne-bebek bağlanması ilişkisinin incelendiği daha fazla kanıt temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde, doğal yolla gebe kalan kadınlar ile YÜT'le gebe kalan kadınlarda anne ve bebek bağlanması ve postpartum depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan çalışmamızda;

- Çalışmamız kapsamına alınan fertil kadınların yaş ortalaması 28.95±3.38 iken, infertil kadınların 36.55±3.55 olarak belirlenmiştir. Bu bulgulara ek olarak; infertil kadınların evlilik yaşı (28.00±2.66) ve evlilik süresi ortalaması (7.55±2.07), fertil gruba göre (Evlilik yaşı ortalaması: 24.49±2.48; evlilik süresi ortalaması: 3.53±1.83) yüksektir. Kadınların yaşlarına, evlilik yaşlarına ve evlilik sürelerine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.1.1)
- Çalışmamızda fertil ve infertil grupta yer alan kadınların çoğunluğu lise ve üzeri eğitim düzeyine (Fertil grup= %79.8; İnfertil grup= %82.7) sahiptir. Çalışma gruplarındaki annelerin yaklaşık yarısı (Fertil grup= %52.9; İnfertil grup= %48.1) çalışmaktadır. Kadınların eğitim düzeyi, çalışma durumu ve eşlerin çalışma durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.1.2)
- Çalışmamızda fertil kadınların eşlerinin %83.7'si lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip iken, infertil kadınların eşlerinin ise %98.1'inin lise ve üzeri düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin eğitim durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.1.2)
- Çalışmamızda fertil grubun %57.7'sinin ve infertil grubun %69.2'sinin "kötü-orta" düzeyde gelir durumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğu çekirdek aileye (Fertil grup= %88.5; İnfertil grup= %78.8) sahip olduğunu ifade etmiştir. Kadınların gelir düzeyine ve aile tipine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.1.2)

- Çalışmamızda kadınların tamamına yakınının (Fertil grup= %98.1; İnfertil grup= %100.0) il merkezinde yaşadığı ve eşlerinin ise (Fertil grup= %94.2; İnfertil grup= %100.0) çalıştığı belirlenmiştir (Bkz. **Tablo** 4.1.2).
- Çalışmamızda fertil grubundaki kadınların %32.7'si, infertil grubundaki kadınların ise %3.8'si ebe/hemşirelerden antenatal bakımda destek alırken; fertil grubunun %68.3'ü ve infertil grubunun %96.2'si hekimlerden antenatal bakımda hizmet aldığını ifade etmiştir. Kadınların antenatal hizmeti sunan sağlık profesyonelleri değişkenlerine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.1.2).
- Çalışmamızda kadınların tamamı gebelikleri süresince antenatal hizmetlerden yararlanmıştır (Bkz. **Tablo** 4.1.2).
- Çalışma grubundaki kadınların tamamı akraba evliliği yapmamış olup, doğumları sezaryen ile sonlanmıştır (Bkz. **Tablo** 4.1.2).
- Çalışmaızda fertil gruptaki kadınların %61.5'inin gebeliği planlı iken, infertil grubunun tamamının (%100.0) gebeliği planlıdır (Bkz. **Tablo** 4.1.2).
- Çalışmamızda fertil ve infertil grupta yenidoğan doğum ağırlığına (Fertil grup: 3.25±0.45; İnfertil grup: 3.21±0.32), yenidoğan cinsiyetine (Fertil grup: %53.8; İnfertil grup: %51.9) ve yenidoğanın istenilen cinsiyette olma durumuna (Fertil grup: %71.2; İnfertil grup: %59.6) ilişkin bulgular benzerdir. Her iki grupta yenidoğanların çoğunluğunun doğum ağırlığı (Fertil grup: %92.3; İnfertil grup: %98.1) normal sınırlardadır. Yenidoğan doğum ağırlığı, yenidoğan cinsiyeti ve yenidoğanın istenilen cinsiyette olma durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.1.3).
- Çalışmamızda fertil gruptaki kadınların %36.5'i doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra ilk yarım saatte, %47.1'si ilk bir saatte ve %16.3'ü ise ilk iki ve dört saat içinde emzirdiğini ifade ederken; infertil grupta %46.2'si ilk yarım saatte ve %53.8'si ilk bir saatte emzirdiğini belirtmiştir. Doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanı ilk emzirme zamanına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.1.3).
- Çalışmamızda fertil ve infertil gruptaki kadınların %80'i yenidoğan sağlığında sorun bulunmadığını belirtmiştir. Yenidoğan sağlık durumu değişkenine göre

gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). (Bkz. **Tablo** 4.1.3).

- Çalışmamızda kadınların yarıdan fazlası anne sütü dışında ek gıda verdiğini (Fertil grup: %53.8; İnfertil grup: %69.2), yenidoğanın sağlık durumu ileilgili ebe/hemşirelerin bilgilendirme yaptığını (Fertil grup: %56.9; İnfertil grup: %53.8) ifade etmiştir (Bkz. **Tablo** 4.1.3).
- Çalışmamızda fertil grubun %50'si ve infertil grubun %67.3'ü eşlerden; fertil grubun %75'i ve infertil grubun %57.7'si ailelerinden, fertil grubun %7.7'si ve infertil grubun %28.8'si arkadaşlarından, fertil grubun %14.4'ü ve infertil grubun %21.2'si sağlık profesyonellerinden destek aldığını ifade etmiştir. Kadınların yenidoğan bakımında destek aldığı kişilerden eş, aile ve arkadaşlarına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05); sağlık profesyonellerine ilişkin değişkende gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p>0.05). (Bkz. **Tablo** 4.1.3).
- Çalışmamızda kadınların tamamı yenidoğanın sağlık durumu hakkında yeterince bilgilendirildiklerini ifade etmiştir. Bu bilgilere ek olarak; kadınlar yenidoğanların en sık yaşadıkları sağlık sorununun sarılık (Fertil grup: 14; İnfertil grup: 7) olduğunu belirtmiş olup, diğer sorunlar arasında takipne, üfürüm, kalça çıkığı gibi diğer nedenler (Fertil grup: 6; İnfertil grup: 3) bulunmaktadır (Bkz. **Tablo** 4.1.3).
- Çalışmamızda infertil grubun infertilite tedavisi deneyimleme süresi ortalaması 3.86±1.83 yıldır. Bununla birlikte; kadınların infertilite yaşama süresi 5.69±1.98 yıl iken, ortalama 6.4±2.05 yıl çocuk sahibi olmak istedikleri belirlenmiştir. Kadınlara YÜT uygulanma sayısı ortalaması 3.96±1.72'dir (Bkz. **Tablo** 4.1.4).
- Çalışmamızda infertil grubun %34.6'sı kadın kaynaklı, %32.7'si her iki cinsiyet kaynaklı ve %9.6'sı erkek kaynaklı nedenlerle infertilite sorunu yaşadıklarını ifade ederken; %23.1'i infertilite nedeninin bilinmediğini belirtmiştir (Bkz. **Tablo** 4.1.5).
- Çalışmamızda infertilite sorunu nedeniyle uygulanan tedaviler arasında en sık uygulanan tedaviler arasında IVF-ET (%92.3), IUI (%57.7), ICSI (%26.9) ve POST (%5.8) bulunmaktadır (Bkz**. Tablo** 4.1.5).

