

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MATERNAL DEPRESİF SEMPTOMLAR, ANNELİK
MEMNUNİYETİ VE MATERNAL BAĞLANMA
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN YAPISAL EŞİTLİK
MODELİ İLE İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Seda TECİK

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nursan ÇINAR

ARALIK - 2022

BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Bu alışma Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30/06/2021 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 08/12/2022

Seda TECİK

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans eğitimim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar beni her yönüyle destekleyen, cesaretlendiren, yoluma ışık tutan ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Nursan ÇINAR' a, bu süreçlerde desteğini ve yardımını esirgemeyen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi Dilek MENEKŞE' ye, veri toplama süreçlerinde kliniklerde bana destek veren tüm hemşire arkadaşlarıma ve araştırmaya katılan tüm annelere, Yüksek Lisans Eğitimimin her aşamasında maddi manevi tüm varlığıyla yanımda olan biricik eşim Oğuz Mustafa TECİK' e, bu güne kadar sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli anneme, yaşama sevincim ve varlığımın tamamlayıcısı biricik kızım Berrak Ediz'e teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER	vi
TABLOLAR	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ANNELİK ROLÜ – KAVRAMI.....	4
2.1.1. Gebelik Süreci ve Anneliğe Hazırlık	4
2.1.2. Anne olmak -Annelik Rolü	4
2.1.3. Annelik Rolünün Kazanılması	5
2.1.4. Annelik Rolüne Uyum ve Annelik Memnuniyetinin Artırılmasında Hemşirenin Rollerini	8
2.2. BAĞLANMA.....	10
2.2.1. Bağlanma Kavramı.....	10
2.2.2. Bağlanma Kuramı	11
2.2.3. Bağlanma Stilleri.....	14
2.2.3.1. Güvenli bağlanma	15
2.2.3.2. Saplantılı/kaygılı bağlanma.....	16
2.2.3.3. Kayıtsız/kaçınan bağlanma	16
2.2.3.4. Korkulu bağlanma.....	17
2.2.4. Prenatal Bağlanma	17
2.2.4.1. Birinci trimester ve anne-fetüs bağlanması.....	18
2.2.4.2. İkinci trimester ve anne-fetüs bağlanması	19
2.2.4.3. Üçüncü trimester ve anne-fetüs bağlanması	19
2.2.5. Postnatal Bağlanma.....	20
2.2.6. Anne Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler	21
2.2.7. Maternal Bağlanmanın Geliştirilmesinde Kanıt Temelli Uygulamalar ve Hemşirenin Rollerini	24
2.2.7.1. Emzirme	24
2.2.7.2. Kanguru Bakımı / Ten Tene Temas	25
2.2.7.3. Aynı Odanın Paylaşımı	25
2.2.7.4. Yoga ve Meditasyon	26

2.2.7.5.	Dokunma/Masaj	27
2.2.7.6.	Sosyal Destek	27
2.3.	MATERNAL DEPRESİF SEMPTOMLAR.....	29
2.3.1.	Postpartum Hüzün / Annelik Hüznü	29
2.3.2.	Postpartum Depresyon ve Tanımı.....	29
2.3.2.1.	Dünya’da ve Türkiye’de Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı	30
2.3.2.2.	Postpartum Depresyonun Etiyolojisi	31
2.3.2.3.	Postpartum Depresyonda Ayırıcı Tanı ve Belirtiler.....	32
2.3.2.4.	Postpartum Depresyon Tedavisi	33
2.3.2.5.	Postpartum Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı	34
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1.	ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	36
3.2.	ARAŞTIRMANIN İZNİ	36
3.3.	ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	36
3.4.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	36
3.5.	ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ.....	37
3.6.	ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	38
3.7.	ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	40
3.8.	VERİLERİN TOPLANMASI.....	40
3.9.	VERİLERİN ANALİZİ	41
3.10.	SINIRLILIKLAR.....	41
4.	BULGULAR.....	43
5.	TARTIŞMA	62
5.1.	DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ANNE OLMA ÖLÇEĞİ’ NE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI	62
5.2.	DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ’ NE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI.....	68
5.3.	DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE HASTA SAĞLIK ANKETİ’NE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI	74
5.4.	BAM 13, PHQ-9 VE MAI ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI	81
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
6.1.	ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ VE ZOR YÖNLERİ.....	89
	KAYNAKÇA	90
	EKLER.....	108

KISALTMALAR

PHQ-9: Hasta Sağlık Anketi-9

BAM-13: Anne Olma Ölçeği

MAI: Maternal Bağlanma Ölçeği

HTMT: Heterotrait-Monotrait

PPD: Postpartum Depresyon

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

APA: Amerikan Pediatri Akademisi

DSM IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

DSM V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

EPDS: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil 1: Nelson' a Göre Anneliğe Geçiş.....	7
Şekil 2. Dörtlü Bağlanma Modeli	15
Şekil 3: Bağlanma Sürecini Olumsuz Etkileyen Faktörler	21
Şekil 4: Bağlanma Sürecini Olumlu Etkileyen Faktörler	22
Şekil 5: Yapısal Eşitlik Modeli.....	58



TABLÖLAR

Tablo 1: Annelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=231)	43
Tablo 2: Anne ve Bebeğe Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (N=231)	44
Tablo 3: Tanımlayıcı İstatistikler (N=231)	47
Tablo 4: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları	48
Tablo 5: Demografik Özelliklere Göre Anne Olma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları.....	48
Tablo 6: Demografik Özelliklere Göre Hasta Sağlık Anketi Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları	51
Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre Maternal Bağlanma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları	53
Tablo 8: Ölçekler ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki Analizi.....	55
Tablo 9: Anne Olma Ölçeğine Göre Değişkenler Arasındaki İlişki (9 puan altı).....	57
Tablo 10: Anne Olma Ölçeğine Göre Değişkenler Arasındaki İlişki (9 ve üzeri)....	57
Tablo 11: Araştırma modeline ilişkin değişkenlerin faktör yükleri, uyum geçerlilik değerleri ve güvenirlik sonuçları.....	58
Tablo 12: Heterotrait-Monotrait (HTMT) Oranı.....	59
Tablo 13: Model analizi sonuçları.....	60

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Annelik kadının yaşamında çok farklı deneyim ve duyguların yaşandığı en önemli gelişimsel olaylardan biridir ve oldukça karmaşık bir süreçtir. Bu araştırmanın amacı; maternal depresif semptomlar, annelik memnuniyeti ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak planlanan araştırma Marmara Bölgesindeki iki farklı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk Polikliniklerine gelen 1-4 aylık bebeğe sahip 231 annenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; Aile ve Çocuğu Tanıtıcı Bilgi Formu, Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9), Anne Olma Ölçeği (BAM-13) ve Maternal Bağlanma Ölçeği (MAI) kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 25 programı aracılığıyla değerlendirilmiş ve yapısal eşitlik modeli SmartPLS-3 ile incelenmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan annelerin yaşları ortalama $28,47 \pm 5,04$, %48,5 ile çoğunluğun ortaöğretim mezunu ve %77,5'inin ev hanımı olduğu görülmüştür. Demografik özelliklerde evlenme yaşı ve anne olma yaşı ile BAM-13 ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (sırasıyla $r=-,237$, $r=-,175$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. BAM-13 ile PHQ-9 arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu ($r=0,568$, $p<0,05$), PHQ-9 ile Maternal Bağlanma Ölçeği arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ($r=-0,217$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Yapısal eşitlik model analizi sonucunda, anne olmanın maternal bağlanma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negative yönlü bir etkisi olduğu görülmüştür ($\beta=-0.533$, $p<0,05$).

SONUÇ: Maternal bağlanmanın; maternal depresif semptomlar azaldıkça ve annelik memnuniyeti arttıkça arttığı belirlenmiştir. Maternal depresif semptomlar artmasıyla annelik memnuniyetinin de azaldığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Annelik memnuniyeti, maternal bağlanma, maternal depresif semptomlar

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL DEPRESSIVE SYMPTOMS, MATERNAL SATISFACTION, AND MATERNAL ATTACHMENT WITH THE STRUCTURAL EQUALITY MODEL

INTRODUCTION AND AIM: Motherhood is an extremely complex process and one of the most significant developmental periods in a woman's life, involving a wide range of experiences and emotions. The aim of this study is to examine the relationship between maternal depressive symptoms, maternal satisfaction, and maternal attachment with a structural equation model.

MATERIALS AND METHODS: This was a descriptive, cross-sectional and correlational study including 231 mothers with infants aged 1-4 months who visited the Pediatrics Polyclinics of two different Training and Research Hospitals in the Marmara Region. The data were collected using the Family and Child Descriptive Information Form, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Being a Mother Scale (BAM-13), and Maternal Attachment Inventory. The data were analyzed using the IBM SPSS Statistics 25 program and the structural equation model was examined with SmartPLS-3.

RESULTS: The mean age of the mothers was 28.47 ± 5.04 years, 48.5% of mothers graduated from secondary school, and most of them (77.5%) were housewives. According to demographic characteristics, a statistically significant negative, and weak correlation was found between the age at marriage and the age of motherhood and the BAM-13 scales, respectively ($r = -.237$, $r = -.175$, $p < 0.05$). There was a statistically positive moderate correlation between BAM-13 and PHQ-9 ($r = 0.568$, $p < 0.05$), and a moderately negative correlation between BAM-13 and the Maternal Attachment Scale ($r = -0.316$, $p < 0.05$). Furthermore, a statistically negative and weak

correlation was detected between the PHQ-9 and the Maternal Attachment Scale ($r=-0.217$, $p<0.05$). As a result of the structural equation model analysis, being a mother had a statistically significant and negative effect on maternal attachment ($\beta=-0.533$, $p<0.05$).

CONCLUSION: The findings of this study revealed that maternal attachment rose along with a decrease in depressive symptoms and an increase in maternal satisfaction. Moreover, maternal satisfaction decreased as maternal depressive symptoms increased in this study.

Keywords: maternal attachment, maternal satisfaction, maternal depressive symptoms

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Her biri üç aylık dönemlere ayrılmış üç trimesterden oluşan gebelik süreci ve doğumdan sonraki süreç olarak tanımlanan dördüncü trimester, kadının ve ailesinin dünyaya gelecek olan bebekleri için hazırlandığı, anne baba olmaya atılan ilk adım olmakla beraber, ebeveynlik rollerinin kazanıldığı oldukça yoğun ve karmaşık bir süreçtir (Küçükarslan, 2019; Dişli ve Mecdi Kaydırak, 2021). Bu fiziksel ve psikososyal değişim sürecinde kadın ve aile üyeleri önemli rol ve yaşam biçimi değişiklikleri ile karşı karşıya kalmaktadır (Kızılkaya Beji ve Aydın Özkan, 2017).

Anne olmak, kadının hayatındaki en önemli gelişimsel evrelerden ve rollerden biridir (Çınar ve Köse, 2015; Yıldız ve Temuçin, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020). Kadın bu rolü üstlenirken, çocukluğundan itibaren anneliğe dair kazandığı bilgi, beceri, tutum ve davranışlardan etkilenir. Bebeğin doğması ile bu süreç annelik becerilerinin kazanılması, sonuçta da kendini yeterli bir anne olarak görmesiyle ve yeni bir kimlik geliştirmesiyle tamamlanır (Çalışır, 2003; Mercer, 2004). Kadının anne olma rolünü kazanması ve bebeğini kendi benliğine dahil edebilmesi birçok faktörden etkilenen ve yaşanan deneyimlerle yeni kazanımlar elde edildiği çok boyutlu, oldukça karmaşık bir süreçtir (Laney, Lewis Hall, Anderson and Willingham, 2015; Erbay, Topal, Tiryaki ve Çınar, 2018). Bu geçiş sırasında annelerin annelik rolünde yetkin olmaları, ebeveynlik davranışlarının kalitesi ve nihayetinde çocuğun sosyal gelişimi üzerinde olumlu etkileri olacaktır. Kadınların annelik rolüne uyum sağlaması, ebeveynlik stresini yönetmelerini ve zorlu ebeveynlik görevlerini başarmalarını kolaylaştırırken role uyumsuzluk bu süreçleri olumsuz etkileyecektir (Zhu *et al.*, 2022). Yapılan çalışmalarda annelik rolüne uyum için verilen danışmanlığın hizmetlerinin (Rajabi, Maleki, Dadashi and Karami Tanha, 2021), annelik yaşının (Hitt, Martin, Dietrich, Ahmed and Lee, 2021) ve eş desteğinin (Song, Roh, Chae and Kim, 2022) annelik kimliğinin kazanılması ve role uyum sağlamada önemli etkileri olduğu belirtilmektedir. Annelik rolüne uyum, annelik memnuniyetinin artırılmasına katkı sağlayarak anne bebek bağlanmasını da desteklemektedir (Köse, Çınar ve Altinkaynak, 2013; Hira, 2019; Sevimli Güler and Çınar, 2022).

Maternal bağlanma, anne ve bebeği arasında sevgi, şefkat ve ilgi ile oluşan bağın, zamanla süreklilik gösteren eşsiz bir ilişkiye dönmesi olarak tanımlanmaktadır (Müller, 1994). Maternal bağlanma hem annenin hem de yenidoğanın fizyolojik, psikolojik ve duygusal sağlığı üzerinde oldukça önemli etkileri olan, yenidoğan ve pediatri alanlarında sıklıkla kullanılan bir kavramdır (Menekşe ve Çınar, 2020). Prenatal dönemden itibaren temellenen bağlanma doğum sonrası süreçte anne ve bebeğin ilişkisini ve etkileşimini geliştirmektedir (Dokuhaki, Akbarzadeh, Pishva and Zare, 2017). Bu etkileşim ve iletişim sayesinde bebeklik döneminde kazanılan bağlanma stillerinin, bireyin çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde kuracağı sosyal ilişkiler ve sosyal hayatını doğrudan etkileneceği bilinmektedir (Nacar ve Gökkaya, 2019). Son yıllarda anne ve çocuk sağlığını geliştirmek için maternal bağlanmanın desteklendiği çalışmalar oldukça önem kazanmıştır. Hemşirelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerde bağlanmayı kolaylaştıran kanıt temelli uygulamaları bilmesi, anne – bebek etkileşimini sağlamak ve sürdürmek için önemlidir (Menekşe ve Çınar, 2020).

“Duygulanım bozuklukları” içerisinde yer alan postpartum depresyon (PPD), The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-5) kriterlerine göre doğum ile başlayan (peripartum), doğumdan sonraki bir yıla kadar olan dönemde ortaya çıkan depresyon olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca depresif belirtilerin sadece doğumdan sonra değil, perinatal dönemden itibaren başladığı düşünülmektedir (Stewart, Robertson, Dennis, Grace and Wallington, 2003; American Psychiatric Association, 2013). PPD prevelansı incelen toplumdan, toplumun kültürel özelliklerinden ve araştırmanın yöntemine göre farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ nün 2022 verilerine göre PPD prevelansının düşük gelirli ülkelerde %13, orta ve yüksek gelirli ülkelerde %19,8 olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, 2022). Konu ile ilgili yapılan sistematik çalışmalar PPD prevelansının gelişmiş ülkelerde %1.9 ile %82.1 arasında ve gelişmekte olan ülkelerde %5.2 ile %74.0 arasında değiştiğini vurgulamaktadır (Norhayati, Hazlina, Asrenee and Emilin, 2015). Türkiye’de yapılan kesitsel çalışmalarda %15-30 arasında farklı oranların olduğu görülmektedir (Tan, Şahin, Yurdakul ve Çetin, 2019; Şahin, Koç ve Aksoy,

2021; Servet Yılmaz ve Akgün Kostak, 2021). PPD kadının, çocuğun ve diğer aile üyelerinin olumsuz etkilendiği mental bir hastalıktır (Kolukırk, Şimşek ve Ergör, 2019). Maternal depresif semptomlar, anne-bebek bağlanmasını ve etkileşimlerini bozarak çocuğun zihinsel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar PPD' nin maternal bağlanmayı olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle prenatal ve postpartum süreçte riskli gebe ve annelerin yakından izlenmesi, erken tanı ve tedavi açısından oldukça önemlidir (Brummelte and Galea, 2016; Zhang *et al.*, 2017; Hakanen *et al.*, 2019; Kolukırk ve ark., 2019).

Anne-bebek arasında güvenli bağlanmanın gelişebilmesi, çocuğun fizyolojik ve psikososyal gelişimini etkileyen, yaşamı boyunca kuracağı tüm ilişkileri şekillendiren oldukça önemli bir kavramdır. Anne ve bebek arasındaki güvenli bağlanmanın geliştirilmesi için bütün risk faktörlerinin tanınması, depresif semptomları olan annelerin belirlenmesi, annelik rollerine uyum süreçlerinin desteklenmesi özellikle pediatri alanında çalışan hemşirelerin birincil sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı maternal depresif semptomlar, annelik memnuniyeti ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.ANNELİK ROLÜ – KAVRAMI

2.1.1. Gebelik Süreci ve Anneliğe Hazırlık

Her biri üç aylık dönemlere ayrılmış 3 trimesterden oluşan gebelik süreci, kadının dünyaya getireceği bebeği için kendisini ve ailesini hazırladığı, anne-baba olmaya atılan ilk adımla beraber ebeveynlik rolünü kazanmaya başladığı bir dönüm noktasıdır (Küçükarslan, 2019). Gebelik anne yaşamında eşsiz bir süreç olsa da kadının vücudu, görünüşü, sosyal statüsü gibi birçok fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimin yaşandığı bir süreçtir. Bu fiziksel ve psikososyal değişim sürecinde kadın ve aile üyeleri önemli rol ve yaşam biçimi değişiklikleri ile karşı karşıya kalır (Kızılkaya Beji ve Aydın Özkan, 2017).

Annelik, kadınlara yönelik atfedilen toplumsal rollerin hepsinden daha özel bir anlama sahiptir. Gebelikleri boyunca çeşitli duyguları deneyimleyen kadınların bu duygulara yaklaşımı, sosyal ve kültürel geçmişi, gebeliği isteyip istemeyişi ve destek sistemleri tarafından etkilenir. Tüm bu süreçlerde anne adayları, bebeğini biraz daha kabullenerek kendini anneliğe ve bebeğin gelişine hazırlanır (Küçükarslan, 2019).

2.1.2. Anne olmak -Annelik Rolü

Anne olmak, kadının hayatındaki en önemli gelişimsel evrelerden ve rollerden biridir (Çınar ve Köse, 2015; Yıldız ve Temuçin, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020). Annelik toplumsal ve kültürel normlardan etkilenerek şekillenir ve bu doğrultuda annelik rolüne yüklenen değerler bir toplumdan diğerine değişebilmektedir (Yıldız ve Temuçin, 2015; Uçakçı Asalıoğlu, Ercan, Erdem ve Tüfekci Akcan, 2020). Annelik rolü kadının çocuğunu büyütmesi, yetiştirmesi ve topluma hazırlaması şeklindedir. Annelik, sosyal, kültürel, siyasi ve ahlaki birçok faktörden etkilenen bir olgudur (Hira, 2019). Birçok toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da “anne olma” bir statü, gelişimsel bir ödev olarak algılanmaktadır (Yıldız ve Temuçin, 2015; Aslan, 2017; Hira, 2019).

