T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM HAFIZASININ VE POSTPARTUM POSTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNUN ANNE-BEBEK VE BABA-BEBEK BAĞLANMA ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra ALTUN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM HAFIZASININ VE POSTPARTUM POSTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNUN ANNE-BEBEK VE BABA-BEBEK BAĞLANMA ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra ALTUN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2021

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamın her aşamasında yardımlarını ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, daima beni motive eden, her yönden örnek aldığım değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Sena KAPLAN' a,

Araştırmanın izni ve uygulanabilmesinde yardımcı olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği yöneticileri ve tüm personeline,

Uzman görüşünü aldığım Dr. Öğr. Üyesi Nur Elçin BOYACIOĞLU ve Öğr. Gör. Mehmet Seçkin ÖZIŞIK'a

Yaşamımın her aşamasında koşulsuz desteğini aldığım aileme,

Her koşulda yanımda olan, desteğini ve ilgisini esirgemeyen eşime, sonsuz saygı ve sevgimi sunar, içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **viii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **ix**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **x**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 5
1.3. Araştırma Soruları 5
2.GENEL BİLGİLER **7**
2.1. Postpartum Dönem ve Uyum süreci 7
2.1.1. Postpartum Dönem Psikiyatrik Bozuklukların Sınıflandırılması 8
2.1.2. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu 9
2.1.3. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtileri 10
2.1.4. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Yaygınlığı 13
2.1.5. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Risk Faktörleri 13
2.1.5.1. Gebeliğe Ait Risk Faktörleri 14
2.1.5.2. Doğuma Ait Risk Faktörleri 14
2.1.5.3. Postpartum Döneme Ait Riskler 14
2.1.6. Anne, Baba ve Yeni doğan Üzerinde Posttravmatik Stres Bozukluğunun Etkileri 15
2.2. Bağlanma 17
2.2.1. Bağlanma Kavramı ve Kuramı 17
2.2.2. Yeni doğan - Ebeveyn Bağlanma Türleri 21
2.2.2.1. Prenatal Bağlanma 21
2.2.2.2. Anne-Bebek/Maternal Bağlanma 22
2.2.2.3. Baba-Bebek/Paternal Bağlanma 27
2.2.3. Posttravmatik Stres Bozukluğunun Bağlanma Kavramı ile İlişkisi 28

2.2.4. Posttravmatik Stres Bozukluğunda Bağlanma Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımları 29
3. MATERYAL VE YÖNTEM 33
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 34
3.4. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri 34
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 35
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri 35
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri 36
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 36
3.7. Veri Toplama Araçları 36
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu-Anne 37
3.7.2. Kişisel Bilgi Formu-Baba 37
3.7.3. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ) 37
3.7.4. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC- CV) 39
3.7.5. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) 40
3.7.6. Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) 40
3.8. Araştırmanın Uygulaması 41
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 43
3.10. Araştırmanın sınırlılıkları 44
4. BULGULAR 46
4.1. Annelere İlişkin Bulguların Dağılımı 47
4.2. Babalara İlişkin Bulguların Dağılımı 51
4.3. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV), Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 53
5. TARTIŞMA 64
5.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 64
5.2. Babaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçeklerle İlişkin Bulguların Karşılaştırılarak Tartışılması 66

5.3. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği ile Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği, Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği Arasında Korelasyon İlişkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması 67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 81
6.1. Sonuçlar 81
6.2. Öneriler 83
7. KAYNAKLAR 85
8. EKLER 106
EK-1. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nden Alınan Etik Kurul İzni . 106
EK-2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Alınan Kurum İzni 107
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Anne/Baba Onam Formu 108
EK-4. Kişisel Bilgi Formu- Anne (KBF-A) 110
EK-5. Kişisel Bilgi Formu- Baba (KBF-B) 114
EK-6. Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi- Sivil Versiyonu (PTSDC-CV) 116
EK-7. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ) 118
EK-8. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) 120
EK-9. Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) 122
EK-10. Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi- Sivil Versiyonu (PTSDC- CV) Kullanım İzni 125
EK-11. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ) Kullanım İzni 126
EK-12. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) Kullanım İzni 127
EK-13. Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) Kullanım İzni 128
EK-14. Özgeçmiş 129

ÖZET

Doğum Hafızasının ve Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Anne-Bebek ve Baba-Bebek Bağlanma Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Araştırma doğum hafızasının ve postpartum posttravmatik stres bozukluğunun anne-bebek ve baba-bebek bağlanma üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi (AÜTFCH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 21.01.2021-24.05.2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemi, doğum sonrası takip edilen 294 kadın ve eşleri olmak üzere 588 birey oluşturmuştur. Kişisel Bilgi Formu-Anne, Kişisel Bilgi Formu-Baba, Doğum Hafızası ve Hatırlama ölçeği (DHHÖ), Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) kullanılarak veriler toplanmıştır.

Araştırmanın verilerine göre; PTSDC-CV toplam puan ortalaması 27.50 ± 14.51, DHHÖ toplam puan ortalaması 98.25 ± 28.39, MBÖ toplam puan ortalaması 93.68 ± 13.98, B-BBÖ toplam puan ortalaması 64.24 ± 11.18 olduğu belirlenmiştir. DHHÖ toplam puan ortalaması, genç yaş grubundaki annelerin ileri yaş grubuna göre, normal doğum yapanların, sezaryen ile doğum yapanlara göre ve doğum yönelik endişe duyanların duymayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Çalışmamızda eğitim düzeyi, gelir durumu, annenin sosyal destek alma durumu, gebeliğin istenme durumu ile DHHÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). B-BBÖ toplam puan ortalamasının eğitim düzeyi ve gelir durumu yükseldikçe arttığı belirlenmiştir. MBÖ toplam puan ortalamasının ise annelerin gelir düzeyi arttıkça yükseldiği saptanmıştır.

Çalışmamızda PTSDC-CV ile DHHÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde, MBÖ, B-BBÖ toplam puan ortalamaları arasında ise negatif yönde korelasyon belirlenmiştir. Bu bulgu PTSDC-CV toplam puan ortalamaları arttıkça, DHHÖ toplam puan ortalamasının arttığını, aynı zamanda PTSDC-CV toplam puan ortalamaları azaldıkça anne ve baba bağlanma düzeylerinin artacağını

göstermektedir. MBÖ ile B-BBÖ alt boyutları sabır ve hoşgörü (r=0.459; p=0.000), etkileşimde zevk (r=0.415; p=0.000), sevgi ve gurur durumu (r=0.290; p=0.000) arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; ebe/hemşirelerin, gebelik ve doğum sürecinde olumsuz doğum hafızası ve PTSB neden olabilecek riskli durumları belirlemeleri, doğum sonu dönemde anneleri PTSB yönünden değerlendirmeleri ve bütüncül multidisipliner sağlık hizmetleriyle ebeveynlerin postpartum döneme uyumlarını artırmaları, doğum hafızası olumlamasının yaptırılması, gerektiğinde profesyonel destek almalarını sağlamaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne-bebek bağlanması, baba-bebek bağlanması, doğum hafızası, hemşirelik, postpartum, posttravmatik stres sozukluğu.

ABSTRACT

Evaluation of the Effect of Birth Memory and Postpartum Posttraumatic Stress Disorder on Mother-Infant and Father-Infant Attachment

The study was conducted as descriptive and cross-sectional to evaluation of the effects of birth memory and postpartum posttraumatic stress disorder on mother-infant and father-infant attachment.

The study was conducted in Ankara University Faculty of Medicine Cebeci Hospital (AUFMCH) Department of Obstetrics and Gynecology between 21.01.2021-24.05.2021. The population of the study included 588 individuals consisting of 294 women who were followed up after vaginal or cesarean delivery, and their spouses. Data were collected using the Personal Information Form-Mother, Personal Information Form-Father, Birth Memories and Recall Scale (BMRS), Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PTSDC-CV), Maternal Attachment Scale (MAS), Father-Infant Attachment Scale (FIAS).

According to the data, According to the data of the study: PTSDC-CV total score average was 27.50 ± 14.51, DHHÖ total score average was 98.25 ± 28.39, MAS total score average was 93.68 ± 13.98, FIAS total score average was 64.24 ± 11.18. İt was determined that the mean total score of BMRS was in the young age group were higher than the older age group, in those who gave birth by normal delivery compared to those who gave birth by cesarean section, and in those who had birth anxiety than those who did not ($p < 0.05$). In our study, it was found that there was no significant relationship between education level, income status, social support status of the mother, desire for pregnancy and the mean scores of BMRS ($p > 0.05$). It was determined that the total score of FIAS average increased as the education level and income level increased. It was determined that the mean total score of MAS increased as the income level of the mothers increased ($p < 0.05$).

In our study, a positive correlation was found between the PTSDC-CV and the total mean scores of BMRS, while a negative correlation was found between the total mean scores of the MAS and FIAS. These findings show that as the PTSDC-CV total mean scores increase, the BMRS total mean scores will increase, and as the

PTSDC-CV total mean scores decrease, the level of mother and father attachment levels will increase. It was determined that there is a positive correlation between MAS and the sub-dimensions of FIAS that are patience and tolerance ($r = 0.459$; $p = 0.000$), joy in interaction ($r = 0.415$; $p = 0.000$), love and pride ($r = 0.290$; $p = 0.000$). This finding showed that as the mother-infant attachment level increased, the father-infant attachment level also increased.

In line with the study results, it is recommended that midwives/nurses identify risky situations that may cause PTSD and negative birth memory during pregnancy and delivery, evaluate mothers in terms of PTSD in the post-partum period, and increase parental adaptation to the post-partum period with holistic multidisciplinary health services, making of the affirmation of birth memory and provide professional support when necessary.

Keywords: Birth memory, father-infant attachment, mother-infant attachment, nursing, postpartum, posttraumatic stress disorder.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists / Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

AÜTFCH : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi

B-B BÖ : Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ICD : International Classification of Diseases / Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

JAOG : Japan Association of Obstetricians and Gynecologists / Japonya Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

KBF : Kişisel Bilgi Formu

KHD : Kadın Hastalıkları ve Doğum

MBÖ : Maternal Bağlanma Ölçeği

NICE : National Institute for Healty and Care Excellence / Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü

PPD : Postpartum depresyon

PTSB : Postpartum posttravmatik stres bozukluğu

PTSDC-CV : Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Ball'ın teorisi 27
Şekil 3.1. Çalışma Akış Şeması 45

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. DSM-V'e göre PTSB tanı kriterleri 12
Tablo 3.1. Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi..... 41
Tablo 4.1. Annelerin bazı tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulgular 47
Tablo 4.2. Annelerin bazı obstetrik özellikleri ile ilgili bulgular 48
Tablo 4.3. Annelerin doğum sonu eşin bebek bakımına katılımı hakkında görüşlerine ilişkin bulguların dağılımı 50
Tablo 4.4. Babaların bazı tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulgular..... 51
Tablo 4.5. Babaların bebek bakımına ilişkin düşüncelerine göre dağılımı 52
Tablo 4.6. Annelerin Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı..... 53
Tablo 4.7. Annelerin Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının dağılımı..... 54
Tablo 4.8. Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı 54
Tablo 4.9. Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının dağılımı 55
Tablo 4.10. Annelerin bazı özelliklerine göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği, Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği ve Maternal Bağlanma Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması 56
Tablo 4.11. Babaların bazı özelliklerine göre Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği puanlarının karşılaştırılması 60
Tablo 4.12. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği ile Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği, Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği arasında korelasyon ilişkisi 62
Tablo 4.13. Maternal Bağlanma Ölçeği ile Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği arasında korelasyon ilişkisi..... 63

1. GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı ve Önemi

Kadının yaşam döngüsü adölesan, gebelik, doğum, menopoz ve yaşlılık dönemlerini kapsamaktadır (1). Gebelik; kadının hayatındaki biyolojik, kültürel ve psikolojik değişiklikleri bir arada yaşadığı ve bu süreçte kadının doğum eylemine, ebeveynliğe hazırlandığı doğal bir süreçtir (1- 3). Gebelik; kadının yaşantısını doğrudan etkilediğinden dolayı anne ve doğacak fetüsün sağlığı açısından önemli bir süreçtir (3). Gebelik boyunca yaşanan değişimler gebenin bebeğe karşı daha duyarlı olmasını, ona sevgi ve şefkat göstermesini sağlamaktadır (4, 5).

Anne ile bebek arasındaki bağlanma ilişkisi, gebelik döneminde başlamakta ve artan bir şekilde doğum sonu dönemde de devam etmektedir (6). Bağlanma kuramına göre, insanlar doğası gereği bir yetişkine bağımlıdır ve bebekler doğumdan sonra hayatta kalabilmek için birincil bakım veren kişiye bağlanmak zorundadırlar. Bağlanma, anne ve bebek arasında sevgi ilişkisi içinde oluşan, süreklilik gösteren ve ömür boyu giderek artan, kadının annelik rolüne uyum sürecinde gerekli önemli bir yapı taşıdır (6- 8). Cranley anne bebek bağlanmasını, anne ile doğmamış bebek arasında başlayarak gebeliğin ikinci yarısından sonra en yoğun şekilde yaşandığını ifade etmiştir (9). Gebenin bebeğine yönelik oluşturduğu olumlu duygular anne ve bebek arasında güvenli bağlanmanın oluşmasını sağlamaktadır (10, 11).

Toplumsal yapının şekline göre değişiklik göstermekle beraber, kadının toplumdaki yerinin farkındalığı, aile içi rollerdeki değişimler babalık rolünün ön plana çıkmasını sağlamaktadır (12, 13). Babalarında anneye benzer bağlanma süreci yaşadığı düşünülmektedir (6). Özkan ve arkadaşlarına göre babalık rolü de annelik rolünde olduğu gibi gebelik döneminde başlamakta ve doğumdan sonraki ilk üç yıl içinde gelişmektedir (9). Babalık kimliğinin gelişmesi, babanın rollerini benimsemesi, benimsediği role karşı uyumu ve hissettikleri, bebek bakımına katkısı babalık rolünü ortaya koyması, baba ile bebek arasında bağlanma ilişkisi açısından son derece önemlidir (13). Baba ve bebek arasında gelişen güvenli bağlanma

çocuğun ruhsal ve davranışsal alanlarda gelişimini olumlu etkilemektedir. Babaların annelerin yanında bebeğe yönelik sorumluluklarını yerine getirmesi, bakıma aktif katılımı, çocuğun her istediğinde babasına ulaşabilmesi, duygusal gelişimi açısından da destek sağlamaktadır (7, 8, 12).

Doğum öncesi olumlu, güvenilir kurulan bağlanma, doğum sonu bağlanmanın ilk belirleyicisi olmaktadır (16). Yeni doğanın fiziksel, ruhsal ve zihinsel gelişimi için ebeveyni ile güvenli bağlanması son derece önemlidir (12). Özellikle ilk kez ebeveyn olan anne ve babalar, yeni rollerine alışma, yeni doğana karşı sorumlulukları yerine getirme, postpartum aile değişimine uyum sağlama sürecinde sıkıntılar yaşayabilmektedir (12). Yeni doğanın ilk temel ilişkisinde ortaya çıkan sorunlar bağlanmayı negatif yönde etkileyerek, yeni doğanın bir sonraki gelişim basamağında da olumsuzluklarla karşılaşmasına neden olabilmektedir (15, 27, 28). Güvensiz bağlanma nedeniyle yeni doğanda, beslenme bozukluğu, büyüme ve gelişme geriliği, huzursuzluk, ağlama nöbetleri, mutsuz görünüm, dik ve sabit bakışlar, ses çıkarmama, tepki vermeme, düzensiz uyku görülebilmektedir (11, 17, 18). Aynı zamanda ileri dönemde yakın ilişki kurmada zorlanma, güvenli ilişkiler kuramama, okul başarısızlıkları, davranış bozuklukları ve diğer dışa vuruk sorunlar ortaya çıkabilir (19).

Dünya sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre pozitif doğum deneyimi; kadının inançları ve beklentileri doğrultusunda, fiziksel ve psikolojik olarak daha güvenli bir ortamda sağlık profesyonelleri ile birlikte duygusal desteğinde sürekliliği ile sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesidir (14). DSÖ kadın merkezli, bütüncül insan hakları temelli, küresel bir bakım modeli sunmaktadır. Doğum sırasında verilen bakımın, kadın ve bebeğin sağlığı ve refahı için kısa ve uzun vadeli etkileri bulunmaktadır (14). Doğum çoğu kadın için güzel hatırlanan bir deneyim iken, doğuma yönelik beklentilerin karşılanmasındaki yetersizlikler doğum eyleminin zihinde olumsuz işlemesine neden olabilmektedir (5, 20). Kadının doğum sonu hafızasında saklanan, gerektiğinde bilişsel işleve sahip doğuma yönelik tüm bilgiler doğum hafızası olarak adlandırılmaktadır (69, 77, 132). Doğum hafızası, kadının postpartum sürecini ve annelik rolüne uyumunun şekillenmesini etkilemektedir. Travmatik doğum deneyimleyen kadınlar doğum anılarının zihinde canlı kaldığını ve sürekli hatırlayarak kabuslar gördüklerini belirtmişlerdir (69). Doğum hafızası olumsuz

biçimlenmiş kadınlarda postpartum posttravmatik stres bozukluğunun oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir (132).

Posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), bireyin baş edebileceği düzeyin üzerinde bir travma sonucu oluşan, bireyin fizik bütünlüğünü tehdit ederek, dehşet duygusu ile birlikte çaresizlik duygusu oluşturan ve süreğenleşme eğilimi gösteren bir ruhsal bozukluk durumudur (24). PTSB; bir stresöre karşı gösterilebilen etki olarak ilk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı-III (DSM- III)'de tanımlanmıştır (21). DSM-IV'de tanım "travmaya neden olan bir olaydan sonra oluşan ve en az bir ay etkisi süren, kişinin travmatik olayı hatırlatan olay ve çağrışımlardan kaçtığı, travmatik rüyalarla tekrar deneyimlediği mental bir bozukluk olarak genişletilmiştir. Doğum temelli sorunlar için "postpartum başlangıçlı" belirleyici eklenmiştir (21). DSM-V'de ise bu tanıma anhedonik belirtilerin eşlik ettiği, kendine zarar vermeye kadar giden davranış ve duygu durum bozuklukları eklenmiştir (21). Doğumun zor ve komplikasyonlu olması, doğum eyleminin kişinin bebeği ve kendisine karşı ölüm ya da yaralanma tehdidi olarak algılaması, bu deneyim sonucu korku, çaresizlik ile birlikte dehşet yaşaması ise postpartum PTSB olarak tanımlanmaktadır (5, 22- 24). Postpartum PTSB, kadının kendisini anne olarak yetersiz görmesine neden olmakta ve kadının öz güvenini olumsuz yönde etkilemektedir (5, 20, 22). Olumsuz beklentiler; maternal sağlık üzerinde oluşturduğu negatif etkiyle de doğumun travmatik olarak zihinde işlenmesine neden olmaktadır (20, 22). Toplumsal farklılıklarla beraber PTSB prevelansı %1.25 ile %20 arasında değişim göstermektedir (24, 31). Yapılan bir kohort çalışmada postpartum PTSB prevelansı ilk hafta %22-24, altıncı haftada %13-20 aralığında yaşandığı bildirilmiştir (23).

Yapılan çalışmalar; nullipar annelerin multiparlar annelere göre daha yüksek oranda postpartum PTSB yaşadığını göstermektedir (24, 30). Bunun yanı sıra, daha önce travmatik doğum deneyimine sahip olma (25), çocuklukta yaşanan cinsel istismar (26, 29), sosyal desteğin az olması (26, 30), bireyin sahip olduğu sosyo-demokrafik özellikler (30, 31), doğum sırasında kontrol edilemeyen ağrı, korku ve anksiyete düzeyi (24, 30), zor ve uzamış doğum eylemi geçirme, doğum sırasında vakum uygulaması, acil sezaryene alınma (23, 25), doğumda sağlık personelinin yetersiz bakım sunması (30) annelerin doğum eylemini olumsuz algılamasına yol

açtığını ve PTSB geliştiğini göstermektedir. Waldenström (1999) tarafından 1111 kadın üzerinde yapılan çalışmaya göre sağlık personeli desteğinin, kadının doğum algısını olumlu etkilediğini belirtmiştir (32).

Postpartum başlangıçlı PTSB, doğum anını sürekli istemeden hatırlama, doğum anını ve yaşadıklarını konuşmaktan kaçınma, doğuma yönelik karışık duygular hissetme, doğum sonrası geleceğe yönelik beklentilerden vazgeçme, dikkat dağınıklığı, uyku örüntüsünde bozulmalar ile gerginliğe neden olmaktadır (22- 24, 31- 33). Bu süreçte sadece annenin değil babanın da kaygı, stres durumunun arttığı bilinmektedir. Babalık rolüne geçişin tamamlanmasında doğum önemli bir basamaktır. Bu süreçte baba; annenin ve bebeğin sağlık durumu, fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması, maddi yükler gibi birçok faktörle yalnız mücadele etmek durumunda kalabilmekte ve anksiyete seviyesi artabilmektedir. Babalarla yapılan az sayıda çalışma anneler ile benzer şekilde yüksek anksiyete ve stres düzeyinin baba bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (34, 35). Postnatal dönemde annenin yüksek anksiyete düzeyinin bebeği ile bağlanmasını azalttığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur (29- 32).

PTSB tedavi edilmez ise; ebeveynlerdeki ruh sağlığı sorunları çocuk gelişimini de olumsuz etkileyebilir. Partner arasında olumsuz ilişkiler, cinsel disfonsiyonlar, aile içi şiddet olayları, ebeveyn ile bebek arasında bağlanma sorunları, güvensizlik, ebeveynlerde öz yıkım riski, bebek istismarı, yetersiz bakım sağlama, sosyal ilişkilerde bozulma, tokofobi, kürtaj düşünceleri, gereksiz sezaryen arayışı gibi olumsuz sonuçlanabilir (36- 38). Bu durum aile içi ilişkilerin bozulmasına neden olmanın yanı sıra, postpartum maternal ve paternal depresyona neden olmaktadır (36, 39). Yapılan çalışmaya göre; maternal postpartum depresyon görülme oranı %10- 15 oranında değişim göstermektedir (39). Babalarda postpartum depresyon insidansını inceleyen araştırma sonuçlarına bakıldığında %1.2 ile %26 arasında değiştiği görülmektedir (34, 35).

Ebe ve hemşireler tarafından verilecek sürekli doğum desteği annelerin doğumu daha olumlu deneyimlemesini sağlayarak, olumsuz doğum hafızasının biçimlenmesini ve PTSB gelişmesini önleyecektir (40, 69). Mevcut çalışmalar travmatik doğuma neden olan faktörlerin belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin alınmasının son derece önemli olduğu belirtilmekle birlikte, PTSB belirtilerinin

erken dönemde tespit edilerek girişimlerde bulunulması için, konuyla ilgili daha fazla araştırma sonuçlarına ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (40, 41).

Çalışmalarda doğum sürecinde kadının kanıt temelli, eşit, kaliteli, saygılı bir bakım almaları gerektiği vurgulanırken; çoğu kadının düşük kalitede sağlık hizmeti almaları, doğum sırasında gereksiz müdahaleler ve kötü muamele istenilen sonuçlara ulaşılamadığını göstermektedir. İntrapartum bakım sürecinde çözülemeyen sorunlar, doğum sürecinde verilen hizmetlerin yeniden düşünülmesi gerekliliğini vurgulamaktadır(14, 69, 77).

Yapılan çalışmalar; postpartum PTSB arttıkça güvenli anne ve bebek bağlanma sürecinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (20, 42- 43). Ancak, literatür incelendiğinde doğum hafızası ve postpartum PTSB'nun anne-bebek ve baba-bebek bağlanması üzerinde etkisinin eş zamanlı değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda doğum hafızası ve postpartum PTSB ile hem anne-bebek hem de baba-bebek bağlanması arasında ilişki belirlenerek, çalışma sonuçlarının perinatal alanda çalışan hemşire ve ebelerde farkındalık düzeyinin artırılması, postpartum PTSB'nun erken tanılanması, uygun yönlendirme ve tedavi yaklaşımlarıyla katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, doğum hafızasının ve postpartum PTSB' nun anne-bebek ve baba-bebek bağlanması üzerinde etkisinin değerlendirilmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Çalışma kapsamındaki kadınlarda postpartum PTSB görülme sıklığı nedir?

2. Postpartum PTSB' yi etkileyen risk faktörleri nedir?

3. Maternal bağlanma ölçeği puan ortalaması ile Baba-bebek bağlanma ölçeği puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

4. Postpartum dönemde PTSB-CV soru listesi toplam ve alt ölçek puan ortalaması ile Maternal bağlanma ölçeği puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

5. Postpartum dönemde PTSB-CV soru listesi toplam ve alt ölçek puan ortalaması ile Baba-bebek bağlanma ölçeği puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

6. Postpartum dönemde PTSB-CV soru listesi toplam ve alt ölçek puan ortalaması ile DHHÖ toplam puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

7. DHHÖ toplam puan ortalaması ile Maternal bağlanma ölçeği puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

8. DHHÖ toplam puan ortalaması ile Baba-bebek bağlanma ölçeği puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Postpartum Dönem ve Uyum süreci

Gebelik dönemi kadının yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişimlerin meydana geldiği ve değişimlere uyum sağlamaya çalıştığı gelişimsel yaşam döngüsüdür (1- 6, 44, 45). Plasentanın doğumu ile başlayan, gebelik süresince kadının vücudunda meydana gelen değişimlerin hızla geriye döndüğü 6-8 haftalık döneme postpartum dönem (doğum sonu dönem, puerperium) denilmektedir (1, 2, 45). Plasentanın atılmasıyla fizyolojik olarak; doğum sonu dönemde östrojenin, doğumun birinci ve ikinci evresi arasında progesteronun azaldığı, gebelik döneminde artan kortizol salımının, postpartum süreçte ilk dört saat içinde azalmaya başladığı, plasenta hormonlarının hızla kaybolmaya başladığı, bunun yanında prolaktin hormonunun özellikle geceleri salımının arttığı, troid fonksiyonlarında değişmeler meydana geldiği bilinmektedir. İlk haftadan hızlı sodyum düşüklüğü ile hızlı kilo kaybı, kalsiyum atılımında azalma görülebilmektedir (45- 47).

Kadının vücudunda fizyolojik değişimlerin yanı sıra psikososyal değişimler meydana gelmektedir. Gebelikle beraber ebeveyn olma psikolojik stres kaynağıdır. Özellikle östrojen hormonunun yokluğu annede depresyona eğilimini artırabilmektedir (36, 45). Kadın, fiziksel olarak vücudunun yeni beden görüntüsüyle, eşi ve çevresiyle olan ilişkisiyle, toplumsal rolündeki değişimlerle ve getirdiği yeni sorumluluklarla yüz yüze gelmektedir. Yeni bir bireyin aileye katılımı yeni ekonomik sorumlulukları da beraberinde getirmektedir (45- 47). Ebeveynliğe adım atan çift yeni doğan için yeni rollere bürünerek, yeni doğan ihtiyaçlarını giderme, güvenli ortam oluşturma, aile bütünlüğünü koruyarak ortaya çıkabilecek sorunlarla baş etmek zorunda kalabilmektedir. Bu süreç ebeveyn için kriz dönemine dönüşebilmektedir (46).

Doğum eylemi sırasında yaşanan olumlu ya da olumsuz durumlar kadının uzun süreli hafızasına aktarılarak ileriye yönelik yaşantısını etkileyebilmektedir. Gerektiğinde ortaya çıkarılan ve hafızanın merkezinde saklanan doğum deneyimine ilişkin bilgilerin tümü doğum hafızası olarak tanımlanmaktadır (132). Doğum hafızasının doğum öncesi dönemde kadının çevresinden veya sağlık personelinden

aldığı bilgilerle oluşmaya başladığı, doğum ve doğum sonrası dönemde de yaşanan deneyimlerle şekillenmeyi devam ettirdiği belirtilmektedir (132). Postpartum dönemde kadının sağlığını koruyabilmek için doğum hafızasının olumlu biçimlenmesi son derece önemlidir. Ancak bazı kadınlar doğum deneyimini olumlu ve pozitif olarak algılarken, diğer yandan doğum eyleminin travmatik olarak algılanması olumsuz doğum hafızasının biçimlenmesine yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalar hafızaya aktarılan travmatik anıların gün geçtikçe daha yoğun hatırlandıklarını ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olduğunu göstermektedir (60, 63, 131, 132).

2.1.1. Postpartum Dönem Psikiyatrik Bozuklukların Sınıflandırılması

Doğum fiziksel ve duygusal değişikliklerin çok kısa zamanda ortaya çıktığı ve kadınların savunmasız kaldığı bir geçiş dönemidir. Postpartum dönemde meydana gelen duygu durum bozuklukları hastalığın belirtileri, şiddeti, özellikleri, tedavileri ile prognozuna göre; annelik hüznü, postpartum depresyon, postpartum psikoz ve posttravmatik stres bozukluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır (48, 49).

Postpartum annelik hüznü, kadınların %50- 80'inde görülen, doğumdan sonra 3-5. gün içinde ortaya çıkan ve yedi ila on dört gün içinde kendini sınırlayan hafif depresyon ve karışık duygu durum hali ile karakterizedir (45). Ağlama nöbetleri, umutsuzluk, uyku bozuklukları, halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, hayal kırıklığı, kayıp ve keder duygusu ile kendini gösterir (45, 50). Bazı riskli durumlarda artan depresif duygu durum hali postpartum depresyon geliştiğinin belirteci olabilir (50, 51).

Postpartum depresyon (PPD), DSM-V'de PPD, "Duygu Durum Bozuklukları" içerisinde yer almaktadır (21). DSM-IV'de postpartum dönemde ilk dört hafta içinde başlayan depresif ataklar postpartum başlangıçlı olarak tanımlanırken (21); DSM-V'de, gebelik süresince veya postpartum dönem ilk dört haftada başlayan majör depresyon dönemini peripartum başlayan PPD olarak tanımlamaktadır (21). ICD-10'da ise, postpartum dönemde ilk altı haftada başlayan depresif epizod, postpartum depresif epizod olarak tanımlanarak DSM-IV ve DSM-V' e göre zaman farklılığını ortaya koymaktadır (21, 52). PPD, postpartum dönemde kadınların %10-15' inde görülmektedir. Doğum sonu ilk bir yıl içinde herhangi bir dönemde ortaya çıkabilmektedir (53- 55). Anne, bebek ve ailenin sağlığını tehdit

eden, tedavi gerektiren ancak sıklıkla fark edilmeyen PPD doğum sonrası psikoza dönüşebilir (45). Ağlama, duygu durum değişiklikleri, suçluluk, yemek yeme değişiklikleri, sosyal içe çekilme, uyku bozuklukları, bebeğini yeterince sevmediğini düşünmesi, bebeğine yeterince bakamadığının düşüncesi, gelecek planlarından vazgeçme, dikkat dağınıklığı ve yoğunlaşmada güçlük, disfori ve suçluluk duyguları, intihar düşünceleri postpartum depresyonda görülebilmektedir (54, 55).