- Çalışmamızda fertil grupta yer alan kadınların ABBÖ toplam puan ortalaması 3.73±2.91, infertil gruptaki kadınların ise 1.50±1.29 olarak bulunmuştur. ABBÖ puan ortalamalarına göre grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.1).
- Çalışmamızda fertil grupta yer alan kadınların EPDÖ toplam puan ortalaması 13.45±6.31 iken, infertil grupta 12.01±3.39 olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda fertil grubunda kadınların %45.2'sinin EPDÖ puanı 12 puan ve altında olduğu belirlenirken, bu bulgu infertil grubunda %51.9'dur. EPDÖ puanlarına göre grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). EPBÖ puanı kesme değerine göre incelendiğinde; infertil grubun kesme değer sınırında bir puan ortalamasına sahip olduğu saptanmakla birlikte, fertil grubunun puan ortalaması kesme değerin üzerindedir. Özellikle fertil grubunun 13 ve üzerinde puan ortalamasına sahip olması, doğum sonu depresyon açısında riskli grupta olduğunu göstermektedir (Bkz. **Tablo** 4.2.1).
- Çalışmamızda fertil ve infertil grupların grup içi karşılaştırmalarında; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, yenidoğanın cinsiyeti, yenidoğanın istenilen cinsiyette olması, yenidoğanla ilk buluşma zamanı, yenidoğanı ilk emzirme zamanı, yenidoğanın sağlık durumuna yönelik değişkenlerle ABBÖ ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamızda fertil gruplarda (35 yaş altı: 3.67±2.92; 35 yaş ve üzeri: 4.37±2.87), infertil gruplara göre (35 yaş altı: 1.73±1.22; 35 yaş ve üzeri: 1.40±1.32) yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz**. Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamızda fertil gruplarda (Lise ve üzeri; 3.86±3.08) infertil gruplara (Lise ve üzeri; 1.46±1.31) göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamızda fertil gruplarda (Çalışma durumu: Evet; 3.69±3.48, Hayır; 3.77±2.14) infertil gruplara (Çalışma durumu: Evet; 1.56±1.29, Hayır; 1.44±1.31) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamızda fertil gruplarda (Gelir düzeyi: Kötü-orta; 3.88±2.88, İyi-çok iyi; 3.52±2.98) infertil gruplara (Gelir düzeyi: Kötü-orta; 1.55±1.44, İyi-çok

iyi; 1.37±0.88) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.2).

- Çalışmamızda fertil gruplarda (Aile tipi: Çekirdek aile; 3.77±2.99) infertil gruplara (Aile tipi: Çekirdek aile; 1.46±1.18) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamzıda fertil gruplarda (Yenidoğanın cinsiyeti: Kız; 3.82±3.03, Erkek; 3.62±2.7) infertil gruplara (Yenidoğanın cinsiyeti: Kız; 1.25±1.25, Erkek; 1.76±1.30) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamızda fertil gruplarda (Yenidoğanla ilk buluşma zamanı: Bir saat içinde; 3.71±3.35, İki saat ve sonrası; 3.76±1.96) infertil gruplara (Yenidoğanla ilk buluşma zamanı: Bir saat içinde; 1.53±1.29, İki saat ve sonrası; 1.45±1.31) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamızda fertil gruplarda (Yenidoğanı ilk emzirme zamanı: İlk yarım saatte; 4.02±3.36, İlk yarım saat ve sonrası; 3.56±2.63) infertil gruplara (Yenidoğanı ilk emzirme zamanı: İlk yarım saatte; 1.58±1.38, İlk yarım saat ve sonrası; 1.42±1.23) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamızda yenidoğanda sağlık sorunu bulunma durumu fertil gruplarda (Yenidoğanda sağlık sorunu bulunma durumu: Yok; 4.05±2.06, Var; 3.65±3.09) infertil gruplara (Yenidoğanda sağlık sorunu bulunma durumu: Yok; 0.90±0.87, Var; 1.64±1.34) göre yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). (Bkz**. Tablo** 4.2.2).
- Çalışmamızda fertil ve infertil grupların grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarında yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, yenidoğanın cinsiyeti, yenidoğanın istenilen cinsiyette olması, yenidoğanı ilk emzirme zamanı, yenidoğanın sağlık sorunu bulunma durumu, antenatal bakımı ebe/hemşireden alma, yenidoğan bakımında eş, aile ve sağlık profesyonellerinden destek alma değişkenleri ile EPBÖ ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.3).

- Çalışmamızda, fertil grupta yenidoğanla ilk bir saat içinde buluşanların (12.39±6.49) puan ortalaması, yenidoğanla iki saat ve sonra buluşanlara göre (15.28±5.59) düşük olduğu belirlenmiş olup, fertil grupta yenidoğan ile buluşma zamanına göre EPDÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bunun yanı sıra infertil grupta doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanla ilk buluşma zamanı ile EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Bkz**. Tablo** 4.2.3).
- Çalışmamzıda fertil grupta "çekirdek aile"ye sahip olanların (13.78±6.33) puan ortalaması, infertil gruba göre (11.75±3.35) yüksek olduğu belirlenmiş olup, çekirdek aile yapısına sahip olan fertil ve infertil gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Geniş aileye sahip olan fertil ve infertil grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Bkz. **Tablo** 4.2.3).
- Çalışmamızda doğal yolla gebe kalan kadınlarda EPDÖ ve ABBÖ toplam puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bu ilişkiye göre doğal yolla gebe kalan kadınlarda ABBÖ toplam puanı arttıkça EPDÖ toplam puanında artış görülmektedir. ABBÖ puanını artması anne-bebek bağlanmasının azaldığını göstermekte olup, bu sonuca göre doğal yolla gebe kalan kadınlarda, anne ve bebek bağlanması azaldıkça postpartum depresyon riski de artmaktadır (Bkz. **Tablo** 4.2.4).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışmamızda doğum sonu erken emzirmenin, anne ile bebeğin arasındaki bağlanma ilişkisini olumlu yönde etkilediği belirlendiğinden; kadın sağlığı hemşirelerinin anneleri postpartum erken dönemde emzirmeleri konusunda cesaretlendirmesi ve teşvik etmesi,
- Anne ve bebek bağlanmasını etkileyen faktörler üzerine yapılan çalışma sonuçlarındaki farklılıklar nedeniyle, bu konuda daha büyük gruplarda kanıt temelli çalışmaların yapılması,
- Çalışmamızda doğal ve YÜT ile gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon riskleri benzerlik gösterdiği saptanmışıtır. Bu nedenle ileride yapılacak