Annelik rolü, kadının çocukluğundan süregelen anneliğe dair bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını içeren bir öğrenme sürecidir. Bebeğin doğmasıyla, annedeki annelik kavramı etkilenir ve annenin kendi stilini yavaş yavaş geliştirmesiyle devam eder. Sonuçta kendini tam olarak yeterli bir anne olarak algıladığında da tamamlanır (Çalışır, 2003; Yıldız ve Temuçin, 2015). Annelik deneyimi ile kendilerini en baştan tanımlayan kadınlar, bu süreçlerle yeni bir kimlik geliştirirler (Mercer, 2004). Anne olma sürecinde kadınlar bir yandan annelik kimliği geliştirirken, diğer yandan önceki benliğini kaybetme korkusu yaşarlar. Anne olmayla beraber kadınlar, annelik rolünü ve çocuklarını benlik algılarına dahil edebilmek için eski kimliklerini bir süreliğine kaybedip, annelik rolü için benliklerini yeniden şekillendirdikleri çok boyutlu, oldukça karmaşık bir süreç yaşarlar (Laney *et al.*, 2015). Bu dönemde bireysel olarak kadınlar, çocuklarını kendi kimliklerine dahil ederek yeni role bürünmeye başlarlar. Çocuğun kabulü sonucunda da kendi bireyselliklerini nasıl geliştireceklerini keşfederler (Laney *et al.*, 2015). Anne rolüne uyum; önceki gebelik deneyimi, fetüsün kabulü, eğitim geçmişi, anne bağlılığı, eş, çocuklar, din ve inançlar, psikolojik durum (örneğin depresyon), yaş, doğum şekli ve sosyal destek gibi birçok faktörlerden etkilenir (Çalışır, 2003; Çınar, Köse and Altınkaynak, 2015; Laney *et al.*, 2015; Erbay *et al.*, 2018; Uçakçı Asaloğlu *ve ark.*, 2020).

2.1.3. Annelik Rolünün Kazanılması

Annelik rolünün kazanım süreci bireysel farklılıklar gösterdiğinden değişmektedir. Mercer (2004), annelik rolünün kazanım sürecini, anneler arasındaki bireysel farklılıkların etkili olduğu, prenatal dönemden başlayan ve doğum sonrası ilk yıl içerisinde tamamlanan bir süreç olarak tanımlamaktadır (Mercer, 2004; Panthumas and Kittipichai, 2019). Annelik kimliği ise doğumdan yaklaşık 4 ay (2-6 ay) sonra annelik rolünün başarılmaması ve geliştirilmesi ile ortaya çıkar (Panthumas and Kittipichai, 2019). Annelik kimliği, bir kadının kendisini üç göstergeye dayanarak anne olarak gördüğünü belirtir:

- Bebeğe bağlılık; duygusal bağlılık ve sevgi hissetme,
- Rol yeterliliği; bebeğinin bakımlarını yapabilme becerisi ve özgüven,

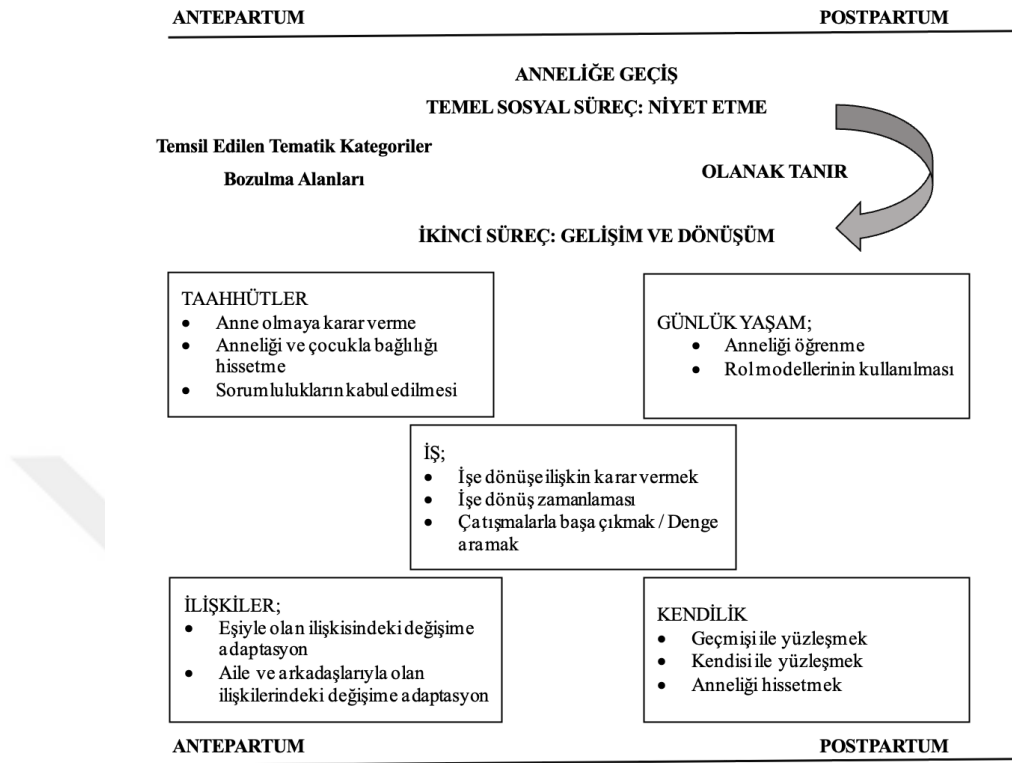
- Roldeki doyum; bebeği ile olan etkileşimlerinde doyum alma(Aslan, 2017; Panthumas and Kittipichai, 2019).

Mercer'in (2004) anne olma kuramı, hocası Reva Rubin'in annelik kimliği çalışmalarına dayanmaktadır (Mercer, 2004). Bu kuramcılara göre roller, bir süreç içerisinde elde edilir. Kadının rolü algılaması ve kabullenmesi, kadının geçmiş yaşantıları, deneyimleri ve kendisine yönelik algıları etkilemektedir. Rubin çalışmalarında, kadının gebelikten itibaren anne kimliğini oluşturduğunu, kadının bilgi aradığını, gözlemlerinden elde ettiği bilgileri kendi annelik algısına göre düzenlediğini ve bu süreçte en önemli rol modelinin annesi olduğunu belirtir (Rubin, 1967, 1984). Rubin'in bir öğrencisi olan Mercer daha sonra yaptığı çalışmalar sonucu annelik rol kazanım sürecini dört aşamada kazanıldığını ifade etmiştir. Bunlar; “beklentsel, formal, informal ve kişisel” evrelerdir (Mercer, 2004).

- Beklentsel Evre: Annelik görevinden önceki dönem (hamilelik), rol için psikososyal bir hazırlık dönemidir.
- Formal (Resmi) Evre: Doğumda anne, bebeğinin benzersizliğini tanımlamanın resmi aşamasına geçer. Bakım veren uzmanların davranışlarını taklit eder ve onların tavsiyelerini izleyerek bakım görevlerine başlar.
- İnformal (Resmi olmayan) Evre: Bu aşamada anne, formal aşamada başkalarından aldığı tavsiyelere uymaktan, bebeği için en iyi bakım konusunda kendi tercihlerini belirlemeye doğru ilerler.
- Kişisel Evre: Kadın artık bu evrede annelik rolüne adaptasyon geliştirmiştir. Annede uyum, güven, annelik rolünden memnuniyet ve bebeğine bağlılık duygusu gelişmiştir. Çevresindekiler onun performansını kabul ettikçe, kendisi ve annelik arasında bir uyum hisseder (Mercer, 1981, 2004; Mercer and Ramona, 1985).

Nelson (2003) ise anneliğe adaptasyonu; kadının bireysel kararı ile başlayan, prenatal ve postnatal süreçleri kapsayan, kadının imkanları ve bireysel özellikleri ile annelik rolünün sorumluluklarını üstlenme, günlük yaşamındaki eş, aile ve arkadaş olarak diğer rollerindeki ilişkilerini yeniden düzenleme yapma gibi gelişim özellikleri olan bir büyüme, değişim ve dönüşüm süreci olarak değerlendirmektedir (Nelson, 2003).

Nelson (2003) nitel çalışmalardan elde ettiği metasentez sonucunda anneliğe geçişi ve etkileyen faktörleri 5 kategori belirlemiştir. Bunlar şekil 1 de verilmiştir:



Şekil 1: Nelson' a Göre Anneliğe Geçiş

Kaynak: Nelson AM. (2003). Transition to motherhood. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*. 32(4): 465-477.

Annelik rolünün kazanımı kadının öğrenme sürecidir ve birçok faktörden etkilenir. Kadın bu rolü üstlenirken farklı yaşanmışlıklardan faydalanarak zamanla kazandığı yeni düşünce ve beceriler ile deneyimlerini oluşturur (Erbay *et al.*, 2018). Hamilelik ve anneliğin ilk dönemlerinde meydana gelen fiziksel, bilişsel ve psikososyal değişiklikler, birçok kişinin anneliğe geçişi önemli bir yaşam stres faktörü olarak görmesine yol açmıştır (Rafii, Alinejad-Naeini and Peyrovi, 2020) Mercer (2004) bu süreçte yaşanan olumsuzlukların annelik rolünün kazanımını olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtmektedir. Olumsuz bir gebelik deneyimi, annenin doğuma yönelik algısı, eş desteği ve aile dinamikleri, erken anne-bebek ayrılığı, sosyal stres, sosyal destek, kişilik özellikleri (mizaç, empati ve sert kişilik), benlik kavramı, çocuk yetiştirme tutumları, bebeğin algısı, rol gerilimi ve sağlık durumu gibi faktörler anne kimliğinin gelişimini olumsuz etkilemektedir. Mercer çalışmalarında adolesan

anneliğin ve riskli gebelikleri olan kadınların annelik rolünü kazanım sürelerinin daha uzun olduğunu belirtmiştir (Mercer, 1981, 2004; Mercer and Ramona, 1985).

2.1.4. Annelik Rolüne Uyum ve Annelik Memnuniyetinin Artırılmasında Hemşirenin Roller

Annelik rolü kazanımı kavramı, “gebeliğin keşfine, annenin özelliklerine, sosyal destek almaya, anne kimliğine, annelik becerilerinin oluşumuna, yenidoğanın gelişimini, anne-yenidoğan etkileşimlerinin geliştirilmesini ve anne refahının artırılmasına dayanan, gelişimsel, etkileşimli, adaptasyon gerektiren ve çok boyutlu bir süreç” olarak tanımlanmıştır (Rafii et al., 2020). Anneliğe geçiş, doğumdan sonraki zorlu süreçtir. Çünkü anneler yalnızca fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişkilerindeki değişikliklerin baskısı ile değil, aynı zamanda karmaşık ebeveynlik görevleriyle de karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu geçiş sırasında annelerin annelik rolünde yetkin olmaları, ebeveynlik davranışlarının kalitesi ve nihayetinde çocuğun sosyal gelişimi üzerinde olumlu etkileri olacaktır (Zhu *et al.*, 2022). Hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin, tüm bu süreçleri değerlendirerek bakım verdikleri kadınları prenatal dönemden başlayarak annelik rolüne hazırlaması gerekmektedir. Literatürde gebelik döneminde annelik üzerine verilen eğitimlerin rol kazanımında ve annelik memnuniyetinin artmasında etkili olduğu görülmektedir (Kordi, Fasanghari, Asgharipour and Esmaily, 2017; Rafii, et al., 2020).

Ebeveynlikte yeterlilik duygusu yalnızca anne ruh sağlığını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda bebeğin gelişiminin de önemli bir parçasıdır. Bu yeterliliğe sahip olmayan kadınların annelik rolüne uyum sağlaması, ebeveynlik stresini yönetmeleri oldukça zordur. Buna karşılık ebeveynlik yeterlilik duygusu daha yüksek olan anneler, anneliğe geçiş sürecini daha hızlı tamamlayabilirler ve tuvalet eğitimi, ağlayan ya da hastalık döneminde olan bebeklerine bakma gibi zorlu ebeveynlik görevlerini yapabilmek adına olumlu stratejiler geliştirebilirler (Zhu *et al.*, 2022). Prematüre bebeği olan annelerin annelik rolünü kazanımında geciktiği belirtilir (Suarez, Adair, Doherty and McCormacket, 2022). Erken doğum deneyimi genellikle travmatik bir deneyimdir ve ebeveynler için bir stres kaynağı olarak kabul edilmektedir. Prematüre

bebeği olan anne taburcu olduktan sonra normal gebeliğin kesintiye uğraması, sağlıklı bebek yetiştirme zevkinin kaybolması, hastanede uzun sũre kalması ve yenidoğan yoğun bakım ũnitesinde (YYBũ) sınırlı ebeveynlik rolũ nedeniyle bu rolũ kazanmada zorluk yaşayabilirler (Rajabi *et al.*, 2021). Yapılan randomize kontrollũ bir araştırmada, anneliğe uyumunun çeşitli boyutlarını içeren kapsamlı bir danışmanlık verilmesinin, geç prematũre bebeği olan annelerin annelik rolũne uyumunu artırmada olumlu bir etkiye sahip olduğu gũzlemlenmiřtir (Rajabi *et al.*, 2021). Ayrıca başka çalışmalarda anne olma yaşının artmasıyla anneliğe uyumun ve memnuniyetin arttığı (Hitt *et al.*, 2021), annelik doyumu yũksek olan ve eşleri tarafından desteklenen kadınların ebeveynlik ũz-yeterliliğinin de yũksek olduğu (Song *et al.*, 2022) belirtilmektedir. Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin prenatal dũnemde başlayan ve doğum sonrası dũnemde de devam eden annelik kimliği kazanımını destekleyici girişimleri ũnemlidir. Anneliğe uyumun desteklenmesi, doğum sonu dũnemde annelik memnuniyetini artıracaktır.

2.2. BAĞLANMA

Bağlanma anne, yenidoğan ve pediatri alanlarında sıklıkla kullanılan ve çocuk sağlığı üzerinde oldukça etkili olan bir kavramdır. Bağlanma, sevgi ile karşılıklı olarak kurulan, samimi, içten ve güven dolu bir ilişkiyi ifade eder ve bu bağın temelleri gebelik öncesinde başlamakla, doğumla beraber sonraki süreçlerde de devam etmektedir (Menekşe ve Çınar, 2020). Sağlık profesyonelleri, özellikle anne – bebeğin bakım ve desteğe daha yoğun ihtiyaç duyduğu bu dönemde süreçleri ve gereksinimleri değerlendirerek önemli roller üstlenir. Bağlanmayı olumlu ve olumsuz etkileyen faktörlerin ortaya çıkartılması, riskli bireylerin belirlenmesi, anne bebek çiftine bireysel ve bütüncül bakım vererek bağlanmanın kurulması, sürdürülmesi ve ebeveynlerin desteklenmesi oldukça önemlidir (Çınar et al., 2015; Menekşe ve Çınar, 2020).

Bu bölüm bağlanmanın önemini, etkileyen faktörleri ve güvenli bağlanmanın sağlanmasında hemşirelik bakımını ve yaklaşımlarını ele almaktadır.

2.2.1. Bağlanma Kavramı

Bağlanma, tüm gelişim süreçleri göze alındığında, oldukça önemli yere sahip olan bir kavramdır (Köse ve ark., 2013). Bağlanmanın ortaya çıkışı XIII yüzyıla dayanmakla beraber, XVIII yy filozofu olan Fransız yazar Jean-Jacques Rousseau, anne ile bebek arasındaki ilişkiyi yazılarında özellikle “annelik sevgisi” nden bahsederek tanımlayan ilk kişidir (Kavlak ve Şirin, 2009). Kavram olarak bağlanma ilk kez 1950’de bağlanma kuramını geliştiren Bowlby ve Ainsworth bağlanmayı “iki kişi arasındaki güçlü bağ” şeklinde tanımlanmıştır (Özgen, 2016; Menekşe ve Çınar, 2020). Bowlby’e göre bağlanma, yaşamın erken dönemlerinde gelişir, süreklilik gösterir ve çocuğun yaşamı üzerinde etkisi büyük olan, yetişkinlikte de etkileri devam eder (Bowlby, 1958). Bebeğin yaşam boyu dış dünya ile ilişkilerinin kurulmasında ve psikolojik gelişiminin sağlanabilmesinde temel süreçlerden biri olarak kabul edilen bağlanma, birey olarak gelişim süreci için de önemli bir kavramdır (Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.2. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı John Bowlby ve arkadaşlarının çalışmaları sonucunda geliştirilmiştir (Menekşe ve ınar, 2020). Psikoloji biliminin birçok alanından etkilenen John Bowlby “bağlanma” kuramının temel yapıtaşlarını oluşturmuştur. Mary Ainsworth, Bowlby’nin görüşlerini deneyerek kuramı geliştirmekle kalmamış, yenilikçi metodjisi sayesinde kuramın genişlemesini de sağlamıştır (Bretherton, 1992). Bowlby’e göre doğum sonrası bebek, bakım vericisi olan anne figürüne karşı yoğun, libidinal bir bağ geliştirmektedir. Bebek bu süreçte bağlanma geliştirdiği anne figürüne yönelik yakınlık kurmaya olan yoğun isteğini gösterirken, bu kişiden ayrıldığında stres belirtileri ve mutsuzluk göstermektedir (Bowlby, 1958). Kuram, bakım veren kişi ile geliştirdiği ilişkinin kalitesinin bebeğin diğer gelişim alanlarını (fiziksel, bilişsel, emosyonel, sosyal vb.), ileri dönemlerde kişinin duygu düzenleme becerilerini, yakın ilişkilerindeki beklenti ve davranışlarını derinden etkilediğini ne sürmektedir. Doğum sonunda bebekler kendi ihtiyaçlarını karşılamada annesi/birincil bakım veren kişiye bağımlı olduklarından gönderdikleri sinyallerin ve uyarıların bu kişiler tarafından doğru anlaşılıp gereksinimlerinin karşılanması ile güvenli bağlanma temelini oluştururlar (Köse ve ark., 2013; Menekşe ve ınar, 2020). Bowlby’e göre, bağlanma hassas ve emosyonel bir bağ kurma sürecidir. Güvenli bağ oluşumunda bebeğin gülme, emme, dokunma gibi içgüdüsel tepkileri annesi/bakım veren kişi ile etkileşimini kolaylaştıran davranışlardır. Bu süreç anne ile bebeğin önemli ölçüde yakınlaaşmasını sağlar (zgen, 2016). Dönemler çerçevesinde bağlanma süreci incelendiğinde;

I-doğumdan sonra 8-12 hafta: Annenin uyarıları ile bebek hareketlenir.