Postpartum psikiyatrik hastalıkların en ağır şekli postpartum psikozdur (46). Görülme oranı %0.1-2'dir. Postpartum ilk 48-72 saat içinde ortaya çıkar ve paranoid, duygu durumda dalgalanmalar, dezorganize davranışlar, bebeğe ve kendine zarar verme, sanrısal düşünceler görülmektedir. Hastaneye yatarak tedavi edilmesi gereken kadın ve bebeğin hayati riskinin yüksek olduğu bir rahatsızlıktır (53- 55).

Postpartum dönemde görülen diğer bir psikiyatrik bozukluk postpartum PTSB'dir (42, 55). Doğum olayını travmatik olarak deneyimleyen kadınlarda PTSB görülme olasılığı artmaktadır (56).

2.1.2. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu

PTSB, 1980 yılında ilk defa DSM-III'de "olağanüstü-aşırı'' bir olaya maruz kalma sonrası oluşan anksiyete bozukluğu, organik mental bozukluk, psikotik duygu durum bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamayan postpartum psikozlar altında incelenmektedir (21). DSM-IV'de ise stres etkeni için, ölüm tehditi, ağır yaralanma, kendisi ya da başkası için fiziki bütünlüğe karşı bir tehdit içeren olayı yaşama veya tanık olma olarak değiştirilmiştir. Bu duygu durum bozuklukları için ''postpartum başlangıçlı'' belirleyici eklenmiştir. Ayrıca bu durumlarda oluşan yoğun korku, çaresizlik ile dehşete kapılma duyguları eklenmiştir (21). DSM-V'de bu duygu durum bozuklukları yine "postpartum başlangıçlı'' olarak tanımlanmıştır (21). ICD-10'da ise "postpartum bağlantılı ve herhangi bir yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar'' alt başlığı ile tanımlanmıştır (52).

DSM-III'de doğum olayı, normal ve olağan bir olay olarak kişi ve toplum için kabul gördüğü için travmatik stres kaynağı olarak kabul edilmemiştir (21). Ancak doğumda kadınların karşılaştıkları bazı durumların travmaya neden olduğu DSM-IV'de belirtilmiştir (21). Son olarak DSM-V'de zor veya travmatik bir stresöre

maruz kalarak gerçekleşmiş doğum eylemi sonrası, kişinin yaşamını tehlikede olarak algılaması, doğumu bebeği ve kendisi için fiziksel sağlığına bir tehdit olarak algılaması, bu deneyim ile birlikte korku, çaresizlik ve dehşet duygularını içermesi PTSB tanımlamasıdır (21). Bu nedenle PTSB' nin bir travmatik doğum eyleminin bir sonucu olabileceği kabul edilmektedir (21, 42).

2.1.3. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtileri

Travmatik bir olaydan birkaç gün sonra ortaya çıkan ve bir yıla kadar sürebilen, postpartum dönemde, doğumu düşünmekten kaçınma, uykuya dalma ve devam ettirmede sorun yaşama, dikkat dağınıklığı, odaklanmada sorunlar yaşama, kabus görme, yaşamını tehlike altında hissetme gibi belirtiler görülür (56, 57). DSM-V'e göre PTSB tanısının konulması için aşağıda belirtilen sekiz kriteri (Bkz. Tablo 2.1.) karşılaması gerekir (21).

1) Aşağıdaki belirtilen durumlardan bir ya da daha fazlası ile karşılaşmış olma, ağır yaralanmaya, cinsel saldırıya maruz kalmış olma;

- Travmatik olayı yaşama
- Travmatik olaya şahit olma
- Yakın tanıdığının travmaya maruz kaldığını öğrenme
- Travmatik olayın istenmedik bir şekilde tekrar etme durumu

2) Travmatik olay sonrası başlayan, travmatik olaya ilişkin istemsiz gelen aşağıdaki bulguların bir veya daha birden fazlasının var olması;

- Travmatik olaya ilişkin tekrarlayıcı, istemsiz gelen anılar
- Travmatik olaya ilişkin tekrar eden, sıkıntı veren düşler
- Bireyin kendini travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi düşünmesi
- Travmatik olayı hatırlatan uyaranlarla karşılaşınca uzun ve yoğun psikolojik sıkıntı yaşama
- Travmatik olayı hatırlatan olaylara karşı fizyolojik tepkiler verme

3) Aşağıdaki belirtilen durumlardan bir ya da ikisinin ortaya çıkma durumu;

- Travmatik olay sonrası dolaylı ya da doğrudan olayla ilişkili anı, düşünce ve duygulardan kaçınmak isteme.
- Travmatik olayı anımsatan uyaranlardan kaçınmak isteme

4) Aşağıda belirtilen durumlardan iki ya da daha fazlasının olması;

- Travmatik olayın önemli bir kısmının hatırlanmaması
- Kendisi,başkaları ve dünya ile ilgili sürekli ve abartılı bir şekilde kötü beklentiler içinde olma
- Travmatik olayın sebebi ve sonucu ile ilişkili kendini yada başkalarını suçlama duygusu
- Süreklilik gösteren olumsuz duygular
- Önemli aktivitelere katılmama yada ilgi göstermeme
- Diğer kişilerde uzaklaşma ve ya yabancılık hissetme duygusu
- Devamlı bir şekilde, olumlu duygular hissedememe

5) Aşağıda belirtilen durumlardan iki ya da fazlasıyla belirli görülen değişikliklerin olması;

- Canlı ve cansız varlıklara karşı sözel ya da sözel olmayan saldırgan davranışlar, öfke nöbetleri
- Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma
- Sürekli tetikte bekleme
- Yoğun irkilme tepkisi
- Dikkat dağınıklığı
- Uyku sorunlarının olması

6) Tüm bu kriterlerin bir aydan daha fazla sürüyor olması

7) Bozukluk klinik yönden belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, kamusal alanda işlevsellikte düşme kriterlerini karşılaması

8) Bu bozukluk herhangi bir fizyolojik sağlık durumuyla bağlantılı değildir (21)

Tablo 2.1. DSM-V'e göre PTSB tanı kriterleri (21).

1) Yanda belirtilen durumlardan bir ya da daha fazlasına maruz kalmış olma	**a)** Travmatik olayı yaşama **b)** Travmatik olaya şahit olma **c)** Yakın tanıdığının travmaya maruz kaldığını öğrenme **d)** Travmatik olayın istenmedik bir şekilde tekrar etme durumu
2) Travmatik olay sonrası yanda belirtilen bulguların istemsiz olarak var olması	**a)** Travmatik olaya ilişkin tekrarlayıcı, istemsiz gelen anılar **b)** Travmatik olaya ilişkin tekrar eden, sıkıntı veren düşler **c)** Bireyin kendini travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi düşünmesi **d)** Travmatik olayı hatırlatan uyaranlarla karşılaşınca uzun ve yoğun psikolojik sıkıntı yaşama **e)** Travmatik olayı hatırlatan olaylara karşı fizyolojik tepkiler verme
3) Yanda belirtilen durumlardan bir ya da ikisinin olmasıyla belirli şekilde yaşanması	**a)** Travmatik olay sonrası dolaylı ya da doğrudan olayla ilişkili anı, düşünce ve duygulardan kaçınmak isteme. **b)** Travmatik olayı anımsatan uyaranlardan kaçınmak isteme
4) Yanda belirtilen durumlardan iki ya da daha fazlasının yaşanması	**a)** Travmatik olayın önemli bir kısmının hatırlanmaması **b)** Kendisi,başkaları ve dünya ile ilgili sürekli ve abartılı bir şekilde kötü beklentiler içinde olma **c)** Travmatik olayın sebebi ve sonucu ile ilişkili kendini yada başkalarını suçlama duygusu **d)** Süreklilik gösteren olumsuz duygular **e)** Önemli aktivitelere katılmama yada ilgi göstermeme **f)** Diğer kişilerde uzaklaşma ve ya yabancılık hissetme duygusu **g)**Devamlı bir şekilde, olumlu duygular hissedememe
5) Yanda belirtilen durumlarda iki ya da daha fazlasıyla belirgin, şeklinde değişikliklerin görülmesi	**a)** Canlı ve cansız varlıklara karşı sözel yada sözel olmayan saldırgan davranışlar, öfke nöbetleri **b)** Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma **c)** Sürekli tetikte bekleme **d)** Yoğun irkilme tepkisi **e)** Dikkat dağınıklığı **f)** Uyku sorunlarının olması
6) Tüm bu kriterlerin bir aydan daha fazla sürüyor olması	_____
7) Bozukluk klinik yönden belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, kamusal alanda işlevsellikte düşme kriterlerini karşılaması	_____
8) Bu bozukluk fizyolojik sağlık durumuyla bağlantılı değildir.	_____

2.1.4. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Yaygınlığı

Doğum olayı her kadın için özel bir olgudur ve her kadın farklı deneyimlemektedir. Yapılan çalışmalar, kadınların doğum olayını travmatik olarak deneyimlemesi ile PTSB geliştiğini kanıtlamıştır. Yapılan bazı uluslararası çalışmalarda doğum sonrası PTSB prevalansı %1 ile %30 arasında değişim göstermektedir (58). De Schepper ve ark. yapmış oldukları çalışmada PTSB görülme oranı birinci hafta %22-24 iken, altıncı haftada %13-20 aralığında değişim gösterdiği belirtilmiştir (59). Yapılan çalışmalarda PTSB oranını; Ayers ve ark. %3.17 (60), Cigoli ve ark. %1.25 (43) olarak tespit etmişlerdir. İran'da 400 kadın ile yapılan bir meta analiz çalışmasında %54.5'inde travmatik doğum algısının oluştuğu, %20'sinde travma sonrası stres bozukluğu tespit edilmiştir (58). Nijerya'da PTSB prevelansı %5.9 (61), İngiltere'de % 2.5 (62), İsveç'te %1.7 (64), Almanya'da %0.9 (64), Amerika'da %3.1 (66), oranında olduğu tespit edilmiştir.

Postpartum PTSB görünme oranı ile ilgili ülkemizde sınırlı çalışmalar mevcuttur. Üç doğum hastanesinde 950 annenin katıldığı bir çalışmada, annelerle gebelik döneminde, doğum sonu 4-6. hafta ve doğum sonu 6. ayda görüşülmüştür. PTSB görülme oranlarının sırayla %5.8, %11.9 ile %9.2 olduğu tespit edilmiştir (67). 2014 yılında Niğde ilinde 242 annenin katıldığı bir çalışmada, 6-8. haftada PTSB görünme oranı %29 olarak belirlenmiştir (65).

2.1.5. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Risk Faktörleri

Travmatik bir olay sonrası meydana gelmesinin yanı sıra postpartum PTSB'nin ortaya çıkmasına neden olan birçok faktör vardır. Travmatik stres yanıtı, obstetrik risk faktörleri (eğitim düzeyi, kadın olmak, travmatik olaylara tanıklık yapacak meslek mensubu olmak, ekonomik düzey…), psikososyal faktörler (daha önce yaşanmış travmatik olaylar, çocuklukta davranışsal bozukluklar, cinsel istismar, psikiyatrik hastalığa sahip olma, süreğen depresyon, kaygı bozuklukları, madde kullanımı…), biyolojik risk faktörleri (stres hormonunun yükselmesi…), sosyokültürel risk faktörleri (sosyal destek varlığı, güvenli çevre…), gebelik dönemi risk faktörleri, doğumla ilişkili risk faktörleri ve postpartum risk faktörleri gibi geniş etyolojik nedenlerle ilişkilidir (63- 69).

2.1.5.1. Gebeliğe Ait Risk Faktörleri

Kadının gebelik öncesi ve gebelik döneminde sahip olduğu bazı özelliklerin doğum algısında etkili olduğu bilinmektedir. Gebelik dönemine ait risk faktörleri; istenmeyen ve planlanmamış bir gebeliğe sahip olma (69), daha önceki doğum deneyimlerinin olumsuz ve travmatik olması, doğuma ait negatif düşüncelere sahip olma (59, 65, 69), komplikasyonlu ve riskli bir gebelik dönemi geçirme, antenatal bakımın yetersiz alınması ya da hiç alınmaması, gebelik dönemi ve doğum konusunda yeterli bilgiye sahip olmama (59, 69- 71), nullipar olma (69, 72), doğumda öz yeterliliğinin düşük olması (25), gebelik döneminde doğum korkusunun yüksekliği (72, 73), umut edilenden daha farklı bir süreçte geçen gebelik dönemi sıralanabilmektedir (26, 68, 69, 74).

2.1.5.2. Doğuma Ait Risk Faktörleri

Travmatik ve olumsuz doğum deneyimin genellikle doğum sürecinde duyulan memnuniyetsizlikle ilgili olabilmektedir. Doğuma ait risk faktörleri; doğum eylemi sırasında sosyal destek eksikliği, hastanın sağlık personeli ile iletişim eksikliği, sağlık personeli tarafından ihmal edilmesi, diğer hastalarla arasında ayrımcılık yapıldığını düşünmesi (26, 68, 69, 74), sağlık personelinin empatik olmayan otoriter yaklaşımları, doğum sürecince karar mekanizmasının kullanılmaması (68, 73, 74), doğum eylemi sırasında kadına uygulanan müdahaleler, rutin epizyotomi, sürekli fetal monitarizasyon, doğumhane ortamında hareket özgürlüğünün kısıtlanması, doğum sürecinde kadının ağrısı ve yetersiz analjezik uygulamaları, doğum sürecinin hızlı ilerlemesi ya da acil sezaryene alınma doğum sürecinde yaşanan riskler olarak sıralanabilir (68, 72- 74).

2.1.5.3. Postpartum Döneme Ait Riskler

Doğum deneyiminin oluşturduğu olumsuz etkiler postpartum dönemde devam etmektedir. Bu süreçte; annede ve bebekte oluşan komplikasyonlar, kadınların eşleri tarafından desteklenmemesi, sosyal destek azlığı, kadınların duygularını ifade edememesi, sağlık personelleri tarafından duygularının sorulmaması, ihmal

edilmeleri, postpartum kontrollerin düzenli yapılmaması gibi riskler doğum olayının algılanması ve yorumlanmasında risk oluşturmaktadır (68, 72- 74).

Doğum olayı algısı, kadının hayatında birçok faktörden etkilenir. Travmatik doğuma neden olabilecek risklerin belirlenmesi, erken tanılanması, gerekli önlemlerin zamanında alınarak risk faktörlerinin ortadan kaldırılması anne ve baba adayının hemşirelik bakım hizmetleri kapsamında bütüncül olarak ele alınması son derece önemlidir(69, 73, 74).

2.1.6. Anne, Baba ve Yeni doğan Üzerinde Posttravmatik Stres Bozukluğunun Etkileri

Gebelik ve doğum süreci her kadın için özel bir olgudur ve her kadın farklı yaşamaktadır (65, 67). Kadınların zihinlerinde doğum ile ilgili oluşturdukları tema, gebeliğin başından doğum sonuna kadar çevresinden edindiği bilgi doğum eylemini olumlu karşılamalarını etkilemektedir. Doğum ile ilgili beklentiler; kişisel, kültürel ve çevresel faktörlerde etkilenmektedir (65- 74). Olumlu beklentiler içinde başlayan gebelik süreci ve bu sürecin travmatik bir olaya dönüşmesi, kadınların karışık duygu durumuna bürünmelerine neden olabilmektedir. Diğer travmatik olaydan farklı olarak bir doğum eylemi mutlulukla sonuçlanmaktadır. Travmatik bir doğum eylemi geçiren kadın bile bebeğini sağlıklı gördüğünde olumsuz algı güzel bir duyguya dönüşebilmektedir (68, 74). Bunun aksine travmatik deneyimlerin etkilerinde kurtulamayan kadınlarda oluşan negatif sonuçların etkileri, nesiller boyu algı ve deneyimleri etkileyebilmektedir. Yamagata ve arkadaşları (2016) korku, kaygı ve depresyon gibi duygu durum bozukluklarında anneden kız çoçuklarına aktarımın olabileceğini yaptıkları çalışmada bildirmişlerdir (75). Yehuda ve arkadaşları (2016)'nın yaptıkları araştırmada ise; ebeveyninin travmasına maruz kalmış ebeveyn ve çocuklarında epigenetik değişiklikler oluştuğu ve gelecek nesillere travmanın biyolojik olarak aktarıldığı bildirmiştir (76).

Travmatik doğumun etkileri doğum sonu dönemde de devam etmektedir. Postpartum PTSB, anksiyete bozukluğu, panik atak gibi sağlık sorunlarının oluşmasına neden olabilmektedir. Doğum eylemini travmatik olarak deneyimleyen kadınlar, sürekli olarak doğum anını yaşadıklarını, kabuslar gördüklerini ifade etmektedirler (10, 74, 77). Doğum sırasında kadınlarda oluşan kontrol kaybı,

çaresizlik, korku kadınların kendilerini zayıf hissetmelerine ve öz yeterliliğin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Travmatik doğumu hatırlatan herhangi bir uyaran ciddi çaresizlik ve fizyolojik patolojilere yol açmaktadır (41, 74, 77). Olumsuz ve travmatik deneyimlenen doğum eylemi bir sonraki doğum deneyimleri için korkunun oluşmasına neden olabilmektedir (72- 74). Kadınlarda gelişen aşırı korku, bebek sahibi olmak istemelerine rağmen gebelik ve doğumdan kaçınma/tokofobi olgusunun oluşmasına, doğum tercihlerinin değişmesine neden olabilmektedir (65, 72- 74). PTSB olan kadınların normal doğum tercih etmedikleri, sezaryen ile doğum yapmak istedikleri bildirilmektedir (65, 74). Yapılan birçok çalışmada, sezaryen olmak isteme ile doğum korkusu, daha önce travmatik bir doğum eylemi geçirme önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (73, 74, 78).

Postpartum PTSS, kadınlarda kontrol kaybı, yaşanılan olumsuzluklardan dolayı kendini veya bebeği suçlama, etkisiz emzirme, annelik rolüne ait sorumlulukları yerine getirmeme, cinsellikten kaçınma, eşe karşı ilginin kaybolması, aile içi iletişimde bozulma oluşmasına neden olabilmektedir. Bu duygu durumda olan kadın kendini çevresinden soyutlanmaya başlayabilir (10, 72- 74). Bu süreçte kadın bebek bakımı ve emzirmeyi reddedebilir ya da tam aksine bebeğe karşı aşırı koruyucu davranış sergileyerek, kendinden başkasının bebeğe dokunmasını istemez. Bebek ihtiyaçlarının giderilmesi için daha çok ağlar. Bebekte etkisiz emme davranışlarıyla beraber, yeme güçlükleri, yetersiz uyku, gelişme bozuklukları, ebeveyn ile bağlanma sorunları görülebilmektedir (10, 41, 74). Bu durum aile için ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir (60), hatta postpartum maternal ve paternal depresyon meydana gelebilmektedir. Yapılan çalışmalara göre; Postpartum depresyon görülme oranı %10-15 oranında değişim göstermektedir (39, 53, 55).

Sağlıklı bireylerin yetişmesi, sağlıklı bir toplumun temellerinin atılmasında son derece önemlidir. PTSB yaşayan ve aile içi ilişkilerinin bozuk olduğu bir ailede yetişen birey sosyal hayatında da sıkıntılar yaşayabilmektedir (39, 71). Sağlıklı bireylerin sağlıklı toplumu oluşturduğu bilgisinin ışığı altında anne, baba ve bebek bağlanmanın toplum sağlığı açısında incelenmesi gerekliliği kaçınılmaz bir gerçektir (24).

2.2. Bağlanma

2.2.1. Bağlanma Kavramı ve Kuramı

İnsan, topluluk içinde yaşayan ve birbirleriyle sürekli etkileşim halinde olan organizmadır (15). İnsanların kişiler arası etkileşimini etkileyen bağlanmanın sağlıklı gelişmesi toplum sağlığının korunması ve gelişmesi için son derece önemlidir. İnsanın temel ihtiyaçlarının yanında psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak için oluşan ilişki arayışı, bağlanma kavramı ile açıklanır (3, 8, 15). Bağlanma, anne- baba ile bebek arasında ya da sürekli bakım veren kişi ile kurulan, yaşamın ilk gününden itibaren oluşan, çevreyle etkileşim sonucu gelişen duygusal bir bağdır. Stres durumunda belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan bu duygusal bağın oluşumunda anne ya da birincil bakım veren kişi anahtar rol oynamaktadır (4, 8, 15, 16). Ebeveyn bakımının niteliği ve kalitesi bebeğin ileriki yaşamını etkileyecektir. Bağlanma araştırmacıları ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkilerin, uzun dönemde çocuğun sonraki ilişkilerinde etkili olduğunu savunmuşlardır (3, 76).

Yeni doğan biyolojik olarak diğer bir yetişkine bağımlıdır. Uzun süre bakım verenin doğrudan yardımına muhtaçtır. Yeni doğanın bu biyolojik yetersizliği nedeniyle bakım verene bağlanması kaçınılmazdır. Her iki tarafında birbirinin ihtiyaçlarını karşılaması ile zamanla gelişerek sağlıklı ilişkiler kurma becerisi oluşturması ile bireylerde önemli bir sürecin başlaması bağlanma ile oluşur (3, 12, 15, 16, 76). Eğer bir bebek, istediği ya da ihtiyaç duyduğu zaman bağlanma figüründen istenilen tepkiyi görebiliyorsa, çevreye uyum sağlama ve keşif etme güdülerinin doyurulmasına zemin hazırlaması mümkün olmaktadır. Bu bireylerin gelecek hayattaki sosyal ilişkileri daha güvenli ve sağlıklı gelişecektir (3- 5).

Bağlanma kuramı ilk defa İngiliz psikanalist ve kuramcı John Bowlby tarafından tanımlanmıştır. Bowlby; çocukluk dönemine ait psikopatolojilere neden olan etkenleri araştıran çoçuk psikanalistidir. Bowlby' nin çalışmalarından daha sonra Mary Ainsworth ile arkadaşları etkilenmiş, yaptıkları deneylerle bağlanma teorilerinin gelişmesine yardımcı olmuşlardır (5).

Bowlby, nesne ilişkileri kuramcıları tarafından yetiştirilmiştir. Erken çocukluk dönemine önem veren nesne ilişkileri kuramcıları ebeveyn- çocuk ilişkisine

odaklanırlar. Temel ilkeleri, çocuğun bilinçaltında oluşan yansımaları, çocuğun yalnız olduğu zamanlarda da nesne görevi olarak görmektedir. Psikanalitik düşüncenin yeterli esneklik göstermemesi ve çevre etmenlerinin göz ardı edilmesi Bowlby' nin nesne ilişkileri kuramcılarından ayrılmasına neden olmuştur. Yaptığı çalışmalarda anne yoksunluğu ile duygusal ilgisizlik arasında bir ilişki olduğunu savunmaktadır (3, 4, 80).

Bowlby' e göre insan hayatında önemli bir yeri olan bağlanmanın üç temel işlevi vardır: fiziksel ihtiyaçlarının karşılaması, dış dünyayı keşfederken geri döndüğünde güvenli bir liman bulma ve hayata dair güvenlik duygusunu geliştirebilmedir. Temel işlevler yeterli karşılanmaz ise kişide öz benlik algısıyla bağlantılı patolojilerin oluşacağını öne sürmektedir (3, 80 ,81 ,82).

Bir kişilik gelişim kuramı olan bağlanma kuramı, yaşamın erken safhalarında başlayan, sürekliliği olan ve dinamik bir süreci ele almaktadır. Birçok psikanalist tarafından farklı yorumlanmıştır. Ainsworth bağlanma sistemini, yaşamın devamlılığı için elzem olması nedeniyle, bireylerde doğuştan var olan genetik bir olgu olarak tanımlamıştır. Bir kişinin başka bir kişiye geliştirdiği şefkatli bir bağ olarak ifade etmiştir (83). Harlow, bebeğin açlık, susuzluk, ısınma, güvenlik gibi temel ihtiyaçları karşılayan anne ile arasında bir bağlanma olduğunu ileri sürer. Harlow' un yaptığı çalışmalar; anne-çocuk arasında karşılıklı sevgi bağının oluşması çocuğun ileriki yaşantısını etkileyeceği, diğer insanlarla kuracağı ilişkilerde de oluşacak güven duygusunun etkileneceğini göstermektedir (15).

Ainsworth ve arkadaşları tarafından, bebeğin anneye güvenme derecesini incelemek amacıyla "Yabancı Durum" deneysel tasarım modeli geliştirilmiştir. Model 8 aşama oluşturulmuş ve bebeğin verdiği tepkiler sırayla gözlemlenmiştir. Bu aşamalar;

1) Gözlem odasında anne ve bebek, çevreyi tanıması için bir süre yalnız kalırlar.

2) Gözlem odasına bebek tarafından tanınmayan bir kişi girer.

3) Anne, bu kişi ile bir süre konuştuktan sonra odadan ayrılır.

4) Bebek tarafından tanınmayan kişi bir süre sonra odadan ayrılarak, bebeğin yalnız kalması sağlanır.

5) Anne bir süre sonra gözlem odasına geri dönerek bebeği sakinleştirir.

6) Anne tekrar gözlem odasından ayrılarak bebeğin yalnız kalması sağlanır.

7) Bebek tarafından tanınmayan kişi gözlem odasına gelerek bebeği sakinleştirmeye çalışır.

8) Gözlem odasına anne tekrar gelerek bebeği sakinleştirmeye çalışır.

Ainsworth ve arkadaşları bebeklerin bağlanma biçimlerinin, annelerin erişebilirliği ve yanıt verme konusundaki davranışları ile olan ilişkisini gözlemlemişlerdir. Bebekler üzerinde yabancı durum testi ile bağlanma biçimlerini tanımlamışlardır. "Yabancı Durum Testi" sonucu, "Güvenli, Kaygılı/Kaçınan ve Kaygılı /Kararsız" üç tür bağlanmanın oluştuğunu belirtmişlerdir. Daha sonra Main ve Solomon, yaptıkları çalışma sonucunda bu üç tür bağlanmanın yanı sıra "Dağınık/Dezorganize Bağlanma kavramını tanımlamışlardır (84, 85).

Güvenli bağlanma; anne ve babanın davranışlarının yerinde ve zamanında, bebeğin ihtiyaçlarının karşılayacak nitelikte ve tutarlılıkta olması ile oluşur. Anne ya da babanın bebeğin yanından ayrıldığı zaman bebek tepki gösterir ama geri döndüğünde olumlu tepki verirler. Bu bağlanma figürüne sahip bebekler daha fazla keşif içindedir. Olası sıkıntı ya da sorunda anne- babanın her zaman yanlarında olduklarını bilirler. Ayrıca bu bağlanma tipindeki bireylerin öz saygı ve güven duyguları gelişmiştir (83- 85). Çevrelerine karşı olumlu bakış açıları geliştirirler (86).

Kaygılı/ Kararsız bağlanma; bu bağlanma stiline sahip bebeklerin, temel bakım veren arasında gösterdikleri davranışların sürekli değişiklik göstermesi nedeniyle kararsız olarak adlandırılmaktadır (86). Anne ve babanın tutarsız davranışları, aşırı kaygılı ve müdahaleci davranışları, bebeğin ihtiyaçlarının zamanında karşılanmaması kaygılı/ kararsız bağlanma stilinin oluşmasına neden olmaktadır. Bu bebekler anne- babalarının yanından ayrıldığı zaman çok fazla ağladıkları geri döndüklerinde de sakinleştirmede zorlanıldığı görülmektedir. Sorun ya da sıkıntı yaşadıklarında güvenli bir yer olmadıklarını düşünmektedirler. Bu tip

bağlanmaya sahip bireyler, özgüvenleri az, sosyal ilişkileri kurarken kendilerini ifade etmekte zorlanan, verilen desteği alamayan ve kaygılı bireylerdir (85, 86).

Kaçınmacı bağlanma; anne ve babanın tutarsız davranışları, uzak duruşları, bebeklerin ihtiyacını karşılamada yetersizlikler nedeniyle oluşmaktadır. Anne-baba bebeğin yanından ayrıldığı zaman bebeklerin çok fazla etkilenmedikleri, geri döndüklerinde de tepki vermedikleri görülmüştür. Bu bağlanma tipindeki bireylerde "kimseye ihtiyacım yok, ben her şeyi yaparım" düşüncesi vardır. Gelecek hayatta çekingen davranış sergilerler (86, 87).

Main ve Solomon tarafından daha sonra Deorganize/Dağınık bağlanma biçimi eklenmiştir. Anne ve babadan korkma, ihmal edilme, ihtiyaçların karşılanmaması nedeniyle oluşmaktadır. Bu bağlanma stiline sahip bebekler yabancı durum testinde tutarsız ve dağınık davranış şekilleri göstermektedirler (6, 86, 87).

Bağlanma kuramcılarına göre bağlanma tipleri bebeklik döneminde nasıl şekillendi ise yaşam boyu aynı şekilde sürekliliğini devam etmektedir. Yapılan çalışmalara göre, bir yaşındaki bebekte oluşan bağlanma stili ile ergenlik dönemindeki bağlanma stili arasında %70 oranında benzerlik görülmüştür. Aynı zamanda güvensiz bağlanma tipinde bireylerde depresyon, kaygı, madde kullanımı gibi çeşitli psikopatolojiler oluştuğu görülmüştür (87).

Bowlby ve Ainsworth, anne ve çocuk arasında oluşan duyguların, özellikle olumsuz bir durum karşısında desteğin bağlanmayı oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bağlanma çift yönlü bir olgudur. Bu nedenle anne ve çocuk arasında ilişkinin tutarlılığı ve sürekliliği çocuğun gelecek yaşantısını etkilemektedir (23).

Anne ve bebek arasında oluşan ilk bağlanma ilişkisinin tam olarak kanıtlanmamasına rağmen doğum öncesinde oluştuğu öne sürülmektedir (91). Anne bebeğine olumlu duygular aktararak güvenli bağlanmanın ilk temelini oluşturmaktadır. Gebelik döneminde annenin bebeği ile konuşarak karnını okşaması, bebeğini dokunsal hissederek olumlu kabulü bağlanma ilişkisi için çok önemlidir (84, 91). Gebelik sürecinde annede zihinsel olarak bebeğin kabulü ve oluşturduğu tasarım içeriği ön plana çıkmaktadır. Bu süreçte annede kendi ebeveynleri ile olumlu bir bağlanma geliştirmiş ve sürekliliğini sağlayabilmiş ise bebek ile arasında olumlu, güvenilir bağlanma oluşturmasını sağlayacaktır (92). Ebeveynin kendi arasında

duygusal iletişimde birbirlerine verdikleri duygusal cevaplar bebek arasında da duygusal iletişimin kalitesini etkileyecektir (93).

Bebeğin birincil bağlanma figürü çoğunlukla anne olmasına rağmen temel bağlanma babada çok önemlidir (94). Birincil bağlanma figürü olan anne tarafından desteklenen babalara karşı oluşturulan bağlanmanın güvenli geliştirilme olasılığı daha yüksektir. Bebek için anne temel gereksinimlerini karşılayan sevgi kaynağı iken; sesinin tonu, giyimi, kokusu dokunuşu anneden farklı olan baba aktif oyun, eğlenme zamanında tercih edilen taraf olabilmektedir (93, 94).