çalışmalarda postpartum depresyonu etkileyebilecek sosyal destek faktörleri, bireysel özellikler gibi karıştırıcı faktörlerin çok iyi ayrıştırılması,

- Çalışmamızda doğal yol ile gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon riski arttıkça anne-bebek bağlanma düzeyinin düştüğü belirlenmiştir. İnfertil kadınlarda daha büyük gruplarda postpartum depresyon ve anne-bebek bağlanması ilişkisinin incelendiği daha fazla kanıt temelli çalışmalar yapılması,
- Çalışmamızda YÜT ile gebe kalan kadınların büyük çoğunlukla hekim odaklı antenatal bakım hizmet aldıkları düşünüldüğünde; kadın sağlığı hemşirelerinin infertil kadınlara gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası dönemde fiziksel ve psikososyal gereksinimlerine yönelik bakım vermesi ve eğitimler planlaması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Cloonan YK, Holt VL, Goldberg J. Male factor infertility: A twin study, *Perinatal Epidemiology*, 2007, 21(3): 229-34.
2. World Health Organization. Mother or nothing: The agony of infertility. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/bulletin_88_12/en/ 16 Ocak 2018.
3. Yardımla Üreme Teknikleri (ICMART) Uluslararası İzleme Komitesi ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2009 yılı ART terminolojisi sözlüğü, https://studylibtr.com/doc/773375/yard%C4%B1mla-%C3%BCreme-teknikleri--icmart--uluslararas%C4%B1-i%CC%87zleme-k. 20 Şubat 2019.
4. Petraglia F, Serour GI, Chapron C. The changing prevalence of infertility, *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 2013, 123: 4-8.
5. Denson V. Diagnosis and management of infertility, *The Journal for Nurse Practitioners*, 2006, 1: 380-6.
6. Atasu T, Şahmay S. *Jinekoloji Kadın Hastalıkları*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
7. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 11. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007, 255-264, 516-520.
8. Datta J, Palmer MJ, Tanton C, Gibson LJ, Jones KG, Macdowall W, et al. Prevalence of infertility and help seeking among 15000 women and men, *Human Reproduction*, 2016. 31(9): 2108–18.
9. Şimşek S. Sociocultural effects of infertility, *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*, 2017, 12: 55-6.
10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2008 Raporu. 2012. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana-Rapor-tr.pdf. 20 Şubat 2018
11. Duvan C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K. Yardımla üreme tekniklerinde implantasyon ve gebelik oranlarını etkileyen faktörler, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, 2003, 13: 466-76.
12. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2008, 5: 105-10.

13. Yurtçu N, Güvenal T, Duran B, Timuroğlu T, Çetin M. Kliniğimizde takip edilen infertil kadınların tanı ve tedavilerinin değerlendirilmesi, *Türk Fertil. Der*., 2003, 11: 193-8.
14. Sezgin H, Hocaoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2014, 6(2): 165-84.
15. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5(2): 162-78.
16. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: results of a qualitative study, *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 2014, 12(2): 131.
17. Can G. Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Kadınların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Mezuniyet tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2005.
18. Akın, A. Demirel, S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Halk Sağlığı Özel Eki*, 2003, 25(4): 3-82.
19. Olshansky EF. Pregnancy after infertility: An overview of the research, course XII: ART parents and children, *American Society for Reproductive Medicine; Seattle, WA*, 1995, 7(8): 5-13.
20. Hammarberg K, Fisher JR, Wynter KH. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review, *Hum Reprod Update*, 2008, 14: 395-414.
21. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review, *Am J Obstet Gynecol*, 2004, 103(4): 698-709.
22. Soysal AS, Bodur S, İşeri E, Şenol, S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2005, 8(2): 88-99.
23. Bowlby, John. A secure base: parent-child attachment and healthy human development, *New York, Basic Books*, 1988, 137-157.
24. Kesebir S, Kavzoğlu ÖS, Üstündağ FM. Attachment and psychopathology, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3(2): 321-342.
25. Lee SH, Liu LC, Kuo PC, & Lee MS. Postpartum depression and correlated factors in women who received in vitro fertilization treatment, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2011, 56(4): 347–352.

26. Dornelles LM, MacCallum F, Lopes RC, Piccinini CA, Passos EP. Living each week as unique. Maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies, *Midwifery*, 2014, 115-120.
27. Gibson FL, Ungerer JA, Tennant CC, Saunders DM. Parental adjustment and attidudes to parenting after in vitro fertilization, *Fertility and Sterility*, 2000, 73(3): 565-574.
28. Gibson DM, Myers JE. The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women, *Journal of Mental Health Counseling*, *2*002, *24*(1): 68–80.
29. Ranjbar F, Behboodi MZ, Borimnejad L, Ghaffari RS, Akhondi MM. Experiences of infertile women seeking assisted pregnancy in Iran: a qualitative study, *Jour of Repro Infer*, 2015, 16: 221- 228.
30. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon, *Türkiye Klinikleri J Med Sci.*, 2009, 29(1): 206-214.
31. Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki, 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, *Kongre Özet Kitabı,* 2009, 459-460.
32. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care, *Horm Behav*., 2016, 77: 153-66.
33. Fisher JR, Rowe H, Hammarberg K. Admissions for early parenting difficulties among women with infants conceived by assisted reproductive technologies: a prospective cohort study, *Fertil Steri,*. 2012, 97(6): 1410–1416.
34. Ghima K, Owatari K, Omine F, Miyaghi M, Thujino K, Kazue I, Shimajiri S. Anxiety and feelings toward their infant for pregnant women and mother who were undergoing infertility treatment, *Jpn. J. Matern. Health.,* 1999, 40-2.
35. Mizuno C, Shimada M. Study on mother-child relationship in pregnant women and mothers after infertility treatment, *J. Jpn. Soc. Womens Health.*, 2004, 3: 15–16.
36. Omine F, Gima T, Miyagi M, Nakamura M, Shimajiri S, Sakumoto K, Sugishita T. Anxiety of women who underwent infertility treatment and emotional feeling toward their child, *Jpn. J. Matern. Health.,* 2000, 41: 439–443.