II- Doğumdan sonra 8-12 hafta ve 6 ay: Bebeğin dikkati bu dönemde daha çok anneye yönelmektedir ve anneyi tabancılardan ayırt edebilir

III- Doğumdan sonra 6-24 ay: Yakınlık arayışı kendini gösterir. Bağlanma gelişen kişilerden ayrılma durumlarında tepkiler belirginleşir. Bebeğin anne olmadığında huzursuz ve gerginken, annenin yanında rahat olduğu gözlemlenir (Menekşe ve ınar, 2020).

Kuramın gelişim tarihi 1930'lu yıllarda, Bowlby'nin anne kaybının ya da yoksunluğunun ilerleyen dönemlerdeki kişilik gelişimi üzerindeki etkilerine artan ilgisi ve Ainsworth'ün güvenlik teorisine olan merakı ile başlamaktadır. Bu sıralarda, Bowlby'nin sevgisiz çocukların ailevi deneyimleri hakkındaki daha önceki yazıları DSÖ' nün ilgisini çekmiş ve 1950 yılında Bowlby, Londra'daki evsiz çocukların ruh sağlıklarını araştırmak üzere görevlendirilmiştir. Bu önemli gelişme, Bowlby'nin "bağlanma" kuramının geliştirmesinde bir başlangıç temsil etmektedir (Bretherton, 1992). Bowlby'nin, erken yaşta annelerinden ayrılan, anne yoksunluğu yaşayan erkek çocukların suçluluk düzeylerini ergenlik ve sonraki yaşlarda artırdığını gösteren çalışması, ebeveyn-çocuk ilişkisinin vurgulayarak önemli bir gündem oluşturmuştur. Bowlby 1944'te "Kırk dört çocuk hırsız: kişilikleri ve yaşamları" adlı makalesini yayınlamıştır. Bu çalışma sonucunda yayınlanan DSÖ raporunda, anne yoksunluğu özellikle yaşamın ilk üç yılında ise çocukların önemli derecede fiziksel ve ruhsal hastalık riski altında olduğu vurgulanmıştır. Mary Ainsworth'un inceleme bölümlerini içeren "Child Care and the Growth of Love" başlıklı ikinci baskısı 1965'te yayınlanmıştır (Bowlby, 1988). Bu iki kuramcı, Freud ve onun gibi düşünen psikanalitik düşünürlerinden etkilenmiştir (Kavlak ve Şirin, 2009). Bowlby'nin araştırmaları sonucunda, bebeklerin ve küçük çocukların, sağlıklı zihinsel gelişim gösterebilmeleri için annesi/bakım vericisiyle hem doyum hem de zevk bulduğu sıcak, samimi ve sürekli bir ilişki yaşaması gerektiği vurgulanmaktadır. DSÖ raporunun yazıldığı çağa uygun olarak Bowlby, ebeveyn olarak kadını vurgulamış, babaların da rolleri olduğunu fakat asıl rollerinin annelere yardımcı olmalarından ziyade onları duygusal açıdan desteklemek olduğunu belirtmiştir (Bretherton, 1992).

Bowlby'nin çalışmalarına dayandırarak geliştirdiği teorisinde bağlanma davranışının evrensel ve bazı özelliklerinin tüm kültürlerde ortak olduğu belirtilmiştir. Bunların ilki spesifiklik (özgüllük) ilkesidir. Bağlanmanın yöneldiği nesne sayısına göre yoğunluğunun değişmesini ifade eder. Örneğin bebek anneye daha yoğun bir bağlanma davranışı sergilerken diğer yakın kişilere daha az yoğun bağlanma gösterebilir. İkincisi ise bağlanma süresidir. Bağlanmanın sadece çocuklukta değil, yaşam boyu sürdüğünü ifade eder. Yaşam boyu yeni bağlar kurulabilir, oluşturulan bağlar zayıflayabilir ya da bozulabilir (Menekşe ve Çınar, 2020). Ontogenez (birey

oluş özelliği ise postpartum dönemde ilk dokuz ayda bebeğin kendine bakım veren kişiyi diğerlerinden ayırabilmesidir. Bağlanmanın temelini oluşturan etmenlerden biri de organizasyon (örgütlenme) davranışdır. Dış çevreden kaynaklı bebeğin yaşadığı strese karşı bağlandığı kişinin sesini duymasının, dokunmasının ve varlığını hissetmesinin bebeği yatıştırmasıdır. Son olarak bağlanmanın özelliklerinden bir diğeri ise biyolojik fonksiyondur. Yeni doğan canlıların, küçük, zayıf ve güçsüz olması nedeni ile hayatta kalma içgüdüğü ve güvende olma gereksinimlerine karşılık bir anneye ihtiyaç duymasındır (Menekşe ve Çınar, 2020).

Bowlby anneden ayrılan bebeklerin davranışlarını gözlemlemiş ve bu bebeklerin bazı duygusal sorunlar sergilediğini vurgulamıştır. Temelde bağlanmanın sistematığı genellikle yenidoğanların anneye fiziksel yakınlık göstererek kuvvetli tutması sayesinde hem çocukların çevreden gelecek tehlikelerden korunduğu, hem de onlara dış dünyayı gözlemleme ve keşfetme fırsatı vermesi açısından yeterli koşulları sağlamasını içerir (Özgen, 2016). Bağlanma kuramı için yapılan hayvan deneylerine bakıldığında Harlow'un 1958'de anne-bebek ilişkilerini araştırmak adına yavru maymunlar ile yaptığı deneyler, kuramın gelişiminde oldukça önemli bir kaynaktır. Deneyde; biri yumuşak havlu ile kaplanmış sıcak maket anne, diğeri ise üzerinde yiyeceklerin ve biberonun olduğu fakat sert metalden yapılmış maket anneden oluşan iki oyuncak anne maymun aynı odaya yerleştirilmiştir. Bebek maymunların, üzerinde yiyeceklerin ve biberonun olduğu sert metalden yapılmış maketi sadece emmek ve beslenmek için kullandıkları, geri kalan bütün zamanlarını ise sıcak maketle geçirdikleri gözlemlenmiştir. Deney sırasında maymunlar korkutulmuş ve yavruların hemen sıcak anne maketinin yanına gittiği görülmüştür. Ayrıca düzeneğe yeni bir şey eklendiğinde bebek maymunların sıcak anne maketini güvenlik duvarı gibi kullandıkları izlenmiştir. Sonuç olarak, anne-bebek ilişkisinde en temel ihtiyacın beslenme ve bakımdan ziyade duygusal ihtiyaçlar olduğu ortaya çıkartılmıştır (Harlow and Zimmermann, 1958).

Bağlanma davranışı üç temel ilkedden oluşur:

- Bebek, bağlanma sürecine uyum sağlamayı kolaylaştıracak bir davranış bilgisiyle dünyaya gelir,

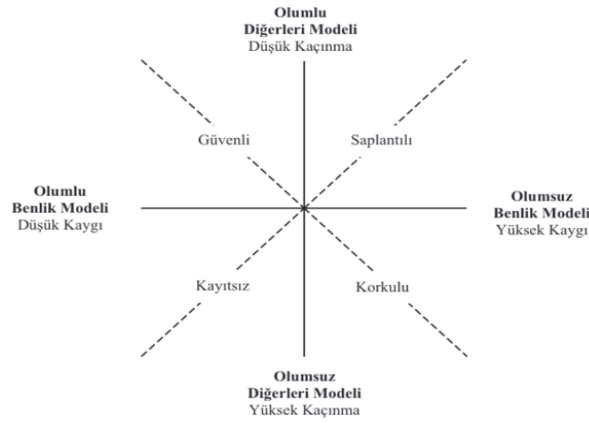
- Yakınlaşmanın devamlılığı, çevredekilerin de yakınlaşma ihtiyacını karşılar,
- Yaşanılan deneyim ve tecrübeler sayesinde bebek, kendine ve dış dünyaya karşı bir anlam yüklemektedir. Sonuçta da kazandığı bu anlamı yeni ilişkilerine geneller ve bütünlüğü oluşturur (Bowlby, 1969).

Bu ilkeler çerçevesinde bakım veren tarafından bağlanamaya dair tekrarlayan davranış örüntüleri çocuklarda zihinsel şemaların oluşmasını sağlar (Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.3. Bağlanma Stilleri

Bağlanma kuramı ilk olarak Bowlby tarafından adlandırılmış, Ainsworth ve arkadaşları tarafından denemiş ve geliştirilmiştir. Ainsworth'un 1978 yılında anne-bebek arasındaki davranışları incelemek için gerçekleştirdiği "yabancı durum testi" olarak adlandırılan deney bağlanmayı anlamak adına gerçekleştirilen ilk testtir. 'Yabancı Ortam' deneyinde anne ve bebek bir laboratuvar ortamına götürülmüş ve bebeğin ilk adımda annesinden uzaklaştırıp tanımadığı bir kişi ile aynı ortamda kalması sağlanmıştır. Daha sonra anne tekrar odaya getirilmiş ve odada bebeğin verdiği tepkiler gözlemlenmiştir. Bebeğin annenin olmadığı, tanımadığı kişiyle bırakıldığında, oyun oynaması, oyuncaklarla ilgilenmesi gibi davranışları ve döngüsel olarak annenin ortamdaki ayrılması ve geri gelmesine gösterdiği davranışlar incelenmiştir. Ainsworth ve arkadaşları bu gözlemler doğrultusunda güvenli (secure), kaygılı/kararsız (anxious/ambivalent) ve kaçınmacı (avoidant) bağlanma olmak üzere üç ana örüntü tanımlamışlardır (Ainsworth, 1979).

Son yıllarda ise yetişkin bağlanma stilleri ile ilgili araştırmalarda sık kullanılan dörtlü bağlanma modeli, Bartholomew ve Horowitz (1991) tarafında oluşturulmuştur (Şekil 2).



Şekil 2. Dörtlü Bağlanma Modeli

Kaynak: Bartholomew K, Horowitz LM. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2): 226–244.

2.2.3.1. Güvenli bağlanma

Düşük düzeyde kaygı (ya da olumlu benlik) ve düşük kaçınma (olumlu başkaları/diğerleri modeli) ile tanımlanır. Bağlanma olgusu daha geniş bir perspektiften değerlendirildiğinde, sadece bebeklik döneminde karşılaşılan bir olgu değil; bireyin gelecekteki yaşantısı üzerinde ve dolayısıyla da sosyal ilişkilerinde etkisi olan ve devam eden bir süreçtir. Güvenli bağlanma geliştirmiş bireylerin kendilerine ve başkalarına karşı olumlu bakış açısı taşıma, yüksek özgüven ve yüksek özsaygı özellikleri taşırlar. Duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edip paylaşım yapabilirler. Başkalarını kabul ederler, iyi niyetli ve değerli olarak görebilirken, insanlarla ilişki kurabilirler ve özerk de olabilirler (Nacar ve Gökkaya, 2019; Menekşe ve Çınar, 2020).

Anne, bebeğin ihtiyaçlarını zamanında ve uygun olarak karşılaması, aralarında tutarlı bir ilişki gelişmesini ve daha sonrasında güvenli bağlanmanın olmasını sağlar (Özgen, 2016) Çünkü bebeğin, bağlanma geliştirdiği kişiden ihtiyaç duyduğunda istediği tepkiyi alabilmesi, dış dünyaya uyum sağlama ve merak/keşfetme güdülerinin doyurulmasını sağlamaktadır (Nacar ve Gökkaya, 2019). Güvenli bağlanma stiline sahip bebeklerin, bağlanma geliştirdikleri figürlerin yokluğunda tedirgin olsalar da bu figürlerin ortama geri geldiklerinde bebekler hoşnut olmaktadır (Ainsworth, 1979). Bu stilde bağlanmaya sahip bebeklerin, diğer stillerde bağlanma gerçekleştiren bebeklere göre nispeten daha kolay sakinleştirildikleri belirtilir (Nacar ve Gökkaya, 2019).

2.2.3.2. Saplantılı/kaygılı bağlanma

Yüksek düzeyde kaygı (ya da olumsuz benlik) ve düşük kaçınma (olumlu başkaları/diğerleri modeli) ile tanımlanır. Benlik değerleri düşüktür, bu da kendilerini değersiz ve seilmeye değer olmadıklarını hissetmelerine neden olur. Yaşamın ilerleyen süreçlerinde diğerleri ile kurdukları ilişkilerde sevgi, onaylanma, aşırı bağımlılık ve kendilerini kanıtlama gibi saplantılı davranabilirler (Menekşe ve Çınar, 2020).

Temel bakım verici, bebeğin gereksinimlerini zamanında ve uygun olarak karşılamazsa, bazen hemen bu ihtiyaca karşılık verip bazen ihmal ederse, aralarında tutarlı bir ilişki olmazken bebekte güvenli bağlanma örüntüsü yerleşmeyecektir. Bunun sonucunda bebek bakım vericinin daima yanında olacağını hissedemez (Dinç ve Balcı, 2021; Özgen, 2016). Bu tür bağlanma geliştiren bebekler, temel bakım verici ile aynı ortamda olduklarında hem bu figüre yakın olmak istedikleri, hem de bu figürden uzaklaştıkları gözlemlenmiştir. Bu bebekler çevreyi keşif sürecinde isteksizdir ve bağlanma figürünü güvenli bir alan olarak kullanmazlar.

Kaygılı bağlanma gerçekleştiren bebeklerin bakım vericilerine yönelik tutum ve davranışları değişkendir. Bu yüzden bu bağlanma stili kararsız bağlanma şeklinde de ifade edilmektedir (Ainsworth, 1979). Gelecekteki yaşantılarında bu stilde bağlanma geliştiren bireylerin en belirgin özelliğinin terk edilme korkusu olduğu, ilişkilerindeki duygu değişimlerinin çok hızlı gerçekleştiği, çok kıskanç, takıntılı ve güven problemi yaşadığı bilinmektedir (Dinç ve Balcı, 2021; Özgen, 2016).

2.2.3.3. Kayıtsız/kaçınan bağlanma

Ainsworth (1979) tarafından tanımlanan üçüncü bağlanma örüntüsü kaçınan bağlanma stilidir. Düşük düzeyde kaygı (ya da olumlu benlik) ve yüksek kaçınma (olumsuz başkaları/diğerleri modeli) ile tanımlanır. Bu kişiler son derece yüksek özgüvenli ve kendini seven, yakın ilişkilere önem vermeyen, başkalarına karşı negatif tutumda oldukları için bağımsız ve güçlü benlik algısı olan bireylerdir (Menekşe ve Çınar, 2020).

Kaçınan bağlanma stilindeki bebekler, temel bakım verici figürleri ile aynı ortamda iken etrafı keşfetme eğiliminde olsa da bakım vericileri ile bir etkileşimlerinin olmadığı gözlemlenmiştir. Bu tip bağlanma geliştiren bebeklerin bakım vericileri yanlarında değilken kaygı ya da mutsuzluk gibi rahatsızlık belirten tepkiler vermediği, bakım vericileri tekrar ortama döndüklerinde ise herhangi bir memnuniyet gösterisi yapmadıkları hatta başka şeylerle ilgilendikleri görülmüştür. Bunun nedeni bakım vericileri ile etkileşimden kaçınmalarıdır (Nacar ve Gökkaya, 2019). Çocuğun bağlanma figürü olan temel bakım vericilerinin, onun ihtiyacı olan güven ve rahatlama hissini karşılamadığı görülmüştür. Bu bağlanma stilinin narsist kişilik oluşumunda da rolü olduğu düşünülmektedir (Arı, 2012).

2.2.3.4. Korkulu bağlanma

Korkulu bağlanan bireyler genellikle kendilerine ve başkalarına karşı negatiftirler. Bu da yalnızlıktan korkmalarına ve sosyal açıdan kaçınan bir tutum sergilemelerine neden olur. Düşük özsayı, yüksek bağlanma kaygısı ve reddedilme korkusundan dolayı diğerleri ile yakın olmaktan kaçarlar (Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.4. Prenatal Bağlanma

Gebelik bir kadının hayatında fizyolojik ve psikososyal değişimlerin olduğu çok özel bir süreçtir. Ebeveyn-bebek bağlanması aşamalar halinde gelişen, aynı zamanda ortaya çıkan ve süreklilik gösteren bir süreçtir. Prenatal bağlanma, doğum öncesi süreçte ebeveynler ile bebekleri arasındaki duygusal bağ olarak tanımlanabilir (Menekşe ve Çınar, 2020). Literatürde bağlanma ve bağlanma kuramları üzerine yapılan araştırma ve tanımlama görülmektedir. Başlangıçta maternal-fetal bağlanma olarak tanımlanan prenatal bağlanma, Cranley (1981) tarafından, hamile kadınların, doğmamış bebeği etkileşime girme ve onunla bir ilişki kurma arzusunu gösteren davranışlarını tanımlamak için kullanılmıştır (Cranley, 1981). Bretherton (1992) maternal bağlanmayı anne ve bebek için en derin, sıcak ve yakın bir ilişki kurduğu dönem olarak tanımlamaktadır (Bretherton, 1992). Mercer ve Ferketich (1994)'e göre maternal bağlanma, anne ve bebeğinin tatmin edici ve zevk verici bir etkileşimi sonucunda anne ve fetüs arasındaki sevgi bağının oluşma sürecidir (Ferketich and Mercer, 1994).

Müller (1994) ise maternal bağlanmayı, anne ve bebeği arasında sevgi, şefkat ve ilgi ile oluşan bağı, zamanla süreklilik gösteren eşsiz bir ilişki şeklinde tanımlamıştır (Müller, 1994). Condon ve Corkindale (1997) maternal-fetal bağlanmanın varlığını ve gücünü, annenin fetüse dair bilgi edinme isteği, fetüsle etkileşimden zevk alması (fetüs hakkında düşünmek, konuşmak, rüya görmek veya onu elle muayene etmek vb.), annenin kendi pahasına bile olsa doğmamış bebeğini koruma ve onun ihtiyaçlarını karşılama arzusu şeklinde ifade etmiştir (Condon and Corkindale, 1997).

Literatürde anne-bebek bağlanmasının gebelik döneminde başladığı vurgulanmaktadır (Cranley, 1981; Bretherton, 1992; Ferketich and Mercer, 1994; Müller, 1994; Condon and Corkindale, 1997). Bu dönemi doğum ve doğum sonu dönem izlemektedir Köse ve ark., 2013). Sağlıklı bir bağın kurulması, belirli aşamaların birbirini izlemesi ile gerçekleşmektedir. Bu aşamalar:

- Gebeliğin planlanması,
- Gebeliğin belirlenmesi,
- Gebeliğin gerçekleşmesinin anne tarafından kabulü,
- Annenin fetüs hareketlerini hissedebilmesi,
- Birey olarak fetüsün kabullenilmesi
- Doğumda annenin çocuğunu görmesi, duyması, ten teması ve bakımını üstlenmesi şeklinde belirtilmektedir (Menekşe ve Çınar, 2020; McNamara, Risi, Bird, Townsend and Herbert, 2022).

Mercer (2004) gebelik sürecinin anne olma kuramında bağlılık ve bir hazırlık dönemi olduğunu ve bunun anne kimliği kazanılmasında ilk aşama olduğunu vurgulamıştır (Mercer, 2004).