2.2.2. Yeni doğan - Ebeveyn Bağlanma Türleri

2.2.2.1. Prenatal Bağlanma

Gebeliğin başladığı andan doğum olayının gerçekleştiği ana kadar geçen dönem prenatal dönem olarak tanımlanır. Bu süreçte anne ve doğmamış bebeği arasında bir biyolojik bağın yanında duygusal bir bağda oluşur. Gebelik ilerledikçe fetüs, anne tarafından farklı bir birey olarak algılanmakta, kendisinden bağımsız bir birey olarak görülmektedir (10, 24).

Doğum öncesi bağlanma kavramının teorik yapısını inceleyen ilk teorisyen Cranley, prenatal bağlanmayı "annelerin doğmamış bebeklerine karşı gösterdikleri sevgi içerikli davranışların tümü" olarak tanımlamaktadır (11, 24). Koopman ve arkadaşlarının gebelikte bebeklerini kaybeden annelerin yaşadıkları acıyı gözlemlemişler ve hiç temasta bulunmadıkları, görmedikleri bebeklerine yönelik yaşadıkları yas sürecini prenatal bağlanma ile açıklamışlardır (95). Sonuç olarak kadınların annelik rolü kazanması, doğum sonu dönemde yeni doğan ve anne arasında bağın kurulmasında gebelik döneminin çok önemli olduğu gözlenmektedir (24).

Bebeğin sağlıklı gelişimi için annenin gebelik döneminde bebeği benimsemesi önemlidir. Gebeliğe bağlı fizyolojik değişimlerin meydana gelmesi, uterusun büyümesi, fetal hareketlerin anne tarafından hissedilmeye başlanması, ultrasonografi ile fetüsün görüntülenmesi prenatal bağlanmayı güçlendirmektedir. Annenin bebeği kabullenmesi, karnına dokunması, sarılması prenatal bağlanmanın

başladığını gösteren belirtilerdir. Annenin bebeğe olumlu duygular aktarması prenatal dönemde bağlanmanın temelini oluşturur (11, 24, 96, 101).

Gebeliğin istenen bir gebelik olması, gebeliğin onaylanması, fetüsün farklı bir birey olarak kabulü, gebelik döneminde stresörlerle karşılaşma ve başa çıkmada zorlanma, eşin ve çevreden sosyal desteğin olma durumu, prenatal bağlanmayı ve annelik rolünün kazanılmasında rol oynamaktadır (11). Annelik rolü kazanılmasında, doğum öncesi bakım alma, kontrollere zamanında gitme, sağlıklı beslenme davranışı, sigara, alkol ve uyarıcı madde kullanmama, emniyet kemeri kullanmaya özen gösterme gibi davranışlar olumlu etkilerken daha önce yaşanmış olan gebelik kayıpları, prematür doğum yapma, istenmeyen gebelik durumu, travmatik doğum öyküsü gibi olaylar risk oluşturmaktadır (24, 96, 97).

Doan ve Zimerman prenatal bağlanmanın gelişimsel modelini geliştirmişlerdir. Prenatal bağlanmayı, gebelik öncesi başladığı ve gebelik boyunca devam ettiğini belirtmekte, bebeği kavramlaştırmaya yönelik bilişsel ve duygusal yeteneklerle ilişkili soyut bir kavram olarak tanımlamaktadırlar. Adölesan dönem, gebelik döneminden önceki erken yetişkinlik ve gebelik sonrası yetişkinlik dönemi prenatal bağlanmanın temellerini oluşturabilecek beceri ve stratejiler içerir. Prenatal bağlanmada, çoçuklukta başlayan bilişsel, duygusal beceri ve stratejiler öncül oluştururken, çoçukluk döneminde ebeveynin davranışları ve annenin bağlanma stili gelişen fetüse bağlanma becerisini etkilemektedir. Hamile kaldıktan sonra prenatal bağlanmanın düzeyi, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün utrasonografi ile görüntülenmesi, daha önceki ebeveynlik davranışları gibi deneyimlerle ilişkilidir (97).

Prenatal bağlanma kavramı soyuttur ve gebelik öncesi dönemde var olup ebeveyn ile fetüs arasındaki duygusal yatkınlığa dayanan ilişkiyi temsil etmektedir. Kendinden ayrı başka bir insanı zihinsel canlandırarak bilişsel ve duygusal becerilerin kullanımı ile ilişkilidir (48).

2.2.2.2. Anne-Bebek/Maternal Bağlanma

Doğum öncesi dönemde anne ve bebek arasında gelişen güvenilir bağlanma, doğum sonrası dönemde gerçekleşecek anne- bebek bağlanmasını pozitif olarak

etkilemektedir. Anne ve bebek arasında gelişen pozitif doğum öncesi bağlanma ise bebeğin fiziksel ve zihinsel gelişimi için çok önemlidir (98- 100). Maternal bağlılığın oluşmasında en kritik dönem doğumdan sonra başlayıp bebeğin yaşamının ilk üç yılını kapsamaktadır. Doğum sonu bebeğini kucağına alıp seven anne ile bebek arasında kuvvetli bağ oluştuğu belirlenmiştir (49). Doğumu takip eden ilk üç yılda ortaya çıkan psikopatolojilerin asıl kaynağı bebek ile birincil bakım veren kişi arasında olan ilişkidir. Bu dönemde oluşan psikopatolojilerin tedavisinde temeli oluşturan ilişkinin ele alınması son derece önemlidir (97- 99).

Bebeklik döneminde duygusal gelişimin sağlıklı ve işlevsel olabilmesi için anne ve baba figürü önemlidir. Bağlanma sistemi, bebek ile bakım veren arasında bağın kuvvetli olması sağlanarak, onların hem korunmasını, hem çevreyi keşifleri hem de gelişimin tamamlanmasında koşulların yerine getirilmesini sağlamaktadır (18). Anne ve bebek arasında bağlanma annelik rolünün kazanıldığı hazırlık, tanışma, sahiplenme ve bağlanma evresi olarak dört aşamada incelenebilir (102).

Hazırlık Evresi: Annenin gebeliğin ilk dönemlerinde vücutta meydana gelen değişikliklerin benimsenmesi, bebeğin kabulü, karın bölgesine dokunma ve bebekle konuşarak olumlu duyguların bebeğe aktarılması bağlanmanın ilk basamağını oluşturur. Fetüs ile bağlanma, 10. gebelik haftasında gelişmeye başlar ve hızla devam eder (103).

Literatürde, gebelerin ikinci trimesterde güçlü bağlanma stili, ilk ve son trimesterde de kaçıngan bağlanma stili oluşturdukları belirtilmektedir. İlerleyen süreçte gebelerin daha endişeli ve gittikçe artan bir bağlanma stili de gösterdikleri ortaya konulmuştur (104, 105). Rubin, ilk trimesterde kadının gebeliği henüz kabul etmemesinden kaynaklı zayıf bağlanma gösterdiği, büyüyen gebelikle birlikte ikinci trimesterde artan hormonal değişimlerin gebelikteki bağlanmayı arttırdığını ve gebelik süresincede artarak devam etmesine neden olduğunu belirtmiştir. Ona göre; hormonal değişimlerin sonucu olarak kadın, karnındaki bebeği daha çok benimsemeye başlamış ve koruma konusunda endişelenmeye başlamıştır. Kadın bebeği için güvenli bir ortam oluşturmaya odaklanmış ve bebek daha doğmadan evini düzenlemeye çalışmaktadır. Bu süreç boyunca da maternal bağ hızlı bir şekilde gelişir (106).

Tanışma Evresi: Doğumdan sonraki ilk 48 saati kapsamaktadır. Birbirleriyle karşılaşan ebeveyn ve bebek göz göze temas kurmaya çalışarak etkileşime geçmeye çalışır. Anne ve baba bebeklerine dokunarak genel duygu ve düşüncelerini kurmaya çalışır (4, 107, 108).

Sahiplenme Evresi: Doğumdan sonraki üçüncü gün ile altı haftaya kadar olan süreyi kapsar. Anne ve babanın bebeğin temel ihtiyaçlarını karşılarken verdiği tepkileri öğrenip yorumladığı dönemdir. Bebek bir bireydir ve ebeveynleri tarafından ismi ile hitap edilir. Ebeveyn ile bebek arasında yakınlık ilişkisi kurulur. Ve genel pozitif duygular karşılıklı olarak yansıtılır (4, 102).

Bağlanma Evresi: Ebeveyn ile bebek arasında bakımın yeterli hale geldiği, sevgi ve derin bağlanma duygusunun oluştuğu doğumdan sonraki iki ila dört haftalık süreyi kapsamaktadır (4, 102, 107, 108).

Maternal bağlanma anne ve bebek arasında doğumdan önce başlayan, daha sonraki süreçlerde de gelişerek devam eden, karşılıklı doyurucu ve zevk verici etkileşim sonucu oluşan sevgi bağıdır. Bu bağlanma gelişim evrelerinin olumlu ya da olumsuz oluşması, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini etkiler (115). Maternal bağlanmadaki olumsuzluklar kişilik problemlerine ve zihinsel sorunlara neden olabilmektedir. Maternal bağlanmanın olumsuz geliştiği bireylerde güvensizlik, öfke, saldırganlık, duygusal güçlükler oluşabilmektedir (4, 102, 107, 108).

Anne ve Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler

Anne ve bebek bağlanmasının doğum öncesi dönemde başlaması nedeni ile etkileyen faktörleri bu dönemden itibaren dikkate almak gerekir. Gebeliğin planlı olması, ebeveynin ikisi tarafından da istenmesi ve kabulü ilk faktördür. Annenin bebeği benimsemesi ve kabulü kendi ebeveyni ile kurduğu bağlanma stiliyle ilişkilidir (109). Ailesi ile kurduğu güvenli bağlanma annelik kavramını şekillendirecektir. Siddiqui ve Hägglöf, bağlanma kalitesinde annelerin kendi çocukluk anılarının, önemli bir etmen olduğunu yaptıkları çalışmada belirtmişlerdir (110).

İlerleyen gebelikle birlikte bebek hareketlerinin hissedilmeye başlanması, ultrasonografi ile bebeğin görülmesi, kalp atışlarının duyulması, cinsiyetin öğrenilmesi, annenin fetüsü ayrı bir birey olarak algılaması maternal bağlanmayı etkileyen faktörler arasındadır (109). Pollock ve Percy'nin yaptıkları çalışma, gebelik döneminde kadının bebeğini ultrason ile görmesi, bebek hareketlerinin hissedilmesi ve sayılması maternal bağlanmayı arttırdığını göstermiştir. Ultrason ile bebeğin, anneden ayrı birey olarak algılanması sağlandığından anne ve bebek arasında bağlanma ile pozitif bir ilişkisi olduğunu ileri sürmüşlerdir (111).

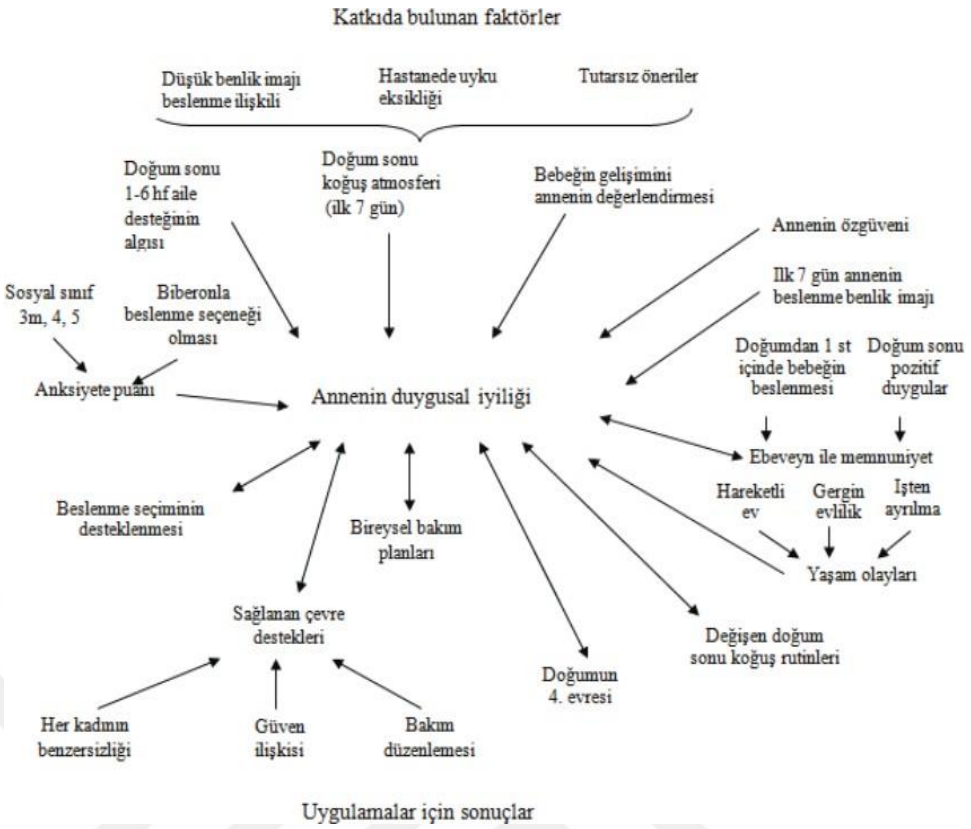
Maternal bağlanmanın en önemli etmenlerinden biriside anne sevgisidir. Bebeği ile sevgi bağı içinde etkileşime giren anne, bebeğin mental gelişimini de olumlu etkileyecektir. Bağlanma teorisinde fiziksel temas deneyiminin gelecekteki bağlanmayı etkilediği vurgulanmıştır (109- 112). Annenin bebeği ile ilgili hayaller kurması, bebeği ile konuşurken bebeğin ismini kullanması, yediklerine bebeğin sağlığı için dikkat etmesi, zararlı alışkanlıklardan uzak durması ve bebeğini severken karnına dokunması, bebeğine olan duygusal bağlılığının arttığının bir göstergesidir (109, 113). Ainsworth ve arkadaşları, güvenli bağlanmada annelerin sevgi ile dokunmayı daha çok kullandıklarını belirtmişlerdir (84). Güvenli bağlanan annelerinin, bebeklerine daha şefkatli dokundukları, daha fazla öptükleri, daha fazla kucakladıkları ve duygusal hassasiyet yaşadıkları gösterilmiştir (112, 113). Varghese ve arkadaşları, 60 primipar anne üzerinde ten tene temasın erken başlatılmasının bağlanma üzerinde etkilerini değerlendirmişlerdir. Çalışma sonunda anne-bebek bağlanmasının pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (114).

Annenin gebelik yaşı aileden aldığı sosyal destek maternal bağlanmanın şekillenmesini sağlayan faktörler arasındadır (109). Adölesan annelerden doğan çocuklar, daha az destekleyici ebeveynlik yaşayabilir. Adölesan yaştaki gebeler sosyal, gelişimsel ve sağlık sorunlarını nedeni ile yüksek risk altında olmaları anne-bebek bağlanmasını etkileyebilir (109, 113). Adölesan anneler ile yetişkin annelerin annelik rolüne uyum düzeyleri karşılaştırıldığında, yetişkinlerde maternal bağlanmanın güvenli bağlanma stili ile geliştiği belirlenmiştir. Çalışma aynı zamanda, ergen annelerin bebekleri için olumsuz duygular ifade ettiklerini ve dolayısıyla güvensiz bağlanma modellerine sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (109). Lewin çalışmasın da, adölesan annelerin olumlu

ebeveynlik davranışları sergilerken yetersiz olduklarını belirlemiştir (115). Adölesan annelerin maternal rol uyumlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada, adölesanların anne olmasıyla zıt duygular yaşadıkları ve annelik rolünde yetersizlikler yaşadıkları saptanmıştır (116).

Sosyal desteğin de maternal bağlanmayla yakından ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Postpartum dönemde annenin fizyolojik, psikolojik olarak yaşadığı değişimlere karşı adapte olması son derece önemlidir. Aileye yeni bir üyenin katılması mutluluk verirken, ebeveynlik rolüne girmek stres ve sıkıntı kaynağı olabilir. Bu süreçte anneye eşin ve ailenin desteği var olan değişim sürecine uyum sağlamasını kolaylaştıracaktır (117, 118). Düşük sosyal destek; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde komplikasyonlara ve PPD'na yol açabilmektedir. Çalışmalar, postpartum dönemde 8 kadından birinde PPD görüldüğü göstermektedir (119, 120).

Jean Ball postpartum dönemde uygulanan bakımın amacını şu şekilde tanımlamıştır; "Tüm maternal bakımın amacı; kadının başarılı bir şekilde anne olmasını sağlamaktır, bu bakım sadece fizyolojik etmenleri içermemekle birlikte, psikolojik ve duygusal etmenler, kadının anneliği istemesinde motivasyonunu arttırmaktadır." Ball bu tanımla, anne sağlığı için fiziksel etmenlerin yanında psikolojik ve duygusal etmenlerinde öneminden bahsetmektedir. Kuramında "Annenin Duygusal İyilik Halinin Destek Teorisi" ile annenin postpartum gereksinimleri üzerinde durulmuş ve etkileyen etmenlere yönelik çalışmalar yapılmıştır. Ball' ın teorisi şekil 2.1'de gösterilmiştir (109, 113, 117).



Şekil 2.1. Ball'ın teorisi (109, 113, 117).

Maternal bağlanmayı, çevresel koşullar, bebeğin ve annenin sağlık durumu, annenin eğitim durumu, gebelik sayısı, annede gebelikte oluşan risk durumu, gelir düzeyi, doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu, doğumun 4. Evresi, daha önceki doğum deneyimleri, postpartum değişimlerin kontrol altına alınması, doğum sonrası pozitif duygu ve düşünceler etkilemektedir (109, 113, 117).

2.2.2.3. Baba-Bebek/Paternal Bağlanma

Anne ve bebek bağlanmasına yönelik çalışmalar baba ve bebek bağlanmasına yönelik yapılan çalışmalardan fazla olmasına rağmen, son yıllarda babaların aile içi rollerde yer alması, toplumsal statüdeki değişimler babalık rolü ve babalık algısının ele alınmasını gerektirmektedir (25). Prenatal dönemde tamamlanan anne-bebek bağlanmasına benzer baba-bebek bağlanması da oluşabilmektedir. Primer bakım verici olarak bağlanılan kişi anne kabul edilse de bebekler babalarıyla da olumlu ve güvenilir bağlanma stili oluşturabilirler (25, 121).

Baba rolü yaşam döngüsünde önemli bir dönüm noktasıdır. Baba adayları kadınlar gibi bu dönemde psikososyal değişimler geçirirler. Bu süreci olumsuz yaşayan baba doğacak bebekleri ile bağlanma problemi yaşayacak, sağlıklı ve etkin bir iletişim kurmakta zorluk yaşayacaktır (25, 121).

Baba ve bebek bağlanma süreci incelendiğinde annelerin yaşadığı sürece benzer olduğu görülmüştür. Baba bağlanma davranışı doğum öncesi dönemde başlamakta ve doğum sonrası ilk üç yıl artarak gelişmeye devam etmektedir (6). Baba ve bebek arasında gelişen pozitif bağlanma, öncelikle anneye sosyal destek sağlarken (117), çocuğun ruhsal, fiziksel ve davranışsal gelişiminde önemli yer tutar (25, 121). Babaların doğrudan bebek bakımına katılımı, okul öncesi ve sonrası dönemde desteği ve çocuğun her ihtiyaç duyduğu zamanda babasına ulaşabilmesi duygusal yönden destek sağlayacaktır ve çocuğun ruh sağlığının gelişimi bakımından oldukça önemlidir (107).

Yapılan sınırlı sayıda çalışma ile baba bebek bağlanmasını etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir; gebeliğin planlı olması, baba ile eş arasındaki olumlu ilişki, babanın fiziksel ve psikolojik sağlığı, kendi ebeveyni ile olan bağlanma stili, sosyal destek alma durumu, partneri ile olan ilişkisi, evliliğe karşı algı durumu, toplumsal görüşü, kültür yapısıdır (107).

Baba ve bebek arasındaki ilişki durumu anne ile olandan farklıdır. Baba ses tonu, görünüşü, giyimi, kokusu ile anneden ayrılır. Birincil bakım veren anne dışında sosyal ihtiyaçlar ve oyun alanında baba figürü bebek için tercih edilen kişi olur. Bebeğin farklı bir şefkat ve sevgi kaynağının yanında olduğunu bilmesi gelişimi için önemlidir (23).

Baba ile çocuk arasında oluşturulan ilişki, çocuğun ileriki yaşamındaki ilişkilerini etkilemektedir. Ayrıca babanın, bebeği ile oluşturduğu olumlu ve güvenilir bağlanma stili oluşturması çocuğun sosyal hayatındaki başarılarını ve duygusal gelişimini etkilemesi açısından önemlidir (107, 117, 121).

2.2.3. Posttravmatik Stres Bozukluğunun Bağlanma Kavramı ile İlişkisi

Posttravmatik stres bozukluğunun ebeveyn ile yeni doğan arasında olumsuz etkileri bulunmaktadır. Yüksek riskli doğum eylemi, doğum sırasında etik kurallara

uymama, yetersiz veya arızalı ekipmanla doğuma katılma, annenin doğum sırasında mahremiyetini korumama, sansasyonel deyimler, olumsuz duygu ve düşünceler doğum eylemini memnuniyetsizliğe dönüşmesine yol açabilmektedir (122). Doğumla ilişkili PTSB' nun anne üzerinde etkileri, yaşanılan olumsuz deneyimden kaynaklı kendini suçlama, hayal kırıklığı, öfke, annelik rolünü yerine getiremediğini düşünme, etkisiz emzirme, aile içi huzursuzluklar, iletişimde güçlük, cinsellikten kaçınma, bir daha gebe kalmak istememe, gebelik ve doğumla ilgili ambivalan duygular yaşama sıralanabilir (4, 11, 20, 97). Bazı anneler bebeklerine karşı aşırı koruyucu davranırken, bazı kadınlarda da bebeği reddetme, emzirmek istememe, bakımına katılmama gibi duygular oluşabilmektedir (4, 97).

Yeni doğanın sağlıklı gelişimi için tek ebeveyni ile bağlanma davranışı göstermesi yeterli değildir. Anne kadar babanın da bağlanma sürecinde yeri önemlidir (123). Özellikle ilk kez baba olan ebeveyn alışma süreci yaşamakta, yeni doğan bakımı ve postpartum değişimlere uyum sağlarken sıkıntı yaşabilmektedir. Bir aile içinde refahın bozulması o ailede annenin, babanın ve bebeğin potansiyel sağlığını olumsuz etkileyecektir (124). Uyum sağlayamayan babada paternal depresyon görülme olasılığı artmaktadır. Bu durum baba bebek bağlanmasını olumsuz etkileyeceği, ileriki dönemde olumsuz çocuk davranışları, hiperaktivite, anksiyete, konuşmada gecikme, depresyon, okul başarısında düşme gibi psikopatolojilere neden olabilmektir (34, 35, 124). Yapılan çalışmalar bağlanmanın doğum sonrasında annelik ve babalık rollerini etkilediğini, çocuğun gelişiminde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (124).

2.2.4. Posttravmatik Stres Bozukluğunda Bağlanma Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımları

Bağlanmanın oluştuğu ve gelişmeye başladığı prenatal dönem başta olmak üzere hemşireye, olumsuz doğum hafızası ile PTSB gelişmesinin önlenmesinde, anne-bebek ve baba-bebek bağlanmanın değerlendirilmesinde büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşire, kadın ve erkeğin ebeveynlik rolü kazanmasında rol model oluşturmaktadır (4, 24).

Doğum eylemi sürecinde; DSÖ kadınların mahremiyetinin ve gizliliğinin korunduğu, oluşabilecek zarar ve kötü muameleden uzak, annelerin bakım sürecinde

seçimlerini bilinçli bir sekilde yapabildiği, tüm travay sürecinde annelere sağlık profesyoneli ve sosyal desteğin sağlandığı, kanıt temelli yaklaşımların sunularak bakımın sürekliliğini ve sisteme entegre edilmiş başvuru ve sevk planlarının olduğu sağlık bakımını önermektedir (14).

Doğum aşamasında sağlık profesyonelleri tarafından gebenin yalnız olmadığı hissettirilmeli, tıbbi ve sosyal destek etik ilkeler çerçevesinde sunulmalıdır (10). Doğum yapan kadınlar ile sağlık profesyonellerinin etkili iletişim sağlaması, ağrının en aza indirilmesinin sağlanması, oral sıvı ve besin alımının desteklenmesi, hareket özgürlüğünün sağlanması ve doğum pozisyon tercihlerinin sunulduğu bir doğum ile pozitif ve destekleyici kanıta temelli bakımın sağlanmış olması, kadının kontrol sahibi olmasını sağlar, olumlu duygular geliştirmesini destekler ve doğum sonu bağlanma duygusunun oluşmasına kolaylık sağlamaktadır (14, 77).

Doğum hafızasının doğum öncesi ve doğum sonrası süreçte olumsuz biçimlenmesi, kadının bebeği ve ailesi ile iletişimi negatif yönde etkileyerek, postpartum PTSB, postpartum depresyon gibi psikolojik bozuklukların oluşumunda rol oynadığı belirtilmektedir (69, 132). Kadının hafızasında doğuma dair tüm duyguların olumluya dönüşmesi için yapılan doğum olumlamasının, postpartum dönemde kadının psikolojik sağlığının korunmasında son derece önemli olduğu belirtilmektedir (132). Doğum sonu kadınların duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri ebe ve hemşireler tarafından desteklenmeli, gerekli durumlarda psikolojik destek alması sağlanmalıdır.

Güvensiz bağlanma riskine sahip ebeveynlerin bağlanma düzeylerinin yükseltilmesi için hemşirenin bütüncül hemşirelik girişimlerinde bulunması önemlidir. Hemşire öncelikle bağlanma konusunda güncel literatürü takip etmeli ve kanıt temelli hemşirelik yaklaşımlarında bulunmalıdır (24, 26).

Gebeliğin planlı olması, anne-bebek ve baba-bebek bağlanmayı etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Gebelik öncesi aileler bu konuda bilgilendirilmelidir. Çiftin belirlediği zamanda ve sayıda bebek sahibi olmaları için aile planlaması yöntemleri anlatılmalı ve aile desteklenmelidir. Çocuk sahibi olmak isteyen aileye gebelik öncesi kontrollerinin yapılması sağlanmalıdır. Ebeveynlerin hayatlarında stres oluşturan çevresel, sosyal, finansal faktörlerin fark edilmesi ve gerekli kurumlara yönlendirilmelerin yapılması son derece önemlidir (9).

Gebelik döneminde gelişebilecek sorunların erken teşhis ve tedavisi için düzenli prenatal dönem kontrollerin ve takibini yapılması gerekmektedir. Anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik sorunları olan gebelerin belirlenmesi, gerekli yönlendirmelerin yapılarak, tedavi olması sağlanmalıdır (11, 15, 24).

Ebeveynin doğum öncesi eğitimlere, gebe okullarına düzenli katılması sağlanmalıdır (10, 15, 24). Ebeveynler hem zihinsel hem de fiziksel olarak bebeği kabullenmeleri konusunda desteklenmelidir. Ultrasonografi görüntülerinin verilmesi, kalp atışının duyulmasının sağlanması ebeveynin bebeklerini benimsemesi de zihinsel gelişim için hazırlanmaya yardımcı olmaktadır. Ebeveynin bebekleri ile konuşması, karın bölgesine elle dokunması, okşaması, bebek hareketlerinin hissedilmesinin sağlanması konusunda cesaretlendirilmelidir (9, 10, 44,). Yoga ve meditasyon uygulamaları hakkında gebeye bilgi verilmelidir. Yoga ve meditasyon uygulamalarının gebelik üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Meditasyon sırasında gebenin karnına dokunarak ruhsal iletişime geçmesi bağlanma üzerinde pozitif etki oluşturmaktadır. Prenatal yoga uygulamaları bebek ile anne arasında iletişim ve birlikteliği artırmaktadır. Akarsu ve Ratfisch'in 6 haftalık prenatal yoga programı çalışmasının sonunda prenatal bağlanmayı artırdığı belirlenmiştir (126).

Ebeveyn tarafından bebeğe ismi ile hitap ederek konuşmak ve sevmek bağlanmanın gelişimini desteklemektedir. Bebekleri için ebeveynin alışveriş yapmaları, ona ait bir oda hazırlamaları bebeğin farklı bir birey olarak algılamalarını sağlamakta ve fiziksel olarak bebeğin gelişine hazırlanmak konusunda ebeveynler desteklenmelidir (9).

Ebeveyn ve bebeğin doğum sonu sakin ve huzurlu bir ortamda aynı odaya alınmasının sağlanması, erken dönemde ten tene temasın, dokunmanın sağlanması bağlanmanın gelişmesi için önemlidir. Cho ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada prematür bebeklere sağlanan kanguru bakımı/ten tene temasın anneleri ile olan duygusal bağ ve desteği artırdığı belirlenmiştir (127). Yapılan diğer bir çalışmada da ten tene temasın bağlanmayı artırdığı saptanmıştır (128). Ebeveyn ile bebeğin aynı odaya alınması emzirmenin sıklığını, anne sütü miktarının artığını ve duygusal bağlanmayı artırdığı belirtilmiştir (129).

Ebeveynin bebeğe dokunması ve masaj yapması, bebeğin güven duygusunun güçlenmesine ve annenin bağlanma davranışı geliştirmesinde etkili olduğu

belirlenmiştir. Bu süreçte bebeğin daha az ağladığı, rahat uyuduğu, motor gelişim ve koordinasyonunun arttığı gözlenmiştir (130).

Postpartum PTSB riski olan kadının bağlanmayı kolaylaştırmak için erken tanı ve danışmanlık uygulaması sağlanması önemlidir. postpartum depresyonun erken fark edilmesi ve zamanında uygun destek koşullarının sağlanması, annenin depresyon etkilerinden korunmasının sağlanması, eşlerin gereksinimleri doğrultusunda hizmetlerin belirlenmesi ve yararlanmasının sağlanması son derece önemlidir (9, 11, 15, 123, 124). Aynı zamanda paternal depresyonunda taranması, sağlık profesyonellerinin bu konuda bilgilendirilmesinin sağlanması, annelerle birlikte babalarından ruhsal açıdan incelenmesi son derece önemlidir. Gebe okullarına babalarında katılımı sağlanmalıdır (34, 35, 124, 123)

Taburculukta ebeveyne bağlanmanın önemi ve devamlılığının sağlanmasının önemi konusunda bilgi verilmelidir. Bebeğin normal gelişimi ve davranışları konusunda bilgi verilmeli, sağlık kontrollerinin önemi anlatılmalıdır. Düzenli ev ziyaretlerinin yapılması anne ve bebek arasındaki iletişimin değerlendirilmesi, bağlanma düzeyinin belirlenmesi, çocuk ihmal ve istismarı açısından da önemlidir (4).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma; doğum hafızasının ve postpartum PTSB'nun anne-bebek ve baba-bebek bağlanması üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi (AÜTFCH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında (KHD) 21.01.2021- 24.05.2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma AÜTFCH Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Postpartum Kliniğinde doğum sonrası takip edilen kadınlar ve eşleri ile yapılmıştır.