37. Nakazawa N, Hotta M, Yokoyama H, Iwasaki K. Longitudinal survey of maternal perception in women after infertility treatment, *Kanagawa J. Matern. Health.*, 2004, 7: 19–22.
38. Baor L, Soskolne V. Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress, *Hum Reprod.*, 2010, 25: 1490-1496.
39. Ladores S, Aroian K. The early postpartum experience of previously infertile mothers, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2015, 44: 370-379.
40. Beydağ DK. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 2007, 6: 479–84.
41. İşler A, Görak G. Prematüre bebeği olan annelerde olumlu annebebek ilişkisinin başlatılmasında hemşirelik yaklaşımının önemi, *Çocuk Dergisi,* 2007, 7: 36–41.
42. Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother, *Gynecologıc&Neonatal Nursing*, 2006, 35(5): 649-651
43. Yumru AE, Öndeş B. İnfertil çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyona doğru hasta seçimi, *Journal of Academic Research in Medicine*, 2011, 1(2): 57-60.
44. Aşçı Ö, Beji KN. İnfertilite danışmanlığı, *İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20(2): 154–159.
45. Speroff L, Fritz MA. Erkek İnfertilitesi. Günalp S. Çeviri Editörü. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, 8. Baskı, İstanbul, Güneş Tıp Kitap Evleri, 2013, 1249-1292.
46. Eryılmaz HY, Ekşi Z, Ertuğrul EG. İnfertilite Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü, In: Beji NK, ed. İnfertilite Hemşireliği, 1. Baskı, İstanbul, Acar Basım, 2009, 49-66.
47. Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review, *Human Reproduction Update*, 2007, 13(3): 209–23.
48. Enilo OW, Adetola AA, Abayomi T. A review of female Infertility; important etiological factors and management, *Journal of Microbiology and Biotechnology Research*, 2012, 1(2): 134-137.
49. Bolumar F, Olsen J, Rebagliato M, et al. Body mass index and delayed conception: a european multicenter study on infertility and subfecundity, *American Journal of Epidemiology*, 2000, 151(11): 1072-79.

50. Anderson K, Niesenblat V, Norman R. Lifestyle factors in people seeking infertility treatment – a review, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 50(1): 8-20.
51. Bidzan M, Podolska M, Bidzan L, Smutek, J. Personality traits and the feeling of loneliness of women treated for infertility, *Ginekologia Polska*, 2011, 82(7): 508-513.
52. Perk H, Soyupek S, Oskay T. Erkek infertilitisine neden olan fiziksel ajanlar, ilaçlar ve toksinler, *Androloji Bülteni*, 2005, 23: 305-310.
53. Europan Assocition of Urology. Guidelines on Male Infertility. 2015 http://www.uroweb.org/guidelines/male-infertility/. 15 Ocak 2017.
54. Famurewa AC, Ugwuja EI. Association of blood and seminal plasma cadmium and lead levels with semen quality in non-occupationally exposed infertile men in abakaliki, south east Nigeria, *Journal of Family and Reproductive Health*, 2017, 11(2): 97–103.
55. Şahin NH, Bilgiç D, Demirgöz M. Doğurganlığı etkileyen faktörler, Ed: Kızılkaya Beji, N. İnfertilite Hemşireliği, 1. Baskı, İstanbul, Acar Basım, 2009, 11-32.
56. Moghissi KS, Wallach EE. Unexplained infertility, *Fertil Steril*, 1983, 39: 5.
57. Pandian Z, Bhattacharya S, Vale L, Templeton A. In vitro fertilisation for enexplained subfertility, *The Cochrane database of systematic reviews*, 2005, 2
58. Lessey BA. Assessment of endometrial receptivity, *Fertil Steril*, 2011, 96: 522.
59. Koç E, Kızılkaya Beji N. Başarılı infertilite tedavisi sonrası gebelerin yaşadığı problemler ve danışmanlık, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 6: 201-6.
60. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22(3): 166-76.
61. Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı, *Türkiye Klinikleri,* 2016, 2(3): 7-13.
62. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014, 13(4): 345–50.
63. Johnson MH, Edwards R. The path to IVF, Reprod Biomed Online, 2011, 23(2):245–26223. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2010/advancedmedicineprize2010.pdf. 9 Mart 2019

64. Karanisaoğlu H, Yazıcı S. Yardımcı Üreme Tekniklerinde ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya BN (ed), İnfertilite Hemşireliği Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, Acar Basım, 2009, 69-86.
65. Ozan YD, Okumuş H. Effects of nursing care based on watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: A randomized controlled trial, *Journal of caring sciences,* 2017, 6: 95-109.
66. Erdem K, Ejder Apay S. A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women, *International Journal of Fertility and Sterility,* 2014, 8: 303-314.
67. Merviel P. Predictive factors for pregnancy after intrauterine insemination(IUI): an analysis of 1038 cycles and a review of the literatüre, *Fertil Steril,* 2010, 93(1): 79-88.
68. Gezginç K, Çiçek NM, Çolakoğlu M, Çelik Ç, Çapar M, Akyürek C. İntrauterin inseminasyon uygulama zamanı ve sayısının gebeliğin oluşumuna etkisi, *Kadın Doğum Dergisi*, 2004, 2: 4.
69. Polat M. IVF'de Gerçek Başarı Nedir? ART'ye hasta seçim kriterleri, tedavi kararında etik yaklaşımlar, *5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı*, Ankara, 2007, 44-46.
70. Barbieri RL, Hornstein MD, Strauss FJ, Barbieri RL. Reproductive endocrinology, *Pensylvania,Elsevier,* 2004, 5: 839-873.
71. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Maternity and Women's Health Care, *Mosby Elsevier,* 2012, 10: 194-210.
72. Şirin A. Tüp Bebek Uygulaması ve Bu Uygulamalardan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım, 1. Baskı, İzmir, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları No: 9, 2001.
73. London M, Ladewig PA, Ball JW, Bindler RC. Maternal child nursing care, *Prentice Hall,* 2009, 122-138.
74. Van Steirteghem A, Nagy Z, Liu J, Joris H, Verheyen G, Smitz J, Tournaye H, Liebaers I, Devroey P. Intracytoplasmic sperm injection, *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 1994, 8(1): 85-93
75. Hajela S, Prasad S, Kumaran A, Kumar Y. Stress and infertility: A review, *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 2016, 5(4): 940-3.