2.2.4.1. Birinci trimester ve anne-fetüs bağlanması

Gebeliğin ilk üç aylık dönemini kapsayan bu süreçte bağlanma ile ilgili duygular gözlemlenebilmektedir (Menekşe ve Çınar, 2020). Gestasyon yaşı arttıkça ilk fetal hareketler hissedilir ve bu dönemde anne-fetüs arasındaki bağlanmayı önemli ölçüde artırır (Condon and Corkindale, 1997; Nacar ve Gökkaya, 2019). Anne tarafından gebeliğin kabulü bu dönemin en önemli noktasıdır. Planlanmış bir gebelik bile olsa

kadın, anne olma ve rollerin getireceği belirsizliklere karşı karmaşık duygular içerisinde. Kadının gebeliği kabulünde önceki yaşam deneyimleri, inançları, hayattaki rol ve sorumluluk algısı, sosyal ilişkileri ve bu ilişkilerdeki tutumları etkilidir. Çevresel desteğe olan ihtiyaç artmıştır (Küçükarslan, 2019). Özellikle aileden gelen çevresel destek, anne ve bebek bağlanmasını olumlu yönde etkileyen faktörlerin başında gelmektedir (Çınar *et al.*, 2015). Birinci trimester sonunda gebelikten memnun olma, fiziksel değişikliklerle başa çıkma, doğumu yapabileceğine inanma kadının gebeliği kabullendiğinin göstergeleridir (Küçükarslan, 2019).

2.2.4.2. İkinci trimester ve anne-fetüs bağlanması

Hamileliğin 4. ayından itibaren kadın fetüsün rahim içinde hareket ettiğini hissedebilir, büyüyen rahim ile ultrasonda bebeğini görebilir (Küçükarslan, 2019; da Rosa *et al.*, 2021), bu da anne-bebek etkileşimini belirginleştirir. Bu dönemde anne, örneğin fiziğinin veya kişiliğinin nasıl görüneceğini hayal ederek, fetüsle ilgili daha yüksek beklentilere sahip olmaya başlar (da Rosa *et al.*, 2021). Diğer yandan fetüsün birey olarak algılanması, fetüs ile etkileşime girmesi ve fetüsün özelliklerini yorumlayabilmesi prenatal bağlanmanın oluşmasını kolaylaştırmaktadır. Kadının doğmamış bebeğinin hayalini kurması, özelliklerini merak edip onunla konuşup anne rolüne hazırlanması anne-bebek bağlanmasına katkı sağlamaktadır (Menekşe ve Çınar, 2020). İkinci trimesterde gebeliğin ilk aylarındaki fiziksel zorluklar azalmıştır. Bu süreçte kadının doğum hazırlıklarını planlar, sağlıklı yaşam modeli sergiler ve memnuniyeti artar. Bebeğini ve kendini korumak ister ve kendine yönelir (Küçükarslan, 2019).

2.2.4.3. Üçüncü trimester ve anne-fetüs bağlanması

Gebeliğin son üç ayını kapsayan bu dönemde anne adayları artık annelik rolünü algılamaya başlar. Kadının kendini doğuma hazır hissetmesi, bebek için kıyafet ve oda hazırlıkları yapması, bebeğine isim düşünmesi bağlanma belirtileridir (Küçükarslan, 2019; Menekşe ve Çınar, 2020). Anne adayları bebeğe karşı duyarlı ve korumacıdır. Bazı anneler bedeni ile ilgili hoşnutsuzluk hissedebilir ama yine de bebeği ile bağını güçlendirir. Olumlu evlilik ilişkisi annenin bebeğine olan duyarlılığından etkilenir.

Babanın bebek ile olan fiziksel teması, anne karnındaki bebek ile konuşması ve annenin karnını sevmesi ailesel bağı güçlendirir (Küçükarslan, 2019).

2.2.5. Postnatal Bağlanma

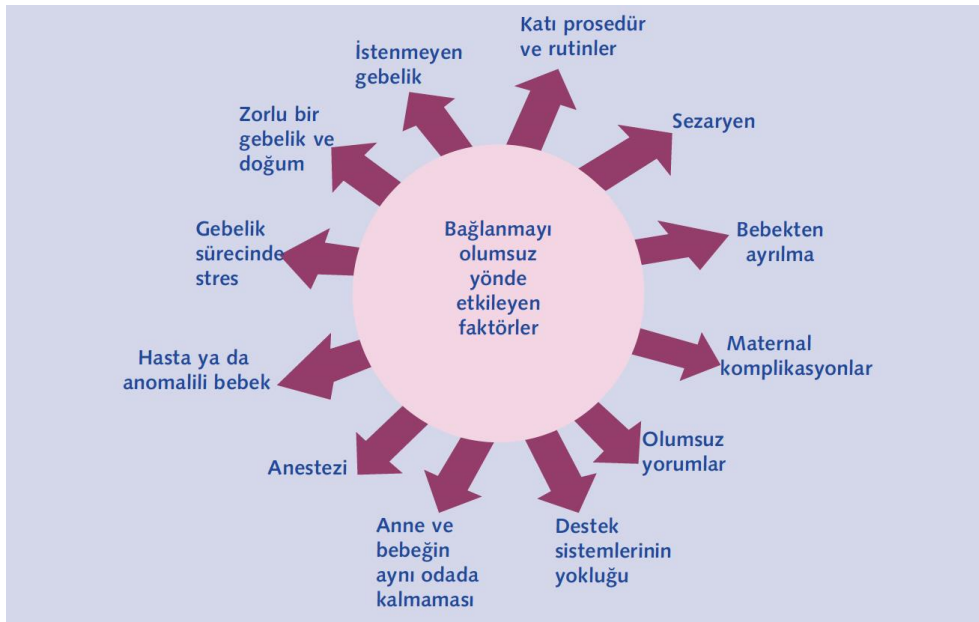
Anne olmak, bildiği bir dünyadan bilinmeyen bir dünyanın kapısını araladığı, sadece bir rol üstlenmekten daha derin, bitmeyen ve sürekli evrimleşen bir süreçtir. Mutluluk verici olmasına karşın yeni rol ve sorumlulukların ortaya çıktığı zor bir dönemdir (Menekşe ve Çınar, 2020). “Dördüncü trimester” olarak da tanımlanan doğumdan sonraki süreçte kadın fiziki, psikolojik ve sosyal açıdan birçok değişikliğe uyum sağlamaya çalışır. Dördüncü trimesterde doğum sonu iyileşme, hormonal değişikliklere adaptasyon, yenidoğanın bakım ve beslenmesi gibi durumlar hem kadın hem de aile için oldukça yeni bir süreçtir. Bu değişen dinamikler ebeveynler için neşe kaynağı olmakla beraber önemli zorlukları da beraberinde getirir (Dişli ve Mecdi Kaydırak, 2021). Bir bebeğin doğumu, günde 24 saat tam bakım sağlamanın zorluğunu beraberinde getirmektedir. Bu süreçte eski alışkanlıklar ve ilişkiler değişip şekillenir. Karı koca rollerine ek olarak çift, baba ve anne rollerini de üstlenmelidir (Hockenberry, 2013). Annenin bebeğine sevgi ile bağlanabilmesi, ebeveyn kimliğinin gelişmesinde ve annelik rolüne adaptasyonunda büyük bir önem arz eder. Postpartum süreçte anne ile bebeği arasındaki etkileşimler bağlanmayı destekler (Hockenberry, 2013; Menekşe ve Çınar, 2020). Annenin bebek bakımını üstlenmesi, annelik rolünü becerebilmesine bağlı mutluluk ve haz verirken içsel olarak yeterlilik hissetmesini sağlar ve bu da bebekte anneye karşı güven duygusunu geliştirir (Köse ve ark., 2013; Menekşe ve Çınar, 2020). Özellikle bebeklik döneminde güvenli bağlanma geliştiren bebeklerin sağlıklı büyüme, karakter gelişimi ve ruh sağlığı açısından avantajlı oldukları düşünülmektedir. Ayrıca olumlu maternal bağlanma sayesinde başkalarıyla pozitif temelli güçlü ilişkiler kurmasını sağlar ve gelecek yaşamı olumlu yönde etkiler (Menekşe ve Çınar, 2020).

Ebeveynler, bebeklerine bağlanmak için benzersiz bir kabiliyete sahiptirler (Wheeler, 2013). Yenidoğanın intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama geçişi izleyen 60-90 dakikalık dönem (bebeğin reaktif-annenin duyarlı olduğu dönem) anne-bebek ilişkisi açısından oldukça önem arz eder (Wheeler, 2013; Menekşe ve Çınar, 2020).

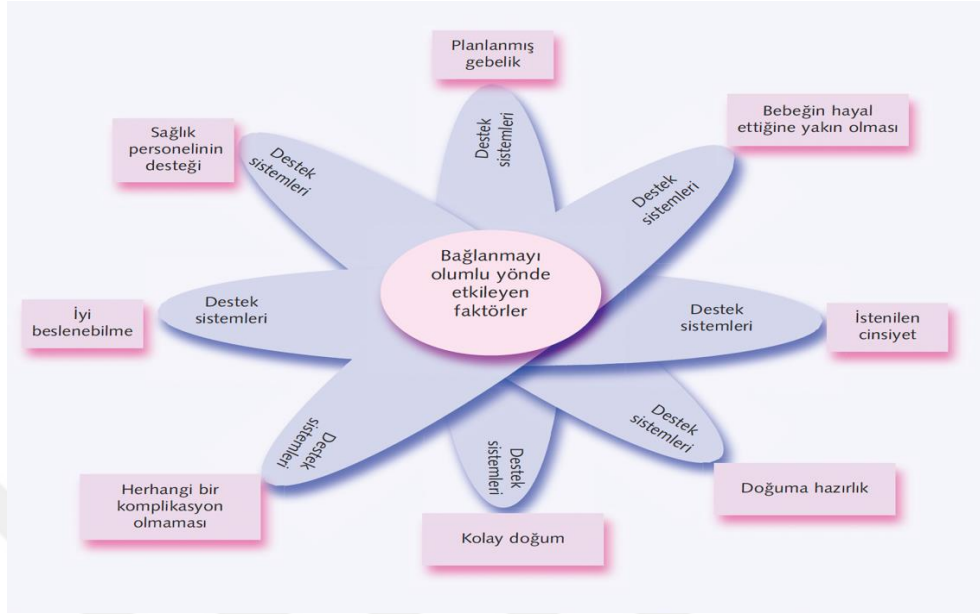
Doğumdan sonra gerçekleşen ilk karşılaşmada annenin tutumu, ilerleyen süreçlerdeki bağlanma hakkında ipucu vermektedir (Çınar ve Köse, 2015). Annenin bebeğine gülümsemesi, sevgi ve şefkatle öpmesi, onunla konuşması, bebekle yüz yüze gelmesi, onu kendine yakın tutarak kucaklaması, sallaması ve emzirmeye istekli oluşu olumlu bağlanma göstergeleridir (Wheeler, 2013; Menekşe ve Çınar, 2020). Annenin bebeğini görmek istememesi ya da gösterildiğinde ilgisiz tavırları, ona dokunmaması, emzirmede ve bakımını üstlenmede isteksizliği, bebek hakkındaki olumsuz yorumları ve mutsuz görünüşü de olumsuz bağlanma göstergeleridir. Bağlanma süreci kademeli olarak gerçekleşeceğinden tek bir gözlemle bağlanmanın değerlendirilmesi yanlış sonuçlar verebilir. Bu nedenle sürekli değerlendirme yapılmalıdır (Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.6. Anne Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler

Bağlanma, ilerleyici, gelişimsel, duygusal ve etkileşimsel ilişki yapısı olması nedeni ile birçok faktörden etkilenebilmektedir. Anne-bebek bağlanmanın oluşmasında sosyodemografik, obstetrik, psikososyal ve psikopatolojik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Olumsuz bağlanmanın neden olabileceği birçok sorun göz önünde bulundurularak prenatal dönemde anne-fetüs, postpartum dönemde ise anne-bebek arasındaki bağlanma düzeyinin belirlenmesi önemlidir (Menekşe ve Çınar, 2020).



Şekil 3: Bağlanma Sürecini Olumsuz Etkileyen Faktörler



Şekil 4: Bağlanma Sürecini Olumlu Etkileyen Faktörler

Kaynak: Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. (2013). *Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci*, *Sted*, 22(6): 238 – 244.

Prenatal dönemden itibaren temelleri atılan bağlanmanın ebeveyn-bebek bağlanmasının, postpartum dönemde de annenin bebeği ile olan hem etkileşimini hem de ilişkisini geliştirdiği bilinmektedir (Dokuhaki *et al.*, 2017). Bu bağlamda planlanmamış gebelikler, adolesan gebelikler, anne yaşının 35'ten fazla oluşu, düşük sosyoekonomik düzey, annenin prenatal dönemde eğitim almaması, doğum sayısı, annenin duyarlılığı, eğitim seviyesi, anksiyete ve depresyonu, sosyal destek kaynakları ve sağlık durumu doğum öncesi bağlanmayı olumsuz etkileyen faktörler olarak tanımlanır (Köse ve ark., 2013; Çınar *et al.*, 2015; Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020; Eslaminia, Kaviani and Akbarzadeh, 2022).

Annenin gebeliğinde bir sorun yaşamaması ya da kronik bir hastalığının olmaması bağlanma sürecini olumlu destekler. Gebelikte ortaya çıkan sorunlar bir taraftan gebenin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilerken bir taraftan da bebeğin sağlığına ilişkin kaygı, stres ve üzüntü yaşamasına neden olmaktadır. Ayrıca kronik hastalığı olan gebelerin yaşadıkları korku nedeni ile depresif semptomlar geliştirme riski daha yüksektir (Menekşe ve Çınar, 2020). Bazı araştırmalar, gebelik döneminde

gebeliğe uygun yapılan egzersizlerin gebelerin fizyolojik ve psikolojik olarak iyi hissetmesini sağladığı ve bunun da bağlanmayı olumlu etkilediğini göstermektedir (Dokuhaki *et al.*, 2017; Höbek Akarsu ve Rathfisch, 2019).

Bağlanmayı etkileyen bir faktör de doğum ve doğum rolüne hazırlıktır (Smorti, Ponti, Ghinassi, Rapisardi, 2020). Literatürde, travmatik bir doğum deneyiminin, anne ve yenidoğan arasında sıcak ve yakın bir bağlanma gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Hildingsson and Rubertsson, 2021; Seefeld, Weise, Kopp, Knappe, Garthus-Niegel, 2022). Doğum şeklinin de bağlanmayı etkilediği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada sezaryen ve normal doğum yapan kadınlar karşılaştırılmış, sezaryen doğum yapan kadınların yorgunluk puanları daha yüksek olduğu, buna bağlı olarak da bebeklerinin bakımlarında aktif rol alamadığı belirlenmiş ve sonucunda zayıf-anne-bebek bağlanmasının ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Lai, Hung, Stocker, Chan and Liu, 2015).

Postpartum süreçte bağlanma, annenin bebeğine dokunması bebeği ile göz teması kurması, bebeğin işaretlerini anlaması vb. gibi etkileşimlerle desteklenmektedir. Prematürelilik, konjenital anomalili ya da engelli doğan bebekler, çeşitli nedenlerle doğum sonrasında anneden ayrı kalırken, anne-bebek bağlanma sürecinin kesintiye uğramasına neden olur. Beklenmeyen, erken gerçekleşen bir doğum, bebeğin sağlık gereksinimleri nedeni ile yoğun bakıma yatışının yapılması, bebeğine ne olacağı korkusu ve kaygısı, anne ile bebeğin fiziksel olarak ayrı kalması, bebeği ile etkileşime girememesi hatta hiç görememesi, bebek hastanede kalırken annenin tabucu oluşu ve yaşadığı karmaşık duygular (şok, endişe, keder, inkar, umutsuzluk, kızgınlık, yetersizlik ve kendine güvenememe) gibi nedenler bağlanmayı olumsuz etkiler (Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020). Konjenital anomalili ya da bebeğin engellilik durumu aile süreçlerini etkileyen travmatik olaylardır. Sağlıklı bir çocuk bekleyen ebeveynlerin doğuştan anomalili bir bebeğe sahip olması, beraberinde getirdiği stres ve psikososyal sorunlar nedeni ile anne-bebek etkileşimini olumsuz etkiler. Bu ebeveynler yas ve keder yaşayabilir. Buna ek olarak anomalinin gözle görünür olması, tedavi derecesi, büyüme-gelişme ve zekayı etkileyen nörolojik komplikasyonların eşlik etmesi ve çocuktaki yaşam beklentisi bağlanma sürecini etkiler (Boztepe, Ay,

Kerimoğlu Yıldız ve Çınar, 2016). Bu nedenle bebeğin engelli ya da konjenital anomalili olma durumu gebelik döneminde belirlendiyse ailenin bu sürece hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanması oldukça önemlidir (Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.7. Maternal Bağlanmanın Geliştirilmesinde Kanıt Temelli Uygulamalar ve Hemşirenin Roller

Doğumdan sonra kurulan bağ hem anneyi hem de yenidoğanı fizyolojik, psikolojik ve duygusal olarak doğrudan etkiler. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerde bağlanmayı kolaylaştıran uygulamaların bilinmesi, anne – bebek etkileşimini sağlamak ve sürdürmek için önemlidir. Hemşirelerin anne-bebek arasındaki bağlanmayı değerlendirerek olumsuzlukları tespit ederek, bağlanmanın geliştirilmesi ve güçlendirilmesine yönelik girişimleri planlaması, uygulaması gerekmektedir. Bu çerçevede ebeveynlere kanıta dayalı uygulamalar hakkında da bilgi vermeli, gerektiğinde onları desteklemelidir (Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.7.1. Emzirme

Doğum sonrasındaki ilk dakikalar bağlanma için en hassas dönem olarak kabul edilmektedir. Doğum sonunda gerçekleştirilen ilk etkileşimlerden birisi emzirmedir. Emzirme sadece biyolojik olarak karnın doyması değil, ruhu da karşılıklı olarak doyuran duygusal bir etkileşimdir. Emzirme sayesinde anne ve bebek gün içerisinde sık sık fiziki yakınlık kurarlar. Diğer beslenme yöntemlerine kıyasla annenin bebeği ile daha uzun zaman geçirerek gereksinimlerini anlamasını, fark etmesini ve karşılamasını sağlar. Annenin erken dönemde emzirmesi, mümkün olduğunca göz teması kurması, oksitosin hormonu artırır, bu sayede annenin kendine güvenmesini, anne kimliği ve rolü kazanımı kolaylaştır (Köse ve ark., 2013; Menekşe ve Çınar, 2020). Bu dönemde bebeğin anneden ayrı olması bağlanma sürecini olumsuz etkileyecektir (Kavlak ve Şirin, 2007). Annenin emzirme niyetinin olması ve bebeğini emzirmesi annelik duygusunu geliştirirken anne-bebek bağlanmasını olumlu yönde etkilemektedir (Çınar et al., 2015). Bu kapsamda hemşireler, gebelik döneminden başlayarak kadınları, özellikle emzirme açısından riskli olan gebeleri de belirleyerek anne sütü ve emzirme ile alakalı eğitim programlarına katılımlarını desteklenmeli,

emzirme teşvik edilmelidir. Doğum sonrası dönemde de emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi açısından hemşireler anahtar rol oynarlar Köse ve ark., 2013; Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.7.2. Kanguru Bakımı / Ten Tene Temas