AÜTFCH KHD Doğum Kliniği; Poliklinik, İnfertilite, Onkoloji, Doğum ve Doğum sonrası, Jinekoloji, Yoğun Bakım, Ameliyathane hizmetleri veren 220 yatak kapasitelidir. Doğum sonrası hasta takibi sürecinde 12 doktor ve 8 hemşire hizmet vermektedir. Doğum sonu hasta takibi doğum katı, özel servis ve VIP servis olarak 3 katta yapılmaktadır. Doğum katında 30, özel serviste 17, VIP servisinde 8 adet hasta odası ile postpartum sonrası normal doğum yapan hastalar için 24 saat, sezaryen ile doğum yapan hastalar için 24-48 saat hasta bakım hizmeti vermektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanede gebe okulu sınıfları bulunmamakla birlikte, yapılandırılmış bir eğitim programı verilmemektedir. Ancak ebe ve hemşireler tarafından doğum öncesi ve sonrası annelere anne sütü, aile planlaması konularında danışmanlık hizmeti verilmektedir. Postpartum dönem 4-6 hafta sonra annelerin jinekolojik muayeneleri, jinekoloji polikliniğinde, yeni doğan bebeklerin bir aylık kontrolleri ise çocuk sağlığı polikliniğinde rutin olarak yapılmaktadır.

Bu çalışmada AÜTFCH tercih edilme nedeni; Ankara ilinde en çok tercih edilen hastaneler arasında olması, doğum sayısının yüksek olması, farklı sosyo-ekonomik ve kültürel düzeydeki gebelerin tercih etmesi ve araştırmacının bu kurumda çalışıyor olmasından dolayı vakalara ulaşım kolaylığıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, AÜTFCH'de primipar doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Hastanede 2020 yılında toplam primipar doğum yapan kadın sayısı 1288' dir (N=1288). Çalışmanın örneklem genişliği evreni bilinen örneklem hesaplama formülü ile hesaplanmıştır. Formüle göre;

N: Popülasyondaki toplam kişi

n: Çalışmaya dahil edilecek toplam kişi

p: incelenecek olayın görüş sıklığı

q: Çalışmada olayın görülmeyiş sıklığı

N: Hastanede 2020 yılında toplam primipar doğum yapan kadın sayısı 1288' dir. Bu doğrultuda;

p: 0.301

q: 0.699

% 95 olasılıkla 178 Serbestlik Dereceli % 5 Çift Taraflı t Tablo Değeri: 1.965' dir.

$$\frac{N\ t^2\ p\ q}{d^2(N-1)+\ t^2\ p\ q} = \frac{1288(1.965)^2 0.301*0.699}{0.05*0.05*(1288-1)+1.96*1.96*0.301*0.699} = 259$$

Örneklem genişliği evreni bilinen örneklem hesaplama formülünde yaklaşık 259 kadın olarak hesaplanmıştır. Örneklem kaybı olabileceği nedeniyle toplam 655 kadına ulaşılmıştır. Çalışmanın tüm kriterlerini karşılayan 294 kadın ve eşleri ile toplam 588 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri

Anneler için çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri doğum yapan,

- Okur-yazar olan,
- Primipar olan,
- Spontan gebelik ile miadında, canlı ve tek bebek sahibi olan,
- Gebelik öncesi kronik bir hastalığa sahip olmayan (Tip I-II diabetes mellitus, hipertansiyon, böbrek yetmezliği, kalp hastalıkları, endokrin hastalıkları vb.),
- Gebelik komplikasyonu bulunmayan (Hiperemezis gravidarum, doğum öncesi kanamalar, ablasyo plesanta, plesanta previa, servikal yetmezlik, preeklampsi, eklampsi)
- Bebeğinde fetal konjental malformasyonu bulunmayan,
- Bilinen psikiyatrik bir hastalığı olmayan,
- Eşi/partneri olan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan,
- Türkçe konuşabilen ve iletişim engeli olmayan,
- Gebelik ve doğum sonu ilk 6 haftalık dönemde COVID-19 enfeksiyon tanısı almamış olan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden anneler dahil edilmiştir.

Babalar için çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

- Eşi araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan,
- Okur-yazar olan,
- Türkçe konuşabilen ve herhangi bir iletişim engeli olmayan,
- Bilinen psikiyatrik bir hastalığı olmayan,
- Eşinin gebelik ve doğum sonu ilk 6 haftalık döneminde COVID-19 enfeksiyon tanısı almamış olan
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden babalar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi- Sivil Versiyonu (PTSDC-CV), Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Baba- Bebek Bağlanma (B-BBÖ) ve Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini; hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, kadın ve eşlerinin eğitim seviyeleri, medeni durum, evlilik süresi, meslek, ikametgâh yeri, aylık gelir algısı), obstetrik özellikleri (gebelik haftası, gebeliği isteme durumu, doğum öncesi izlem durumu, gebelik sırasında yaşanan sağlık sorunları, ilaç kullanımı, doğuma yönelik endişeleri, gebelik dönemindeki sosyal destekleri,), annelerin doğum sonu döneme ait özellikleri (kadınların doğum ve postpartum dönemde yaşadıkları sorunlar), annelerin eşlerinden sosyal destek alma durumları, kadınların doğum şekli çalışmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan çalışma için yazılı izin alınmıştır (Ek-1). Çalışmanın yapıldığı AÜTFCH Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan 21/01/2021 tarihli kurum izni alınmıştır (Ek-2). Etik kurul onayından sonra araştırmaya katılmayı kabul eden annelere ve eşlerine araştırma konusunda bilgilendirme yapılmış, anneler için onam formu (Ek-3), eşleri için onam formu (Ek-3) okumaları ve yazılı olarak onaylamaları istenmiştir. Katılımcılara verecekleri tüm bilgilerin gizliliğine dikkat edileceği belirtilerek istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri ölçek sahiplerinden e-posta yoluyla alınmıştır (Ek-10, Ek-11, Ek-12, Ek-13).

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmada; Kişisel Bilgi Formu- Anne (KBF-A) (Ek-4) ve Kişisel Bilgi Formu- Baba (KBF-B) (Ek-5), Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi- Sivil Versiyonu (PTSDC- CV) (Ek-6), Doğum Hafızası ve Hatırlama ölçeği (DHHÖ) (Ek-7), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) (Ek-8), Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) (Ek-9) olmak üzere altı veri toplama formu kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu-Anne

Literatür incelenerek hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu-Anne (KBF-A) annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik 20 soru maddesinden oluşmaktadır (4, 70, 79, 125, 131, 132). Formda yer alan soru maddelerinin uygunluğu yönünden üç uzman görüşü alınmıştır. Form annelerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 8 soru maddesi içermektedir (yaş, eğitim durumu, medeni durum, evlilik süresi, meslek, aylık gelir düzeyi algısı, gebeliği isteme durumu, ikametgâh yeri). Bunun yanı sıra formda annelerin obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik ise 12 soru maddesi yer almaktadır. Bu bölümde gebelik sayısı/Abortus/Küretaj sayısı, doğum şekli, doğum öncesi takip durumu, bebeğin cinsiyeti ve memnuniyet durumu, gebelik döneminde gebelik, doğum ve doğum sonu ile ilgili eğitim alma durumu, doğuma yönelik endişeleri, doğum ile ilgili duygu durumu, sağlık personelinden destek alma durumu, doğum sonu dönemindeki sosyal destekleri, doğum sonu dönemde eşin bebek bakımına katılımı ve kontroller sırasında eşin kadının yanında olması ile ilgili görüşleri yer almaktadır.

3.7.2. Kişisel Bilgi Formu-Baba

Literatür incelenerek hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu-Baba (KBF-B) babaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 9 soru maddesinden oluşmaktadır (4, 70, 79, 125, 131, 132). Formda yer alan soru maddelerinin uygunluğu yönünden 3 uzman görüşü alınmıştır. KBF-B yaş, eğitim durumu, meslek, aylık gelir düzeyi algısı, ikametgâh yeri, bebeğin cinsiyeti ve memnuniyet durumu, babalığa hazır olma durumu, bebek bakımı hakkında görüşleri ile ilgi soru maddeleri içermektedir.

3.7.3. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ)

Foley ve ark (2014) tarafından doğum sonrası ruh hali durumu ve psikopatolojide önemli olabilecek, kadınların doğum hafızalarını ve doğum ile ilgili deneyimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (131). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Topkara (2019) tarafından 400 kadın üzerinde yapılmıştır ve Türkçe formun, geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilebilir düzeyde

olduğu bildirilmiştir (132). Toplam 21 maddeden oluşan bu ölçek, yedili likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,20 ve 21. maddeleri 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 biçiminde puanlanmaktadır. 1,4 ve 11.maddeler ise 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 biçiminde puanlanmaktadır.

Ölçek, Duygusal Hafıza, Hafızanın Merkezliliği, Tutarlılık, Tekrar Yaşama, Duyusal Hafıza, İstemsiz Hatırlama olmak üzere 6 alt boyutu bulunmaktadır (131, 132). Duygusal Hafıza alt boyutu; hem doğum anında hem de hatırlama sırasında duyguların birleşmesine ilişkin 5 maddeyi içermektedir. Bu boyuttan alınan puanların yüksek olması, doğum deneyimi ile ilgili olumsuz duyguya sahip olunduğunu göstermektedir. Hafızanın Merkezliliği; doğum hafızasının, annenin öz kimliği ve yaşam öyküsünde merkezi bir deneyim olarak ne kadar entegre edildiğini ölçen 4 maddeyi içermektedir. Elde edilen yüksek puanlar, doğum hafızasının annede daha merkezi bir yerde olduğunu göstermektedir. Tutarlılık alt boyutu; doğum hafızasının tutarlı, parçalanmamış ve sürekli bir film gibi yaşama derecesini değerlendiren 3 maddeden oluşmaktadır. Bu boyuttan elde edilen yüksek puan daha tutarlı bir doğum hafızasına sahip olunduğunu göstermektedir. Tekrar Yaşama alt boyutu; görsel gösterimler, ses ve bedensel duyumlar yoluyla doğum deneyiminin algılanmasını ve bugünmüş gibi ne kadar çok tekrar yaşandığını değerlendiren 4 maddeden oluşur. Artan değerler daha çok tekrar yaşamayı ortaya koymaktadır. Duyusal Hafıza; dört maddelik bir bileşen olan duyusal hafıza, katılımcıların doğum anındaki koku, tat, ses ve dokunuş detaylarını ne kadar iyi hatırladıklarını değerlendirmektedir ve alınan yüksek puanlar doğum deneyimi ile ilgili artan duyusal hafızayı göstermektedir. İstemsiz Hatırlama; doğumun istemli ve istemsiz hatırlanma sıklığını değerlendiren 3 maddeyi içermektedir. Daha yüksek puanlar istemsiz hatırlamanın daha sık olduğunu göstermektedir (131, 132).

Ölçek toplamında Cronbach Alfa katsayısı 0.794 olarak bulunurken, ölçeğin alt boyutlarında bu değer 0.643 ve 0.797 arasında izlenmektedir (132). Çalışmamızda ise Cronbach Alfa değeri 0.906 olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 3.1.).

3.7.4. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC- CV)

Weathers ve ark (2013)'nın toplum taramalarında ve hastaneye başvuran hastalarda DSM-IV kriterlerine göre PTSB ölçütlerini araştırmak amacıyla geliştirdiği Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV)'nun, Türkçe geçerliği güvenirliği çalışması Kocabaşoğlu ve ark (2005) tarafından yapılmıştır (79, 125)

PTSDC-CV, üç alt semptom grubu ile toplam 17 maddeden oluşan ölçek, bireyin kendi kendini değerlendirmesini sağlamaktadır (79, 125). Bu maddelerin ilk 7'si kaçınma, 5'i aşırı uyarılmışlık, son 5 maddesi ise yeniden yaşantılama semptomları ile ilgilidir. Kaçınma alt boyutunda; travmatik olayın neden olduğu düşünce ve duygular ile bu olaydan, olayın gerçekleştiği ortamdan veya kişilerden kaçınma davranışı sorgulanmaktadır. Aşırı uyarılmışlık alt boyutunda ise kişinin duygusal durumu, diğer insanlarla olan ilişkisi ve etkinliklere olan ilgisi sorgulanmaktadır. Yeniden yaşantılama alt boyutunda ise; uyarılara verilen tepkilerin özelliği, öfke, gerginlik durumu, dikkat eksikliği ve uyku problemi sorgulanmaktadır. Ölçek 1- 5 arasında puanlandırılan beşli likert tiptedir. Ölçekteki maddelere verilen yanıtların asimetrik toplamı, ölçeğin toplam puanıdır. Ölçekten elde edilen en düşük 17, en yüksek 85 puandır. Ölçekten elde edilen toplam puan yüksek ise kişide posttravmatik stres bozukluğu belirtilerinin yüksek olduğunu göstermektedir (125). Kocabaşoğlu ve ark (2005) çalışmasında kesim değeri 22-24 arasında olduğu durumlarda duyarlılık ile özgünlük değerleri %70'ten yüksek olduğu belirlenmiştir (125). Çalışmamızda kesim değeri 23 puan ve üzeri alındığında kadınların %61.2'nin posttravmatik stres belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır.

Kocabaşoğlu ve ark (2005)'nın çalışmasında ölçek test-tekrar test güvenirlik katsayısının 0.87 ve Cronbach Alfa katsayısının 0.91 (iç tutarlılık) olduğu belirlenmiştir (125). Çalışmanın kesim değerinin 22-24 arasında olduğu durumlarda duyarlılık ve özgüllük değerlerinin %70'ten yüksek olduğu belirtilmiştir (125). Çalışmamızda, Cronbach Alfa katsayısının 0.929 olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 3.1.).

3.7.5. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)

Muller (1994)'in maternal bağlanmayı değerlendirmek amacı ile geliştirdiği Maternal Bağlanma Ölçeği' nin Türkçe formunun geçerliği ve güvenirliği çalışması, Kavlak (2004) tarafından 165 sağlıklı bebeği olan anne ile yürütülmüştür (4). Ölçek, postpartum dönemde ilk bir ay sonrası annelere uygulanmaktadır. Doğrudan ifadeleri içeren ölçek, dörtlü likert tipte, 26 maddeden oluşmaktadır. Her zaman= 4, Hiçbir zaman = 1 puan olacak şekilde 1- 4 puan aralığında hesaplanmaktadır. Elde edilen ölçek puan ortalamasının yüksek olması maternal bağlanma seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten en az 26, en fazla 104 puan elde edilmektedir. Kavlak çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değerini; postpartum birinci ayında olan annelerde 0.77, postpartum dördüncü ayında olan annelerde ise 0.82 olarak bulmuştur (4). Bu çalışmada ise 0.972 olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3.1.).

3.7.6. Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ)

Baba-bebek bağlanma düzeyini değerlendirmek amacıyla Condon ve ark (2008) tarafından geliştirilmiştir (124). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Güleç ve Kavlak (2013) tarafından yapılmıştır (107).

Ölçeğin; "sabır ve hoşgörü", "etkileşimde zevk" ile "sevgi ve gurur" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. 19 maddeden oluşan ölçeğin 12 maddesi ters yönlüdür. Ölçekteki 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 ters yönlü maddelerdir. Ölçekteki her madde 1-5 puan arasında değerlendirilir. Ters maddelerdeki puanlama ise tam tersi olacak şekilde değerlendirilir. Ölçek puanları bağlanma ile doğru orantılıdır. Ölçek puan ortalaması yükseldikçe bağlanmanın da arttığını göstermektedir. Güleç ve Kavlak tarafından ölçeğin Cronbach Alfa değeri 6. ayda 0.81, 12. ayda 0.78 bulunmuştur (107). Çalışmamızda ölçek alt boyutlarda elde edilen Cronbach Alpha değeri "sabır ve hoşgörü" 0.810, "etkileşimde zevk" 0.845 ve "sevgi ve gurur" 0.801 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 3.1.).

Tablo 3.1. Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi.

Ölçekler		Madde sayısı	Cronbach-α katsayısı
DHHÖ	Duygusal hafıza	3	0.959
	Ambivalan duygusal hafıza	2	0.831
	Hafızanın merkezliliği	4	0.913
	Tutarlılık/Tekrar yaşama	6	0.805
	Duyusal hafıza	4	0.899
	İstemsiz hatırlama	2	0.878
	Toplam	21	0.906
PTSDC-CV	Kaçınma	7	0.891
	Aşırı uyarılmışlık	5	0.816
	Yeniden yaşantılama	5	0.908
	Toplam	17	0.929
MBÖ	**Toplam**	26	0.972
B-BBÖ	Sabır ve hoşgörü	8	0.810
	Etkileşimde zevk	7	0.845
	Sevgi ve gurur	3	0.801
	Toplam	18	0.891

DHHÖ: Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği , PTSDC-CV: Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği, B-BBÖ: Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği

Tablo 3.1'de Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayıları belirtilmiştir. Çalışmada, ölçeklere verilen cevapların genel olarak yüksek güvenilirlikte olduğu belirlenmiştir.

3.8. Araştırmanın Uygulaması

Çalışmada; KBF-A ve KBF-B'nin anlaşılırlığını kontrol etmek için örneklem sayısının % 10'nunu oluşturan toplam 26 kadın ve eşlerine ulaşılmıştır (n=52). Ön uygulama sonrası kişisel bilgi formlarının anlaşılır olduğu tespit edilmiş ve elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın birinci aşamasında doğum sonrası postpartum servise kabul edilen anneler ve eşlerinden seçim kriterlerine uygun olanlar belirlenmiştir. Çalışmanın bu aşamasında; 655 anne ve 369 baba ile görüşme sağlanmıştır. Görüşme yapılan anneler arasından 328 anne çalışma kriterlerini karşılamamıştır [Okur-yazar olmama (n=5), Türkçe konuşamama (n=3), gönüllü olmama (n=12), psikiyatrik

hastalığının olması (n=3), multipar olma (n=235), çoğul gebelik (n=15), yeni doğanda sağlık sorunu (n=8), riskli gebelik bulunması (n=35), preterm doğum yapma (n=12)]. Aynı zamanda görüşme yapılan babalar arasından 42 baba çalışma kriterlerini karşılamamıştır [Okur-yazar olmama (n=4), Türkçe konuşamama (n=3), gönüllü olmama (n=28), psikiyatrik hastalığının olması (n=7)]. Bu kapsamda çalışmanın birinci aşaması 327 anne ve 327 baba ile tamamlanmıştır. Araştırmaya dahil edilen katılımcılara araştırmacı tarafından çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş olup, annelere postpartum ilk 24 saat içerisinde Anne Onam Formu imzalatılarak, "Kişisel Bilgi Formu-A" ve "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği", eşlerine ise Baba Onam Formu imzalatılarak "Kişisel Bilgi Formu-B" uygulanmıştır (Şekil 3.1). Çalışmada araştırmacıdan kaynaklı önyargıyı azaltmak ve eşlerin birbirlerinden etkilenmelerini önlemek için veri toplama formlarının anne ve babalar tarafından ayrı ayrı doldurulması sağlanmıştır. Taburculuk öncesi anne ve babalardan izinleri ile iletişim bilgileri alınmıştır. Anne ve babalara postpartum 4-6. haftalar arasında rutin anne ve yeni doğanın sağlık kontrolleri için hastaneye başvurmaları gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında ise; araştırmacı tarafından anne ve/veya babalarla iletişime geçilerek, postpartum ilk 4-6 hafta içinde kontrole gelmeleri için hastane randevusu oluşturulmuştur. Anne ve babalarla tekrar yüz yüze görüşme sağlanmıştır. Annelere "Maternal Bağlanma Ölçeği" ve "Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV)" eşlerine ise "Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği'' uygulanmıştır. Ölçeklerin anne ve babalar tarafından bizzat doldurulması sağlanmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında 33 anne [Kontrole gelmeyen (n=20), yeni doğanın ölümü (n=1), yeni doğanda ciddi hastalık (n=2), annenin COVID-19 enfeksiyonu (n=5), eşin kaybı (n=1), eşi kontrole gelmeyen (n=4)] ve 33 baba [Kontrole gelmeyen (n=24), yenidoğan ölümü (n=1), yenidoğanda ciddi hastalık (n=2), babanın COVID-19 enfeksiyonu (n=5), vefat durumu (n=1)] ile görüşme sağlanamamıştır. Çalışmanın ikinci aşaması 294 anne ve 294 baba ile tamamlanmıştır (N=588) (Şekil 3.1).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri SPSS (IBM SPSS Statistics 24) programından yararlanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen bulguların yorumlanması için frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Parametrik yöntemler normal dağılım gösteren ölçümlerin analiz edilmesinde kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun birbiriyle ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), üç ve daha fazla bağımsız grubun ölçüm sonuçlarının değerlendirini karşılaştırmada ise "ANOVA" test (F-tablo değeri) yönteminden faydalanılmıştır. Varyans homojenli göz önünde bulundurularak Tukey testi üç ve daha fazla grupta anlamlı farkın oluştuğu değişkenlerin ikili karşılaştırılmasında uygulanmıştır.

Parametrik olmayan yöntemler, normal dağılım göstermeyen ölçümlerin analizlenmesi için kullanılmıştır. "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri)'i bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında, "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri)'i bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm sonuçlarının karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Anlamlı farkın çıktığı üç veya daha fazla gruplarda değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmaya yönelik sınırlılıklar aşağıda belirtilmiştir.

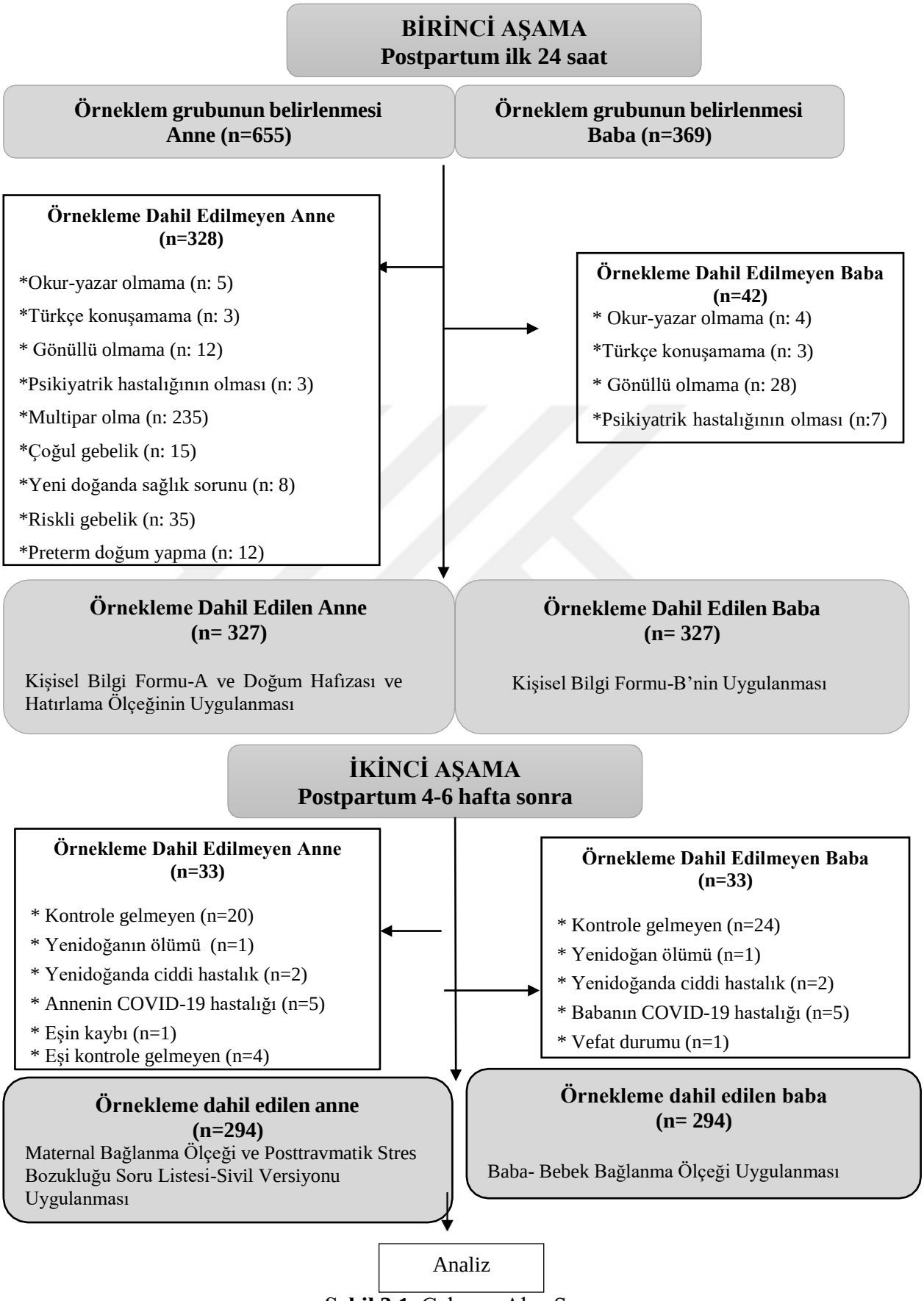
- Araştırma AÜTFCH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapan ve doğum sonu 4-6 hafta sonrası izleme gelen çiftlerle sınırlıdır.

- Annelerin doğuma yönelik algı durumunu etkileyecek mitler değerlendirilmemiştir.

- Çalışmada yasal olarak ailenin izni gerekmesi nedeniyle 18 yaş altı doğum yapan kadınların değerlendirilmemesi çalışmanın sınırlılığıdır.

- COVID-19 enfeksiyonunun kişilerde endişe durumunu etkilemesi nedeniyle COVID-19 enfeksiyonu tanısı alan anne ve babaların dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılığıdır.

- Riskli gebelik geçiren kadınların anksiyete, korku ve endişe düzeylerinin etkilenmesi nedeniyle çalışmaya dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılığıdır.



Şekil 3.1. Çalışma Akış Şeması.

4. BULGULAR

Doğum hafızasının ve postpartum PTSB'nun anne-bebek ve baba-bebek bağlanması üzerinde etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular üç bölümde incelenmiştir.

4.1. Annelere İlişkin Bulguların Dağılımı

4.2. Babalara İlişkin Bulguların Dağılımı

4.3. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV), Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.1. Annelere İlişkin Bulguların Dağılımı

Bu bölümde, annelerin bazı tanımlayıcı ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular ile annelerin doğum sonu eşin bebek bakımına katılımı hakkında görüşlerine ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Annelerin bazı tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulgular (n=294).

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anne yaşı [$\bar{X}$ ± S.S.→27.60 ± 4.37 (yıl)]		
18- 25	70	23.8
25-27	79	26.9
28-30	76	25.8
> 30	69	23.5
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	31	10.5
Ortaokul	56	19.0
Lise	106	36.1
Üniversite ve üzeri	101	34.4
Yaşanan yer		
İl merkezi	277	94.2
İlçe	16	5.4
Köy	1	0.4
Çalısma Durumu		
Evet	78	26.5
Hayır	216	73.5
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	116	39.5
Geliri giderine eşit	159	54.1
Geliri giderinden fazla	19	6.4
Evlilik süreci		
0-1 yıl	30	10.2
2-4 yıl	139	47.3
5 yıl ve üzeri	125	42.5

Tablo 4.1'de annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur. Çalışmaya dahil edilen annelerin yaş ortalamasının 27.60 ± 4.37 (yıl) olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %23.8'inin 18-25 yaş, %26.9'unun 25-27 yaş, %25.8'inin 28-30 yaş arasında olduğu, %23.5'inin 30 yaş üzeri olduğu belirlenmiştir. 106 annenin (%36.1) lise mezunu, 277'sinin (%94.2) il merkezinde yaşadığı, 216'sının (%73.5) çalışmadığı ve 159'unun (%54.1) gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. 139 annenin (%47.3) 2-4 yıldır evli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Annelerin bazı obstetrik özellikleri ile ilgili bulgular (n=294).

Obstetrik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik sayısı (n=394)		
1	172	58.5
2	96	32.7
≥3	26	8.8
Spontan düşük sayısı		
Evet	99	33.7
Hayır	195	66.3
İsteyerek düşük sayısı		
Evet	43	14.6
Hayır	251	85.4
Doğum şekli		
Vajinal doğum	217	73.8
Sezaryen doğum	77	26.2
Planlı gebe kalma		
Evet	269	91.5
Hayır	25	8.5
Antenatal kontrol sayısı		
≤8 kez	13	4.4
9 kez	173	58.8
≥10 kez	108	36.8
Gebeliğe ilişkin bilgi alma		
Evet	217	73.8
Hayır	77	26.2
Gebeliğe ilişkin bilgi alınan grup* (n=347)		
Sağlık personeli	204	94.0
TV-internet-kitap	88	40.6
Aile	41	18.9
Arkadaş	14	6.5

*****Soruya birden fazla cevap verilmiştir, yüzdeler (n) üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2'de annelerin bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. 172'sinin (%58.5) ilk gebeliğinin olduğu, 195'inin (%66.3) daha önce spontan düşük yapmadığı ve 251'inin (%85.4) isteğe bağlı düşük olmadığı belirlenmiştir. 217'sinin (%73.8) doğum şeklinin vajinal olduğu ve 269'unun (%91.5) planlı gebeliğinin olduğu belirlenmiştir. 173 annenin (%58.8) antenatal dönem kontrol sayısının 9 olduğu belirlenmiştir. 217'sinin (%73.8) gebeliğe ilişkin bilgi aldığı belirlenmiştir. 204 annelerin gebeliğe ilişkin bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2 (devam). Annelerin bazı obstetrik özellikleri ile ilgili bulgular (n=294).

Obstetrik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğuma yönelik endişe yaşama durumu		
Evet	237	80.6
Hayır	57	19.4
Doğumda endişe nedeni* (n=720)		
Doğum sırasında kötü bir şey olacak düşüncesi	202	85.2
Doğumun uzun sürmesi	149	62.9
Doğumda ağrı hissetme	138	58.2
Doğumda suni sancı uygulanması	131	55.3
Doğumun hissettirdiği duygu* (n=786)		
Korku	233	79.3
Sevinç	218	74.1
Umut	122	41.5
Şaşkınlık	118	40.1
Üzüntü	55	18.7
İğrenme	17	5.8
Kızgınlık	23	7.8
Doğumda sağlık personeli desteği memnuniyet durumu		
Evet	282	95.9
Hayır	12	4.1
Doğum sonu sosyal destek durumu		
Var	270	91.8
Yok	24	8.2

***Çoklu yanıt sorularına bir ya da birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler toplam sayı (n) üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2'de annelerin bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. 237 annenin (%80.6) doğuma yönelik endişesinin olduğu belirlenmiştir. 202 annenin (%85.2) doğum sırasında kendine ya da bebeğine kötü bir şey olacak düşüncesinden endişe duyduğu, 233'üne (%79.3) doğumun hissettirdiği duygunun korku olduğu ve 282'sinin (%95.9) doğum sırasında sağlık personeli desteğinden memnun olduğu belirlenmiştir. 152 annenin (%51.7) bebeğinin kız olduğu ve annelerin tamamı bebeklerinin cinsiyetinden memnun oldukları belirlenmiştir. 270'inin (%91.8) doğum sonunda bakımda destekçisinin olacağı ve 277'sinin (%94.2) kontrolde babanın annenin yanında bulunması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Annelerin doğum sonu eşin bebek bakımına katılımı hakkında görüşlerine ilişkin bulguların dağılımı.