76. Anokye R, Acheampong E. Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana, *BMC Research Notes*, 2017, 10(1): 690-694.
77. Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. Social stigma and familial attitudes related to infertility, *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018, 15(1): 46-49.
78. Podolska MZ, Bidzan M. Infertility as a psychological problem, *Ginekol Pol.*, 2011, 82: 44-9.
79. Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Mulhall JP. Premature ejaculation in infertile couples: prevalence and correlates, *The Journal of Sexual Medicine*, 2008, 5: 485–91.
80. Çoşkun A, Yılmaz S, Yılmaz T. İnfertil Çiftlerde Eğitim ve DanışmanlıkSüreci, Kızılkaya Beji, N. (Ed.). İnfertilite Hemşireliği. Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını, 1. Baskı, İstanbul, Acar Basım, 2009, 177-163.
81. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar: Sosyaldestek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı?, *Türk PsikiyatriDergisi,* 2007,18(4): 311-322.
82. Yılmaz TO, Yeşiltepe Ü. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015, 2(1): 100-112.
83. Karaca A, Ünsal G. Determination of factors having effect on stress of infertile women due to infertility, *HEAD.*, 2015, 12(2): 126-132.
84. Durgun Ozan Y, Okumuş H. Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2013, 16(3): 190-8.
85. Lepecka-Klusek C, Jakiel G. Difficult in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproductive techniques: A comparative study, *The Europen Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2009, 12(1): 51-57.
86. Seymenler S, Siyez MD. Infertility counseling, *Curr. Approaches Psychiatry,* 2018, 10(2): 176–187.
87. Keskin G, Gümüş AB. İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5(1): 9-16.
88. Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler, *TAF Prev Med Bull., 2010,* 9(5): 481-486.

89. Gibson F, McMahon C. Parenting and child psychosocial development after infertility management, *International Congress Series*, 2004, 1266, 351- 358.
90. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress, *Human Reproduction*, 2006, 21(9): 2443-9.
91. Babore A, Stuppia L, Trumello C, Candelori C, Antonucci I. Male factor infertility and lack of openness about infertility as risk factors for depressive symptoms in males undergoing assisted reproductive technology treatment in Italy, *Fertility and Sterility*, 2017, 107(4): 1041-7.
92. Monti F, Agostoni F, Fagandini P, Battista La Sala G, Blickstein I. Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology, *Fertil Steril*, 2009, 91(3): 851-857.
93. Balcı S, Savaşer S. Annelerin bebeklerini algılama durumu, *Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı,* 1998, 215-221.
94. Mercer RT, Ferketich SL. Maternal infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy, *Nurs Res.*, 1994, 43(6): 344-51.
95. Muller ME. A questionnaire to measure mother- to- infant attachment, *J Nurs Meas.*, 1994, 2(2): 129-41.
96. Saastad E, Israel P, Ahlborg T, Gunnes N, Froen JF. Fetal movement counting--effects on maternal-fetal attachment: a multicenter randomized controlled trial, *Birth*, 2011, 38(4): 282-93.
97. Çelik ÇB. Bağlanma stilleri, psikolojik iyi oluş ve sosyal güvende hissetme:aralarındaki ilişki ne?, *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2018, 13(25): 27-40.
98. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç GD, Türkmen M. The anxiety levels and needs of infants' parents in a neonatal intensive care unit, *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg.*, 2008, 12(1): 31-44.
99. Gourounti K. Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: a systematic review, *Women Health,* 2016, 56: 98-118.
100. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki:Türkiye'den bulgular, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2006, 17(4): 252-258.

101. Lerum CW, LoBiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickeningand physicalsymptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment, *Birth*, 1989, 16(1): 13-7.
102. Zörer PB, Akbulut ST, Dirk G. Role of attachment patterns and partner support in postpartum depression, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2019, 11(2): 154-166.
103. Üstgörül S, Yanıkkerem E. Doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi, *SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences*, 2014, 12: 14:30.
104. Salgın A, Gökçay G, Yücel B, Polat A, Baysal S, Sahip Y, Uçar A, Eraslan E. Effects of postpartum depression on breastfeeding and child development, *İst Tıp Fak Dergisi*, 2007, 70: 70–4.
105. Mauri M, Oppo A, Montagnani MS, Borri C, Banti S, Camilleri V. Beyond "postpartum depressions": specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes, *J Affect Disord*., 2010, 127: 177–84.
106. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar, *3PDergisi*, 2004, 12(4): 3-6.
107. Vırıt O, Akbaş E, Savaş HA. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşiv,*. 2008, 45: 9-13.
108. Erdoğan F, Kadak MT, Kartal V, Arıcı N. Postpartum depression in mothers of babies with infantile colic, *Yeni Symposium,* 2014, 52: 7–11.
109. American Psychiatric Association. DSM. History of the Manual. Last accessed on 2013. http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual . 10 Şubat 2018.
110. Erdem Ö, Bucaktepe PGE. The prevalence and screening methods of postpartum depression, *Dicle Tıp Dergisi,* 2012, 39: 458–61.
111. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri, *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst.*, 2010, 20(3): 141-8.
112. Seven M, Akyüz A. Postpartum depresyon gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: infertilite, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 2013, 10: 7-11.
113. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literatüre, *Gen Hosp Psychiatry,* 2004, 26(2): 289-9.

114.Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms, *Gen Hosp Psychiatry,* 2006, 28(1): 3-8.

115.Gülseren L. Postpartum depression: A review, *Turk Psikiyatri Derg*, 1999, 10(1): 58-67;

116.Dilbaz N, Enez A. Women and psychiatry: postpartum mood disorders, *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2007, 3(47): 32-40.

117.Repokari L, Punamaki R-L, Poikkeus P, Viska S, Unkila-Kallio L, Sinkkonen J, Almqvist F, Tiitinen A, Tulppala M. The Impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study, *Hum Reprod*, 2005, 20(11): 3238-3247.

118.Fisher JRW, Hammarberg K, Gordon Baker HW. Assisted conception is a risk factor postnatal mood disturbance and early parenting diffi culties, *Fertil Steril* 2005, 84(2): 426-430

119. Royal College of Nursing Publications 2012. http://www.rcn.org.uk/publications 30 Mart 2016.

120. The Fertility Society of Australia 2012. http://www.fertilitysociety.com.au/login/fna 5 Nisan 2016

121.Role of the Fertility Nurse in Japan 2012 http://www.kango-net.jp/project/06/ppt/06.ppt: 30 Ocak 2015

122.Dinç A, Beji NK. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. In: Beji NK, ed. İnfertilite Sorunu, 2.Baskı, İstanbul, Emek Matbaacılık, 2001, 75 - 92.

123.Beji N. İstanbul infertilite hemşireleri grubu 2007–2008 yılı faaliyetleri, Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi (TSRM 2008), *İnfertilite Hemşireliği Kurs Notları.* 2008, 3–10.