Ebeveyn-bebek arasındaki etkileşimi geliştiren uygulamalardan biri de ten tene temas / kanguru bakımıdır. Ten tene temas doğumdan hemen sonra, göbek kordonu kesilmeden anne ile bebeği bir araya getirmektir. Kanguru bakımı ise anne ile bebeğin ten tene teması ile gerçekleşir (Menekşe ve Çınar, 2020). Kanguru bakımı, bebek çıplak veya sadece bez varken, yüzü ebeveynine dönük, ebeveynin göğsünde ve dik pozisyonda ten tene temas sağlanarak yapılır. Yapılan araştırmalar kanguru bakımının anne-bebek bağlanmasını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu uygulama ile bebek gevşer, sakinleşir, termoregülasyonu sağlanır, hızlıca uykuya dalar ve uzun süre uyur. Bu sırada anne de artık gebeliğinin sonlanıp ebeveynliğe geçtiğini hissederek annelik rolünü benimser (Zengin and Çınar, 2022). Kanguru bakımı güvenli ve düşük maliyetli bir uygulamadır. Özellikle prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltırken anne bebek bağlanmasını da güçlendirir (Menekşe ve Çınar, 2020). Etkileşimi doğrudan ya da dolaylı olarak olumlu yönde etkileyen kanguru bakımı ebeveyn-bebek bağlanması açısından oldukça önemlidir (Çınar ve Köse, 2015). Hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin ebeveynleri cesaretlendirerek kanguru bakımına teşvik etmesi, uygulamanın erken dönemde başlatması ve standartlaştırılmış olarak yaygın bakım uygulamalarına dahil etmesi gerekmektedir (Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.7.3. Aynı Odanın Paylaşımı

Anne ile bebeğinin aynı odada olması, yakın beden temasının devamlılığını, anne-bebeğin etkileşimlerinin başlaması, sürdürülmesi, emzirmenin istenilen zaman ve sıklıkta yapılmasını açısından oldukça önemlidir (Menekşe ve Çınar, 2020). Ayrıca bebek ile annenin aynı odada kalması bebeğin rahatlığının sağlanmasını, hastalık durumlarında kolay takip edebilmeyi ve bebek ile geçirilen zamanı artırması gibi faydaları da vardır (Çınar ve Köse, 2015). Yapılan araştırmalarda anne ile bebeğinin aynı odayı paylaşmasının emzirme süresini, sıklığını ve bağlanmayı artırdığı

vurgulanmaktadır (Çınar, Sözeri, Dede, Cevahir , 2010). Hemşirelerin hospitalizasyon sürecinde taburculuktan sonra da anne ile bebeğin aynı odada kalmasını sağlaması, bebeği ile olan dokunma ve temasları desteklemesi gerekmektedir (Menekşe ve Çınar, 2020). Amerikan Pediatri Akademisi (APA), bebek güvenliği açısından anne ile bebeğin aynı odada fakat ayrı yatakta uyumasını önermektedir. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin ebeveynlere bu konuda rehberlik etmesi ve taburculuk sonrası için ebeveynleri hazırlaması gerekmektedir (Moon, Carlin and Hand, 2022).

2.2.7.4. Yoga ve Meditasyon

Gebelik ve postpartum dönemde fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklara karşı kadını destekleyen ve bu sayede anne-bebek bağlanmasını olumlu yönde etkileyen uygulamalardan biri de yogadır (Menekşe ve Çınar, 2020). Yoga, fiziksel duruşlar, gevşeme ve nefes alma tekniklerini denge ile birleştiren bir zihin-beden-ruh uygulamasıdır. Yapılan bir sistematik derlemede kanıtlar, hamilelik sırasında yoganın güvenli ve uygulanabilir olduğunu, ayrıca hem fiziksel hem de zihinsel sağlık için yürüyüş ya da standart doğum öncesi egzersizlerden daha faydalı olduğunu düşündürmektedir (Corrigan, Moran, McGrath, Eustace-Cook and, Daly, 2022). Doğum sonrasında yoga yapmak ise üreme organlarının iyileşmesine yardımcı olurken, annedeki stres ve sıkıntının giderilmesinde yardımcı olur. Beden, ruh ve zihni birleştiren yoga, süt üretiminin artmasını ve emzirmenin sağlıklı sürdürülmesini sağlar. Özellikle doğum sonu dönemde annelerin stres, kaygı ve depresif semptomlarını azaltarak postpartum depresyonu önlemede de önemli rolü vardır (Menekşe ve Çınar, 2020). Boybay Koyuncu ve Yayan'ın (2022) primpar annelerle yaptığı çalışmasında yoga yapılan grupta emzirme özyeterliliği ve maternal bağlanmanın anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir (Boybay Koyuncu and Yayan, 2022). Yoganın kullanımının hem gebelikteki olumlu etkileri hem de postpartum dönemde emzirmeyi ve bağlanmayı olumlu desteklemesi, postpartum depresyonu engellemesi gibi etkileri düşünülerek hemşireler ve sağlık profesyonelleri tarafından anneler teşvik edilmelidir (Menekşe ve Çınar, 2020; Boybay Koyuncu and Yayan, 2022).

2.2.7.5. Dokunma/Masaj

Bağlanmanın bileşenlerinden biri olan dokunarak temas kurma, bebeğin güven duygusunu güçlendiren en önemli uygulamalardan biridir. Gebelikte fetüste en erken gelişen duysal sistemlerden biri olan dokunma, bebek ile çevre arasında birincil iletişim araçlarından biri olmaktadır. Dokunma ile bebeğin keşfetme süreci hızlanır, özellikle anne ile olan etkileşimleri sayesinde bağlanma olumlu yönde etkilenecek bebeğin psikososyal gelişimi desteklenir (Porreca Parolin, Bozza, Freato and Simonelli 2017; Menekşe ve Çınar, 2020). Bebek masajı, masaj yapan annenin bebeği ile fiziksel, duygusal iletişimini sürdürmesi ve annenin bebekten gelen tepkileri, yanıtları ve sinyalleri öğrenebilmesi açısından büyük bir fırsattır (Çınar ve Köse, 2015). Kanıt temelli uygulamalardan biri olan masajın anne ve bebek üzerine sayısız faydası vardır. Temel güven duygusunun kazanıldığı yaşamın ilk yıllarında duygusal bağın güçlendirmesi başta olmak üzere, bebeğin uyku düzenine, kilo alımına, kas-sinir sisteminin gelişimine katkı sağlar (Menekşe ve Çınar, 2020). Yapılan araştırmalarda bebeklerine masaj yapmanın ebeveynler üzerinde rahatlatıcı bir etkisinin olduğu, özellikle doğum sonrası depresif belirtilerin hafifletilmesinde, anne ile bebeğinin etkileşimlerinin artmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır (Porreca *et al.*, 2017). Hemşirelerin bu noktada ebeveynlerin bağımsız olarak yapabildikleri bu uygulama hakkında bilgilendirmesi ve onları uygulama konusunda teşvik etmesi gerekmektedir (Menekşe ve Çınar, 2020).

2.2.7.6. Sosyal Destek

Gebelik ve doğum sonrası süreçlerde bağlanmanın olumlu yönde sürdürülmesinde aileden ve çevreden alınan sosyal destek en önemli faktörlerin başında gelmektedir (Mercer, 2004). Sosyal destek sistemleri doğumdan sonra fiziksel iyileşme, bebeğin bakımı, emzirilmesi, aile ilişkileri ve işe geri dönme ile ilgili sağlık ihtiyaçları ve kaygıları olan annelerin stres seviyelerini, endişelerini azaltır. Annenin fiziksel sağlık ve psikolojik iyilik halinin olmasına, kendine güvenlerinin ve stresle başa çıkabilme becerilerinin artmasına katkı sağlar (Menekşe ve Çınar, 2020). Zamanla gelişen, bebeği ve anneyi birbirine bağlayan annelik rolü üstlenme sürecinde aile ve çevre desteği hem annenin bu rolü daha kolay benimsemesine yardımcı olmakta hem de emzirme etkinliğini olumlu yönde etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada annelerin

sosyal destek mekanizmaları arttıkça maternal bağlanmalarının ve emzirme başarısının da olumlu yönde arttığı görülmüştür. (Çınar et al., 2015). Emzirme sürecinde annenin eşinden, annesinden, diğer aile üyelerinden veya hemşirelerden/ebelerden aldığı sosyal desteğin düzeyi, emzirme öz yeterliliğini olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinden alınan profesyonel destek de emzirme başarısının artmasında önemli rol oynamaktadır (Mercan and Tari Selçuk, 2021). Sevimli Güler ve Çınar'ın (2022) yaptıkları çalışmalarında, sosyal destek azaldıkça annelik memnuniyetinin düştüğü görülmüştür (Sevimli Güler and Çınar, 2022). Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin aile merkezli bakım anlayışı kapsamında baba ve diğer aile bireylerinin de katılımını sağlayarak annelere gebelikten itibaren emzirme, bebek bakımı, bağlanma konusunda eğitim vermeleri gerekir. Ayrıca babaların da bebek bakımlarına katılımlarını sağlayarak anneyi desteklemeleri ve anneye yardımcı olmalarına izin verilmelidir (Menekşe ve Çınar, 2020).

Anne-bebek arasındaki bağlanma bir çocuğun tüm gelişimsel süreçlerinde kilit rol oynamaktadır. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, çocuk sağlığı üzerinde bu kadar etkili olan bağlanmanın olası sonuçlarını değiştirebilecek role sahip olduklarını unutmamalıdır. Ebeveynlerin, gebelikten itibaren gözlemlenerek doğum ve sonraki süreçlere ilişkin adaptasyonları değerlendirilmeli ve eksikliklere yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, bağlanmanın erken dönemde başlatılması ve sürdürülmesinde, ailenin ebeveynlik rolleri ve karşılaşılabilecekleri olumsuzluklarla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinde aileye destek ve rehber olmalıdır.

2.3.MATERNAL DEPRESİF SEMPTOMLAR

Postpartum süreçte görülebilen duygulanım bozuklukları; annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz şeklinde sıralanmaktadır (Yüksekol, Arguvanlı ve Başer, 2014).

2.3.1. Postpartum Hüzün / Annelik Hüznü

Doğum sonrası "hüzün", geçici ve kendi kendini sınırlayan düşük ruh hali ve hafif depresif belirtiler olarak tanımlanır. Bebek hüznü ya da annelik hüznü olarak da bilinir ve tipik olarak doğum sonu ilk hafta başlayan, genellikle iki haftada kendiliğinden sonlanan hafif depresyon durumudur. Uykusuzluk, iritabilite, yorgunluk, üzüntü, sinirlilik, ağlama ihtiyacı, duygu durum değişiklikleri ve anksiyete görülmesine karşın bu belirtiler bebek bakımını etkileyecek düzeyde değildir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte doğum, doğum sonu rahatsızlıklar, yorgunluk, bebeğe bakabilme konusunda yaşanan anksiyete ve hormonal değişikliklerin etkili olduğu düşünülmektedir (Aslan, 2017; Balaram and Marwaha, 2022).

Postpartum hüzün, genel durumu bozan ve tıbbi tedavi gerektiren postpartum depresyon ve postpartum psikozdan ayrılmalıdır. Geçici depresyon ile baş etmede yapılacak olan hemşirelik girişimlerinde empatik yaklaşım ve destekleyici rol almak oldukça önemlidir (Aslan, 2017).

2.3.2. Postpartum Depresyon ve Tanımı

PPD yaygın görülen bir hastalık olmasına karşın farklı tanımlamaları vardır. PPD ilk kez The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV)'te "Duygudurum Bozuklukları" bölümünde "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı ile "postpartum 4 hafta içinde başlaması" şeklinde tanımlanmıştır (Köroğlu, 2001). Daha sonra DSM-5-TR' de tanımı; peripartum (doğum ile) başlangıçlı olarak güncellenmiştir (American Psychiatric Association, 2013). DSÖ PPD'ü doğum sonrası bir yıla kadar olan dönemde ortaya çıkan depresyon şeklinde tanımlar (Stewart *et al.*, 2003). Yaygın olarak kullanılan bir diğer tanı ve sınıflandırma sistemi olan ICD-

10 ise PPD’u “postpartum 6 hafta içerisinde başlayan” şeklinde tanımlar (Öztürk ve Uluğ, 1993). Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), depresif belirtilerin yalnızca postpartum dönemde değil, gebelikten itibaren başlayabileceğini düşünmektedir. Bu nedenle doğum öncesi ve doğum sonrası dönemi “epipartum” süreç olarak bir bütün şeklinde değerlendirir (American Psychiatric Association, 2013). Ayrıca doğum sonrası dört haftanın perinatal depresyon için çok sınırlı bir zaman çerçevesi olduğu, “maternal depresyon” teriminin gebelikte ve doğumdan sonraki ilk yılda ortaya çıkan PPD için daha iyi bir tanımlayıcı olabileceği de belirtilmektedir (Stuart-Parrigon and Stuart, 2014).

2.3.2.1. Dünya’da ve Türkiye’de Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı

PPD prevelansını araştırmak için yapılan çalışmalar incelendiğinde, depresyonun belirti ve şiddetini ölçen araştırmaların çoğunun kişinin kendi beyanına dayanan ölçeklerle yapılmış olduğu görülmektedir. Yapılan bir sistematik derlemede PPD prevelansının gelişmiş ülkelerde %1.9 ile %82.1 arasında ve gelişmekte olan ülkelerde %5.2 ile %74.0 arasında değiştiği görülmektedir (Norhayati *et al.*, 2015). DSÖ 2022 yılında anne ve yenidoğan sağlığı için yayınladığı öneriler kitabında PPD prevelansının düşük gelirli ülkelerde %13, orta ve yüksek gelirli ülkelerde %19,8 olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, 2022).

PPD görülme sıklığı araştırılan topluma, kültürel özelliklerine ve araştırmanın yapısına göre farklılık göstermektedir. Yapılan bir çalışmada en yüksek PPD seviyesinin Asyalı ve Güney Amerikalı kadınlarda, en düşük ise Avrupalı ve Avustralyalı kadınlarda olduğu ve ABD’deki kadınların da orta derecede PPD yaşadığı bulunmuştur (Lin *et al.*, 2019). Başka bir literatür incelemesinde PPD prevelansının gelişmiş ülkelerde dört haftadan kısa sürede %5,5-%34,4, dört ila sekiz haftada %2,6–35,0, altı ayda %2,9–25,5 ve 12 ayda ise %6,0–29,0 arasında değiştiği belirtilmiştir (Norhayati *et al.*, 2015). 2000-2017 yılları arasındaki çalışmaların incelendiği başka bir sistematik derlemede ise PPD prevelansının %6 ile %58 arasında değiştiği, kullanılan tanılama yöntemine göre bu aralığın %3,5-63,3 arasında genişleyebileceği vurgulanmıştır (Ay, 2018).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında zaman PPD prevalansını belirlemek için depresyon belirti şiddetini ölçen ölçeklerin kullanıldığı görülmektedir. Kolukırcık ve ark. (2019) yaptığı kesitsel bir araştırmada araştırmaya katılan her dört anneden birinde PPD varlığı tespit edilmiştir (Kolukırcık ve ark., 2019). Türkiye’de yapılan bir çalışmada PPD oranı %17,2 (Servet Yılmaz ve Akgün Kostak, 2021), İzmir’de yapılan bir araştırmada %30,6 (Şahin ve ark., 2021), Çanakkale’de yapılan başka bir araştırmada ise PPD sıklığı %15,8 (Tan ve ark., 2019) olarak bulunmuştur. Özcan ve ark. (2017)’nin Türkiye’de yaptıkları sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında prevelenansının %23,8 olduğu, bu oranın gelişmiş şehirlerde %21,2 ve gelişmekte olan şehirlerde ise %25 oranında değiştiği belirtilmiştir (Özcan, Boyacıoğlu and Dinç, 2017).

2.3.2.2. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi

PPD etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber gelişiminde rol oynayan fiziksel ve biyolojik, psikolojik, obstetrik ve pediatrik, sosyo-demografik ve kültürel birçok etken olduğu düşünülmektedir (Norhayati *et al.*, 2015). Risk faktörlerini araştıran çalışmalar incelendiğinde ortak olan etkenler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Annenin psikiyatrik hastalık öyküsü olması
- Ailede şiddet veya istismar öyküsü – evlilik dinamikleri
- Düşük sosyoekonomik düzey,
- Zayıf aile bağları ve sosyal destek azlığı,
- Düşük eğitim düzeyi,
- Annenin yaşı,
- Daha önceden bebek kaybı ya da düşük yapması,
- Beden imajı sorunları, düşük benlik saygısı,
- Annenin primipar olması,
- Planlanmamış ya da istenmeyen gebelik öyküsü,
- Stresli geçirilen gebelik süreci,
- Doğum şekli,
- Bebeğin cinsiyeti,
- Hormonal değişiklikler,
- Anne-bebek bağlanmasının gecikmesi/olmaması

- Daha öncesindeki gebeliğinde postpartum hüzün, depresyon, anksiyete ya da bipolar bozukluk tanısı almış olma,
- Annenin sağlık problemlerinin olması,
- Bebeğin sağlık problemlerinin olması,
- Huzursuz, ağlayan bebek,
- Doğum sonrası emzirme başarısızlığı,
- Prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı bebek,
- Bazı kültürel uygulamalar (Norhayati *et al.*, 2015; Brummelte and Galea, 2016; Kolukırık ve ark., 2019; Lin *et al.*, 2019; Matsumura, Hamazaki, Tsuchida, Kasamatsu and Inadera, 2019; Servet Yılmaz ve Akgün Kostak, 2021; Zacher Kjeldsen *et al.*, 2022; Liu, Peng, Chen and Chen, 2022).

2.3.2.3. Postpartum Depresyonda Ayırıcı Tanı ve Belirtiler

Doğum sonrası depresyonu belirlemek için dünya çapında kadının kendi bildirimine dayalı çeşitli ölçüm araçlar kullanılmaktadır (Norhayati *et al.*, 2015). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Hasta Sağlığı Anketi-9 (PHQ-9) gibi farklı ölçekler, birinci basamak rutin sağlık hizmetlerinde veya toplum düzeyinde yapılan PPD taramalarında kullanılabilen araçlardır (Anokye, Acheampong, Budu-Ainooson, Obeng and Akwasi 2018; World Health Organization, 2022).