Doğum sonu eşin bebek bakımına katılımı	**Katılıyorum n (%)**	**Katılmıyorum n (%)**	**Kararsızım n (%)**
Bebek bakımını kadınlar yapmalı, babalar bakıma katılmamalıdır.	23 (%7.8)	269 (%91.5)	2 (%0.7)
Bebek bakımında babalar annelere destek olmalıdır.	277 (%94.2)	15 (%5.1)	2 (%0.7)
Babaların bebek bakımı konusunda bilgi/becerisi yetersiz olduğu için bebeğe zarar verebilir.	146 (%49.6)	139 (%47.3)	9 (%3.1)

Tablo 4.3'de annelerin doğum sonu eşin bebek bakımına katılımı hakkında görüşleri yer almaktadır. 269 annenin (%91.5) "Bebek bakımını kadınlar yapmalı, babalar bakıma katılmamalıdır." görüşüne katılmadığı, 277'sinin (%94.2) "Bebek bakımında babalar annelere destek olmalıdır." görüşüne katıldığı ve 146'sının (%49.6) "Babaların bebek bakımı konusunda bilgi/becerisi yetersiz olduğu için bebeğe zarar verebilir." görüşüne katıldığı belirlenmiştir.

4.2. Babalara İlişkin Bulguların Dağılımı

Bu bölümde, babaların bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular ve babaların bebek bakımına ilişkin düşüncelerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.4. Babaların bazı tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulgular (n=294).

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baba yaşı [$\bar{X}$ ± S.S.→31.78 ± 4.67 (yıl)]		
<30	93	31.6
30-34	113	38.5
≥35	88	29.9
Eğitim düzeyi		
İlkokul	33	11.2
Ortaokul	50	17.0
Lise	122	41.5
Üniversite ve üzeri	89	30.3
Yaşanan yer		
İl merkezi	277	94.2
İlçe	16	5.4
Köy	1	0.4
Gelir durumu		
Geliri giderinden az	102	34.7
Geliri gidere eşit	170	57.8
Geliri giderinden fazla	22	7.5
Babalığa hazır hissetme		
Evet	278	94.5
Hayır	12	4.1
Kısmen	4	1.4
Bebeğin cinsiyetinden memnun olma		
Evet	287	97.6
Hayır	7	2.4

Tablo 4.4'de babaların bazı tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulguların dağılımı yer almaktadır. Babaların yaş ortalamasının 31.78 ± 4.67 (yıl) olduğu tespit edilmiş ve 113 babanın (%38.5) 30-34 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 122 babanın (%41.5) lise eğitim düzeyinde, 277'sinin (%94.2) il merkezinde yaşadığı ve 294'ünün (%100) tamamının çalıştığı belirlenmiştir. 170 babanın (%57.8) gelirinin giderine eşit olduğu, 278'inin (%94.5) bebeği ilk duyduğunda babalığa hazır hissettiği ve 287'inin (%97.6) bebeğin cinsiyetinden memnun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Babaların bebek bakımına ilişkin düşüncelerine göre dağılımı (n=294).

	Katılıyorum n (%)	**Katılmıyorum n (%)**	**Kararsızım n (%)**
Bebek bakımına isteyerek ve severek katılabilirim.	222 (%75.5)	38 (%12.9)	34 (%11.6)
Babalığa hazırım ama iş yoğunluğum nedeniyle eşime yardımcı olamayabilirim.	164 (%55.8)	87 (%29.6)	43 (%14.6)
Bebek bakımı hakkında bilgim yok, ona zarar vereceğimi düşünüyorum.	111 (%37.8)	172 (%58.5)	11 (%3.7)
Bebek bakımını kadınlar yapar. Erkek bakıma katılmamalıdır.	40 (%13.6)	245 (%83.3)	9 (%3.1)

Tablo 4.5'de babaların bebek bakımına katılımına yönelik düşünceleri yer almaktadır. 222'sinin (%75.5) "Bebek bakımına isteyerek ve severek katılabilirim. Görüşüne katıldığı belirlenmiştir. 164 babanın (%55.8) "Babalığa hazırım ama iş yoğunluğum nedeniyle eşime yardımcı olamayabilirim." görüşüne katıldığı, 172'sinin (%58.5) "Bebek bakımı hakkında bilgim yok, ona zarar vereceğimi düşünüyorum." görüşüne katılmadığı ve 245'inin (%83.3) "Bebek bakımını kadınlar yapar. Erkek bakıma katılmamalıdır." görüşüne katılmadığı belirlenmiştir.

4.3. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV), Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ), Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği (B-BBÖ) ölçeği toplam ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının dağılımları ve anne ile baba bulgularına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.6. Annelerin Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı (n= 294).

PTSDC-CV Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maximum
Kaçınma	10.98 ± 6.65	0.0	27.0
Aşırı Uyarılmışlık	6.67 ± 4.35	0.0	20.0
Yeniden Yaşantılama	9.84 ± 5.86	0.0	20.0
Alınan toplam puan	27.50 ± 14.51	0.0	63.0

PTSDC-CV= Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu

Tablo 4.6'de annelerin Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu alt boyutları ile toplam puan ortalamalarından elde edilen veriler yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; Kaçınma alt boyut ölçek puan ortalaması 10.98 ± 6.65, Aşırı Uyarılmışlık alt boyut ölçek puan ortalaması 6.67 ± 4.35, Yeniden Yaşantılama alt boyut ölçek puan ortalaması 9.84 ± 5.86 olduğu belirlenmiştir. Araştırmada annelerin PTSDC-CV toplam puan ortalamasının 27.50 ± 14.51 (min= 0.0; max= 63.0) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Annelerin Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n= 294).

DHHÖ ve Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maximum
Duygusal Hafıza	13.77 ± 7.06	3.0	21.0
Ambivalan Duygusal Hafıza	10.38 ± 3.65	2.0	14.0
Hafızanın Merkezliliği	19.23 ± 8.19	4.0	28.0
Tutarlılık/Tekrar Yaşama	25.64 ± 7.39	6.0	42.0
Duyusal Hafıza	19.60 ± 8.01	4.0	28.0
İstemsiz Hatırlama	9.63 ± 4.42	2.0	14.0
Alınan toplam puan	98.25 ± 28.39	24.0	141.0

DHHÖ= Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği

Tablo 4.7'da annelerin Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği toplam ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; Duygusal Hafıza alt boyut puan ortalaması 13.77 ± 7.06, Ambivalan Duygusal Hafıza alt boyut puan ortalaması 10.38 ± 3.65, Hafızanın Merkezliliği alt boyut puan ortalaması 19.23 ± 8.19, Tutarlılık/Tekrar Yaşama alt boyut puan ortalaması 25.64 ± 7.39, Duyusal Hafıza alt boyut puan ortalaması 19.60 ± 8.01, İstemsiz Hatırlama alt boyut puan ortalaması 9.63 ± 4.42 olarak belirlenmiştir. DHHÖ toplam puanının 98.25 ± 28.39 (min= 24.0; max= 141.0) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=294).

MBÖ	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maximum
Alınan toplam puan	93.68 ± 13.98	42.0	104

MBÖ= Maternal Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.8'de annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalaması, standart sapma ve minimum-maximum değerleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalaması 93.68 ± 13.98 (min= 42; max= 104) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=294).

B-BBÖ Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maximum
Sabır ve Hoşgörü	29.56 ± 4.94	15.9	40.0
Etkileşimde Zevk	23.97 ± 5.15	10.0	35.0
Sevgi ve Gurur	10.71 ± 2.22	5.3	15.0
Alınan toplam puan	64.24 ± 11.18	34.1	89.0

B-BBÖ= Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.9'da Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği alt boyut ölçek puan ortalamalarının dağılımı ve minimum-maximum değerleryer almaktadır. Çalışmaya katılan babaların Sabır ve Hoşgörü alt boyut ölçek puan ortalaması 29.56 ± 4.94, Etkileşimde Zevk alt boyut ölçek puan ortalaması 23.97 ± 5.15, Sevgi ve Gurur alt boyut ölçek puan ortalaması 10.71 ± 2.22 olduğu belirlenmiştir. Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puanı 64.24 ± 11.18 (min=34.1; max=89) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Annelerin bazı özelliklerine göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği, Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği ve Maternal Bağlanma Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması (n= 294).

	PTSB-CV		**DHHÖ**		**MBÖ**	
	$\bar{X}$ ± S.S.	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X}$ ± S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X}$ ± S.S.**	**Medyan [IQR]**
Anne yaşı						
<25 (1)	27.71 ± 14.32	27.0 [21.5]	103.54 ± 24.42	109.0 [40.3]	92.79 ± 14.22	100.5 [22.3]
25-27 (2)	28.69 ± 14.63	27.0 [24.0]	101.28 ± 27.53	107.0 [47.0]	91.92 ± 15.93	100.0 [20.0]
28-30 (3)	28.49 ± 14.86	26.5 [19.8]	98.61 ± 28.25	104.5 [47.5]	94.93 ± 13.28	101.5 [12.0]
>30 (4)	24.83 ± 14.11	25.0 [22.0]	89.03 ± 31.50	91.0 [49.0]	95.23 ± 11.94	101.0 [17.0]
Analiz	F= 1.084; p= 0.356		χ^2= 8.299; **p= 0.040**		χ^2= 1.969; p= 0.579	
Fark			**[1-4]**			
Eğitim düzeyi						
İlkokul	28.48 ± 15.69	25.0 [23.0]	105.23 ± 26.77	108.0 [48.0]	90.10 ± 17.52	101.0 [30.0]
Ortaokul	30.91 ± 13.51	31.5 [17.5]	101.88 ± 23.72	106.5 [33.0]	92.45 ± 15.05	100.0 [18.8]
Lise	25.94 ± 15.82	23.0 [26.3]	95.83 ± 30.42	100.5 [49.0]	93.36 ± 14.48	100.5 [20.3]
Üniversite/üzeri	26.94 ± 13.03	27.0 [19.0]	96.64 ± 28.89	102.0 [47.5]	95.81 ± 11.24	101.0 [13.5]
Analiz	χ^2= 6.385; p= 0.094		χ^2= 2.979; p= 0.395		χ^2= 2.230; p= 0.526	
Gelir seviyesi						
Az (1)	29.51 ± 14.70	27.0 [22.0]	102.06 ± 25.91	107.0 [42.8]	90.75 ± 16.13	99.0 [25.0]
Denk (2)	26.35 ± 14.47	27.0 [23.0]	96.24 ± 29.45	101.0 [47.0]	95.64 ± 12.37	102.0 [13.0]
Fazla (3)	24.89 ± 12.73	21.0 [21.0]	91.79 ± 32.34	90.0 [66.0]	92.26 ± 9.10	100.0 [10.0]
Analiz	F= 1.934; p= 0.146		χ^2= 2.790; p= 0.248		χ^2= 8.392; **p= 0.015**	
Fark					**[1-2]**	

Bağımsız üç ve daha fazla değişken olan gruplar için "ANOVA" test (F-tablo değeri) ile"Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. PTSDC-CV= Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, DHHÖ= Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, MBÖ= Maternal Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.10 (devam). Annelerin bazı özelliklerine göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği, Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği ve Maternal Bağlanma Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması (n= 294).

	PTSB-CV		DHHÖ		MBÖ	
	$\bar{X} \pm$ S.S.	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm$ S.S.	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm$ S.S.	Medyan [IQR]
Gebelik sayısı						
1	27.81 ± 13.81	27.0 [19.0]	100.44 ± 25.99	104.5 [44.0]	94.32 ± 13.76	101.0 [15.8]
2	27.03 ± 15.98	25.5 [25.8]	95.50 ± 31.54	103.5 [53.0]	92.16 ± 15.22	100.0 [22.0]
≥3	27.15 ± 13.76	28.5 [16.0]	93.92 ± 31.06	103.5 [46.3]	95.12 ± 10.13	99.5 [18.3]
Analiz	χ^2= 0.097; p= 0.907		χ^2= 1.352; p= 0.509		χ^2= 1.726; p= 0.422	
Gebeliğin istenme durumu						
Evet	27.38 ± 14.39	27.0 [21.0]	97.79 ± 28.57	103.5 [47.8]	93.54 ± 14.05	93.5 [18.0]
Hayır	28.16 ± 15.96	27.0 [25.5]	101.76 ± 26.43	106.0 [38.5]	94.80 ± 13.57	100.0 [12.0]
Analiz	t= 0.255; p= 0.799		Z= -0.590; p= 0.555		Z= -0.078; p= 0.937	
Doğum şekli						
Normal doğum	27.72 ± 14.42	27.0 [21.0]	102.16 ± 27.12	107.0 [45.0]	93.26 ± 14.23	101.0 [19.5]
Sezaryen	26.88 ± 14.80	25.0 [21.5]	87.23 ± 29.17	88.0 [46.5]	94.88 ± 13.28	101.0 [13.0]
Analiz	t= 0.434; p= 0.665		Z= -3.859; **p= 0.000**		Z= -0.506; p= 0.613	

İki bağımsız grubun verilerini değerlendirmek için "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır. Bağımsız üç ve daha fazla değişken olan gruplar için "ANOVA" test (F-tablo değeri) ile"Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. PTSDC-CV= Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, DHHÖ= Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, MBÖ= Maternal Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.10 (devam). Annelerin bazı özelliklerine göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği, Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği ve Maternal Bağlanma Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması (n= 294).

	PTSB-CV		DHHÖ		MBÖ	
	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]	X̄ ± S.S.	Medyan [IQR]
Doğumda sağlık personeli desteği						
Evet	27.35 ± 1451	26.5 [21.3]	98.23 ± 28.41	104.5 [46.3]	93.96 ± 13.75	101.0 [18.0]
Hayır	31.00 ± 14.72	29.0 [28.8]	98.67 ± 29.24	94.0 [58.8]	87.08 ± 18.00	92.5 [32.3]
Analiz	t= -0.853; p= 0.394		Z= -0.057; p= 0.954		Z= -1.536; p= 0.125	
Sosyal destek kaynağı						
Evet	27.49 ± 14.47	27.0 [21.3]	98.39 ± 28.11	104.0 [46.3]	93.65 ± 13.94	100.5 [18.0]
Hayır	27.62 ± 15.21	26.5 [26.0]	96.71 ± 32.07	100.5 [49.3]	94.08 ± 14.76	101.5 [20.3]
Analiz	t= -0.044; p= 0.965		Z= -0.049; p= 0.961		Z= -0.477; p= 0.634	
Doğum endişesi						
Evet	28.38 ± 14.32	27.0 [20.5]	101.67 ± 26.57	107.0 [45.0]	93.53 ± 14.13	100.0 [18.0]
Hayır	23.84 ± 14.84	23.0 [23.5]	84.05 ± 31.43	83.0 [47.5]	94.31 ± 13.46	102.0 [18.0]
Analiz	Z= -2.071; **p= 0.038**		Z= -3.816; **p= 0.000**		Z= -0.811; p= 0.417	

İki bağımsız grubun verilerini değerlendirmek için "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) kullanılmıştır. PTSDC-CV= Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, DHHÖ= Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, MBÖ= Maternal Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.10. Annelerin bazı tanıtıcı özellikleri ile DHHÖ, MBÖ, PTSB-CV ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Annenin yaş sınıflarına göre DHHÖ toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Belirlenen anlamlı farklılığın hangi değişken gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları sonucunda; 25 yaş ve altı olan anne grubunda elde edilen DHHÖ toplam puan ortalamaları, 30 yaş ve üzeri olan anne grubundan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra; doğum şekline ve doğumda endişe hissetme durumuna göre DHHÖ toplam puan ortalamaları arasında da farklılığın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). DHHÖ toplam puan ortalaması normal doğum yapanların sezaryen olanlara göre, doğumda endişe duyanların duymayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Annelerin DHHÖ toplam puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri, gelir seviyeleri, destek alma durumları, istenen gebelik gibi değişkenlerle karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişkinin oluşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Annelerin yaş sınıfları, eğitim seviyeleri, istenen gebelik olma durumu, sosyal destek alma durumu, doğum şekli ve doğumda endişe hissetme durumuna göre MBÖ toplam puan ortalamaları arasında farklılık bulunmazken ($p > 0.05$); annelerin gelir seviyesine göre MBÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Belirlenen anlamlı farklılığın hangi değişken gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları sonucunda; geliri giderine eşit olanların MBÖ toplam puan ortalamaları, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Annenin doğumda endişe hissetme durumu ile PTSB-CV toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında oluşan farklılık düzeyinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Doğumda endişe duyanların PTSB-CV toplam puan ortalamaları, endişe duymayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir

Tablo 4.11. Babaların bazı özelliklerine göre Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n= 294).

	B-BBÖ alt boyutları						**Toplam B-BBÖ**	
	Sabır ve hoşgörü		Etkileşimde zevk		Sevgi ve gurur			
	$\bar{X}$ ± S.S.	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X}$ ± S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X}$ ± S.S.**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X}$ ± S.S.**	**Medyan [IQR]**
Baba yaşı								
<30	29.47 ± 5.28	29.1 [6.7]	24.04 ± 5.11	24.0 [6.2]	10.61 ± 2.26	10.6 [3.0]	64.11 ± 11.67	63.9 [14.1]
30-34	29.61 ± 4.47	29.7 [5.9]	23.94 ± 4.78	24.6 [4.7]	10.64 ± 2.11	10.6 [2.7]	64.18 ± 10.13	64.6 [11.3]
≥35	29.58 ± 5.19	29.1 [7.4]	23.94 ± 5.70	25.2 [7.7]	10.89 ± 2.35	10.6 [2.7]	64.43 ± 12.04	64.5 [16.9]
Analiz; Olasılık	F= 0.022; p= 0.978		χ^2= 0.077; p= 0.962		χ^2= 1.344; p= 0.511		F= 0.019; p= 0.981	
Eğitim düzeyi								
İlkokul (1)	28.47 ± 4.67	28.8 [5.9]	21.12 ± 5.37	20.9 [7.2]	9.78 ± 2.27	9.3 [2.3]	59.38 ± 11.36	58.9 [14.2]
Ortaokul (2)	28.05 ± 4.53	27.8 [5.7]	22.63 ± 5.15	23.8 [5.8]	10.17 ±1.96	9.6 [3.7]	60.85 ± 10.63	62.5 [12.7]
Lise (3)	29.30 ± 4.74	28.8 [5.5]	23.82 ± 5.09	24.4 [5.9]	10.67 ±2.07	10.6 [2.7]	63.79 ± 10.83	63.9 [13.3]
Üniversite / üzeri (4)	31.16 ± 5.15	31.1 [6.9]	25.99 ± 4.39	26.2 [6.0]	11.40 ±2.37	11.3 [3.3]	68.56 ± 10.51	67.7 [13.9]
Analiz; Olasılık Fark	χ^2= 17.401; **p= 0.001 [4-1,2,3]**		χ^2= 26.752; **p= 0.000 [4-1,2,3] [1-3]**		χ^2= 17.602; **p= 0.001 [4-1,2,3] [1-3]**		F= 8.737; p= 0.000 **[4-1,2,3]**	
Babanın gelir durumu								
Gelir giderden az (1)	28.46 ± 5.01	28.5 [6.2]	22.21 ± 5.62	23.4 [8.3]	10.32 ± 2.68	10.2 [3.7]	60.98 ± 11.81	62.3 [14.3]
Gelir gidere eşit (2)	29.90 ± 4.76	29.7 [6.7]	24.71 ± 4.69	25.2 [6.2]	10.75 ± 2.15	10.6 [2.7]	65.37 ± 10.40	65.2 [13.7]
Gelir giderden fazla (3)	31.88 ± 5.18	30.8 [8.9]	26.22 ± 4.10	25.2 [5.9]	11.97 ± 2.01	11.8 [3.4]	70.07 ± 10.27	67.6 [18.3]
Analiz; Olasılık Fark	F= 5.461; **p= 0.005 [1-3]**		χ^2= 13.833; **p= 0.001 [1-2,3]**		χ^2= 11.700; **p= 0.003 [1,2-3]**		χ2= 12.570; p= 0.002 **[1-2,3]**	

Bağımsız üç ve daha fazla değişken olan gruplar için "ANOVA" test (F-tablo değeri) ile"Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.
B-BBÖ= Baba Bebek Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.11'de baba bulgularına ile B-BBÖ alt boyut toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Babaların yaş gruplarına göre B-BBÖ alt boyut toplam puan ortalamaları arasında farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Babanın eğitim düzeyine göre B-BBÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından belirlenen farklılığın istatistiksel yönden anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Tespit edilen bu farklılığın hangi değişken gruptan olduğunu belirlemek için yapılan ikili Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmaları sonucunda; Üniversite/üzeri mezun olanların B-BBÖ alt boyut toplam puanı, ilkokul, ortaokul ile lise mezunu olanların B-BBÖ alt boyut ve toplam puanına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Babanın gelir durumuna göre B-BBÖ'nin alt boyut ve toplam puanları açısından bulunan farklılığın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bulunan farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını belirlemek için varyansların homojenliğide göz önünde bulundurularak Tukey ikili karşılaştırma yapılmıştır. Karşılaştırma sonucu; geliri giderinden fazla olanların puanı, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.12. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği ile Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği, Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği arasında korelasyon ilişkisi (N=588).

			PTSBÖ-CV			
	Korelasyon*		**Toplam**	**Kaçınma**	**Aşırı uyarılmışlık**	**Yeniden yaşantılama**
DHHÖ Alt Boyutları	Duygusal hafıza	r	0.396	0.324	0.289	0.394
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	Ambivalan duygusal hafıza	r	0.281	0.259	0.261	0.241
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	Hafızanın merkezliliği	r	0.336	0.291	0.228	0.329
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	Tutarlılık/Tekrar yaşama	r	0.386	0.341	0.315	0.335
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	Duyusal hafıza	r	0.429	0.415	0.319	0.364
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	İstemsiz hatırlama	r	0.499	0.439	0.393	0.454
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	Toplam	r	0.538	0.501	0.510	0.517
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
B-BBÖ Alt Boyutları	Sabır ve hoşgörü	r	-0.273	-0.257	-0.253	-0.251
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	Etkileşimde zevk	r	-0.307	-0.316	-0.259	-0.252
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
	Sevgi ve gurur	r	-0.251	-0.255	-0.251	-0.257
		p	**0.000**	**0.000**	**0.001**	**0.011**
	Toplam	r	-0.305	-0.293	-0.263	-0.227
		p	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
MBÖ	**Toplam**	r	-0.231	-0.183	-0.232	-0.212
		p	**0.000**	**0.002**	**0.000**	**0.000**

*Normal dağılım göstermeyen iki nicel veri ilişkisinin incelenmesi "Spearman" korelasyon katsayısı ile yapılmıştır. DHHÖ= Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği , PTSDC-CV= Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, MBÖ= Maternal Bağlanma Ölçeği, B-BBÖ= Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.12'de PTSB-CV ile DHHÖ, B-BBÖ, MBÖ arasındaki korelasyon ilişkisi incelenmiştir. Annelerin PTSB-CV toplam puanları ile DHHÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında orta seviyede ve pozitif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Annelerin DHHÖ toplam puanları arttıkça, PTSB-CV toplam puanlarıda artmaktadır.

Annelerin PTSB-CV toplam puan ortalamaları ile MBÖ toplam puanları arasında negatif yönlü ve çok zayıf derecede anlamlı bir fark ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Annelerin PTSB-CV toplam puanları azaldıkça maternal bağlanma ölçeği puanları artmaktadır.

Annelerin PTSB-CV toplam puanları ile babaların B-BBÖ alt boyutları toplam puanları arasında zayıf dereceli negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Annelerin PTSB-CV toplam puanları azaldıkça babaların sabır ve hoşgörü, etkileşimde zevk, sevgi ve gurur puanları artmaktadır.

Tablo 4.13. Maternal Bağlanma Ölçeği ile Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği arasında korelasyon ilişkisi (N=588).

Korelasyon*	**MBÖ**	
	r	**p**
B-BBÖ Alt Boyut		
Sabır ve hoşgörü	0.459	**0.000**
Etkileşimde zevk	0.415	**0.000**
Sevgi ve gurur	0.290	**0.000**

*Normal dağılım göstermeyen iki nicel veri ilişkisinin incelenmesi "Spearman" korelasyon katsayısı ile yapılmıştır. MBÖ= Materrnal Bağlanma Ölçeği, B-BBÖ: Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği

Tablo 4.13'de MBÖ ile B-BBÖ toplam puan ortalamaları arasında korelasyon ilişkisi incelenmiştir. MBÖ ile B-BBÖ alt boyutları sabır ve hoşgörü ($r= 0.459$), etkileşimde zevk ($r= 0.415$), sevgi ve gurur ($r= 0.290$) arasında zayıf dereceli, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu MBÖ toplam puan ortalaması arttıkça, B-BBÖ alt boyutları, sabır ve hoşgörü, etkileşimde zevk, sevgi ve gurur puan ortalaması da artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, doğum hafızasının ve postpartum posttravmatik stres bozukluğunun anne-bebek ve baba-bebek bağlanma üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla 294 anne ve eşleri ile toplam 588 kişi ile yürütülmüştür. Bu bölümde çalışmanın sonuçları literatür dahilinde üç ana başlık altında tartışılarak sunulmuştur.

5.1. Annenin tanımlayıcı özellikleri ile ilişkin bulguların karşılaştırılarak tartışılması

5.2. Babaların tanımlayıcı özellikleri ile ilişkin bulguların karşılaştırılarak tartışılması

5.3. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği ile Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği, Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği Arasında Korelasyon İlişkisi ile ilgili bulguların tartışılması

5.1. Annelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmamıza katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; annelerin yaş ortalamasının 27.60 ± 4.37 (yıl) olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğunun ev hanımı olduğu ve gelir seviyelerinin gidere göre eşit olduğu saptanmıştır. Çoğunluğunun evlilik süresinin 2-4 yıl olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra annelerin bazı obstetrik özellikleri incelendiğinde ise; yarısından fazlasının ilk gebeliğinin olduğu, daha önce spontan düşük ve isteğe bağlı düşük yapmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin tamamı term gebe olup, yaklaşık dörtte üçü vajinal yolla doğum gerçekleştirmiştir. Aynı zamanda annelerin tamamının bebeklerinin cinsiyetinden memnun oldukları belirlenmiştir.

Çalışmamızda annelerin tamamına yakını dokuz ve üzeri antenatal bakım aldığı ve yaklaşık üçte ikisinin gebeliğe ilişki bilgi aldığı belirlenmiştir. Uluslararası uygulanan kılavuzlara göre önerilen antenatal bakım alma sıklığı; American College of Obstetricians and Gynecologists / Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG)'ne göre toplam 12-14 (138), National Institute for Healty and Care

Excellence / Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE)'ne göre toplam 7-10 (139), Japan Association of Obstetricians and Gynecologists / Japonya Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (JAOG)'ne göre toplam 16 (140), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre toplam 8 (142)'dir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayımladığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ise 4 izlem sıklığı ile antenatal bakımı önermektedir (141). DSÖ ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın önerileri dikkate alındığında çalışmamızda antenatal izlem sıklığının yeterli olduğu belirlenmiştir. TNSA 2018 yılı verilerine göre kadınların %96'sının sağlık profesyonelleri tarafından antenatal bakım aldığı bildirmiştir (158). Çalışmamızda kadınların büyükşehirde yaşıyor olması sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştırmış, antenatal bakım alma sıklığını ve sağlık personelinden eğitim alma durumunu olumlu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızdaki annelerin doğum öncesi doğum ile ilgili görüşleri alınmış, dörtte üçünden fazlasının doğuma yönelik endişesinin olduğu belirlenmiştir. Annelerin tamamına yakınında ise doğum sırasında kendine ya da bebeğine kötü bir şey olacak düşüncesi ile endişe yaşadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalara göre kişilerde COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle özellikle başta solunum, dolaşım olmak üzere fizyolojik sisteme etkileriyle beraber morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması korku, endişe ve davranış örüntülerinde değişikliklere neden olmaktadır (161, 162). Kişilerde uykusuzluk, panik atak, sağlık kaygısı, hastalanma korkusu, psikolojik durumun bozulmasına, stresle baş etme yöntemlerini kullanmada yetersizliklere neden olmaktadır (160). Çalışmamızda; annelerin, COVID-19 pandemi sürecinde doğum yapmış olması, hastanede kendisinin ve bebeğinin COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma riskinin fazla olması, kendisine ve bebeğine zarar geleceği düşüncesinden dolayı endişe yaşadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların erkeğin bebek bakımına katılımına yönelik görüşleri incelendiğinde; kadınların neredeyse tamamına yakını babaların bebek bakımına katılması yönünde görüş belirtmiştir. Ancak, kadınların yaklaşık yarısının babanın bakım konusunda bilgi/becerisinin yetersiz olduğu ve bebeğe zarar verebileceği yönünde de görüş bildirmesi dikkat çekmektedir. Araştırma bulgumuz kadınların; erkeklerin bebek bakımı konusunda aktif rol almaları gerektiği görüşünü savunduklarını göstermekle birlikte, erkeklerin bakım konusunda yetersizlikleri

olabileceğine yönelik de görüşlerin olduğunu göstermektedir. Kadının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin kalıplaşmış yargıları geleneksel ve eşitlikçi roller olarak iki şekilde kategorileşmiştir (157). Geleneksel rollerin en başında çocuk doğurma ve büyütme, eş ve çocukların ihtiyaçlarını karşılama, eve ait tüm işlerden sorumlu olma, iş ve sosyal hayatta pasif rol almadır. Eşitlikçi roller ise kadın ve erkek arasında aile, eğitim, meslek, sosyal, siyasal, sağlıklı yaşama sorumluluklarını eşit olarak paylaşmaktır (157). Çalışmamızda kadınların yaklaşık yarısının bebek bakımı konusunda eşlerinin bakıma katılması gerektiğini düşünmelerine rağmen bebek bakımında babaların yetersiz olduğunu düşünmelerinden dolayı bakıma katmak istemediklerini belirtmişlerdir. Toplumsal cinsiyet geleneksel rol değerlerinin izlerinin taşındığı, eşitlikçi rol değerleri yüksek ve olumlu düzeyde benimsenmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu durum kadının eşitlikçi cinsiyet rolüne ilişkin değer ve tutum düzeylerini halen etkileyen geleneksel yaşam ve kültür özelliklerinin olduğu düşünülmektedir.