124. Allan H, Mounce G. Managing infertility in primary care, *Practice Nursing,* 2015, 26(9): 440-3.

125.Payne D, Goedeke S. Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive Technologies, *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 60(6): 645 -53.

126.Uçan Ö, Taşçı S, Ovayolu N. Eleştirel düşünme ve hemşirelik, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3(7): 17–25.

127.Küçükkaya GP. Psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı uygulama, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2010, 1(3): 128–31.

128.Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review, *J Affect Disord*., 2015, 175: 34–52.

129.Ak M. Doğum sonrası ilk altı ayda maternal depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*., 2010, 7(2): 39-42.

130. Anwar S, Anwar A. Infertility: A review on causes, treatment and management, *Women's Health & Gynecology*, 2016, 2(6): 2–5.

131.Clark N, Will M, Moravek M, Fisseha S. A systematic review of the evidence for complementary and alternative medicine in infertility, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2013, 122(3): 202–6.

132.Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale(EPDS), *Br J Psychiatry*., 1987, 150: 782-6.

133.Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Bahar Sempozyumları 1, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1997, 51-2.

134.Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new mother-to-infant bonding scale: links with early maternal mood, *Arch Womens Mental Health*, 2005, 8: 45-51.

135.Karakulak HA, Alparslan Ö. Anne-bebek bağlanma ölçeğinin türk toplumuna uyarlanması: Aydın örneği, *Journal of Contemporary Medicine, 2016*, 6(3): 188-199.

136.Haliloğlu S, Sağlam ZA, Toprak D. İnfertilite polikliniğine başvuran kadın hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2013, 15: 1-7.

137. Okuducu NY, Yorulmaz H. İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi, *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 2020, 12(1): 13-20.

138.Ataman U, Arslan P. Doğal gebelikler ile infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri*, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2010, 23(23): 75-86.

139.Seven M. İnfertilite Tedavisi Sonrası Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Depresif Belirtilerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yükseklisans tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2008.

140. Altıntop İ, Keskin B. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi / The Journal of International Social Research.* 2018, 11: 55.
141. Çelik EA. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Başa Çıkma Stratejileri, Evlilik Doyumları ve Umutsuzluk Düzeylerinin İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı. İstanbul: Okan Üniversitesi, 2020.
142. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiyede doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ yayinursag.shtml, 7 Aralık 2018
143. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/anc-positive-pregnancyexperience-summary/en/. 26 Kasım 2018.
144. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf 16 Haziran 2018.
145. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf. 19 Temmuz 2018.
146. Chen CJ, Chen YC, Sung HC, Kuo PC, Wang CH. Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan, *J Adv Nurs*., 2011, 67(10): 2200-8.
147. Donarelli Z, Lo Coco G, Gullo S, Marino A, Volpes A, Allegra A. Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect, *Hum Reprod.*, 2012, 27(11): 3215-25.
148. Şahbaz G. Doğum Sonu Stres Etkenleri Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yükseklisans tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2019.

149. Small R, Lumley J, Yelland J. Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese,Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia, *Ethn Health*., 2003, 8: 189-206.
150. Keleş E. Gebelikte Sigara Kullanımının Bazı Obstetrik Durumların ve Sosyodemografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yükseklisans tezi, Urfa: Harran Üniversitesi, 2007.
151. Kolukırık Ü. Postpartum Depresyon Belirtisini Etkileyen Etmenler ve Postpartum Depresyon Belirtisinin Emzirme ile İlişkisi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta uzmanlık tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2016.
152. Hung CH. Women's postpartum stress, social support, and health status, *West J Nurs Res*., 2005, 27: 148-59.
153. Dayan G. Postpartum Depresyonda Maternal Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2019.
154. Abuchaim ESV, Caldeira NT, Lucca MMD, Varela M, Silva IA. Postpartum depression and maternal self-efficacy for breastfeeding: prevalence and association, *Acta Paulista de Enfermagem*, 2016, 29(6): 664-670.
155. Munoz C, Agruss J, Haeger A. Postpartum depression: detection and treatment in the primary care setting, *The Journal for Nurse Practitioners,* 2006, 247-253.
156. Çankaya S, Yılmaz SD, Can R, Kodaz ND. Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi, *ACU Sağlık Bil Dergisi,* 2017, 4: 232-40.
157. Özşahin Z, Akça E, Gökbulut N. Postpartum depresyon düzeyi ile maternal bağlanma arasındaki ilişki, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 2020,* 8(3): 2147-7892.
158. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding, *Arch Womens Ment Health,* 2006, 9: 273–8.
159. Ohoka H, Koide T, Goto S, Murase S, Kanai A, Masuda T, Aleksic B, Ishikawa N, Furumura K, Ozaki N. Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment, *Psychiatry Clin Neurosci*., 2014, 68(8): 631-9.

160. Nieto L, Lara MA, Navarrete L. Prenatal predictors of maternal attachment and their association with postpartum depressive symptoms in mexican women at risk of depression, *Matern Child Health J.*, 2017, 21(6): 1250-1259.
161. Daglar G, Nur N. Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period, *Psychiatr Danub*., 2018, 30(4): 433-440.
162. Altuğ BF, Özkan I. Bilişsel Süreçlerin Gelişimi, Psikiyatri Bülteni, 1996, 4(2): 5864.
163. Ludington-Hoe SM, Swinth JY. Developmental aspects of kangaroo care, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1996, 25(8): 691-703.
164. Goulet C, Bell L, Tribble DS, Paul D, Long A. A concept analysis of parent, infant attachment, *Journal Of Advanced Nursing*, 1998, 28(5): 1071-1081.
165. Kavlak O, Şirin A. Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2007, 23 (2): 183-94.
166. Çalışır H, Karaçam Z. Factors associated with parenting behavior of mothers in the early postpartum period in Turkey, *Nursing and Health Sciences* 2011, 13: 488-494.
167. Şen S. Anneanne–Anne–Bebek Bağlanmasının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.
168. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler, *Genel tıp dergisi*, 2010, 20(3): 99-108.
169. Kavlak O. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı,Yayımlanmamış Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.
170. Tunçel NT, Süt HK. Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bağlanmaya *etkisi, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2018, 1: 70.
171. Yazgan E. Doğumhane Ortamı ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Doğumdan Memnuniyet ve Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim, Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.
172. Massey SH, Bublitz MH, Magee SR. Maternal-fetal attachment differentiates patterns of prenatal smoking and exposure, *Addict Behav.*, 2015, 45: 51-56.

173. De Falco S, Emer A, Martini L, Rigo P, Pruner S, Venuti P. Predictors of mother-child interaction quality and child attachment security in at-risk families, *Front. Psychol,* 2014, *5*, 1–10.