PPD tanılması yaparken, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV'te belirttiği majör tanı kriterleri göz önüne alınmaktadır. Belirtiler genellikle doğum sonrası ilk bir ay içerisinde ortaya çıkar ve bir yıla kadar uzayabilir (Tan ve ark., 2019). PPD riskinden bahsedebilmek DSM-5'teki 9 belirtiden en az beş tanesinin iki haftadır var olması gerekmektedir (Stuart-Parrigon and Stuart, 2014). Bunlar;

- Depresif, bitkin ve çökkün ruh hali, duygu durum değişiklikleri,
- Günlük aktivitelere karşı belirgin ilgisizlik,
- Kilo ve iştah değişiklikleri
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- Uygunsuz ya da aşırı suçluluk duygusu, değersizlik duyguları,
- Konsantrasyon güçlüğü, kararsızlık, düşünmekte zorlanma,

- İntihar düşüncesini de içeren tekrarlayan ölüm düşünceleri (American Psychiatric Association, 2013; Köroğlu, 2013; Norhayati *et al.*, 2015; Lin *et al.*, 2019; Simhi, Sarid and Cwikel, 2019; Liu *et al.*, 2022).

Bu bulgulara ek olarak PPD yaşayan annelerin çocuklarına veya kedilerine zarar verme konusundaki saplantılı düşünceleri annenin zihninde bir tür kısır döngüye neden olup, annenin mental durumunu daha da kötüleştirebilir. Genel olarak bakıldığında PPD ile annelerin intihar riski önemli ölçüde ilişkilidir. Bu nedenle PPD, peripartum dönem için önemli bir mortalite nedeni olabilmektedir (Lin *et al.*, 2019).

2.3.2.4. Postpartum Depresyon Tedavisi

Yenidoğan dönemi hem anneler hem de bebekleri için özellikle savunmasız olan bir dönemdir, çünkü maternal perinatal depresif semptomlar, bir annenin bebeğinin ihtiyaçlarına zamanında yanıt verme becerilerini, anne-bebek bağlanmasını ve etkileşimlerini bozabilir (Zhang *et al.*, 2017). Bu durum çocuğun zihinsel ve fizyolojik gelişimini olumsuz etkilemektedir (Hakanen *et al.*, 2019). Hem anne hem de bebek sağlığı için tedavisi oldukça önemlidir (Brummelte and Galea, 2016).

Literatürde PPD için tedavi yaklaşımları oldukça çeşitlilik göstermektedir (Brummelte and Galea, 2016; Anokye *et al.*, 2018; Erdoğan ve Hocaoglu, 2020). Çoğu tedavi yaklaşımı majör depresyon tedavisinden uyarlandığı için PPD'a özgü tedavi protokolleri oldukça kısıtlıdır. PPD tedavi yöntemleri arasında farmakolojik tedavi, destekleyici kişilerarası ve bilişsel terapi, destek grupları aracılığıyla psikososyal destek ve tamamlayıcı terapiler yer alır (Anokye *et al.*, 2018). Hafif-orta dereceli depresyonda psikoterapiler, orta ve şiddetli depresyonda ise psikoterapiye ek olarak antidepresanlar kullanılmaktadır (Edinoff *et al.*, 2021).

Farmakolojik tedaviler

PPD tedavisinde serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), trisiklik antidepresanlar, östradiol, progesteron, psikoterapiler, elektronvulsiv terapi ve brexalonone kullanılabilir (Erdoğan ve Hocaoglu, 2020). Tedavi için ilaç seçiminde annenin önceden kullandığı antidepresan

öyküsü, annenin emzirme isteği ve ilaç kullanımına yaklaşımı göz önünde bulundurulmalıdır (Edinoff *et al.*, 2021). Birçok anne antidepresan kullanımının bebeğine zarar vermesinden korktuğu için ilaçla tedaviyi reddetmektedir. Bu nedenle annede ilaçla tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Anne ve yenidoğanın sağlık sonuçları düşünüldüğünde ilaç kullanımının faydası olabileceği fakat anne sütündeki farmakolojik etkileri göz önüne alınmalıdır (Brummelte and Galea, 2016; Erdoğan ve Hocaoglu, 2020; Edinoff *et al.*, 2021).

Elektrokonvolzif terapi (EKT), ağır ve şiddetli PPD hastalarında kullanılan etkin bir tedavi yöntemidir. Özellikle dirençli PPD yaşayan ve intihar riski olan annelerde hastanede yatarak tedavi almayı gerektirebilir (Anokye *et al.*, 2018).

Nonfarmakolojik Yöntemler

PPD tedavisinde kullanılan farklı psikoterapi yöntemleri bulunmaktadır (Erdoğan ve Hocaoglu, 2020). PPD yaşayan annelerle yapılan destek gruplarına katılım annelere yalnız olmadıklarını fark ettirerek olumlu hissetmelerini sağlayabilir. Ayrıca çiftler için olan destek grupları yargılayıcı olmayan bir ortamda ebeveynlerin ihtiyaçlarını ve korkularını ifade etmelerine fırsat tanır, onlara başetme stratejilerini öğretip cesaretlendirebilir (Anokye *et al.*, 2018). Kişilerarası psikoterapi PPD tedavisinde etkili bir şekilde kullanılabilen bir terapi yöntemidir. Bir diğer psikoterapi yöntemi ise bilişsel davranışçı terapidir. PPD tedavisinde etkin olarak kullanılmasının yanında diğer terapi yöntemlerinden etkin olmadığı bildirilir (Erdoğan ve Hocaoglu, 2020).

2.3.2.5. Postpartum Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı

PPD hem anne ve çocuk sağlığını hem de diğer aile bireylerini olumsuz olarak etkileyen bir mental hastalıktır. Prenatal ve postnatal dönemde tüm etiyolojik faktörlerin bilinmesi, riskli gebe ve annelerin yakından izlenmesi, erken tanı ve tedavi açısından oldukça önemlidir (Kolukırmık ve ark., 2019). Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri anneleri birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerde, doğum ve pediatri kliniklerinde, acil bakım verilen hastanelerde ve okullarda gözlemleme fırsatına sahiptir. Bu birimlerde hemşireler annelerle etkileşim kurabilir, annenin detaylı anamnezini alabilir ve temel davranış biçimlerini değerlendirebilir (Alba,

2021). Pediatrik, obstetrik ve aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinin tarama yapma zorunluluğu olmadığından PPD yaşayan anneler ihmal edilebilir. Hemşireler, multidisipliner bir ekibin parçası olarak bu boşluğu doldurabilir (Mccarter Demidenko, Sisco and Hegel 2019).

Hemşireler, izlemleri doğrultusunda annelere PPD risk faktörleri, semptomları ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirerek ileriye dönük rehberlik sunabilir (Alba, 2021). Doğum sonu dönemde hemşirelerin mevcut problemlere yönelik yaptıkları danışmanlık ve bakımın PPD oranını azalttığı görülmüştür. Dennis, Grigoriadis, Zupancic, Kiss ve Ravitz' in (2020) yaptığı randomize kontrollü bir araştırmada hemşireler tarafından telefonla verilen psikoterapi ile PPD ve kaygının önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir (Dennis *et al.*, 2020). PPD yaşayan annelere verilen tele-sağlık hizmetlerinin incelendiği bir metaanalizde girişimlerin PPD şiddetini önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir (Zhao *et al.*, 2021). Yapılan başka bir randomize kontrollü çalışmada ise doğum sonrası dönemde psikolojik sağlığı iyileştirmek için yapılan girişimlerin doğum sonrası stres ve depresyonu etkili bir şekilde azalttığı görülmüştür (Pan, Chang, Chen and Gau, 2019).

Hemşirelerin, bu süreçte holistik bir yaklaşımla tüm aile bireylerini bakım süreçlerine dahil etmesi, sosyal destek mekanizmalarının aktif kullanma ve geliştirme yönünde rehberlik etmesi gerekmektedir (Dennis *et al.*, 2020). Anneliğe geçişin zorluğu unutulmadan annelerin korkularını ve endişelerini ifade etmelerine izin verilmeli, günlük yaşam aktivitelerini planlamada onlara rehberlik edilmelidir. Hemşirelerin, postpartum süreçte annelerin bakım ihtiyaçlarını belirleyerek gerekli bakım hizmetini sağlamaları, kadınların annelik rolüne uyum sağlamalarını ve postpartum süreçte yaşanılacak sorunların azaltılmasını sağlamaktadır (Dennis *et al.*, 2020; Alba, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırmanın amacı; maternal depresif semptomlar, annelik memnuniyeti ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesidir. Araştırmanın tipi; tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN İZNİ

Araştırmanın etik onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Ek 1). İki merkezli yürütülen araştırma için Sakarya İli Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 2) ve Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 3) araştırma yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

3.3.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Sakarya İli Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası'nda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ve Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Alikahya Yerleşkesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde 15 Temmuz 2021-15 Nisan 2022 tarihleri arasında kliniğe başvuran 1-4 aylık bebeği olan 19-45 yaş aralığındaki anneler çalışmaya alınmıştır.

3.4.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışma Evrenini, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası'nda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ve Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Alikahya Yerleşkesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'e başvuran 1-4 aylık bebeği olan 19-45 yaş aralığındaki annelerin tamamı, örneklemini ise araştırma

kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 231 anne oluşturmuştur. Maternal bağlanma iki aşamada gelişir. Birinci aşama ortalama doğumdan sonraki birinci ayda tamamlanan “fiziksel iyileşme” fazıdır. İkinci aşama ise ortalama doğumdan dördüncü veya beşinci ayda tamamlanan ve maternal kimliğin kazanıldığı “başarı” fazıdır. Bu aşamada annelik yetkinliği ve bağlanma düzeyleri en üst düzeydedir (Kavlak ve Şirin, 2009). Ayrıca çalışmada kullanılan ölçekler en erken dört hafta en geç dört ayda uygulanması uygun olduğu için örneklem grubuna 1-4 aylık bebekleri olan anneler dahil edilmiştir. Araştırmada örneklem sayısı G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemi, yapılan güç analizine göre $d=0,02$ etki büyüklüğünde ve $\alpha=0,05$ hata payı ile ve %80 power değeri ile $n=193$ kadının çalışmaya alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil olma kriterlerine uygun olan, vaka kayıpları da göz önünde bulundurularak 231 anne örneklem grubunu oluşturmuştur. Literatürde örneklem büyüklükleri hesaplanırken olası vaka kayıpları göz önünde bulundurularak çalışmanın özelliğine göre yeterli örneklem büyüklüğünün %10-20 oranında artırılabilceği belirtilmektedir (Akbulut, 2021).

3.5.ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri;

-19 yaş ve üzerinde olan,15/07/2021- 15.04.2022 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Alikahya Yerleşkesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Polikliniğine gelen;

- En az okuryazar olan,
- Türkçeyi iyi konuşup anlayabilen
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Tanı almış nörolojik, psikiyatrik ve kronik hastalığı (Diyabet, kronik böbrek yetmezliği vb.) olmayan
- Doğum öncesi ve sonrasında anne ve bebeğinde herhangi bir sağlık problemi olmayan
- Miadında ve sağlıklı bebeğe sahip,

- 1-4 ay arasında bebeği olan sağlıklı anneler

Araştırmada Dışlanma Kriterleri;

- 18 yaş veya altı olan,
- Doğum öncesi gebede ve bebeğinde herhangi bir sağlık problemi olan,
- Anket formlarını eksik dolduran katılımcılar,
- Bebeğinden ayrı olan,
- Maternal komplikasyonlar,
- Hasta ya da anomalili bebek sahibi olan anneler.

3.6.ARAşTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veriler; Aile ve Çocuğu Tanıtıcı Bilgi Formu, Hasta Sağlık Anketi-9 (Patient Health Questionnaire-9 / PHQ-9), Anne Olma Ölçeği (Being a Mother 13 / BaM 13) ve Maternal Bağlanma Ölçeği (Maternal Attachment Inventory / MAI) kullanılarak toplanmıştır.

- **Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 6)**

Araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda hazırlanan anket formu, sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, evlilik süresi, iş, sosyal güvenlik, gelir durumu, aile tipi, medeni durum) ve annenin özellikleri (Gebelikleri, toplam gebelik sayısı, toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği planlama ve isteme durumu, gebelikte, doğumda ve sonrasında sağlık sorunu, bebeğin cinsiyeti, bebeğin sağlık durumu vs.).

- **Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) (Ek 7)**

Kroenke ve arkadaşları tarafından (2001) geliştirilen “Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9)” Hasta Sağlık Anketi'ne dayalı olarak 9 semptomu sorgulayan ve DSM-IV kriterlerine göre depresyon tanısı koyan bir ölçümdür (Kroenke, Spitzer and Williams, 2001). Anketin Tükçe geçerlik ve güvenilirliği Sarı ve arkadaşları tarafından (2016) yapılmış, Cronbach's alpha 0.842 olarak ölçülmüştür (Sarı *et al.*, 2016).

Anket 9 soru içerir ve her soru 0 (hiç) ile 3 (neredeyse her gün) arasında puanlanır. Her soru için puanlar toplanır. Orijinal anketin puanlama sistemine göre 1-4 arası puanlar minimal, 5-9 hafif, 10-14 orta, 15-19 orta şiddetli ve 20-27 şiddetli depresyon olarak derecelendirilmektedir. Test, dokuz tanılama sorusunun yanı sıra, "Herhangi bir sorunu kontrol ettiyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızı, evde işlerinizi halletmenizi veya diğer insanlarla iyi geçinmenizi ne kadar zorlaştırdı?" Gibi bir soru daha içerir. Ancak bu soru puanlamaya katkıda bulunmaz.

- **Maternal Bağlanma Ölçeği (Ek 8)**

Müller (1994) tarafından geliştirilen ve Kavlak ve Şirin (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan Anneye Bağlanma Ölçeği (MAI), anne ile bebek arasındaki bağın düzeyini belirlemek için kullanılmıştır (Müller, 1994; Kavlak ve Şirin, 2009). MAS, insanların duygularını ifade etmek için kullanabilecekleri 26 ifade içermektedir. Annelerin bebeklerine yönelik duygularının şiddetine göre ifadeler 'Her zaman=4 puan, Sık sık=3 puan, Bazen=2 puan ve Hiçbir zaman=1 puan' şeklinde hesaplanmıştır. Tüm maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmiştir. Yüksek puan anneye bağlanmanın yüksek olduğunu gösterir. Ölçekten alınan puanlar minimum 26 ile maksimum 104 puan arasında değişmektedir. MAI' nın Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayısı orijinal çalışmada 0.85 olarak bildirilmiştir. Kavlak ve Şirin (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan MAI' nın güvenilirlik katsayısı, 1 aylık bebeği olan annelerde 0,77, 4 aylık bebeği olan annelerde 0,82 olarak bulundu (Kavlak ve Şirin, 2009).

- **Anne Olma Ölçeği (Ek 9)**

Matthey tarafından (2011) geliştirilen ve Türkçe geçerlik güvenirliği Sevimli Güler ve Çınar tarafından (2016) yapılan Anne Olma Ölçeği (BaM 13), 0-3 yaş aralığında çocuğu olan annelerin annelik deneyimlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Matthey, 2011; Sevimli Güler, 2016). Ölçek 13 soru maddesinden oluşmaktadır. Ölçek, 0 ile 3 arasında puanlanan ve yüksek puanların "annelik" deneyiminden memnuniyetin daha az olduğunu gösterdiği 13 maddeden oluşmaktadır. Puanlamayı kolaylaştırmak için, her madde aynı yönde puanlanmıştır: 0, 1, 2, 3. Toplam puan 0 ile 39 arasında değişmektedir. Dokuz veya üzerindeki puanları gösteren veriler önemli

düzeyde annelikle ilgili memnuniyetsizlik seviyesinin göstergesidir. Her madde dört yanıt seçeneklerinden biriyle tasdik edilmektedir: “Evet, Çoğu Zaman”; “Evet, Bazen”; “Hayır, Çok Sık Değil”; “Hayır, Nadiren ya da Hiç”. Orijinal çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.798 bulunmuştur. Sevimli Güler’in (2016) çalışmasından elde edilen sonuçlara göre Anne Olma (BaM-13) Ölçeği’ nin iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu görülmüştür. Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı $\alpha=0.77$ olarak saptanmıştır.

3.7.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler

Maternal Bağlanma

Bağımsız değişkenler

Hasta Sağlık Anketi-9, Anne Olma Ölçeği, Sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, evlilik süresi, iş, sosyal güvenlik, gelir durumu, aile tipi, medeni durum) ve annenin özellikleri (Gebelikleri, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, toplam doğum sayısı, gebeliği planlama, gebelikte, doğumda ve sonrasında sağlık sorunu, bebeğin cinsiyeti, bebeğin sağlık durumu vs.).

3.8.VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama formları; Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası’nda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ve Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Alikahya Yerleşkesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’ne başvuran 1-4 aylık bebeği olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 231 anneye doldurtulmuştur. Örneklem kapsamına alınan annelere araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgi verilip yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.9. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 25 programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, minimum, medyan, maksimum, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık çarpıklık $\pm 1,5$ değeri arasında incelenmiştir. Normal dağılıma sahip birbirinden bağımsız iki grup arasındaki fark bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için ise Mann Whitney U analizi ile, en az üç grup arasındaki farklılık normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki normal dağılıma sahip ölçümler Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Yapısal eşitlik modeli SmartPLS-3 ile incelenmiştir. Ölçüm modeli çerçevesinde değişkenlerin güvenirlik ve geçerlilik değerleri kontrol edilmiştir. Bu kapsamda bileşik güvenirlik için yapı güvenirliği (Composite Reliability/CR) değeri, güvenirlik analizi için ise rho_A ve Cronbach's Alpha değerleri hesaplanmıştır. Ayırışma geçerliliği için HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) değerleri hesaplanmıştır. HTMT modelde yer alan değişkenlerin tamamına ait ifadelerin korelasyonlarının ortalamasının, aynı değişkene ait ifadelerin korelasyonlarının geometrik ortalamalarına oranını göstermektedir. HTMT değerinin 0.90 veya altında olması gerekmektedir.

3.10. SINIRLILIKLAR

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bunlar aşağıdaki gibi belirtilmiştir.

- Araştırmada annelerin annelik memnuniyet düzeylerini ölçmek için Anne Olma Ölçeği (BaM 13) kullanılmıştır. Bu nedenle annelik memnuniyet düzeyleri söz konusu ölçeğin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
- Araştırmada annelerin maternal bağlanma düzeylerini ölçmek için Maternal Bağlanma Ölçeği (MBI) kullanılmıştır. Bu nedenle bağlanma düzeyleri söz konusu ölçeğin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

- Araştırmada annelerin depresif semptomlarını ölçmek için Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) kullanılmıştır. Bu nedenle maternal depresyon düzeyleri söz konusu ölçeğin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.