5.2. Babaların tanımlayıcı özellikleri ile ölçeklerle ilişkin bulguların karşılaştırılarak tartışılması

Çalışmamızın kapsamına dahil edilen babaların yaş ortalamasının 31.78 ± 4.67 (yıl) olduğu tespit edilmiş olup, %41.5'i lise mezunu ve %30.3'ü üniversite mezunu olduğu, tamamının bir gelir getiren işte çalıştığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra babaların tamamına yakını bebeklerinin cinsiyetinden memnun olduğu ve bebeğinin olacağını ilk duyduklarında babalığa kendilerini hazır hissettiklerini belirtmişlerdir.

Annelik rolü gibi babalık rolü de uyum süreci gerektirmektedir. Çalışmamızda babaların büyük çoğunluğu, bebek bakımını isteyerek ve severek katılmak istedikleri ancak bebek bakımı konusunda kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Konu ile ilgili çalışmalarda, ilk kez baba olacak bireyler kendilerini babalık rolünde yetersiz gördüklerini ancak bebeklerinin bakımında anne kadar aktif rol almak istediklerini ifade etmişlerdir (145, 146, 150). Babaların bebek bakımını sadece kadınlar yapar görüşünü reddederek bebek bakımına katılmak istemeleri kalıplaşmış toplumsal cinsiyet rollerini kabul etmediklerini göstermektedir. Aynı

zamanda babaların eşitlikçi düşünce yapısına sahip olmaları eğitim düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği ile Doğum Hafıza ve Hatırlama Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği, Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği arasında korelasyon ilişkisi ile ilgili bulguların tartışılması

Kadınların yaşam döngüleri arasında önemli bir yere sahip olan gebelik, doğum süreci ve postpartum dönem pozitif deneyimlerin yanında yaşanılan olumsuzluklarla beraber duygusal travmaya dönüşebilmektedir (42, 44, 56). Çalışmamızda doğumdan 4-6 hafta sonra kadınlarda postpartum PTSB'nun görülme sıklığı ve belirtileri PTSB-CV ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamında annelerin PTSDC-CV toplam puan ortalaması 27.50 ± 14.51 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kesim değeri 23 puan ve üzeri değerlendirildiğinde kadınların %61.2'nin posttravmatik stres belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; Çelik (2018)'in çalışmasında PTSB-CV toplam puan ortalaması 31.88 ± 6.29 olduğu tespit edilmiştir. Pınar ve ark (2019)'nın çalışmasında PTSB-CV toplam puan ortalaması 11.10 ± 15.52 ve posttravmatik stres belirtilerinin görülme sıklığı ise %16 olarak bulunmuştur. Hajizadeh ve ark (2021)'nın İranlı kadınlarla yaptığı çalışmada ise PTSB-CV toplam puan ortalamasının 7.32 ± 2.0 ve PTSB belirtilerinin görülme sıklığı %16.3 olduğu belirlenmiştir. Soet ve ark (2003)'nın Amerikalı kadınlar ile yaptığı çalışmada PTSB belirtilerinin görülme sıklığı %30.1 olduğu belirlenmiştir. Modarres ve ark (2012)'nın çalışmasında ise kadınların %54.5'inin travmatik doğum yaşadıklarını bildirilmiş ve %20'sine postpartum PTSB tanısı konulduğunu belirlenmiştir. Creedy ve ark (2000)'nın DSM-IV tanı ölçütlerini kullanarak postpartum 4-6. haftada yaptığı çalışmada PTSB belirtilerinin görülme sıklığı %33 olduğunu belirlenmiştir. Ayers ve Pickering (2001)'nin çalışmalarında 6.ayda 3.aya göre daha düşük PTSB belirtileri görüldüğünü belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde PTSB belirtilerinin görülme sıklığı farklılık göstermektedir. Bu fark çalışmalarda kullanılan farklı ölçüm metodları ile ilişkili olabilir. Ayrıca çalışmamızda PTSB belirtilerinin görülme sıklığının yüksek olmasını, kadınların primipar olması, daha önce doğum deneyimi

yaşamamış olması, COVID-19 pandemi sürecinde hastanede hastalığa yakalanma riskinin yüksek olması nedeniyle annenin endişe hissetmesi etkilemiş olabilir. Araştırmamıza COVID-19 enfeksiyon tanısı alan annelerin dahil edilmemesi ve PTSB'nu etkileyebilecek kültürel yapı ve mitlerin detaylı araştırılmaması çalışmamızın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

PTSB-CV kaçınma alt boyutu travmatik olayı hatırlatacak kişi ya da olaylardan, olayın gerçekleştiği ortamdan, uyaranlardan kaçınmayı anlatan semptomlar kümesidir (42, 44, 56). Çalışmamızın PTSB-CV kaçınma alt boyut ölçek puan ortalamasının 10.98 ± 6.65 olduğu belirlenmiştir. Çelik (2018)'in yaptığı çalışmada kaçınma alt boyut puan ortalaması vajinal doğum yapan annelerde 11.04 ± 3.22, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde 12.94 ± 3.22 ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde ise 9.08 ± 2.73 olduğu, Hajizadeh ve ark (2021)'nın çalışmasında PTSB-CV kaçınma alt boyut ölçek puan ortalamasını 2.00 ± 4.24 olarak tespit etmişlerdir. Literatürde konu ile ilgili çalışmaların sınırlı olmasıyla beraber çalışmamızda kaçınma alt boyut puan ortalaması Çelik'in çalışması ile uyumlu bulunurken, Hajizadeh'in çalışması sonucuna göre yüksek elde edilmiştir. Bu sonuç çalışma kapsamındaki kadınların kaçınma davranışlarını sergileme oranının yüksek olduğunu göstermiştir. Kaçınma davranışı gösteren kadınlarda, bir daha gebe kalmak istememe, isteğe bağlı düşük, cinsel yaşamdan kaçma, eş ile huzursuzlukların oluşması, aile içi şiddet olaylarında artmalar ve boşanmalar meydana gelebilir (29, 36, 38). Aile düzeninin korunması ve kadın-çocuk sağlığının yükseltilmesi için erken dönem PTSB belirtilerinin belirlenmesi son derece önemlidir.

PTSB-CV aşırı uyarılmışlık alt boyutu, yaşanan travmatik olay sonrası aynı şeyleri yaşama korkusu ile sürekli tetikte olma, uyku düzeninin bozulması, ani ses ve hareketlerde irkilme veya yerinden sıçrama ile kişide çarpıntı, terleme, titreme, nefes daralması belirtilerin olduğu semptomlar kümesidir (42, 44, 56). Çalışmamızın PTSB-CV aşırı uyarılmışlık alt boyut ölçek puan ortalaması 6.67 ± 4.35 olarak belirlenmiştir. Çelik (2018)'in yaptığı çalışmada, aşırı uyarılmışlık alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerde 8.54 ± 3.03, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde 10.04 ± 2.77 ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde ise 6.24 ± 2.60 olduğu, Hajizadeh ve ark (2021) çalışmasında aşırı uyarılmışlık alt boyut

ölçek puan ortalaması ise 1.80 ± 0.13 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda aşırı uyarılmışlık alt boyut puan ortalaması, Çelik'in çalışma sonucu ile paralellik gösterirken, Hajizadeh'in çalışma sonucuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu çalışma grubumuzdaki kadınların aşırı uyarılmışlık belirtilerini daha yoğun yaşandığını göstermektedir. Kadınların COVID-19 pandemisinde doğum yapmış olmaları travmaya neden olmuş olabilir. Travma sonrası aşırı uyarılmışlık yaşayan kadınlarda, sürekli tehdit altında olduğunu hissetme, hastalığa yakalanma korkusu, bebeğine zarar geleceği düşüncesi, herhangi bir uyaran karşısında aşırı tepki verme, uyku düzeninde bozulmalar, korku, anksiyete, panik halinde olma durumu yaşam koşullarının olumsuz etkilenmesine aynı zamanda sosyal izolasyona neden olabilir (42, 44, 56, 160, 161). Bu bakımdan kadın sağlığı hemşirelerinin doğum sonu dönemde erken teşhis ve tedavi için kadınları PTSB belirtileri yönünden değerlendirmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

PTSB-CV yeniden yaşama alt boyutu, herhangi bir zamanda travma ile ilgili rahatsızlık veren düşüncelerin hatırlanması, travmatik yaşanılan olayın gerçekçi ve korkutucu şekilde tekrar yaşanması ile karakterize semptom kümesidir (42, 44, 56). Çalışmamızda yeniden yaşantılama alt boyut ölçek puan ortalaması 9.84 ± 5.86 olduğu belirlenmiştir. Çelik (2018)'in yaptığı çalışmada yeniden yaşantılama alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerde 7.40 ± 2.67, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde 8.90 ± 2.30 ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde 6.00 ± 2.31 olduğu tespit edilmiştir. Hajizadeh ve ark (2021)'nın çalışmasında yeniden yaşantılama alt boyut ölçek puan ortalaması 1.90 ± 2.97 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yeniden yaşama alt boyutu Çelik'in ve Hajizadeh'in çalışma sonuçlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların postpartum dönemde doğumu hatırlatacak herhangi bir uyaran karşısında tetikte olma, korku ve anksiyete düzeylerinde artışa neden olacağını göstermektedir. Bunun yanında kadının COVID-19 pandemi sürecinde hastanede olması, hastalığa yakalanma korkusu, duygu durum halinin değişmesine ve kadının yaşam kalitesinde düşmeye, öz bakım ihtiyaçlarının giderilmesinde sorunlara ve güvensiz bebek bağlanmaya da yol açabilir (42, 44, 56, 160, 161). Kadın sağlığı alanında hizmet yapan hemşirelerin, postpartum dönemde fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda anneleri değerlendirmesi, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik girişimlerin planlanması, geliştirmeleri ve

sonuçlarını değerlendirmeleri gerekirse psikolojik destek almalarının sağlanması anne-bebek sağlığı açısından son derece önemlidir.

Yapılan çalışmalar postpartum PTSB'nu etkileyen kişisel ve çevresel faktörlerin olduğunu göstermektedir (58, 133, 134). Çalışmamızda PTSB ile doğum endişesi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu belirtilirken ($p < 0.05$), annelerin yaş grupları, eğitim seviyeleri, sosyo-ekonomik durumları, doğum şekli, sosyal destek alma durumları ile PTSB arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Çalışmamızda annelerde doğum endişesi ile PTSB toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayers (2014) çalışmasında primiparların multiparlara göre doğumda daha fazla endişe ve korku yaşadıklarını dolayısıyla PTSB karşısında savunmasız kaldıklarını belirtmiştir. Primipar olma, doğum şekli ile ilgili belirsizlik, genç ve ergen olma gibi faktörler strese, korkuya ve olumsuz doğum algısına neden olabilmektedir (143). Literatür incelendiğinde primigravidaların multigravidalara göre daha fazla PTSB yaşadıklarını göstermektedir (42, 46). Çalışmamızda elde edilen bulgular literatürle uyumlu olmakla birlikte, araştırma kapsamındaki kadınların COVID-19 pandemi sürecinde ilk doğumlarını deneyimlemeleri nedeniyle yoğun endişe ve korku yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda doğum şekli ile PTSB toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Literatür incelendiğinde, Ryding ve ark (1998) çalışmalarında PTSB açısında doğum şeklinin önemli olduğunu, vajinal doğum ve acil sezaryen ile doğumlarda PTSB belirtilerinin görülme sıklığının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. MaClean ve ark (2000) yaptıkları çalışmada müdahaleli vajinal doğumların spontan vajinal doğum ve sezaryenle doğuma göre daha fazla stres kaynağı olduğunu ve PTSB belirtilerinin daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Ayers (2014) çalışma sonucunda doğum şeklinin PTSB gelişimi etkileyen önemli bir unsur olduğunu vurgulamıştır. Yapılan çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda PTSB üzerine doğum şeklinin etkili olmamasında; çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinin kanıt temelli uygulamaları desteklenmesi ve uygulanması, sağlık personeli tarafından doğum öncesi süreç hakkında bilgilendirmelerin yapılması, doğum eyleminin doğal seyrine bırakılması, sıvı

alımının engellenmemesi, travay odalarının tek kişilik odalarda hareketi kısıtlamayan şekilde düzenlenmiş olması, tıbbi zorunluluklar dışında lavman ve indüksiyon uygulamalarının yapılmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim seviyesi yükseldikçe annelerin yeni rollerine uyumda, stresle baş etme yönetiminin kullanılmasında, doğum ve postpartum sürece uyum sağlamada başarılı oldukları bilinmektedir (58, 133, 159). Çalışmamız da eğitim seviyesi ile PTSB arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Literatür incelendiğinde Modarres ve ark (2012) yaptıkları çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların, yüksek eğitim alan kadınlara göre PTSB görülme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Figueiredo ve ark (2009) yaptıkları araştırmada eğitim seviyesi ile PTSB arasında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yapılan araştırmalardan farklı sonuca ulaşmamızın nedeni çalışma kapsamındaki kadınların çoğunluğunun eğitim seviyelerinin lise ve üniversite düzeyinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bakımdan farklı eğitim seviyelerinde büyük gruplar ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde PTSB az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha çok görüldüğü bildirilmiştir (56, 57). Çalışmamızda gelir seviyesi ile PTSB-CV toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Saisto ve ark (2001) yaptıkları çalışmaya göre; gelir seviyesi az olan kadınlarda postpartum dönemde PTSB gelişiminin artığı belirtilmiştir. Çelik (2018)'in çalışmasında gelirini giderinden daha düşük algılayan annlerde PTSB toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışmamızdaki farklılığın nedeni çalışma kapsamında annelerin çoğunluğunun gelir ve gider durumlarını eşit olarak algılaması olarak düşünülmektedir. Bu nedenle konu ile ilgili gelir düzeyi farklılık gösteren büyük gruplarla yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Postpartum dönemde annelerin sosyal destek alma durumu postpartum PTSB gelişimini etkileyebilmektedir (136, 147). Çalışmamızda sosyal destek alma durumu ile PTSB toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). Literatür incelendiğinde annelerin sosyal destek alma durumları ile doğum endişeleri arasında negatif bir ilişkinin olduğu ve alınan sosyal desteğin PTSB gelişme riskini azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (60, 108, 117- 120). Şükran ve ark (2019) yaptıkları çalışmada postpartum süreçte annenin

aldığı sosyal desteğin PTSB-CV toplam puan ortalaması ile arasında negatif bir ilişki olduğu, sosyal destek arttıkça, PTSB belirtilerinin görülme riskinin azaldığını belirtmişlerdir (147). Soet ve ark (2003) çalışmalarında doğum sonu beklentilerin karşılanması, özellikle eş desteğin artırılmasının PTSB görülme oranının azaltılmasında önemli olduğunu belirtmişlerdir. Cigoli ve ark (2006) çalışmasında postpartum dönemde sosyal destek alan annelerin almayan annelere göre PTSB görülme oranının düşük olduğunu belirtmişlerdir. COVID-19 pandemi sürecinde hastane protokolleri kapsamında ziyaretçi yasağının uygulanması, annelerin refakatçi dışında diğer yakınları ile görüşmesinin engellenmesi, annelerin tek kişilik odalarda kalmaları, hastalığa yakalanma korkusu nedeniyle annelerin sosyal izolasyonu postpartum dönemde sosyal desteğin yetersiz algılanmasına neden olmuş olabilir.

Doğum anne öz yeterliliğini etkileyen ve ambivalan duygularında yaşandığı bir süreçtir (131). Kadının doğum anında yaşadıkları uzun süreli hafızaya aktarılacak ölçüde önemli bir yere sahip olabilir. Kadının hafızasında saklanan ve zamanı geldiğinde tekrar kullanacağı doğum deneyimine ilişkin bilgileri doğum hafızası olarak tanımlanmaktadır (132). Postpartum dönemde kadının hem fiziksel hem de psikolojik sağlığının korunabilmesi için zihninde doğuma yönelik anılarının olumlu olması ve doğumunu hatırladığında olumlu duyguların oluşması beklenmektedir. Fakat bazı kadınlar doğumu travmatik bir olay olarak deneyimlemektedir (74, 131, 132). Çalışmamızda kadınların doğum anılarının özelliklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan DHHÖ kullanılmıştır.

Çalışmamızda DHHÖ toplam puanı 98.25 ± 28.39, alt boyut ölçek puan ortalamaları; duygusal hafıza alt boyut puan ortalamalası 13.77 ± 7.06, ambivalan duygusal hafıza alt boyut puan ortalamalası 10.38 ± 3.65, hafızanın merkezliliği alt boyut puan ortalamalası 19.23 ± 8.19, tutarlılık/tekrar yaşama alt boyut puan ortalamalası 25.64 ± 7.39, duyusal hafıza alt boyut puan ortalamalası 19.60 ± 8.01, istemsiz hatırlama alt boyut puan ortalamalası 9.63 ± 4.42 olarak belirlenmiştir. Konu ile ilgili Topkara (2019)'nın yaptığı çalışmada DHHÖ toplam puanı 80.91±19.49, duygusal hafıza alt boyutu puan ortalaması 2.66 ± 1.55, ambivalan duygusal alt boyutu puan ortalaması 3.41±1.72, hafızanın merkezliliği alt boyutu puan ortalaması 4.11 ± 1.70, tutarlılık ve tekrar yaşama alt boyutu puan ortalaması 6.31 ± 1.96, duyusal hafıza alt boyutu puan ortalaması 2.64 ± 1.04, istemsiz

hatırlama alt boyutu puan ortalaması 3.08 ± 1.88 olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu alanda sınırlı çalışma olmakla birlikte, Topkaranın çalışmasına göre çalışmamızda annelerin doğuma yönelik hafızalarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun; Topkara'nın çalışmasına dahil edilen kadınların çoğunluğunun multipar olması ve doğum hafızasının çalışmamıza göre daha geç dönemde uygulanmasından dolayı unutma faktörüne bağlı olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra farklı ölçüm araçlarıyla doğum hafızası hatırlama düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; Takehara ve ark (2014)'nın 1168 Japonyalı kadının 5 yıl sonraki doğumu hatırlama düzeyleri araştırıldığında doğumu net hatırladıkları belirlenmiştir. Rjinders ve ark (2008)'nın 1309 Hollandalı kadın ile yaptıkları çalışmada ise %35'i doğumunu net olarak hatırladıkları, görüşleri sorulduğunda bu durumdan memnun olmadıkları, doğum deneyimlerinin yaşamlarını halen etkilediklerini söylemişlerdir. Literatür incelendiğinde doğum hafızasının olumsuz oluşması kadınların bireysel ve sosyal yaşamında uyumsuzluklara, kendini yorgun hissetmesine, annelik rolünü yerine getirmede güçlük çekmesine ve bebek bakımında yetersiz olmasına neden olduğu görülmektedir. Annenin aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz şekilde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Doğumdan dolayı annelerin kendilerini suçlaması, mutsuzluk ve umutsuzluk duygularının oluşmasına hatta bebeği doğumu hatırlatan olumsuz bir uyaran olarak görmesine neden olabilmektedir (74, 131, 132). Bu nedenle annelerin postpartum dönemde doğumdan etkilenme düzeylerinin belirlenmesi, doğuma dair duygu ve düşüncelerinin ebe ve hemşireler tarafından değerlendirilmesi, risk altındaki kadınların tanılanması, zamanında ve erken müdahale edilmesi, annelerin hastaneden taburcu olmadan doğum hafızası olumlamasının yapılması, gerekirse psikolojik destek sağlanması sağlıklı anne ve bebek ilişkisi için çok önemlidir. Ayrıca bebek ile erken dönemde ten tene temasın ve emzirmenin sağlanması bağlanmayı güçlendirerek doğuma yönelik negatif düşünceleri azaltacağı düşünülmektedir.

Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde olumsuz doğum hafızasının biçimlenmesine neden olan birçok faktör olduğu görülmektedir (74, 131, 132). Çalışmamızda doğum hafızasının şekillenmesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakla birlikte, 25 yaş ve altında olan annelere göre 30 yaş ve üzerindeki annelerin DHHÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Dolayısıyla anne yaşı azaldıkça doğuma yönelik olumsuz hafızanın

güçlendiği söylenebilir. Aynı zamanda çalışmamızda annelerin PTSB-CV toplam puan ortalamaları ile DHHÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bakımdan anne yaşı düştükçe olumsuz doğum hafızasının yapılanması ve PTSB belirtilerinin ortaya çıkma olasılığı artmaktadır. Yapılan çalışmalarda, anne yaşının ileri olması ile yeni anne rolüne uyumda, anne-bebek bağlanma etkileşiminde pozitif bir doğrusal ilişkinin olduğu bildirilmiştir (99, 135, 136). Genç yaşta anne olan kadınların postpartum dönemde PTSB riskine karşı yakından takip edilmesi, doğum hazırlık sınıflarına düzenli katılımının sağlanması, danışmanlık hizmetlerinden yararlanması desteklenmelidir.

Çalışmamızda DHHÖ toplam puan ortalaması vajinal doğum yapan kadınlarda sezaryen olanlara göre, doğumda endişe duyanların duymayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu vajinal doğum yapan annelerin sezaryen doğum yapanlara göre daha olumsuz doğum hafızasına sahip oldukları aynı zamanda PTSB yönünden de risk altında oldukları göstermektedir. MaClean ve ark (2000) yaptıkları çalışmada müdahaleli vajinal doğumun daha fazla travmatik algılandığını belirtmiştir. Ryding ve ark (1993)'nın çalışmalarında ise kadınların travmatik doğum anıları nedeniyle ikinci doğumlarını sezeryan doğum istediklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda doğum sonu ilk 24 saat içinde doğum hafızasının değerlendirilmesi nedeniyle, doğum hafızası vajinal doğum yapan kadınlarda olumsuz etkilenmiş olabilir. Ancak çalışmamızda bu kadınlarda bir ay sonra posttravmatik stres bozukluğu yönünden değerlendirmede doğum şekli ile PTSB-CV puan ortalamaları arasında fark olmaması dikkat çeken olumlu bir bulgudur. Bu bakımdan doğum sonu dönemde doğum hafızasını etkileyen faktörlerin daha detaylı incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Maternal bağlanma, anne ile bebek arasında doyurucu ve zevk verici etkileşimler sonucunda anne ile bebek arasında sevgi bağının oluşum sürecidir (4, 7-14). Çalışmamızda doğumdan 4-6 hafta sonra kadınlarda postpartum maternal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek için MBÖ kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin maternal bağlanma ölçeği puan ortalaması 93.68 ± 13.98 olarak belirlenmiştir. Postpartum bir aylık dönemde bebeklerdeki MBÖ puan ortalamasını Kavlak ve Şirin (2009) 94.878 ± 6.048 belirlemişlerdir. Shin ve

ark (2007) yaptıkları çalışmada MBÖ puan ortalamasını 94.26 ± 9.74 olarak tespit etmişlerdir. Pınar ve ark (2019)'nın yaptıkları çalışmada ise MBÖ puan ortalamasını 97.37 ± 13.40 olarak belirlemişlerdir. Yapılan çalışmalarla araştırma bulgumuzun uyumlu olduğu, maternal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki annelerin maternal bağlanma puanlarının yüksek olması, kadınların %91.5'inin planlı bir gebelik geçirmesi ve ilk doğumlarının olması gebelik sürecinde anne ile bebek arasında güvenli bağlanma ilişkisinin oluştuğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar maternal bağlanmayı etkileyen faktörlerin olduğunu göstermektedir (4, 172- 179, 197- 200). Çalışmamızda maternal bağlanma ile anneleri gelir seviyeleri arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu belirlenirken ($p < 0.05$), annelerin yaş grupları, eğitim seviyeleri, doğum şekli, sosyal destek alma durumları ile maternal bağlanma arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Çalışmamızda geliri giderine eşit olan kadınların maternal bağlanma düzeylerinin, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kavlak (2009) çalışmasında gelir düzeyi ile maternal bağlanma arasında anlamlı ilişkinin olmadığını belirtirken, Çankaya ve ark. (2017) çalışmasında gelir düzeyi iyi/orta olan annelerin maternal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Cömert (2011) çalışmasında algılanan gelir durumu ile anne bebek ilişkisinin olumlu oluştuğunu ve emzirme davranışını olumlu etkilediğini belirtmiştir. Araştırma sonuçları çalışma bulgumuzu desteklemekle birlikte, ekonomik zorlukların getireceği gelecek kaygısının olmaması annelerin bağlanma düzeylerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin eğitim düzeyleri ile maternal bağlanma puanları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Literatür incelendiğinde Kavlak (2009) çalışmasında eğitim düzeyindeki farklılığın maternal bağlanma düzeyini etkilemediğini belirtmiştir. Keskin (2018)'in yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi ile maternal bağlanma düzeyi arasında farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarla araştırma bulgumuzun uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Bunun yanı sıra çalışmamızda yaş ile maternal bağlanma puanları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Kavlak (2009) çalışmasında anne yaşı ile MBÖ puan ortalamaları arasında varyans analizinde anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir. Ard (2000) prenatal ve postnatal dönemde adölesanlarla yaptığı çalışmada anne yaşı düştükçe maternal bağlanmanın azaldığını belirtmiştir. Abbasi ve ark (2012) annenin yaşı ile maternal bağlanma arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Barone ve ark (2014) ise anne yaşı ile birlikte bağlanma düzeyinin de artacağını belirtmiştir. Yapılan çalışma sonuçlarındaki farklılıkların; anne-bebek bağlanmasında anne yaşının yanı sıra diğer etkileyen faktörlerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda, doğum şekli ile maternal bağlanma düzeyi incelendiğinde anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Hergüner ve ark (2014)'nın yaptığı çalışmada bebeğin doğum şeklinin maternal bağlanma puanını etkilemediği belirlenmiştir. Şen (2007)'in araştırmasında ise maternal bağlanma düzeyinin doğum şekli ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Literatüre uyumluluk gösteren çalışmamızda, çalışmanın yapıldığı hastanenin politikası kapsamında gerek vajinal doğum, gerekse sezaryen doğum sonrası erken dönemde anne ve bebek buluşmasının sağlanmasının ve emzirmenin desteklenmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin PTSB-CV toplam puan ortalamaları ile MBÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü ve çok zayıf derecede anlamlı bir fark ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bulguya göre posttravmatik stres bozukluğu belirtileri azaldıkça anne ve bebek bağlanma düzeyinin arttığı söylenebilir. Şükran ve ark (2018)'nın çalışmasında postpartum PTSB belirtilerinin görülmesi annenin maternal bağlanma düzeyini negatif yönde etkilediği saptanmıştır. Bangladeş'te yapılan bir araştırmaya göre annelerdeki postpartum stres ve anksiyete bozukluklarının bağlanmayı olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bağlanmanın olumsuz etkilenme nedenleri olarak annelerin eşleri tarafından şiddet görmeleri, kız bebek sahibi olmaları ve sahip oldukları ekonomik sorunlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (177). Williams ve ark (2016) yaptığı web tabanlı çalışmada PTSB ile anne bebek bağlanma ilişkisi arasında negatif ilişki olduğu doğum sonrası PTSB araştırmalarının endike olduğu belirtilmiştir. Kjerulff ve ark (2021)'nın ABD'de 3006 nullipar kadınla yaptıkları çalışmada 1. ayda PTSB semptomları ile postpartum 1. 6. 12. ayda

anne bebek bağlanma ilişkisi incelenmiştir. Bu geniş prospektif kohort çalışmasında anne PTSB ile düşük anne-bebek bağlanma ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Literatüre uyumluluk gösteren çalışma bulgumuz annelerde postpartum PTSB belirtilerinin görülmesi ile olumsuz maternal bağlanma oluşacağını göstermektedir. Maternal bağlanma prenatal dönemde oluşmaya başlamaktadır (4, 172- 179, 197, 198). Bu nedenle doğum öncesi annelerin PTSB neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi, erken teşhis ve tedavilerinin sağlanması, antenatal bakım sürecinde psikolojik danışmanlık yapılması son derece önemlidir. Çalışma kapsamında kadınların doğum öncesi PTSB neden olabilecek faktörlerin incelenmemesi çalışmanın sınırlılığı olarak düşünülmektedir.

Anne bağlanmasının yanı sıra sağlıklı bireylerin gelişimi ve sağlıklı bir toplumun temellerinin atılmasında baba-bebek bağlanması da oldukça önemlidir (25, 107, 121). Çalışmamızda baba bebek bağlanma düzeyini belirlemek için B-BBÖ kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan babaların B-BBÖ toplam puanı 64.24 ± 11.18, sabır ve hoşgörü alt boyut ölçek puan ortalamaları 29.56 ± 4.94, etkileşimde zevk alt boyut ölçek puan ortalamaları 23.97 ± 5.15, sevgi ve gurur alt boyut ölçek puan ortalamaları 10.71 ± 2.22 olarak belirlenmiştir. Korkmaz ve ark (2021) yaptıkları çalışmada B-BBÖ toplam puanı 74.95 ± 6.21, sabır ve hoşgörü alt boyut ölçek puan ortalamaları 32.8 ± 2.95, etkileşimde zevk alt boyut ölçek puan ortalamaları 27.86 ± 3.67, sevgi ve gurur alt boyut ölçek puan ortalamaları 14.29 ± 1.2 olarak belirlemiştir. Güleç (2013) tarafından yapılan çalışmada B-BBÖ toplam puanı 82.88 ± 7.39, sabır ve hoşgörü alt boyut ölçek puan ortalamaları 36.05 ± 3.51, etkileşimde zevk alt boyut ölçek puan ortalamaları 27.60 ± 4.11, sevgi ve gurur alt boyut ölçek puan ortalamaları 19.22 ± 1.43 olarak bildirilmiştir. Condon (2008)'nun yaptığı çalışmada ise B-BBÖ toplam puanı 79.2 ± 9.0, sabır ve hoşgörü alt boyut ölçek puan ortalamaları 34.9 ± 3.8, etkileşimde zevk alt boyut ölçek puan ortalamaları 26.2 ± 4.0, sevgi ve gurur alt boyut ölçek puan ortalamaları 19.3 ± 1.4 olduğu belirlenmiştir. Dinç (2014) yaptığı çalışmada B-BBÖ toplam puanı 75.73 ± 10.64, sabır ve hoşgörü alt boyut ölçek puan ortalamaları 32.86 ± 4.27, etkileşimden zevk alt boyut ölçek puan ortalamaları 24.84 ± 5.31, sevgi ve gurur alt boyut ölçek puan ortalamaları 18.03 ± 2.03 olduğu belirtmiştir. Korkmaz ve ark (2021) çalışmalarında 0-12 aylık

bebeği alan babalarda bağlanmayı incelerken, Güleç (2013) ve Condon (2008) 6-12 aylık bebeği olan babalarda B-BBÖ uygulamıştır. Yapılan araştırmalara göre çalışmamızda baba bağlanma puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. Baba bağlanma doğum öncesi dönemde başlamakta ve doğum sonrası ilk üç yıl artarak gelişmeye devam etmektedir (6). Çalışma sonuçlarındaki farkın, bağlanma düzeylerinin farklı zamanlarda değerlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda babanın eğitim düzeyine göre B-BBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından belirlenen farklılığın istatistiksel yönden anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Üniversite/üzeri mezun olanların baba bağlanma düzeyi, ilkokul, ortaokul ile lise mezunu olanların baba bağlanma düzeyine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dinç (2014) babanın eğitim düzeyi ile baba bağlanma arasında anlamlı farklılık olduğunu, eğitim düzeyi arttıkça babaların bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu vurgulamıştır. Nkwake (2009), çalışması sonucunda babaların yüksek eğitim seviyesinin çocuklara bakma konusunda eşitlikçi bir görüşe sahip olmasında etkili olduğunu, düşük eğitim seviyesine sahip kişilerin geleneksel bir görüşe sahip olduğunu, bebek bakımın annenin işi olduğuna inanıldığını belirtmiştir. Hjelmstedt ve Collins (2008) çalışmalarında baba-bebek bağlanması ile babaların eğitim seviyesi arasında pozitif bir korelasyon saptamıştır. Literatürde Kara (2017), Kuzgun ve ark (2004) yaptıkları araştırmalarda babaların eğitim düzeyleri arttıkça, bebek bakımına katılımının arttığı belirlemişlerdir. Yapılan çalışmalarla benzerlik gösteren çalışmamızda, babaların eğitim düzeyi arttıkça bağlanma düzeylerinde artığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe babaların, daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rollerine sahip oldukları, sorumluluklarını daha farkında oldukları ve bebek bakımında aktif rol aldıkları düşünülmektedir.