174. Alan H. Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim, Yüksek lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.

175. Elkin, N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2015, 24(6): 230-237.

176. Öztürk R. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim, Yüksek lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010.

177. Siddiqui, Hagglöf. Does mternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction?, *Early Human Development,* 2000, 59: 13-2.

178. Durualp E, Kaytez N, Girgin BA. Evlilik doyumu ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2017, 18: 129–38.

179. Mutlu C, Yorbik O, Tanju IA, Çelikel F, Sezer RG. Anneye bağlanma ile prenatal, natal ve postnatal faktörlerin ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015, 16, 440-450.

180. Tilokskulchai F, Phatthanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment behaviors in mothers of premature infants: a descriptive study in Thai mothers, *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 2002, 16(3): 69-83**.**

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

182. Yüksel Koçak D, Özcan H. Posnatal maternal bağlanma: retrospektif bir çalışma, *Perinatoloji Dergisi*, 2018, 78-46.

183. Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler, Yeni Symposium Journal, 2012, 50: 145-54.

184. Çakır D, Alparslan Ö. Doğum tipi değişkeninin anne-bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi, *J Contemp Med.*, 2018, 8(2): 139-147.

EKLER

Ek-1. Araştırmanın Tasarlanmasında Güç Analizi

Power Analysis of the Two-Sample T-Test Using Ratios

Numeric Results for Two-Sample T-Test Using Ratios

H0: R1=R0. H1: R1<>R0.

Power	Group Sample Sizes (N1)	Mean Ratio Under H0 (N2)	Mean Ratio Under H1 Limit	Mean Ratio Under H1 Limit	Effect Size Difference	Coefficient of Variation Deviation	Significance Level Alpha	Beta
0,7580	48	96	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,2420
0,7697	49	98	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,2303
0,7808	50	100	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,2192
0,7914	51	102	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,2086
0,8016	52	104	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,1984
0,8113	53	106	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,1887
0,8205	54	108	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,1795
0,8294	55	110	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,1706
0,8378	56	112	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,1622
0,8458	57	114	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,1542
0,8535	58	116	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,1465
0,8608	59	118	-5,00	5,00	0,00	10,00	0,0500	0,1392

References

Chow, S.C.; Shao, J.; Wang, H. 2003. Sample Size Calculations in Clinical Research. Marcel Dekker. New York.

Julious, Steven A. 2004. 'Tutorial in Biostatistics. Sample sizes for clinical trials with Normal data. Statistics in Medicine, 23:1921-1986.

Ek-1. Devamı

ABBÖ puan ortalamasına göre (effect size çalışma bulgularına göre alınmış) t tests - Means: Difference between two independent means (two groups) **Analysis:** Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) = Two

Effect size d =

0.9238095 α err prob

= 0.05

Sample size group 1 = 52

Sample size group 2 = 104

Output: Noncentrality parameter δ =

5.4392431 Critical t = 1.9754881

Df = 154

Power (1-β err prob) = **0.9997146**

ABBÖ puan ortalamasına göre (effect size 0.5 olarak alındığında) t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) =

Two Effect size d

= **0.5** α err prob

= 0.05

Sample size group 1 = 52

Sample size group 2 = 104

Output: Noncentrality parameter δ =

2.9439203 Critical t = 1.9754881

Df = 154

Power (1-β err prob) = **0.8328657**

EPDÖ puan ortalamasına göre (effect size çalışma bulgularına göre alınmış) t tests - Means: Difference between two independent means (two groups) **Analysis:** Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) = Two

Effect size d =

0.3582375 α err prob

= 0.05

Sample size group 1 = 52

Sample size group 2 = 104

Output: Noncentrality parameter δ =

2.1092453 Critical t = 1.9754881

Df = 154

Power (1-β err prob) = **0.5541603**

EPDÖ puan ortalamasına göre (effect size 0.5 olarak alındığında)

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) =

Two Effect size d

= **0.5** α err prob

= 0.05

Sample size group 1 = 52

Sample size group 2 = 104

Output: Noncentrality parameter δ =

2.9439203 Critical t = 1.9754881

Df = 154

Power (1-β err prob) = **0.8328657**

Ek-2. Kişisel Bilgi Formu-1

Sayın katılımcı,

Bu araştırma 'Yardımcı Üreme Teknikleriyle Gebe Kalan Kadınların Doğum Sonu Depresyon Düzeyini ve Belirlenmesi' amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Dosya Numarası:

A. Sosyo Demografik Özelliklere İlişkin Sorular

1. Yaşınız (Doğum Tarihi)……..

2. Eğitim düzeyi

( ) Okur Yazar Değil ( ) Okur Yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise

( ) Üniversite/Y.Lisans/Doktora

3. Çalışma durumunuz:

( )Çalışıyor ( )Çalışmıyor

4.Aile tipiniz:

( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile

5.Eşinizin eğitin düzeyi:

( ) Okur Yazar Değil ( ) Okur Yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise

( ) Üniversite/Y.Lisans/Doktora

6.Gelir düzeyiniz:

( ) Kötü ( ) Orta ( )İyi ( )Çok iyi

8.Son 10 yıldır yaşanılan yer:

( ) Köy/kasaba ( ) İl merkezi ( )Yurtdışı

A.2. Doğurganlık Öyküsü

1. Evlilik yaşı:
2. Evlilik süresi:
3. Akrabağa evliliği:

( ) Var ise kaçıncı derece..... ( )Yok

4. Gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

( ) Evet ( ) Hayır

5. .Doğum esnasında ve sonrasında sizde herhangi bir komplikasyon gelişti mi?

( ) Evet…… ( ) Hayır

6. Antenatal bakımı aldınız mı?

( ) Evet, ise 10. Soruya geçiniz. ( )Hayır ( ) Kısmen

7.Antenatal bakımı kimden\kimlerden aldınız?

( ) Ebe ( )Hemşire ( )Doktor

A.3.Bebeğe Ait Özellikler

1.Doğum kilosu:

2. Yenidoğanın cinsiyeti:

( ) Kız ( ) Erkek

3. Yenidoğanın cinsiyeti istediğiniz cinsiyet mi?

( ) Evet ( )Hayır

4. Doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğan ilk olarak ne zaman yanınıza geldi?

( ) Hemen - 1saat içinde ( ) 2 saat ve sonrası ( ) 4 saat ve sonrasında

5. Doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanı kaç saat içindeemzirdiniz?

( ) İlk yarım saat içinde ( )1 saat içinde ( ) İlk 4 saat içinde ( ) 4 saat ve sonrası

6.Anne sütü haricinde bebeğinize başka bir ek gıda veriyor musunuz?

( ) Evet(mama,su..v.b) ( )Hayır

7. Doğum sonrası dönemde yenidoğanda herhangi bir sağlık sorunu var mı?

( )Evet……. ( )Hayır

8. Yenidoğanın sağlık durumu ile ilgili kim tarafından bilgilendirildiniz?

( ) Ebe ( ) Hemşire ( ) Doktor

10.Yenidoğan bakımı konusunda kimden\kimlerden destek alıyorsunuz?

( ) Eş ( )Aile ( )Arkadaş ( )Diğer ( ) Sağlık Personeli

Ek-3. Kişisel Bilgi Formu-2

Sayın katılımcı,

Bu araştırma 'Yardımcı Üreme Teknikleriyle Gebe Kalan Kadınların Doğum Sonu Depresyon Düzeyini ve Belirlenmesi' amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Dosya Numarası:

A. Sosyo Demografik Özelliklere İlişkin Sorular

1. Yaşınız (Doğum Tarihi)……..

2. Eğitim düzeyi

( ) Okur Yazar Değil ( ) Okur Yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise

( ) Üniversite/Y.Lisans/Doktora

3. Çalışma durumunuz:

( )Çalışıyor ( )Çalışmıyor

4. Aile tipiniz:

( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile

5. Eşinizin eğitin düzeyi:

( ) Okur Yazar Değil ( ) Okur Yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise

( ) Üniversite/Y.Lisans/Doktora

6. Gelir düzeyiniz:

( ) Kötü ( ) Orta ( )İyi ( )Çok iyi

8. Son 10 yıldır yaşanılan yer:

( ) Köy/kasaba ( ) İl merkezi ( )Yurtdışı

A.2. Doğurganlık Öyküsü

1. Evlilik yaşı:
2. Evlilik süresi:

3. Akrabağa evliliği:

( ) Var ise kaçıncı derece..... ( )Yok

4. Gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

( ) Evet ( ) Hayır

5. .Doğum esnasında ve sonrasında sizde herhangi bir komplikasyon gelişti mi?

( ) Evet…… ( ) Hayır

6. Antenatal bakımı aldınız mı?

( ) Evet, ise 10. Soruya geçiniz. ( )Hayır ( ) Kısmen

7.Antenatal bakımı kimden\kimlerden aldınız?

( ) Ebe ( )Hemşire ( )Doktor

A.3.Bebeğe Ait Özellikler

1.Doğum kilosu:

2. Yenidoğanın cinsiyeti:

( ) Kız ( ) Erkek

3. Yenidoğanın cinsiyeti istediğiniz cinsiyet mi?

( ) Evet ( )Hayır

4. Doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğan ilk olarak ne zaman yanınıza geldi?

( ) Hemen - 1saat içinde ( ) 2 saat ve sonrası ( ) 4 saat ve sonrasında

5. Doğum sonu yataklı kliniğe geldikten sonra yenidoğanı kaç saat içindeemzirdiniz?

( ) İlk yarım saat içinde ( )1 saat içinde ( ) İlk 4 saat içinde ( ) 4 saat ve sonrası

6.Anne sütü haricinde bebeğinize başka bir ek gıda veriyor musunuz?

( ) Evet(mama,su..v.b) ( )Hayır

7. Doğum sonrası dönemde yenidoğanda herhangi bir sağlık sorunu var mı?

( )Evet…… ( )Hayır

8. Yenidoğanın sağlık durumu ile ilgili kim tarafından bilgilendirildiniz?

( ) Ebe ( ) Hemşire ( ) Doktor

10.Yenidoğan bakımı konusunda kimden\kimlerden destek alıyorsunuz?

( ) Eş ( )Aile ( )Arkadaş ( )Diğer ( ) Sağlık Personeli

B.İnfertilite ve Tedaviye Ait Özellikler

1. İnfertilite tedavisi görme süresi:

2. İnfertilite yaşama süresi:

3. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak İstiyorsunuz? ……..

4. İnfertilite nedeniniz:

( )Benden kaynaklanıyor ( )Eşimden kaynaklanıyor ( ) Her ikimizden kaynaklanıyor

( )Nedeni belli değil

5. Daha önce yararlanılan Yardımcı Üreme Teknikleri (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

( ) İntrauterin İnseminasyon (IUI)

( ) İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET)

( ) İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

( ) Peritoneal Oosit Sperm Transferi (POST)

( )Diğer

6. Yardımcı Üreme Tekniği kullanma sayısı:

7. Yardımcı Üreme Tekniği sonrası gebelik olma durumu:

( )Evet ……..kaç kez ( ) Hayır

8. Yardımcı Üreme Tekniği aldıktan sonra gerçekleşen gebeliğin sonucu:

( )Düşük ……..haftalık ( )Ölü doğum

9. Kaçıncı infertilite tedavisi sonucunda gebe kaldınız?.....

10. Çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında olduğunuzu hissettiniz mi?

( ) Evet ( ) Hayır

Ek-4. Edınburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek okadar değil
- Artık kesinlikle okadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiç bir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır,çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır,çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

Ek-5. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (Abbö) (Mother-To-İnfant Bonding Scale)

Bu sorular ilk birkaç hafta içinde, çocuğunuza karsı duygularınıza ilişkindir. Bebekler doğduktan sonra, ilk haftalar içinde, annelerin bebeklerine karsı bazı duygularını tanımlayan bir takım ifadeler aşağıda liste edilmektedir. Lütfen, **İLK BİRKAÇ HAFTA** boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan sözcüğün karsısındaki kutuya bir tik (x) işareti koyunuz.

	ÇOK FAZLA	**ÇOK**	**BİRAZ**	**HİÇ**
Sevgi Dolu				
Kızgın				
Nötr\Hiçbir Şey Hissetmeme				
Seviçli				
Hoşlanmama				
Koruyucu				
Hayal Kırıklığı				
Öfke				

Ek-6. Bilgilendirilmiş Onam Formu-1

Sayın Katılımcı

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınların doğum sonu depresyon düzeyini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmada Ankara il sınırlarında bulunan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde (HÜEH) Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniğine başvurduğunuz, iletişim engelinizin bulunmadığı ve araştırma için uygun bulunduğunuz belirlenmiştir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından yanıtlamanız için size veri toplama formları verilecektir. Bu formları doldurmak yaklaşık 20-30 dakikanızı alacaktır. Araştırma sırasında araştırmacı tarafından size verilecek olan formu doldurmanız istenecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde araştırmacı ile ilişkinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0541 406 08 37 numaralı telefondan Elif ÖZDEMİR'e başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Katılmam istenen çalışmanın amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğim zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda siz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.