Baba-bebek bağlanmayı etkileyen diğer bir faktör babanın gelir düzeyidir. Babanın gelir durumuna göre B-BBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından bulunan farklılığın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Babaların gelir seviyesi yükseldikçe baba bağlanma düzeylerinde de artış görülmektedir. Poyraz (2014)'ın yaptığı çalışmada, gelir seviyesi arttıkça babaların bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Sevil ve Özkan (2009)'nın yaptıkları çalışmada, orta gelire sahip babaların, yüksek gelire sahip babalara göre çocuklarının

bakımına daha fazla katıldıkları vurgulamıştır. Dinç (2014) yaptığı çalışmada babaların maddi durumları ile B-BBÖ puan ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlı olduğunu, gelir düzeyi yüksek babaların bağlanma düzeylerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar kapsamında; babaların ev geçimi ve bebek bakımı ekonomisi ile ilgili gelecek kaygılarının olmaması baba bebek bağlanma seviyesini olumlu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda MBÖ ile B-BBÖ alt boyutları sabır ve hoşgörü, etkileşimde zevk, sevgi ve gurur arasında zayıf dereceli, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu annelerde bağlanma düzeyi arttıkça, babaların da bağlanma düzeylerinde artışa neden olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiği zaman anne bebek bağlanma ile ilgili olan çalışmalar (14, 25, 97, 103, 104- 106, 110, 114, 120, 148, 151, 152, 179), baba-bebek bağlanma ile olan çalışmalara (14, 94, 124, 180, 187) göre çok daha fazla incelendiği görülmektedir. Son dönemde konu kapsamında çalışmaların yapıldığı görülse de özellikle baba-bebek bağlanma ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bağlanmanın temelinin oluştuğu prenatal dönemde ebe ve hemşireler konu kapsamında farkındalığın artırılmasında kilit rol oynamaktadır. Antenatal dönemde anne ve babalarla yakın ilişkide olan ebe ve hemşireler anne ve baba adaylarını doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri için desteklenmesi önemlidir. Gebelik sürecinde babanın da bakıma katılımı desteklenmeli, doğuma hazırlık sınıflarına da dahil edilmelidir. Ebe ve hemşireler aileye danışmanlık hizmeti gereksinim doğrultusunda planlanmalı ve uygulanmalıdır. Konu ile ilgili çalışmaların çeşitli ölçeklerle daha geniş örneklem grupları dahil edilerek anne-bebek, baba-bebek bağlanmasının değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda annelerin PTSB-CV toplam puanları ile babaların B-BBÖ alt boyutları toplam puanları arasında zayıf dereceli negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu annelerdeki postpartum PTSB belirtilerinin babalarda bağlanma düzeylerini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Aynı zamanda babalarda da PTSB belirtilerinin göz ardı edilmemesi, perinatal dönemde annelerle birlikte babalarında PTSB yönünden değerlendirilmesi son derece önemlidir. Annelerde postpartum posttravmatik stres bozukluğu belirtileriyle birlikte maternal depresyon görülme olasılığı artmaktadır (7, 13, 15). Yapılan çalışmalara göre maternal depresyonun varlığı paternal PTSB ve depresyonun oluşmasında risk

faktörü oluşturmaktadır. Paternal depresyon baba-bebek bağlanması açısından da risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir (180, 187). Takehara ve ark (2017)'nın yaptığı çalışmada postpartum iki ay sonra bildirilen paternal depresyon, bebeğe kötü muamele eğilimleri ile arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Nath ve ark (2016)'nın çalışmasındada paternal postnatal depresif belirtiler, olumsuz ebeveyn tutumları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Baba ve çocuk arasındaki olumsuz etkileşim, çocukların psikososyal gelişimi, güvenli bağlanmayı ve davranış bozuklukları ile ilgili problemleri arttırmaktadır (187). Bu sebeple güvenli bağlanmanın oluşumunu etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ve aile sağlığının değerlendirilmesi çocuk gelişimi açısından oldukça önemlidir. Türkiye'de bağlanma ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve yapılan çalışmaların çoğunluğunun anne-bebek ile ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle maternal ve paternal PTSB ile bağlanma ilişkilerinin incelendiği araştırmaların yapılması önerilmektedir. Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda anne ve baba bebek bağlanmanın arttırılması için anne ve babaların PTSB risklerinin en aza indirilmesi, erken tanılanması ve zamanında müdahale edilmesinin önmeli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

AÜTFCH'de doğum hafızası ve postpartum PTSB'nun anne-bebek ve baba-bebek bağlanması üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız çalışmada;

- PTSB-CV alt boyutları ile toplam puan ortalamalarından elde edilen veriler incelendiğinde; Kaçınma alt boyut ölçek puan ortalaması 10.98 ± 6.65, Aşırı Uyarılmışlık alt boyut ölçek puan ortalaması 6.67 ± 4.35, Yeniden Yaşantılama alt boyut ölçek puan ortalaması 9.84 ± 5.86 (min-max değerleri 0-63) olduğu belirlenmiştir. Araştırmada annelerin PTSDC-CV toplam puan ortalamasının 27.50 ± 14.51 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin kesim değeri 23 puan ve üzeri olarak alındığında kadınların %61.2'nin posttravmatik stres belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır.
- Annenin doğumda endişe hissetme durumuna göre PTSB-CV toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2.071; p=0.038). Doğumda endişe duyanların PTSB-CV toplam puanları (28.38 ± 14.32), endişe duymayanların toplam puanına (23.84 ± 14.84) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- DHHÖ alt boyut ölçek puan ortalamaları; Duygusal Hafıza 13.77 ± 7.06, Ambivalan Duygusal Hafıza 10.38 ± 3.65, Hafızanın Merkezliliği 19.23 ± 8.19, Tutarlılık/Tekrar Yaşama 25.64 ± 7.39, Duyusal Hafıza 19.60 ± 8.01, İstemsiz Hatırlama 9.63 ± 4.42 olarak belirlenmiştir. DHHÖ toplam puanının 98.25 ± 28.39 olduğu tespit edilmiştir.
- DHHÖ puanları yaş grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8.299; p=0.040). Yaş grubu 25 ve altı olanların DHHÖ toplam puan ortalamaları (103.54 ± 24.42), 30 yaş ve üzeri olanların toplam puanına (89.03 ± 31.50) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

- Normal doğum yapanların DHHÖ toplam puan ortalaması (102.16 ± 27.12), sezaryen ile doğum yapanların DHHÖ toplam puan ortalamasına (87.23 ± 29.17) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Annenin doğumda endişe hissetme durumuna göre DHHÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-3.816; p=0.000). Doğumda endişe duyanların DHHÖ toplam puan ortalamaları (101.67 ± 26.57), endişe duymayanların DHHÖ toplam puan ortalamalarına (84.05 ± 31.43) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

- Annelerin maternal bağlanma ölçeği puan ortalaması 93.68 ± 13.98 (min-max değerleri 42-104) olarak belirlenmiştir.

- Annenin gelirine göre maternal bağlanma puan ortalamaları arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir (χ^2=8.392; p=0.015). Geliri giderine eşit olanların maternal bağlanma puanı ortalaması (95.64 ± 12.37), geliri giderinden az olanlara maternal bağlanma puan ortalamasına (90.75 ± 16.13) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

- B-BBÖ alt boyut ölçek puan ortalamaları; Sabır ve Hoşgörü alt boyut ölçek puan ortalaması 29.56 ± 4.94, Etkileşimde Zevk alt boyut ölçek puan ortalaması 23.97 ± 5.15, Sevgi ve Gurur alt boyut ölçek puan ortalaması 10.71 ± 2.22 olduğu belirlenmiştir.

- Baba-Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puanı 64.24 ± 11.18 (min-max değerleri 34.1-89) olarak belirlenmiştir.

- Babaların yaş gruplarına göre B-BBÖ alt boyut toplam puan ortalamaları arasında farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).

- Babanın eğitim düzeyine göre B-BBÖ'nin alt boyut toplam puan ortalamaları açısından belirlenen farklılık anlamlı olup, üniversite/üzeri mezun olanların B-BBÖ sabır ve hoşgörü alt boyut toplam puanı, ilkokul, ortaokul ile lise mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

- Babanın gelir durumuna göre B-BBÖ'nin alt boyut toplam puanları açısından bulunan farklılığın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Geliri giderinden fazla olanların puanı, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Annelerin PTSB-CV toplam puanları ile DHHÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında orta seviyede ve pozitif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu tespit

edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu DHHÖ toplam puan ortalamaları arttıkça, PTSB-CV toplam puan ortalamalarının arttığını göstermektedir.

- Annelerin PTSB-CV toplam puan ortalamaları ile MBÖ toplam puanları arasında negatif yönlü ve çok zayıf derecede anlamlı bir fark ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu, annelerin posttravmatik stres bozukluğu puanları azaldıkça, maternal bağlanma ölçeği puanlarının arttığını göstermektedir.
- Annelerin PTSB-CV toplam puanları ile babaların B-BBÖ alt boyutları toplam puanları arasında zayıf dereceli negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu annelerin post-travmatik stres bozukluğu toplam puanlarının azaldıkça, babaların sabır ve hoşgörü, etkileşimde zevk, sevgi ve gurur puanlarının artacağını göstermektedir.
- MBÖ ile B-BBÖ alt boyutları sabır ve hoşgörü ($r= 0.459$), etkileşimde zevk ($r= 0.415$), sevgi ve gurur ($r= 0.290$) arasında zayıf dereceli, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu bulgu MBÖ toplam puan ortalaması arttıkça, B-BBÖ alt boyut ve toplam puan ortalamasının da arttığını göstermektedir.

6.2. Öneriler

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda;

- Kadın sağlığı alanında hizmet veren ebe/hemşirelere doğum hafızası ve PTSB ile ilgili konularda farkındalık kazandırılması son derece önemlidir. Olumsuz doğum hafızasına ve PTSB'na neden olan risk faktörlerinin bilinmesi, farkındalık oluşturulması ve öncelikli grubun belirlenmesi açısından konu ile ilgili hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir.
- Doğumun daha sağlıklı ortamlarda gerçekleşmesi için doğumun yapılacağı ortamların annelerin hareketinin sağlandığı, eşlerinin doğuma katılımının desteklendiği, her gebeye bir sağlık personelinin hizmet verebildiği anne dostu doğumhane modeline uygun düzenlenmesi önerilmektedir.
- Postpartum dönemde ebe/hemşireler anne ve baba adaylarının duygu ve düşüncelerini, yaşadıkları korku, anksiyete ve endişeleri dile getirmeleri desteklenmelidir. Annelerin hastaneden taburcu olmadan doğum hafızası olumlamasının yapılması, gerekirse psikolojik destek alması sağlanmalıdır.

- Antenatal dönemde ve postnatal izlemlerde kilit rol oynayan ebe ve hemşirelerin özellikle ilk kez anne ve baba olan, planlı gebeliği olmayan, sosyal desteği olmayan, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan, depresyon öyküsü olan, bebeğinde doğum sonu komplikasyon gelişen gibi PTSB ve paternal depresyon açısından risk grubundaki ailelerin belirlenmesi ve öncelik grupta düzenli takibinin yapılması, evde ziyaretlerin düzenlenmesi önerilmektedir.
- Prekonsepsiyonel dönemde gebelik planlayan çiftlerin fizyolojik yönden değerlendirilmesinin yanı sıra psikososyal yönden değerlendirilmeside önerilmektedir.
- Travmatik doğum algısı gelişen annelerin eşleri ile birlikte değerlendirilmesi, gerekli durumlarda psikolojik danışmanlık almaları önerilmektedir.
- PTSB ve anne-bebek, baba-bebek bağlanma konusunda farklı kültürel değerler ile doğuma yönelik mitlerin etkisinin araştırıldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Gebelik ve doğum sonu dönemde COVID-19 enfeksiyon tanısı almış kadınlarda doğum hafızasının ve PTSB'nun değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Adölesan yaş grubundaki annelerde PTSB'nun etkisinin araştırıldığı büyük örneklem grupları ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Riskli gebelik geçiren annelerde doğum hafızasının ve PTSB'nun etkisinin araştırıldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri, *Türk Psikiyatri Dergisi.,* 2006, 17(4):243-251.

2. Newport JD, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures, *J Clin Psychiatry.,* 2002, 63(7):31-44.

3. Bowlby J. *Attachment and loss.* Vol. 2.Seperation: Anxiety and anger. New York: Basic Books. 1973.

4. Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.,* 2009, 6:188-202.

5. Mecdi M, Rathfisch G. Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar, *F.N. Hem. Derg.,* 2013, 21(2):129-138.

6. Glover V, Capron L. Prenatal parenting, *Curr Opin Psychol.,* 2017, 15(1):66-70.

7. Özkars NB. Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, 2017.

8. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış, *Klinik Psikiyatri.,* 2005, 8(2):88-99.

9. Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte psikososyal sağlık ve prenatal bağlanmanın değerlendirilmesinde ebe ve hemşirenin sorumlulukları, *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi.,* 2016, 5(120):50-60.

10. Duyan V, Kapisiz SG, Yakut Hİ. Doğum öncesi bağlanma envanterinin bir grup gebe üzerinde Türkçe'ye uyarlama çalışması, *Jinekoloji-Obstet. ve Neonatoloji Tıp Derg.,* 2013, 10(39):1609–1614.

11. Nacar HE, Gökkaya F. Bağlanma ve maternal bağlanma konusunda bir derleme, *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi.*, 2019, 1(1):50-56.

12. Koptur A, Güner ET. Fetüs ve yeni doğanda bağlanmanın iki yüzü: Maternal ve Paternal Bağlanma, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.*, 2017, 33(3):138-152. https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/33737/338652

13. Beesley A, Karwatzki E, Sullivan K. Anxiety and depression symptoms in fathers during their partner's pregnancy: How does this impact paternal fetal attachment?, *J Prenat Perinat Psychol Heal.*, 2019, 33(3):221–240.

14. WHO. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Executive summary. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?ua=1. 28 Haziran 2021.

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

16. Hazan C, Shaver PR. Bağlanma: yakın ilişkiler ile ilgili, araştırmalar için bir çerçeve, A.Dönmez, (çeviri), *Türk Psikoloji Bülteni.*, 2000, 16(7): 29-50.

17. Dereli YS. Prenatal Anne - Bebek Bağlanması, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*., 2013, 10(3):28–33.

18. Solmaz T. Psikolojinin alt alanları, romantik bağlanma: Bebeklik dönemi bağlanma süreci, yetişkin bağlanma stilleri ve romantik ilişkiler, *Türk Psikoloji Bülteni*., 2002, 24(25):105-113.

19. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatolojisi, *Psikiyatride güncel Yaklaşımlar.*, 2011, 3(2):321-342.

20. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions, *BioMedical Central Pregnancy and Childbirth*., 2017, 17(21):2-10.

21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.

22. Kocamanoğlu B. Postpartum dönemde görülen ruhsal sorunların sosyodemografik, psikiyatrik ve obstetrik özellikler yönünden değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2008.

23. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section –a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden, *Acta Obstetricia et Gynecologica*., 2009, 88(7): 807-813.

24. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*., 2009, 30(3):168-174.

25. Storksen HT, Garthus NS, Vangen S, Eberhard GM. The ımpact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth, *Acta Obstet Gynecol Scand*., 2013, 92(3):318-324.

26. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events, *Midwifery.*, 2013, 30(2):255-261.

27. Da Costa D, Zelkowitz P, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, Cruz R, Khalifé S. Dads get sad too: Depressive symptoms and associated factors in expectant first-time fathers, *American Journal of Men's Health.*, 2017, 11(5):1376-1384.

28. McDonald S, Kehler H, Bayrampour H, Fraser-Lee N, Tough S. Risk and proteective factors in early childhood development: Results from all our babies (AOB) Pregnancy Cohort, *Research in Developmental Disabilities.*, 2016, 58:20-30.

29. Lev WR, Daphna TS, Hallak M. Childhood Sexual Abuse as a Predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stres, *Child Abuse & Neglect*., 2009, 33(12): 877-887.

30. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.,* 2009, 40(2):57-62.

31. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of Childbirth: Predictors and Temporal Changes Among Nulliparous Women in the Danish, *National Birth Cohort BJO.,* 2008, 115(3):354-360.

32. Waldenstrom U. Experience of labour andbirth in 1111 women, *Journal ofPsychosomatic Researc.,* 1999, 47(5):471-482.

33. Maclean LI, Mcdermott MR, May CP. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*., 2000, 18:153-162.

34. Creedy D, Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors, *Birth.,* 2000, 27(2):104-111.

35. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care, *Midwifery.,* 2014, 30(2):145-148. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.001

36. Czarnocka J. Prevalence and predictors of post-traumatic stres symptoms following childbirth, *Br J Clin Psychol*., 2000, 39(1):35–51.

37. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry.,* 2000, 176:83-85.

38. Bailham D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice, *Psychology Health and Medicine*., 2003, 8(2):159-168.

39. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum onset major depression, *Am J Obstet Gynecol.,* 1995, 173(2):639- 645.

40. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit, *BioMedikal Central Pregnancy Childbirth*., 2014, 7(14):133.

41. Elmir R, Virginia S, Lesley W, Jackson D. Women's percetions and experiences of a traumatic birth: A metaethnography, *Journal of Advanced Nursing.*, 2010, 66(10):2142-2153.

42. Güdücü N, Kayan BÖ, İşçi H, Yiğiter BA, Dünder İ. Sezaryenle ve normal doğum yapan kadınlarda postpartum posttravmatik stres bozukluğu, *JOPP Derg.*, 2013, 5(3):114-117.

43. Cigoli V, Gilli G, Saita E. Reltional factors in psychopathological responses to childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.*, 2006, 27(2):91-97.

44. Yılmaz M, Öncel S. Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*., 2009, 1(1):32-38.

45. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği,* 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi. 2016.

46. Vural G. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.*, 1999, 3(1):33-37.

47. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency caesarean section in comparison with elective caesarean section instrumental normal vaginal delivery, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.*, 1998, 19: 135-144.

48. Adler J, Stadlmayr W, Tschudin S, Bitzer J. Post- traumatic symptoms after childbirth: what should we offer?, *J Psych Obstet Gynecol.*, 2006, 27:107–112.

49. Gülseren L. Doğum sonu depresyon: Bir gözden geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi.*, 1999, 10(1):58-67.

50. Debra AS. Depression after delivery: Risk factors, diagnostic and therapeutic considerations, *The Scientific World Journal*., 2007, 7:1670-1680. doi: 10.1100/tsw.2007.207

51. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update, *Nurs. Research*., 2001, 50(5):275-285.

52. World Health Organization. ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th, ICD-10 Revision Version for, 2007.

53. Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar, *Birinci Basamak için Psikiyatri.*, 2003, 2(3):42-46.

54. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*., 2000, 1(2):64-71.

55. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi, *Klinik Psikiyatri.*, 2004, 7(2):70-74.

56. Özkürkçügil A, Çorapçıoğlu A. Posttravmatik Stres Bozukluğu, *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*., 2000, 8(1):13-19.

57. Çervatoğlu PG. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*., 2000, 8(1):5-8.

58. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms, *BMC Pregnancy Childbirth*., 2012, 12(1):88.

59. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post traumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study, *Midwifery.*, 2016, 32:87–92.

60. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework, *Psychol Med.*, 2016, 46(6):1121-1134.

61. Harrison SE, Ayers S, Quigley MA, Stein A, Alderdice F. Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England, *J Affect Disord*., 2021, 279:749-756. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.102.

62. Pantlen A, Rohde A. Psychologic effects of traumatic live deliveries, *Zentralbl Gynakol*., 2001, 123(1):42–47.

63. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence, *Birth.,* 2001, 28(2):111–118. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x.

64. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study, *J Anxiety Disord*., 1997, 11(6):587-597. doi: 10.1016/s0887-6185(97)00041-8

65. İşbir GG, İnci F, Bektaş M, Yıldız P, Ayers S. Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey, *Midwifery.,* 2016, 41:96-103.

66. Grekin R, O' Hara M. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta- analysis, *Clinical Psychology Review.,* 2014, 34(5):389-401. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.003

67. Dikmen YP, Ayers S, Phillips L. Factors Associated with post-traumatic stress symptoms 4-6 weeks and 6 months after birth: A lungitudinal population based-study, *Journal of Affective Disorders*., 2017, 221:238-245. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.049.

68. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review, *J Clin Psychiatry., 2006,* 67(8):1285-1298. doi: 10.4088/jcp.v67n0818.

69. Ayers S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder, *Clinical Obstetrics and Gynecology.,* 2004, 47:552–567. doi: 10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c.

70. Müller ME. A Questionnaire to Measure Mother to- Infact Attachment, *Journal of Nursing Measurement.,* 1994, 2(2):129-141. doi: 10.1891/1061-3749.2.2.129

71. Başal AH. Türkiye'de Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum sonrası Çocuk Gelişimi ve Eğitimine İlişkin Gelenek, Görenek ve İnançlar, *Eğitim Fakültesi Dergisi.*, 2006, 19(1):45-70.

72. Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey, *Midwifery.*, 2009, 25(2):155-162. doi:10.1016/j.midw.2007.02.005

73. Körükçü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukçuoğlu K. Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu İle Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Clinical and Experimental Health Sciences.*, 2017, 7(4):152–158.

74. Yalnız DH , Genç RE. Travmatik Doğumun Önlenmesinde Ebenin Rolü, *Life Sciences (NWSALS).*, 2019, 14(3):64-73.

75. Yamagata B, Murayama K, Black JM, Hancock R, Mimura M, Yang TT, Hoeft F. Female-specific ıntergenerational transmission patterns of the human corticolimbic circuitry, *The Journal of Neuroscience.*, 2016, 36(4):1254-1260. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4974-14.2016

76. Yehuda R, Daskalakis NP, Bierer LM, Bader HN, Klengel T, Holsboer F, Binder EB. Holocaust exposure ınduced ıntergenerational effects on FKBP5 methylation, *Biological Psychiatry.*, 2016, 80(5): 372-380. DOI:10.1016/j.biopsych.2015.08.005

77. Aslan Ş, Okumuş F. Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi, *Journal of Health Science and Profession-HSP.*, 2017, 4(1):32-40.

78. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample, *Midwifery.*, 2011, 27(4):560–567. doi:10.1016/j.midw.2010.05.004

79. Weathers FW, Litz BT, Herman DS et al. The PTSDChecklist: Reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Anto-nio: TX. 1993.

80. Holmes J. Attachment Theory: A biological basis for psychotherapy, *Br J Psychiatry.*, 1993, 163:430-438. doi: 10.1192/bjp.163.4.430

81. Balkaya F. Bilgi işleme süreçleri açısından bağlanma kuramının yeniden ele alınması, *Türk Psikoloji Yazıları.,* 2005, 8(özel ek sayı):17-39.

82. Bowlby J. *Child Care And The Growth Of Love*, Gt. Britain Hazell Watson Viney Ltd. Gt. Britain. 1953.

83. Ainsworth MDS. Attachments beyond infancy, *American Psychologist.*, 1989, 44(4):709-716. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709

84. Ainsworth MDS. Infant-mother attachment, *American Psychologist.*, 1979, 37(10):932-937. doi: 10.1037//0003-066x.34.10.932.

85. Kılıç MK. Evlat edinilen çoçuklarda bağlanma, *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi.*, 2019, 9(1): 223-240. doi: 10.13114/MJH.2019.460

86. Tutarel K, Çavuşoğlu S. Evlilik uyumu, bağlanma biçimleri, yüklemeler ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler, *Aile ve Toplum Dergisi.*, 2006, 3(9):61-68.

87. Vreeswijk CMJM, Rijk CHAM, Maas AJBM, Van BHJA. Fathers' and mothers' representations of the infant: Associations with prenatal risk factors, *Infant Ment Health.,* 2015, 36(6):599-612.

88. Wilhelm K, Tietze T. Difficult doctor–patient interacti-ons: applying principles of attachment-based care, *Medicine Today*., 2016, 17(1–2):36-44.

89. Yılmaz ÖAG, Ayaz T, Konağ Ö, Özkan A. Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer, *Turk J Med Sci*., 2014, 44(1):24-30.

90. Adshead G. Psychiatric staff as attachment figures, *Br J Psychiatry*., 1998, 172:64-69.

91. Bloom KC, The development of attachment behaviors in pregnant adolecents, *Nurs Res*., 1995, 44(5):284-289.

92. Zeanah CH, Boris NW, Larriey JA. Infant development and developmantal risk: a review of the past 10 years, *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*., 1997, 36(2):165-178.

93. Van de R, Plooij PX. Distinct periods of mother infant conflict in normal development: sources of progress and germs of pathology, *J Child Psychol Psychiatry*., 1993, 34(2):229-245.

94. Biller HB. Fathers and Families Paternal Factors in Child Development, London, Auburn House, 1993.

95. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenday V. Support form others, fathers and families after perinatal death, *Cochrane Database of Systematic Reviews.,* 2013, 19(6):1-22. doi: 10.1002/14651858.CD000452.pub3.

96. Yılmaz SD, Kızılkaya BN. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler, *Genel Tıp Dergisi.,* 2010, 20(3):99-108.

97. Bilgin Z, Ecevit Ş. Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri, *HSP.*, 2018, 5(1):6–15.

98. Deliktaş A, Körükcü O, Kukulu K. Farklı gruplarda annelik deneyimi, *MÜSBED.*, 2015, 5(4):274-283.

99. Ard NC. Prenatal and postnatal attachment ın adolescent mothers, *J Child and Family Nurs*., 2000, 3(5):313-325.

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

101. Davaslıgil Ü. *Bebeklik dönemi (0-2 yaş) Ana-baba okulu*, Birinci Basım. Ankara, Remzi Kitabevi, 2001.

102. Cimete G. Doğum sonrası erken dönemde anne-bebek yakınlaşması, *Türk Hemşireler Dergisi.,* 1992, 4(1):27-38.

103. Caccia N, Johnson JM, Robinson GE, Barna T. Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: Chorionic villus sampling versus amniocentesis, *Am J Obstet Gynecol*., 1991, 165(4):1122-1125.

104. Grace J. Correlates of maternal-fetal attachment, *Birth.*, 1989, 16(2):87-88.

105. Mikulincer M, Florian V. Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancythe contribution of attachment style, *J Soc Clin Psychol*., 1999, 18(3): 255-276. https://doi.org/10.1521/jscp.1999.18.3.255

106. Rubin R. Maternal task in pregnancy, *Matern Child Nurs J.*, 1975, 4(): 143-153.

107. Güleç D, Kavlak O. Baba- bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi, *International Journal of Human Sciences*., 2013, 10(2): 170-181.

108. Alan H. Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.

109. Akkoca Y. Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009.

110. Siddiqui A, Hagglof B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction?, *Early Hum Dev.*, 2000, 59(1):13-25.

111. Pollock PH, Percy A. Maternal antenatal attachment style and potentıal fetal abuse, *Child Abuse Negl*., 1999, 23(12):1345-1357.

112. Weiss SJ, Wilson P, Hertenstein MJ, Campos R. The tactile context of a mother's caregiving: Implications for attachment of low birth weight infants, *Infant Behavior & Development., 2000, 23*(1):91-111. https://doi.org/10.1016/S0163-

113. Wilson D, Gross D, Hodgkinson S, Deater DK. Association of teen mothers' and grandmothers' parenting capacities with child development: A study protocol, *Res Nurs Health* ., 2017, 40(6):512-518.

114. Varghese N, Souza D, Sonia RB. Effectiveness of Earlıy Initiation of Skin to Skin Contact on Maternal Neonatal Bonding and Breast Feeding Status among Primiparous Women, *AJNER*., 2018, 8(4):484-488.

115. Lewin A, Mitchell SJ, Ronzio CR. Developmental differences in parenting behavior: Comparing adolescent, emerging adult, and adult mothers, *Merrill Palmer Q.*, 2013, 59(1):23-49.

116. Holub CK, Kershaw TS, Ethier KA, Lewis JB, Milan S, Ickovics JR. Prenatal and parenting stress on adolescent maternal adjustment: İdentifying a high-risk subgroup, *Matern Child Health J*., 2007, 11(2):153-159.

117. Ertürk N. Doğum Sonrası Destek Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.

118. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı geçerlik güvenirliliği, *Türk Psikiyatri Dergisi.*, 2001, 12(1):17-25.

119. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Reeder BS. Social support and symtoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey, *J Obstet. Gynaecol. Res.,* 2008, 34(4):585-593.

120. Bingöl T, Tel H. Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*., 2007, 10(3):1-6.

121. Benware J. Predictors of Father- Child and Mother Child Attachment in Two Parent Families, All Graduate Theses and Dissertations, Utah: Tah State University, 2013.

122. Abdollahpour S, Motaghi Z. Lived traumatic childbirth experiences of newly delivered mothers admitted to the postpartum ward: A phenomenological study, J *Caring Sci.*, 2019, 8(1): 23-31. doi: 10.15171/jcs.2019.004.

123. Aslan E,Erturk S, Demir H, Aksoy O.Fathers' attachment status to their infants, *Int J Caring Sci*., 2017, 10:1410-1418.

124. Condon JT, Corkindalea C, Boyce P. Assessment of Postnatal Paternal–İnfant Attachment: Development of a Questionnaire İnstrument, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*., 2008, 26(3):195-210.

125. Kocabaşoğlu N, Çorapçıoğlu ÖA, Yargıç İ, Geyran P. Türkçe "PTSD checklist–civilian version" (PCL-C) ölçeğinin geçerliliği ve güvenirliği. *Yeni Symposium.,* 2005, 43(3):126-134.

126. Akarsu R.H. Gebelik yogasının gebenin psikososyal sağlık düzeyi ve prentanal bağlanmaya etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2016.

127. Cho ES, Kim SJ, Kwon MS, Cho H, Kim EH, Jun EM, Lee S. The effects of kangaroo care in the neonatal ıntensive care unit on the physiological functions of preterm ınfants, maternal–ınfant attachment and maternal stres, *Journal of Pediatric Nursing.,* 2016, 31(4): 430-438.

128. Nirmala P, Rekha S, Washington M. Kangaroo mother care: effect and perception of mothers and health personel, *Journal of Neonatal Nursing.,* 2006, 12(5): 177-184.

129. Çınar N, Sözeri C, Dede C, Cevahir R. Anne ve bebeğin aynı odada uyumasının emzirmeye etkisi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.,* Sempozyum Özel Sayısı, 2010.

130. Kelmanson IA, Adulas EI. Massage therapy and sleep behaviour in infants born with low birth weight, *Compl Ther Clin Pract.,* 2006, 12(3): 200-205.

131. Foley S, Crawley R, Wilkie S, Ayers S. The birth memories and recall questionnaire (BirthMARQ): development and evaluation. *BMC pregnancy and childbirth.,* 2014, 14(1): 211.

132. Topkara N.F. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği Türkçe uyarlamasının geçerlik güvenirlik çalışması ve postpartum depresyon prevalansı, Sağlık Bilimleri

Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2019.

133. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Pais A. Mother to infant emotional involvement at birth. *Matern Child Health J.,* 2009, 13(4): 539-549.

134. Çoban A. Doğum Sonrası Anne-Yeni doğan Etkileşimini Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2003.

135. Çalışır H, Karaçam Z. Factorsas sociated with parenting behavi or of mothers in theearly post partumperiod in Turkey. *Nursingand Health Sciences.,* 2011, 13(4): 488-494.

136. Çalışır H. İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çoçuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2003.

137. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J, Halmesma E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth, *BJOG.,* 2001, 108(5): 492-498.

138. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Guidelines for perinatal care. 7th ed. Elk Grove Village (IL): AAP; Washington, DC, 2012: 109-110.

139. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Antenatal care, Routine care for the healthy pregnant woman, 2017.

140. Minakami H, Maeda T, Fujii T ve ark. Guidelines for obstetrical practice in Japan: Japan Society of Obs- tetrics and Gynecology (JSOG) and Japan Association of Obstetricians and Gynecologists (JAOG) 2014 edition. *J Obstet Gynaecol Res.,* 40(6):1469–1499. doi: 10.1111/jog.12419.

141. Bakanlığı S. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın., 2014, 924:1-32.

142. World Health Organization (WHO). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, Geneva: 2016.

143. Uçum EY, Kitapçıoğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.,* 2010, 5(13): 107-123.

144. Yönel E. Modifiye perinatal travma sonrası stres bozukluğu ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirliği ile postpartum travma sonrası stres bozukluğu etyolojisi ve yaygınlığı, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2015.

145. Fagerskiöld A. A change in life as experienced by first time fathers, *Scandinavian Journal of Caring Sciences.*, 2008, 22(1):64-71.

146. Boyce P, Condon J, Bortan J, Corkindale C. FirsT time fathers' study: Psychological distress in expectant fathers during pregnancy, *Australian and New Zealand Kournal of Psychiatry.*, 2007, 41(9):718-725.

147. Pınar Ş, Polat Ş. Postpartum dönemde algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres ve anne bebek bağlılığı ile ilişkisi, *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg.,* 2019, 12(3):448-456.

148. Shin H, Kim YH.Maternal Attachment Investory: psychometric evaluation of the Korean version, *Journal of Adv Nurs.*, 2007, 59(3):299-307.

149. Evcili F, Yurtsal BZ, Cesur B, Kaya N. Yenidoğana uygulanan ağrılı işlemlerin ebeveyn-bebek bağlanmasına etkisi, *GÜSBD.,* 2017, 6(1):65-71.

150. Dinç S. "Baba-Bebek Arasında Bağlanma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.

151. Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le HN. Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants, *Infant Behav Dev.*, 2011, 34(2):339-350.

152. Yarcheski A, Mahon NE , Yarcheski TJ , Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment, *Int J Nurs Stud.,* 2009, 46(5):708-715.

153. Alehagen S, Wıjma B, Wıjma K. Fear of childbirth before, during and after childbirth, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.,* 2006, 85:56-62.

154. Saısto T, Toıvanen R, Salmelo-Aro K, Halmesmakı E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation ın treating fear of childbirth, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.,* 2006, 85(11):1315-1319.

155. Dönmez S, Yeniel Ö, Kavlak O. Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.,* 2014, 3(3):908-920.

156. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevelance and predictors of women'sexperience of psychological trauma during childbirth, *Birth.,* 2003, 30(1):36-46.

157. Budak H, Küçükşen K. Türkiye'nin sosyal transformasyon sürecinde Y kuşağının toplumsal cinsiyet rolü tutumları, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi.,* 2018, 17(66):561-576.

158. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2019.

159. Çelik G. Doğum Şekline Göre Annelerde Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtileri Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstütüsü, Doğum *ve* Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2018.

160. Dubey P, Reddy SY, Manuel S, Dwivedi AK. Maternal and neonatal characteristics and outcomes among COVID-19 infected women: An updated systematic review and meta-analysis, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.,* 2020, 252:490-501.

161. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study, *BMJ* 2020; 369:m2107. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m2107

162. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery, *N Engl J Med*., 2020, 382: 2163-2164.

163. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. The Effects of Counseling on Fear Of Childbirth' *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.,* 2015, 94:629-636. doi: 10.1111/aogs.12634

164. Takehara K, Noguchi M, Shimane T, Misago C. A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum, *BMC pregnancy and childbirth.*, 2014, 14(1): 221.

165. İsbir GG, Serçekuş P, Çoker H. Doğuma hazırlık eğitiminin doğum deneyimi ve doğumdan memnuniyet üzerine etkisinin incelenmesi, *Türkiye Klinikleri J.*, 2015, 1(1):10-15.

166. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.*, 2011, 19(1):45-53.

167. Karabulut Ö, Potur CD, Merih YD, Mutlu SC, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth?, *International Nursing Review.,* 2016, 63(1):60-67.

168. Tofighi Naeem A , Shariat M , Zarkesh MR, Abedinia N , Teimoorybakhsh S, et al. Posttraumatic stress disorder and associated risk factors among parents of hospitalized term and preterm neonates, *Iran J Pediatr.*, 2019, 29(3):e87799. doi: 10.5812/ijp.87799

169. Shaban Z, Dolatian M, Shams J, Alavi-Majd H, Mahmoodi Z, Sajjadi H. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) following childbirth: Prevalence and contributing factors, *İran Kızılayı Med J.*, 2013, 15(3):177-182. doi: 10.5812/ircmj.231

170. Hajizadeh K, Mirghafourvand M. Relationship of post-traumatic stress disorder with disrespect and abuse during childbirth in a group of Iranian postpartum women: A prospective study, *Ann Gen Psychiatry.*, 2021, 20(1):8. doi: 10.1186/s12991-021-00331-9.

171. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *Journal of clinical psychology*., 2009, 65(12):1258-1269. doi: 10.1002/jclp.20644.

172. Şolt A, Savaşer S, Dolgun G. Doğum sayısının anne bebek bağlanmasına etkisi, *Sağlık Bilim. ve Meslekleri Derg.*, 2017, 4(3): 236-243.

173. Şen S. Anneanne-Anne-Bebek Bağlılığının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstütüsü, Doğum *ve* Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.

174. Çakmak P, Minareci Y, Yunan O, Var T, Güngör T, Mollamahmutoğlu L. Gebelik öncesi dönem ve gebelikte folik asit kullanımı, *J. Turkish Obstet. Gynecol. Soc*., 2006, 3(3):157-161.

175. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, Mclaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice, *J Epidemiol Community Health.*, 2006, 60:221-227. doi: 10.1136/jech.2005.039370

176. Cömert GC. Doğum Sonu Dönemde Emzirme Öz Yeterliliği ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.

177. Edhborg M, Nasreen HE, Kabir ZN. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Arch Womens Ment Health*., 2011, 14:307. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0221-7

178. Williams C, Patricia TE, Schwannauer M. A web-based survey of mother–ınfant bond, attachment experiences and metacognition ın posttraumatic stress following childbirth, *Infant Ment Health J.*, 2016, 37(3):259-273.doi: 10.1002/imhj.21564

179. Kjerulff KH, Attanasio LB, Sznajder KK, Brubaker LH. A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth, *J Psychosom Res.,* 2021, 144:110424. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110424.

180. Nkwake A. Maternal employment and fatherhood: What ınfluences paternal ınvolvement ın child-care work ın uganda?, *Gender & Development.,* 2009,17(2):18-24.

181. Hjelmstedt A, Collins A. Psychological functioning and predictors of father–infant relationship in IVF fathers and controls, *Scand Journal Caring Scientis.,* 2008, 22:72-78.

182. Kara M. Doğumdan sonra ilk kez tanıştırılan bebekler ile babaların bağlanma durumu ve iletişim örüntüsünün incelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2017

183. Poyraz M. Babaların Babalık Rolünü Algılamalarıyla Kendi Ebeveynlerinin Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2007.

184. Yun-Yu C, Hsiu-Hung C, Chan TF, Yeh CH, Yu-Lai C. Prenatal predictors for father–infant attachment after childbirth, *Journal of Clinical Nursing.,* 2012, 21(11-12):1577–1583.

185. Mehall KG, Eisenberg N, Spinrad T, and Geartner T. Examining the relations of infant temperament and couples marital satisfaction to mother and father involvement: A longitudinal study, *Fathering.,* 2009, 7(1): 23-48.

186. Sevil Ü, Özkan S. Fathers' functional status during pregnancy and the early postnatal period, *Midwifery.,* 2009, 25(6):665-672. doi: 10.1016/j.midw.2007.12.001

187. Sethna V, Murray L, Netsi E, Psychogiou L, Ramchandani PG. Paternal depression in the postnatal period and early father–infant interactions, *Parenting.,* 2015, 15(1):1-8.

188. Takehara K, Suto M, Kakee N, Tachibana Y , Mori R. Prenatal and early postnatal depression and child maltreatment among Japanese fathers, *Child abuse & neglect.,* 2017, 70: 231-239.

189. Nath S, Psychogiou L, Kuyken W, Ford T, Ryan E, Russell G. The prevalence of depressive symptoms among fathers and associated risk factors during the first seven years of their child's life: Findings from the millennium cohort study, *BMC Public Health.,* 2016, 16:509.

190. Korkmaz H, Erkek Z. Effect of postpartum depression in mothers with 0-1 Year-Old Infants on Father–Infant Attachment, *Middle Black Sea Journal of Health Science.,* 2021, 7(1):24-31

191. Kuzgun Y, Sevim SA. Kadınların çalışmasına karşı tutum ve dini yönelim arasındaki ilişki, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.*, 2004, 37(1): 14-27.

192. Kilan S. Father-baby attachment and affecting factors; example of Manisa, Institute of Health Sciences, Master Thesis, Manisa:Celal Bayar University, 2019.

193. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, Van Der Pal K, Prins M, Green J, Buitendijk S. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands, *Birth.,* 2008, 35(2):107-116.

194. Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Nasırı TG. Assesment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women, *Life Science Journal.*, 2012, 9(1):68-75.

195. Barone L, Lionetti F, Dellagiulia A. Maternal-fetal attachment and its correlatest in a sample of Italian women: A study using the prenatal attachment ınventory, *Journal of Reprod Infant Psychology.*, 2014, 32(3):230-239.

196. Herguner S, Çicek S, Annagur A, Herguner A, Ors R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi, *Dusunen Adam.*, 2014, 27(1):15-20.

197. Çankaya S, Yılmaz SD, Can R, Kodaz ND. Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi, *ACU Sağlık Bil Derg.*, 2017, 8:232-240.

198. Nerum H, Halvorsen L, Sorlıe T. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: It be changed through crisis-oriented counseling?, *Birth.*, 2006, 33(2):221-227.

199. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons, *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica.*,1993, 72: 280 -285.

200. Keskin F. Doğum şekli ve maternal bağlanmaya etki eden faktörlerin belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi. Malatya,2018.

8. EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Anne/Baba Onam Formu

Sayın Katılımcı

Bu çalışma, doğum hafızası ve postpartum posttravmatik stres bozukluğunun anne-bebek ve baba-bebek bağlanma üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmaktadır. Bu araştırma kapsamında araştırma kriterlerine uygun olduğunuz belirlenmiştir.

Araştırmada herhangi bir klinik uygulama ve tedavi yapılmayacaktır. Bu çalışmanın birinci aşamasında araştırmanın kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan postpartum servise kabul edilen annelere "Anne Veri Toplama Formu", doğum sonu ilk 24 saat içerisinde de"Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği", eşlerine ise "Baba Veri Toplama Formu" uygulanacaktır. Çalışmanın verileri anne ve babalar tarafından doldurulacaktır.

İkinci aşamada ise; postpartum dönemde ilk 4-6 hafta içinde doğum sonu rutin olarak kontrole gelen kadınlara "Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi" ve ''Maternal Bağlanma Ölçeği" ve eşlerine ise "Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği'' uygulanacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma süresince herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır. Araştırmaya katılımı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada ayrılabilirsiniz. Bu çalışmada yer almanız durumunda size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma sürecinde sizlerden de bir ödeme talebi olmayacaktır. Araştırma kapsamında size ait toplanan tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmanın sonuçları yayınlanırken de kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçlarını istemeniz halinde sizinle paylaşılacaktır.

Çalışma süresince herhangi bir girişimsel işlem uygulanmayacağı için tıbbi, maddi ya da manevi bir zarar ortaya çıkmayacaktır.

EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Anne/Baba Onam Formu (devamı)

Çalışmaya katılma onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırma öncesinde gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Yazılı ve sözlü olarak sunulan tüm bilgileri anladım. Çalışmaya katılıp katılmama kararım için yeterli süre tanındı. Şahsıma ait tıbbi bilgilerin ulaşılması ve araştırma koşulları altında işlenmesi hususunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum. Hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu formu imzalayarak yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefon:

Tarih:

İmza:

Açıklamayı yapan araştırmacının

Adı Soyadı: Esra Altun

Görevi: Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi: AÜTF Kadın Doğum Servisi

Telefon:

Tarih:

İmza:

EK-3. Kişisel Bilgi Formu- Anne (KBF-A)

Anket no: **Tarih:**

ANNE VERİ TOPLAMA FORMU

Bu çalışma, doğum hafızası ve postpartum posttravmatik stres bozukluğunun anne-bebek ve baba-bebek bağlanma üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Paylaştığınız tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımlarınız için teşekkür ederiz.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

Esra ALTUN

A. SOSYO DEMOKRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınızı belirtiniz:

2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

1. Okuryazar ☐ **2.** İlkokul mezunu ☐

3. Ortaokul mezunu ☐ **4.**Lise mezunu ☐

5.Üniversite ve üzeri mezunu ☐

3. Şu anda nerede yaşıyorsunuz?

1. İl merkezi ☐ **2.** İlçe ☐ **3.** Köy ☐

4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Hayır ise 6. Soruya geçiniz)

1. Evet ☐ **2**. Hayır ☐

5. Mesleğinizi belirtiniz ?

1. Ev Hanım ☐ **2**.Çalışan ☐ **3.** Emekli ☐

EK-4. Kişisel Bilgi Formu- Anne (KBF-A) (devamı)

6. Ekonomik durumunuzu belirtiniz.

1. Gelir giderden az ☐ **2.** Gelir gidere eşit ☐ **3.**Gelir giderden fazla ☐

7.Kaç yıldır evlisiniz?.....

8.Kaç yaşında evlendiniz?.....

B.OBSTETRİK ÖYKÜ

9.Geçmiş Gebelik ve Doğumlara İlişkin Öykü:

Gebelik Sayısı:

Yaşayan Çocuk Sayısı:

Düşük Sayısı:

D&C Sayısı:

Gebelik Tarihi	**Doğum Haftası**	**Doğum Şekli**	**Doğumun Gerçekleştiği Yer**	**Çocuğun Cinsiyeti**	**Çocuğun Sağlık Durumu**

10. Son gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?

1. Evet ☐ 2. Hayır ☐

11. Gebelik süresince düzenli kontrollere gittiniz mi?

1. Evet ☐ 2. Hayır☐

Kontrollere kaç kez gittiniz?.....

Kontrolleri nerede yaptırdınız?.....

Kontroller kim tarafından yapıldı?.....

EK-4. Kişisel Bilgi Formu- Anne (KBF-A) (devamı)

12. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin herhangi bir bilgi aldınız mı?

1. Evet ☐ 2. Hayır ☐

Kaç kez bilgi aldınız?.....

Gebelik ile ilgili bilgileri nereden aldınız?.....

1 Aile **2**. Hemşire/Ebe

3. Arkadaş **4**.TV, İnternet, kitap

5.Diğer……..

13. Doğuma yönelik endişeleriniz var mıydı?

1. Evet (Belirtiniz……..) **2**. Hayır ☐

a.) Doğumda ağrı hissetme

b.) Doğumun uzun süreceği

c.) Doğum sırasında bana ve bebeğime kötü bir şey olacak düşüncesi

d.) Doğumda suni sancı uygulanması

e.) Diğer……..

14. Doğumu düşündüğünüzde şu anda size hissettirdiği duyguyu nasıl ifade edersiniz?

1. Korku ☐ **2**. Şaşkınlık ☐ **3**. Üzüntü ☐

4. İğrenme ☐ **5**. Kızgınlık ☐ **6**. Umut ☐

7. Sevinç ☐ **8**. Diğer……..

15. Doğum süresince sağlık personelinin size destek olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet ☐ **2.** Hayır ☐

EK-4. Kişisel Bilgi Formu- Anne (KBF-A) (devamı)

16. Bebeğinizin cinsiyetini belirtiniz.

1. Kız ☐ **2**. Erkek ☐

17. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?

1.. Evet ☐ **2.** Hayır ☐

18. Doğum sonu size destek olabilecek biri var mı?

1. Evet (Belirtiniz……) **2.** Hayır ☐

19. Doğum sonu süreçte eşinizin bebek bakımına katılımı hakkında ne düşünüyorsunuz?

	KATILIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM
1.Bebek bakımını kadınlar yapar. Baba bakıma katılmamalıdır.			
2.Bebek bakımında babalar annelere destek olmalıdır.			
3. Erkeğin bebek bakımı konusunda bilgi ve becerisi yetersizdir. Bebeğe zarar verebilir.			

20. Gebelik, doğum sonu kontroller de babaların eşlerinin yanında bulunması hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Bulunmalı ☐
2. Bulunmamalı ☐
3. Bilmiyorum ☐

EK-5. Kişisel Bilgi Formu- Baba (KBF-B)

Anket No: **Tarih:**

BABA VERİ TOPLAMA FORMU

Bu çalışma doğum hafızası ve postpartum posttravmatik stres bozukluğunun anne-bebek ve baba-bebek bağlanma üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Paylaştığınız tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımlarınız için teşekkür ederiz.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

Esra ALTUN

B. SOSYO DEMOKRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınızı belirtiniz:…….

2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

1. Okuryazar ☐ **2**. İlkokul mezunu ☐

3. Ortaokul mezunu ☐ **4.**Lise mezunu ☐

5.Üniversite ve üzeri mezunu ☐

3.Şu anda nerede yaşıyorsunuz?

1. İl merkezi ☐ **2.** İlçe ☐ **3.** Köy ☐

4.Mesleğinizi belirtiniz

1. Çalışan **2**. Emekli **3**.Diğer…….

EK-5. Kişisel Bilgi Formu- Baba (KBF-B) (devamı)

5. Ekonomik durumunuzu belirtiniz.

1. Gelir giderden az ☐ **2.** Gelir gidere eşit ☐ **3.**Gelir giderden fazla ☐

6. Bebeğinizin olacağını ilk öğrendiğinizde kendinizi baba olmaya hazır hissediyor muydunuz?

1. Evet ☐ **2.** Hayır ☐ **3.** Kısmen ☐

7. Bebeğinizin cinsiyetini belirtiniz.

1. Kız ☐ **2**. Erkek ☐

8. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?

1.. Evet ☐ **2.** Hayır ☐

9. Bebek bakımı konusunda aşağıdaki ifadelerden hangisi sizi tanımlamaktadır?

	KATILIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM
1. Bebek bakımına isteyerek ve severek katılabilirim.			
2. Babalığa hazırım ama iş yoğunluğum nedeniyle eşime yardımcı olamayabilirim.			
3. Bebek bakımı hakkında bilgim yok, ona zarar vereceğimi düşünüyorum.			
4. Bebek bakımını kadınlar yapar. Erkek bakıma katılmamalıdır.			

EK-6. Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi- Sivil Versiyonu (PTSDC-CV)

POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU SORU LİSTESİ-SİVİL VERSİYONU

Yönerge: Aşağıda, stres veren olayların ardından bazı insanlarda ortaya çıkabilen yakınma ve sorunlar bulunmaktadır. Lütfen dikkatli biçimde okuyun ve son bir ay içinde bu sorunun sizi ne derece rahatsız ettiğini belirtmek üzere uygun seçeneği işaretleyin.

1. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayarak zihninizde canlanan anılar, düşünceler ya da görüntüler oldu mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

2. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayan rüyalarınız var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

3. Aniden geçmişte yaşadığınız olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlayarak sanki yeniden yaşıyorsunuz hissine kapıldığınız ve davrandığınız oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

4. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişiler ve de duygular sizde mutsuzluk, üzüntü ve alt üst olma duygusu yaşatıyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

5. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişi vb. benzeşen uyaranla karşılaştığınızda kalp çarpıntısı, terleme, nefes darlığı, titreme, uyuşma, ağrı vb. bedensel tepkileriniz ortaya çıkar mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

6. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olay hakkında konuşmaktan, düşünmekten kaçınır, olayı hatırlatan duygulardan uzak durur musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

EK-6. Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi- Sivil Versiyonu (PTSDC-CV) (devamı)

7. Size geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlattığı için bazı kişilerden, ortamlardan ve eylemlerden kaçınır ve uzak durur musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

8. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayın bazı bölümlerini hatırlamakta zorlanır mısınız? Olaylar arasında bağlantıları kurmada zorlandığınız boşluklar var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

9. Eskiden hoşlanarak yapmakta olduğunuz etkinliklere olan ilginizi kaybettiniz mi?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

10. Kendinizi diğer insanlardan uzak ve ayrı hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

11. Kendinizi duygusal açıdan donuklaşmış, yakınlarına ve olaylara karşı sevinme, üzülme ve ağlama duygularınız uyuşmuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

12. Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

13. Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğünüz var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

14. Kendinizin gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olduğunu hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

15. Dikkatinizi toparlamada ve sürdürmede bir güçlüğünüz oldu mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

16. Kendinizi aşırı derecede gergin, her an olumsuz bir şey olacağı hissi ile tetikte ve diken üstünde hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

17. Çevreden gelen uyarılara abartılı tepkiler gösterdiğiniz, kolaylıkla irkildiğiniz ve sıçradığınız oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

EK-7. Doğum Hafızası ve Hatırlama ölçeği (DHHÖ)

DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ (DHHÖ)

Bu ölçek en son çocuğunuzun doğumunun hatıralarının nasıl olduğu ve doğumu şu anda hatırladığınızda nasıl hissettiğiniz ile ilgili ifadeler içermektedir. Doğum anılarınıza ilişkin aşağıda bulunan ifadeleri değerlendirip, ilgili rakamı daire içerisine alarak katılma derecenizi belirtiniz. Teşekkür ederiz.

	DUYGUSAL HAFIZA	**Kesinlikle Katılmıyorum.**						**Kesinlikle**
1	Doğum anındaki duygularım son derece olumluydu.	1	2	3	4	5	6	7
2	Doğum anındaki duygularım son derece olumsuzdu.	1	2	3	4	5	6	7
3	Doğumu hatırladığımda, duygularım son derece olumludur.	1	2	3	4	5	6	7
	AMBİVALAN DUYGUSAL HAFIZA							
4	Doğum anında olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım.	1	2	3	4	5	6	7
5	Doğumu hatırladığımda olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
	HAFIZANIN MERKEZLİLİĞİ							
6	Doğum deneyimi, yaşamımdaki diğer deneyimlerden etkilenmiştir.	1	2	3	4	5	6	7
7	Doğum deneyimi kendimi ve dünyayı anlamamda odak noktası olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7
8	Doğum deneyimi yaşamımda bir dönüm noktası olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7

9	Doğum deneyiminin geleceğim üzerindeki etkileri hakkında sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
	TUTARLILIK VE TEKRAR YAŞAMA							
10	Doğumu anını içerisinde büyük eksiklikler olmayan, mantıklı ve tutarlı bir olay olarak hatırlarım.	1	2	3	4	5	6	7
11	Doğum anını bazı kısımları eksik olarak, parçalar halinde hatırlarım.	1	2	3	4	5	6	7
12	Doğumu hatırladığımda, doğum anında gördüklerimi tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
13	Doğumu hatırladığımda, doğum anında vücudumda hissettiklerimi tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
14	Doğumu hatırladığımda, doğumu geçmişte olmuş gibi değil de sanki doğum şuan oluyormuş gibi hissedip, tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
15	Doğumu hatırladığımda, doğum anında duyduğum sesleri tekrar duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
	DUYUSAL HAFIZA							
16	Doğumu düşündüğümde, kokuları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17	Doğumu düşündüğümde, tatları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
18	Doğumu düşündüğümde, sesleri hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19	Doğumu düşündüğümde, dokunuşları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
	İSTEMSİZ HATIRLAMA							
20	Doğum anı (ya da doğum anındaki olayların bir kısmı) ben düşünmesem bile kendiliğinden aklıma gelir.	1	2	3	4	5	6	7
21	Günlük yaşantımda gerçekleşen olaylar beklenmedik bir şekilde doğum anını (ya da doğum anındaki olayların bir kısmını) hatırlatır.	1	2	3	4	5	6	7

EK-8. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)

MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	HER ZAMAN	**SIK SIK**	**BAZEN**	**HİÇBİR ZAMAN**
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	c	d
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	c	d
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	c	d
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	c	d
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	a	b	c	d
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	c	d
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	c	d
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	c	d
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	a	b	c	d
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
11- Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	a	b	c	d
13- Bebeğimin yanımda olmasını	a	b	c	d

istiyorum				
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	a	b	c	d
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	a	b	c	d
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	a	b	c	d
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	a	b	c	d
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	a	b	c	d
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	a	b	c	d
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	a	b	c	d
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	a	b	c	d
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	a	b	c	d
24 - Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	a	b	c	d
25 - Bebeğim ağladığına onu rahatlatıyorum	a	b	c	d
26 - Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	a	b	c	d

EK-9. Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği (B- BBÖ)

BABA - BEBEK BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

1. Bebekle ilgilendiğim zamanlar kızgınlık veya öfke hissediyorum;

a. Her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Çok nadir e. Hiçbir zaman

2. Bebekle ilgilendiğim zamanlar, onun huysuzlaştığını ve beni üzmeye çalıştığını hissediyorum;

a. Her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Çok nadir e. Hiçbir zaman

3. Son iki hafta içinde bebek ile ilgili duygularımı şöyle tanımlıyorum;

a. Hoşlanmama

b. Bebeğe karşı güçlü duygularım yok

c. Zayıf sevgi

d. Orta düzeyde sevgi

e. Yoğun sevgi

4. Bebeğimin neye ihtiyacı olduğunu ya da ne istediğini anlayabiliyorum;

a. Her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Çok nadir e. Hiçbir zaman

5. Bebeğimle olan etkileşim seviyemi göz önüne alırsak şöyle olduğuma inanıyorum;

a. Benimle aynı durumdaki çoğu babadan çok daha fazla ilgiliyim.

b. Benimle aynı durumdaki çoğu babadan biraz daha fazla ilgiliyim.

c. Benimle aynı durumdaki çoğu babayla aynı seviyede ilgiliyim.

d. Benimle aynı durumdaki çoğu babadan biraz daha az ilgiliyim.

e. Benimle aynı durumdaki çoğu babadan çok daha az ilgiliyim.

6. Bebeğimle birlikteyken sıkıldığımı hissediyorum;

a. Her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Hiçbir zaman

7. Bebeğimle birlikte diğer insanların yanındayken onunla gurur duyduğumu hissediyorum;

a. Her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Hiçbir zaman

EK-9. Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği (B- BBÖ) (devamı)

8. Bebekle ilgilenmeye ve onun bakımına mümkün olduğu kadar katılmaya çalışıyorum;

a. Doğru b. Doğru değil

9. Kendimi(eşim dışında) çevremdeki insanlarla bebek hakkında konuşurken buluyorum;

a. Hergün birçok kez b. Hergün birkaç kez c. Günde bir kez d. Nadiren

10. Bebekten ayrılmam gerektiği zamanlar kendimi;

a. Her zaman üzgün hissederim (ya da ondan ayrılmak her zaman zor gelir)

b. Sık sık üzgün hissederim (ya da ondan ayrılmak sık sık zor gelir)

c. Hem üzüntü hem de rahatlama duygularını birlikte hissederim.

d. Sık sık rahatlamış hissederim (ve ayrılmak sık sık kolay gelir).

e. Her zaman rahatlamış hissederim (ve ayrılmak her zaman kolay gelir).

11. Bebekle birlikteyken;

a. Her zaman çok doyum alıyorum.

b. Sık sık doyum alıyorum.

c. Ara sıra doyum alıyorum.

d. Çok nadir doyum alıyorum.

12. Bebekle birlikte olmadığım zamanlar, kendimi onu düşünürken buluyorum;

a. Her Zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Çok nadir e.Hiçbir zaman

13. Bebekle birlikteyken;

a. Genellikle onunla geçirdiğim zamanı uzatmaya çalışırım.

b. Hiçbiri

c. Genellikle onunla geçirdiğim zamanı kısa tutmaya çalışırım.

EK-9. Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği (B- BBÖ) (devamı)

14. Bebekten bir süre uzak kaldığımda, onunla tekrar birlikte olmak için genellikle şöyle hissederim;

a. Bu düşünceden yoğun bir keyif alırım

b. Bu düşünceden orta düzeyde keyif alırım

c. Bu düşünceden çok az keyif alırım

d. Bu düşünce hakkında hiçbir şey hissetmem.

e. Bu düşünce hakkında olumsuz hislerim olur.

15. Geçen üç ay süresince, beş dakika ya da daha fazla süreyle kendimi uyuyan bebeği izlerken buluyorum;

a. Her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Hiçbir zaman

16. Artık bebek hakkında şöyle düşünüyorum;

a. Tam olarak benim bebeğim gibi.

b. Biraz benim bebeğim gibi.

c. Henüz gerçekten benim bebeğim gibi değil.

17. Bebek nedeniyle vazgeçmek zorunda kaldığımız şeyleri düşününce;

a. Ona çok fazla kızdığımı görüyorum

b. Ona orta düzeyde kızdığımı görüyorum

c. Ona çok az kızdığımı görüyorum

d. Ona hiç kızmıyorum

18. Geçen üç ay süresince, kendime zaman ayıramadığımı ve kendi uğraşlarımı sürdüremediği hissediyorum;

a. Her zaman b. Sık sık c. Ara sıra d. Hiçbir zaman

19. Bebeğimle birlikte olduğum zaman genellikle;

a. Çok sabırsızım b. Biraz sabırsızım c. Biraz sabırlıyım d. Çok sabırlıyım