4. BULGULAR

Tablo 1: Annelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=231)

		n	%
Eğitim durumu	İlköğretim	33	14,3
	Ortaöğretim	112	48,5
	Lisans ve Lisansüstü	86	37,2
Çalışma durumu	Evet	52	22,5
	Hayır	179	77,5
Meslek	İşçi	11	14,5
	Memur	41	53,9
	Özel sektör	20	26,3
	Serbest meslek	4	5,3
	Toplam	76	100,0
Eş eğitim durumu	İlköğretim	42	18,2
	Ortaöğretim	117	50,6
	Lisans ve Lisansüstü	72	31,2
Eş çalışma durumu	Evet	215	93,1
	Hayır	16	6,9
Eş Meslek	İşçi	91	41,4
	Memur	40	18,2
	Özel sektör	53	24,1
	Serbest meslek-emekli	36	16,4
	Toplam	220	100,0
Sosyal güvence durumu	Var	199	86,1
	Yok	32	13,9
Ekonomik durum (kendi ifadesine göre)	Gelir giderden fazla	58	25,1
	Gelir gidere eşit	136	58,9
	Gelir giderden az	37	16,0
	Toplam	231	100,0

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları tablo 1’de verilmiştir. Buna göre annelerin eğitim durumları incelendiğinde %14,3’ünün ilköğretim, %48,5’inin ortaöğretim, %37,2’sinin Lisans ve lisansüstü olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin %22,5’inin çalıştığı, %77,5’inin ev hanımı olduğu ve mesleklerine göre incelendiğinde %14,5’inin İşçi, %53,9’unun memur, %26,3’ünün özel sektör, %5,3’ünün serbest meslek yaptığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin

eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde %18,2'sinin ilköğretim, %50,6'sının ortaöğretim, %31,2'sinin lisans ve lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Eş çalışma durumuna göre %93,1'inin çalıştığı, %6,9'unun ise çalışmadığı ve eşlerin meslek dağılımlarının %41,4'ünün işçi, %18,2'sinin memur, %24,1'inin özel sektör, %16,4'ünün serbest meslek yaptığı belirlenmiştir. Araştırmadaki annelerin %86,1'inin sosyal güvencesinin olduğu ve %13,9'unun ise sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir. Annelerin ekonomik durumuna göre dağılımı incelendiğinde %25,1'inin gelirinin giderden fazla, %58,9'unun geliri gidere eşit, %16'sının ise gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Anne ve Bebeğe Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (N=231)

N=231		n	%
Gebelik sayısı	1	76	32,9
	2	76	32,9
	3	40	17,3
	4	24	10,4
	5 ve üzeri	15	6,5
Yaşayan çocuk sayısı	1	90	39,0
	2	91	39,4
	3	34	14,7
	4 ve üzeri	16	6,9
Düşük yapma durumu	Evet	49	21,2
	Hayır	182	78,8
Gebelik planlı mı?	Evet	166	71,9
	Hayır	65	28,1
Doğum şekli	Normal	115	49,8
	Sezaryen	116	50,2
Bebek cinsiyeti	Kız	116	50,2
	Erkek	115	49,8
Gebelikte sorun yaşama durumu	Evet	31	13,4
	Hayır	200	86,6

Tablo 2: Anne ve Bebeğe Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (Devamı)

Gebelikte yaşanan sorunlar	Hipertansiyon	7	20,59
	Covid	8	23,53
	Halsizlik	3	8,82
	Gestasyonel DM	6	17,65
	Kanama	4	11,76
	Anemi	3	8,82
	Nefes darlığı	1	2,94
	Depresyon	1	2,94
	Troid yüksekliği	1	2,94
	Toplam	34	100,0
*Doğum ile ilgili sorun yaşama durumu	Evet	9	3,9
	Hayır	222	96,1
**Doğum sonunda sorun yaşama durumu	Evet	7	3,0
	Hayır	224	97,0
***Doğum sonrası dönemde bebek ile ilgili bir sorun yaşama durumu	Evet	32	13,9
	Hayır	199	86,1
Bebegin beslenmesi	Anne sütü	174	75,3
	Anne sütü + formül mama	31	13,4
	Formül mama	26	11,3
Bebegin ilk beslenme zamanı	Doğumdan sonraki ilk 1 saat	193	83,5
	Doğumdan sonraki ilk 6 saat ve üzeri	38	16,5
Daha önce bebek bakma durumu	Evet	163	70,6
	Hayır	68	29,4
Bebek bakımı ile destek alma durumu	Evet	63	27,3
	Hayır	168	72,7
Destek alınan kişi	Eş	12	19,0
	Anne	30	47,6
	Kayınvalide	11	17,5
	Diğer	10	15,9
	Toplam	63	100,0
Destek alınan konu	Genel bakım	46	67,6
	Besleme	7	10,3
	Banyo	8	11,8
	Duygusal destek	3	4,4
	Diğer	4	5,9
	Toplam	68	100,0

*(n=9) %33,3zorlu doğum, %33,3 zorunlu sezaryen, %11,1 atoni, , %11,1 rahim yapışıklığı, %11,1 enfeksiyon

***(n=7) %28,6 epizyotomi, %14,3 sezaryen dikiş enflamasyonu, %42,9 enfeksiyon, %14,3 kanama

****(n=32) %37,5 üsye, %3,1 ateş, %18,8 sarılık, %3,1 hipoglisemi, %6,3 epileptik nöbet, %9,4 emzirme sorunu, %6,3 kolik bebek, %3,1 idrar yolu enfeksiyonu, %6,3 göbek akıntısı, %6,3 ağlayan/huzursuz bebek*

Araştırmaya katılan anne ve bebeğinin tanıtıcı özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Annelerin toplam gebelik sayısına göre dağılımları incelendiğinde %32,9’unun bir, %32,9’unun iki, %17,3’ünün üç, %10,4’ünün dört, %6,5’inin beş ve üzeri olduğu görülmektedir. Annelerin yaşayan çocuk sayısına göre dağılımları incelendiğinde %39’unun bir, %39,4’ünün iki, %14,7’sinin üç, %6,9’unun dört ve üzeri olduğu bulunmuştur.

Araştırmadaki annelerin %21,2’sinin düşük yaptığı, %78,8’inin ise yapmadığı belirlenmiştir. Annelerin %71,9’unun gebeliklerinin planlı olduğu, %28,1’inin ise olmadığı görülmektedir. Annelerin doğum şekline göre dağılımları incelendiğinde %49,8’inin normal, %50,2’sinin ise sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir.

Annelerin bebeklerinin %50,2’sinin kız, %49,8’inin ise erkek olduğu tespit edilmiştir. Annelerin gebelikte sorun yaşama durumuna göre dağılımları incelendiğinde %13,4’ünün sorun yaşadığı, %86,6’sının ise sorun yaşamadığı tespit edilmiştir. Gebelikte yaşanan sorunların %20,59’unun hipertansiyon, %23,53’ünün covid, %8,82’sinin halsizlik, %17,65’inin gestasyonel diyabet, %11,76’sının kanama, %8,82’sinin anemi, %2,94’ünün nefes darlığı, %2,94’ünün depresyon, %2,94’ünün troid yüksekliği olduğu tespit edilmiştir.

Annelerin doğum ile ilgili sorun yaşama durumuna göre dağılımları incelendiğinde %3,9’unun doğumda sorun yaşadığı, %96,1’inin sorun yaşamadığı gözlenmiştir. Doğumda yaşanan sorunların dağılımları incelendiğinde %33,3’ünün zorlu doğum, %33,3’ünün zorunlu sezaryen, %11,1’inin atoni, %11,1’inin enfeksiyon olduğu tespit edilmiştir.

Annelerin doğum sonunda sorun yaşama durumuna göre dağılımları incelendiğinde %7’ünün evet, %97’sinin hayır cevap verdiği görülmektedir. Doğumda yaşanan sorunların %28,6’sının epizyotomi, %14,3’ünün sezaryen dikiş enflamasyonu,

%42,9'unun enfeksiyon, %14,3'ünün kanama olduğu tespit edilmiştir. Annelerin doğum sonrası dönemde bebek ile alakalı bir sorun yaşama durumuna göre dağılımı incelendiğinde %13,4'ünün yaşadığı %86,6'sının yaşamadığı belirlenmiştir.

Annelerin bebeklerini ilk besleme zamanlarına göre dağılımları incelendiğinde %83,5'inin ilk bir saat, %16,5'inin ilk altı saat ve üzeri olduğu görülmektedir. Bebeklerin %75,3'ünün anne sütü, %11,3'ünün formül mama, %13,4'ünün anne sütü ve mama ile beslendiği belirlenmiştir. Annelerin %70,6'sının daha önce bebek baktığı, %29,4'ünün bakmadığı görülmektedir. Annelerin bebek bakımı ile ilgili destek alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %27,3'ünün destek aldığı, %72,7'sinin destek almadığı belirlenmiştir. Bebek bakımında destek alınan kişiye göre dağılımların %19'unun eş, %47,6'sının anne, %17,5'inin kayınvalide, %15,9'unun diğer olduğu tespit edilmiştir. Annelerin destek aldığı konuların %67,6'sının genel bakım, %10,3'ünün beslenme, %11,8'inin banyo, %4,4'ünün duygusal, %5,9'unun diğer olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3: Tanımlayıcı İstatistikler (N=231)

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma
BaM 13 ölçek toplam	231	,00	27,00	9,04	5,40
PHQ-9 ölçek toplam	231	,00	22,00	6,94	4,47
MAI ölçek toplam	231	84,00	104,00	99,62	4,60
Yaş	231	19,00	41,00	28,47	5,04
Evlenme yaşı	231	15,00	36,00	22,73	3,87
Anne olma yaşı	231	15,00	38,00	24,67	4,50
Bebeklerin gün ortalaması	231	30,00	128	73,96	31,95

Araştırmaya katılan annelerin ölçek toplam puanları, yaş, evlenme yaşı, anne olma yaşı ve bebeklerinin gün ortalamasına göre dağılımları Tablo 3' de verilmiştir. Annelerin BaM 13 ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması $9,04 \pm 5,40$, PHQ-9 ölçek puan ortalaması $6,94 \pm 4,47$, MAI ölçek puan ortalaması $99,62 \pm 4,60$ olarak tespit edilmiştir.

Annelerin yaşlarının ortalama $28,47 \pm 5,04$ olduğu tespit edilmiştir. Annelerin evlenme yaş ortalamasının $22,73 \pm 3,87$ olduğu görülmektedir. Annelerin anne olma yaşları ortalamasının $24,67 \pm 4,50$ olduğu görülmektedir. Bebeklerin gün ortalamasının $73,96 \pm 31,95$ olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

Ölçek	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Anne Olma Ölçeği	0,798	0,483	Normal
Hasta Sağlık Anketi	0,930	0,575	Normal
Maternal Bağlanma Ölçeği	-1,140	0,644	Normal

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının normallik analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 5: Demografik Özelliklere Göre Anne Olma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları

		N	Min	Medyan	Max	Ortalama	Standart sapma	Test istatistiği	p
Eğitim durumu	İlköğretim	33	1,00	9,00	19,00	9,30	4,73	F=0,113	0,89
	Ortaöğretim	112	0,00	7,50	27,00	9,13	5,57		
	Lise ve Lisansüstü	86	0,00	8,00	22,00	8,84	5,47		
Çalışma durumu	Evet	52	1,00	8,00	22,00	9,31	5,20	t=0,400	0,68
	Hayır	179	0,00	8,00	27,00	8,97	5,47		
Ekonomik durum	Gelir giderden fazla	58	0,00	9,00	27,00	9,88	6,25	F=1,386	0,25
	Gelir gidere eşit								
	Gelir giderden az								
	Gelir giderden fazla	136	0,00	8,00	24,00	8,56	4,82		
	Gelir giderden az	37	1,00	9,00	27,00	9,51	5,94		

Tablo 5: Demografik Özelliklere Göre Anne Olma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları
(Devamı)

Yaşayan çocuk sayısı	1	90	0,00	8,00	24,00	9,07	5,46	F=1,275	0,28
	2	91	0,00	9,00	27,00	9,68	5,71		4
	3	34	2,00	7,50	19,00	7,97	4,60		
	4 ve üzeri	16	1,00	7,50	16,00	7,56	4,57		
Gebelik planlı mı?	Evet	166	0,00	8,00	27,00	8,63	4,88	t=-1,643	0,10
	Hayır	65	0,00	9,00	27,00	10,09	6,48		7
Doğum şekli	Normal	115	0,00	9,00	27,00	9,62	5,89	t=1,613	0,10
	Sezaryen	116	0,00	8,00	24,00	8,47	4,83		8
Bebek cinsiyeti	Kız	116	0,00	7,50	22,00	8,53	4,83	t=-1,441	0,15
	Erkek	115	0,00	9,00	27,00	9,56	5,90		1
Gebelikte sorun	Evet	31	1,00	8,00	22,00	8,94	5,45	t=-0,119	0,90
	Hayır	200	0,00	8,00	27,00	9,06	5,41		5
yaşama durumu									
Doğum ile ilgili sorun	Evet	9	3,00	7,00	15,00	8,44	4,80	U=941,50	0,76
	Hayır	222	0,00	8,00	27,00	9,07	5,43		9
yaşama									
Doğum sonunda sorun	Evet	7	1,00	8,00	24,00	10,14	9,15	t=0,546	0,58
	Hayır	224	0,00	8,00	27,00	9,01	5,27		6
yaşama									
Bebeğin beslenmesi	Anne sütü	174	0,00	8,00	27,00	8,67	5,42	F=2,048	0,13
	Anne sütü+ formül	31	1,00	10,00	22,00	9,61	5,40		1
	mama								
	Formül	26	2,00	11,00	22,00	10,85	5,07		
	mama								
Bebeğin ilk beslenme zamanı	İlk 1 saat	193	0,00	8,00	27,00	9,12	5,39	t=0,480	0,63
	İlk 6 saat	38	1,00	7,00	24,00	8,66	5,55		2
beslenme									
Bebek bakımı ile destek alma	Evet	63	1,00	7,00	27,00	8,76	5,83	t=-0,484	0,62
	Hayır	168	0,00	8,00	26,00	9,15	5,25		9

F: Varyans analizi test istatistiği, t: bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği

Araştırmada annelerin demografik özelliklere göre anne olma ölçeğinde aldığı puanlar arasındaki farklılık en az üç grup arasında normal dağılıma sahip ölçümler için varyans analizi (ANOVA), iki bağımsız grup normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız

örneklem t testi, normal dağılıma sahip olmayan ölçüm için ise Mann Whitney U analizi ile test edilmiştir.

Annelerin eğitim durumlarına göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($F=0,133$, $p=0,894>0,05$). Annelerin çalışma durumlarına göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=0,400$, $p=0,689>0,05$). Araştırmaya katılan annelerin ekonomik durumlarına göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($F=1,386$, $p=0,252>0,05$). Annelerin yaşayan çocuk sayısına göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($F=1,275$, $p=0,284>0,05$). Annelerin planlı gebelik yaşama durumlarına göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($t=-1,643$, $p=0,107>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin doğum şekline göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=1,613$, $p=0,108>0,05$). Annelerin bebeklerinin cinsiyetlerine göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=-1,441$, $p=0,151>0,05$). Annelerin gebelik döneminde sorun yaşama durumuna göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=-0,119$, $p=0,905>0,05$). Annelerin doğum ile ilgili sorun yaşama durumuna göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($U=941,500$, $p=0,769>0,05$). Annelerin doğum sonunda sorun yaşama durumuna göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($t=0,546$, $p=0,586>0,05$).

Annelerin bebeklerinin beslenme şekillerine göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($F=2,048$, $p=0,131>0,05$). Annelerin bebeklerini ilk besleme zamanına göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit

edilmiştir ($t=0,480$, $p=0,632>0,05$). Annelerin bebek bakımı ile destek alma durumuna göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($t=-0,484$, $p=0,629>0,05$).

Tablo 6: Demografik Özelliklere Göre Hasta Sağlık Anketi Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları

		n	Min	Medyan	Max	Ortalama	Standart sapma	Test istatistiği	p
Eğitim durumu	İlköğretim	33	0,00	5,00	17,00	6,09	4,26	F=0,894	0,410
	Ortaöğretim	112	0,00	6,00	21,00	6,92	4,49		
	Lise ve	86	0,00	6,50	22,00	7,31	4,54		
	Lisansüstü								
Çalışma durumu	Evet	52	1,00	6,00	17,00	7,02	3,80	t=0,130	0,897
	Hayır	179	0,00	6,00	22,00	6,93	4,66		
Ekonomik durum	Gelir giderden fazla	58	0,00	6,00	20,00	7,33	5,23	F=0,312	0,733
	Gelir gidere eşit								
	Gelir giderden az	136	0,00	6,00	22,00	6,87	4,35		
		37	0,00	6,00	17,00	6,65	3,67		
Yaşayan çocuk sayısı	1	90	0,00	6,00	22,00	6,87	4,60	F=2,295	0,079
	2	91	1,00	6,00	21,00	7,67	4,67		
	3	34	0,00	5,50	17,00	6,21	3,96		
	4-5	16	0,00	5,00	12,00	4,88	2,68		
Gebelik planlı mı?	Evet	166	0,00	6,00	22,00	6,65	4,29	t=-1,620	0,107
	Hayır	65	0,00	6,00	20,00	7,71	4,87		
Doğum şekli	Normal	115	0,00	6,00	21,00	6,94	4,65	t=-0,030	0,976
	Sezaryen	116	0,00	6,00	22,00	6,96	4,31		
Bebek cinsiyeti	Kız	116	0,00	6,00	22,00	6,54	4,07	t=-1,384	0,168
	Erkek	115	0,00	6,00	21,00	7,36	4,83		
Gebelikte sorun yaşama durumu	Evet	31	3,00	7,00	22,00	8,23	4,57	t=1,716	0,088
	Hayır	200	0,00	6,00	21,00	6,75	4,44		
Doğum ile ilgili sorun yaşama	Evet	9	3,00	5,00	9,00	5,44	1,94	t=-1,028	0,305
	Hayır	222	0,00	6,00	22,00	7,01	4,54		

Tablo 6: Demografik Özelliklere Göre Hasta Sağlık Anketi Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları
(Devamı)

Doğum	Evet	7	3,00	7,00	22,00	9,71	6,34	t=1,667	0,097
sonunda	Hayır	224	0,00	6,00	21,00	6,86	4,40		
sorun									
yaşama									
Bebeğin	Anne sütü	174	0,00	6,00	22,00	6,90	4,37	F=0,378	0,686
beslenmesi	Formül	26	0,00	5,00	17,00	6,58	4,46		
	mama								
	Anne	31	0,00	6,00	20,00	7,55	5,14		
	sütü+								
	mama								
Bebeğin ilk	İlk 1 saat	193	0,00	6,00	21,00	7,13	4,50	U=3088,000	0,123
beslenme	İlk 6 saat	38	0,00	5,00	22,00	6,00	4,30		
zamanı									
Bebek	Evet	63	0,00	6,00	22,00	7,30	4,31	t=0,735	0,463
bakımı ile	Hayır	168	0,00	6,00	21,00	6,82	4,54		
destek									
alma									

F: Varyans analizi test istatistiği, t: bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği

Araştırmada katılımcıların demografik özelliklere göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasındaki farklılık en az üç grup arasında normal dağılıma sahip ölçümler için varyans analizi (ANOVA), iki bağımsız grup normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi ile test edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=0,894, p=0,410>0,05). Annelerin çalışma durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=0,130, p=0,897>0,05). Annelerin ekonomik durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=0,312, p=0,733>0,05). Annelerin yaşayan çocuk sayısına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (F=2,295, p=0,079>0,05). Annelerin gebeliğin planlı olma durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=-1,620, p=0,107>0,05). Annelerin doğum şekline göre hasta sağlık

anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($t=-0,030$, $p=0,976>0,05$). Annelerin bebek cinsiyetine göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($t=-1,384$, $p=0,168>0,05$). Annelerin gebelikte sorun yaşama durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($t=1,716$, $p=0,088>0,05$). Annelerin doğum ile ilgili sorun yaşama durumuna göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=-1,028$, $p=0,305>0,05$). Annelerin doğum sonunda sorun yaşama durumuna göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=1,667$, $p=0,097>0,05$). Annelerin bebeklerinin beslenme şekillerine göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($F=0,378$, $p=0,686>0,05$). Annelerin bebeğin ilk beslenme zamanına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($u=3088,000$, $p=0,123>0,05$). Annelerin bebek bakımında destek alma durumuna göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($t=0,735$, $p=0,463>0,05$).

Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre Maternal Bağlanma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları

		n	Min	Medyan	Max	Ortalama	Standart sapma	Test istatistiği	p
Eğitim durumu	İlköğretim	33	88,00	101,00	104,00	99,52	4,34	F=0,955	0,386
	Ortaöğretim	112	84,00	101,00	104,00	100,04	4,37		
	Lise ve	86	86,00	100,00	104,00	99,13	4,99		
	Lisansüstü								
Çalışma durumu	Evet	52	86,00	100,50	104,00	99,23	5,22	t=-0,698	0,486
	Hayır	179	84,00	101,00	104,00	99,74	4,42		
Ekonomik durum	Gelir giderden fazla	58	84,00	101,00	104,00	99,91	4,68	F=0,241	0,786
	Gelir gidere eşit	136	87,00	101,00	104,00	99,60	4,51		
	Gelir giderden az	37	86,00	100,00	104,00	99,24	4,94		
Yaşayan çocuk sayısı	1	90	87,00	102,00	104,00	100,54	4,16	F=2,170	0,092
	2	91	84,00	100,00	104,00	98,84	4,94		
	3	34	86,00	101,00	104,00	99,32	4,90		
	4-5	16	93,00	99,00	104,00	99,56	3,79		
Gebelik planlı mı?	Evet	166	87,00	101,00	104,00	99,81	4,58	t=0,970	0,333
	Hayır	65	84,00	100,00	104,00	99,15	4,68		

Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre Maternal Bağlanma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırma Analizi Sonuçları (Devamı)

Doğum şekli	Normal	115	84,00	100,00	104,00	99,47	4,67	t=-0,505	0,641
	Sezaryen	116	87,00	101,00	104,00	99,78	4,56		
Bebek cinsiyeti	Kız	116	87,00	101,00	104,00	99,88	4,21	t=0,848	0,397
	Erkek	115	84,00	101,00	104,00	99,37	4,98		
Gebelikte sorun	Evet	31	88,00	101,00	104,00	99,74	4,20	t=0,154	0,878
	Hayır	200	84,00	101,00	104,00	99,61	4,67		
yaşama durumu									
Doğum ile ilgili sorun	Evet	9	94,00	104,00	104,00	101,89	3,62	t=1,510	0,133
	Hayır	222	84,00	101,00	104,00	99,53	4,62		
Doğum sonunda sorun	Evet	7	99,00	102,00	104,00	101,71	1,60	t=1,221	0,223
	Hayır	224	84,00	101,00	104,00	99,56	4,65		
yaşama Bebeğin beslenmesi	Anne sütü	174	84,00	101,00	104,00	99,65	4,54	F=0,807	0,448
	Anne sütü+mama	31	88,00	100,00	104,00	98,84	5,24		
	Formül mama	26	88,00	101,00	104,00	100,38	4,23		
Bebeğin ilk beslenme zamanı	İlk 1 saat	193	84,00	101,00	104,00	99,59	4,50	t=-0,281	0,779
	İlk 6 saat	38	86,00	101,50	104,00	99,82	5,17		
Bebek bakımı ile destek alma	Evet	63	87,00	100,00	104,00	98,75	5,07	t=-1,781	0,076
	Hayır	168	84,00	101,00	104,00	99,95	4,39		

F: Varyans analizi test istatistiği, t: bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği

Araştırmada katılımcıların demografik özelliklere göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasındaki farklılık en az üç grup arasında normal dağılıma sahip ölçümler için varyans analizi (ANOVA), iki bağımsız grup normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi ile test edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=0,955, p=0,3861>0,05). Annelerin çalışma durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=-0,698, p=0,486>0,05). Annelerin ekonomik durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (F=0,241, p=0,786>0,05). Annelerin yaşayan çocuk sayısına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (F=2,170, p=0,092>0,05).

Annelerin gebeliğin planlı olma durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($t=0,970$, $p=0,333>0,05$). Annelerin doğum şekline göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=-0,505$, $p=0,641>0,05$). Annelerin bebeklerinin cinsiyetlerine göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($t=0,848$, $p=0,397>0,05$).

Araştırmaya katılan annelerin gebelikte sorun yaşama durumuna göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=0,154$, $p=0,878>0,05$). Annelerin doğum ile ilgili sorun yaşama durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($t=1,510$, $p=0,133>0,05$). Annelerin doğum sonunda sorun yaşama durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($t=1,221$, $p=0,223>0,05$). Annelerin bebeklerinin beslenme şekillerine göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($F=0,807$, $p=0,448>0,05$). Bebeklerin ilk beslenme zamanlarına göre annelerin maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($t=-0,281$, $p=0,779>0,05$). Annelerin bebek bakımında destek alma durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($t=-1,781$, $p=0,076>0,05$).

Tablo 8: Ölçekler ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki Analizi

		BaM 13	PHQ-9	MAI
Yaş	r	-0,080	-0,024	-0,114
	p	0,226	0,715	0,083
	N	231	231	231
Evlenme yaşı	r	0,033	0,102	-0,095
	p	0,618	0,122	0,148
	N	231	231	231

Tablo 8: Ölçekler ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki Analizi (Devamı)

Anne olma yaşı	r	0,015	0,095	-0,062
	p	0,818	0,150	0,350
	N	231	231	231
BaM 13	r	1	0,568	-0,316
	p		0,000*	0,000*
	N	231	231	231
PHQ-9	r	0,568	1	-0,217
	p	0,000*		0,001*
	N	231	231	231
MAI	r	-0,316	-0,217	1
	p	0,000*	0,001*	
	N	231	231	231

r: Pearson korelasyon katsayısı, * $p < 0,05$

Araştırmada yaş ile BaM 13, PHQ-9 ve MAI ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin yaşı ile BaM 13, PHQ-9 ve MAI ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Annelerin evlenme yaşı ile BaM 13, PHQ-9 ve MAI ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Annelerin anne olma yaşı ile BaM 13, PHQ-9 ve MAI ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Ölçeklerin birbiri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucuna göre BaM 13 ile PHQ-9 arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = 0,568$, $p < 0,05$). BaM 13 ile MAI arasında istatistiksel olarak negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -0,316$, $p < 0,05$). PHQ-9 ile MAI arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -0,217$, $p < 0,05$).

Tablo 9: Anne Olma Ölçeğine Göre Değişkenler Arasındaki İlişki (9 puan altı)

BaM 13			BaM 13	PHQ-9	MAI
9 puan altı	Yaş	r	-0,162	0,050	-0,141
		p	0,059	0,561	0,100
		n	137	137	137
	Evlenme Yaşı	r	-,237**	-0,002	-0,069
		p	0,005	0,981	0,422
		n	137	137	137
	Anne Olma Yaşı	r	-,175*	-0,026	-0,046
		p	0,041	0,765	0,591
		n	137	137	137

r: Pearson korelasyon katsayısı, * $p < 0,05$

Araştırmada yaş ile BaM 13, PHQ-9 ve MAI ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin yaşı ile BaM 13, PHQ-9 ve MAI ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Annelerin evlenme yaşı ve anne olma yaşı ile PHQ-9 ve MAI ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > 0,05$), evlenme yaşı ile anne olma yaşı ile BaM 13 ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu ($p < 0,05$) tespit edilmiştir.

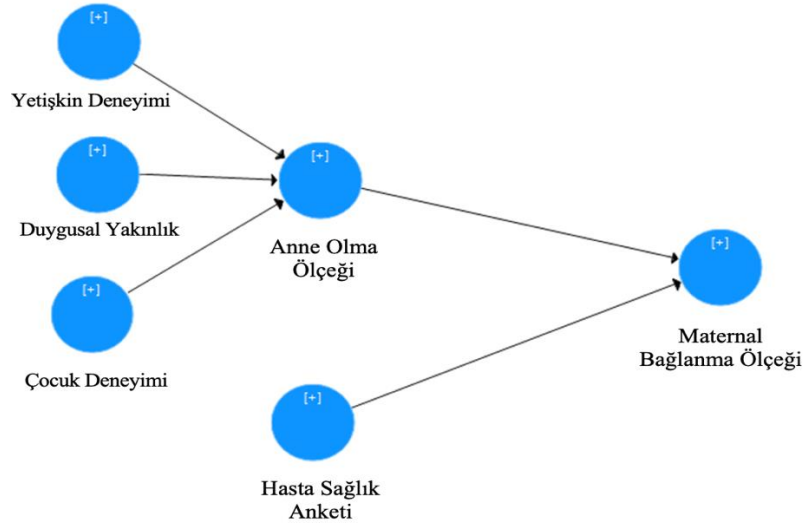
Tablo 10: Anne Olma Ölçeğine Göre Değişkenler Arasındaki İlişki (9 ve üzeri)

BaM 13			BaM 13	PHQ-9	MAI
9 puan ve üzeri	Yaş	r	-0,019	-0,093	-0,112
		p	0,856	0,373	0,284
		n	94	94	94
	Evlenme Yaşı	r	0,028	0,126	-0,071
		p	0,792	0,225	0,494
		n	94	94	94
	Anne Olma Yaşı	r	0,041	0,183	-0,050
		p	0,692	0,078	0,631
		n	94	94	94

r: Pearson ve Spearman korelasyon katsayısı, * $p < 0,05$

Araştırmada yaş, evlenme yaşı, anne olma yaşı ile PHQ-9 ve MAI ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson korelasyon analizi ile test

edilmiştir. Buna göre yaş, evlenme yaşı, anne olma yaşı ile PHQ-9 ve MAI ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Yaş, evlenme yaşı, anne olma yaşı ile BaM 13 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. Yaş, evlenme yaşı, anne olma yaşı ile BaM 13 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).



Şekil 5: Yapısal Eşitlik Modeli

MODELİN GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİĞİ

Tablo 11: Araştırma modeline ilişkin değişkenlerin faktör yükleri, uyum geçerlilik değerleri ve güvenirlik sonuçları

Ölçekler	CR	rho_A	Cronbach's Alpha
BaM 13	0.779	0.805	0.770
PHQ-9	0.752	0.878	0.789
MAI	0.759	0.827	0.713

Ölçüm model kapsamında ilk olarak değişkenlerin güvenirlik ve geçerlilik değerleri kontrol edilmiştir. Bu kapsamda bileşik güvenirlik için yapı güvenirliği (Composite

Reliability/CR) değeri, güvenilirlik analizi için ise rho_A ve Cronbach's Alpha değerleri hesaplanmıştır.

Tabloda, faktörlere ilişkin CR rho_A ve Cronbach's Alpha değerleri sunulmuştur. CR değerlerinin 0.70'in üzerinde olması gerekmektedir. Tablo incelendiğinde, CR değerlerinin 0.70 üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeklerin yeterli güvenilirlik düzeyinde olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmada kullanılan değişkenlerin güvenilirlik analizi sonuçları Tabloda verilmiştir. Cronbach Alfa ve rho_A değerlerinin 0.60'tan büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan değişkenin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 12: Heterotrait-Monotrait (HTMT) Oranı

	Heterotrait-Monotrait (HTMT) Oranı		
	BaM 13	PHQ-9	MAI
BaM 13			
PHQ-9	0.706		
MAI	0.488	0.321	

Ayrışma geçerliliği için HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) değerleri hesaplanmıştır. HTMT modelde yer alan değişkenlerin tamamına ait ifadelerin korelasyonlarının ortalamasının, aynı değişkene ait ifadelerin korelasyonlarının geometrik ortalamalarına oranını göstermektedir. HTMT değerinin 0.90 veya altında olması gerekmektedir. Tabloda HTMT oranları yer almakta ve değerlerin tamamının 0.90 altında olduğu görülmektedir.

Tablo 13: Model analizi sonuçları

Hipotez	f^2	R^2	VIF	β	t	p	Sonuç
BaM 13 → MAI	0.204	0.248	1.853	-0.533	3.191	0.002*	Kabul
PHQ-9 → MAI	0.002			0.054	0.306	0.760	Kabul değil

*p<0.05, β = Etki katsayısı, f^2 = etki gücü, R^2 = Açıklanma oranı

Model analizi sonuçları tabloda verilmiştir. Yapısal modelin analiz sürecinin ilk aşamasında doğrusallık kontrol edilmektedir. Bunun için *varyans büyüme faktörü* (*variance inflation factor/VIF*) kontrol edilmektedir. VIF değerinin 3'ün altında olması doğrusallığın olmadığını göstermektedir (Hair et al., 2019). Model analizinde tüm VIF değerlerinin 3'ün altında olduğu görülmektedir. Ölçümde doğrusallıkla ilgili sorun görülmemektedir.

Model analizinde, daha önce hesaplanan ilişki katsayılarının (β) anlamlılık düzeyleri (p) ve etki anlamlılıkları (t) test edilmiştir. Tablo incelendiğinde, BaM 13 ölçek puanının MAI ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negative yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir (β =-0.533, p<0.05). Annelik memnuniyeti arttıkça maternal bağlanmanın arttığı görülmektedir. Etki anlamlılığında, t değeri 1,65 veya üzerinde ise iki değişken arasındaki etki %90 düzeyinde, 1,96 veya üzerinde ise %95 düzeyinde ve son olarak t değeri 2,58 veya üstünde ise %99 düzeyinde anlamlılıktan söz edilir (Wong, 2013). Dolayısıyla, BaM 13'ün MAI üzerindeki etkisinin %99 düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir (t= 3.191).

Modelde bakılan açıklanma oranının (R^2) değer aralığı 0 ile 1 arasında olması gerekmekte ve 1'e yaklaştıkça açıklama gücü artmaktadır (Hair et al., 2019). Bizim çalışmamızda modelin açıklanma oranı %24.8 olduğu görülmektedir (R^2 = 0,248). Bu nedenle zayıf düzeyde bir açıklanma oranından bahsedilebilir. Fakat açıklanma oranının sağlık alanındaki etkisinin bilinmesi gerekir. BaM 13 değişkenindeki 1 birim artış, MAI değişkeninde 0.533' lük azalışa sebep olmaktadır (β =-0.533).

Analizlerde f^2 (etki gücü) değeri hesaplanmıştır. Etki gücü, bağımlı değişken için hesaplanan R^2 değeri üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisinin ne kadar olduğunu belirtmektedir (Doğan, 2019). Etki gücü 0,02 değeri için düşük, 0,15 değeri için orta ve 0,35 değeri için ise yüksek olarak değerlendirilir (Hair et al., 2019). Yapılan analiz sonucunda elde edilen açıklanma oranında f^2 değeri BaM 13 değişkeni için 0.204 olarak saptanmıştır. Dolayısıyla, BaM 13 değişkeninin MAI değişkeni üzerinde orta ve yüksek arasında etkiye sahip olduğu söylenebilir.



5. TARTIŞMA

5.1.DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ANNE OLMA ÖLÇEĞİ' NE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI

Anne Olma Ölçeği' nden alınan toplam puanlar 0 ila 39 arasında değişmektedir. 9 ve üzerindeki üzeri puan alınması, annelikle ilgili memnuniyetsizlik seviyesinin arttığına göstergesidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.77 olarak saptanmıştır. Bizim araştırmamızda Cronbach Alpha değeri 0.770 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda BaM-13 puan ortalamaları $9,04 \pm 5,40$ olarak belirlenmiştir. Her kadının annelik rolünü kazanma süreci ve bu süreçte yaşadığı deneyimler birbirinden farklıdır. Bu deneyimi etkileyen gebe kalma yaşı, gebelik sayısı gibi birçok faktör bulunmaktadır (Deliktaş, Korukcu ve Kukulu, 2015). Literatürde incelen çalışmalarda annelik memnuniyeti, depresif semptomlar ve maternal bağlanma ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Annelerin sosyal destek algıları ve annelik deneyimlerini arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada annelerin anne olma ölçeğinden alınan puan ortalamalarının 8.28 ± 5.963 olduğu (Sevimli Güler, 2016) görülmüştür. Annelik deneyimi ve çocuk sevmeye düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise 6.12 ± 4.74 (Erbay *et al.*, 2018) olduğu bulunmuştur. Çalışma verileri, diğer çalışmalara göre anne memnuniyeti daha düşük olmakla birlikte, kesme değerine yakın bulunmuştur. Kore'de yapılan bir çalışmada annelik memnuniyetsizliği daha yüksek olarak (BaM-13 puan ortalamaları 17.09 ± 6.81) tespit edilmiştir (Lee, Park, Kim, Cho and Khang, 2022). Hwa ve Ja' nın (2021) yaptıkları bir çalışmada $15,50 \pm 3,92$ (Hwa and Ja, 2021), Suudi Arabistanlı 352 annenin katıldığı bir araştırmada $7,56 \pm 6.03$ (Hariri, 2015), Avustralya'da bir anne ve bebek kliniğine başvuran annelerle yapılan bir çalışmada ortalama toplam BaM-13 skoru 16.1 ± 6.4 (Bobevski, Rowe, Clarke, McKenzie and Fisher, 2014) ve Sidney'de rutin bebek kontrolleri için çocuk kliniklerine giden 496 anne ile yapılan bir araştırmada ortalama toplam BaM-13 puanı 7.0 ± 5.4 (Matthey, 2011) olarak belirlenmiştir. Sonuçlardaki bu farklılığın, çalışmaların farklı bölgelerde

yapılmasından kaynaklı sosyodemografik özelliklerden, kültürel etkilere ve doğum sonrası süreçlerde alınan sosyal destek gibi faktörlerden kaynaklı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda annelik memnuniyeti yüksek olan anneler arasında (BaM 13 puanı <9) anne olma yaşı ve evlenme yaşı ile BaM-13 arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Anne yaşı arttıkça annelik memnuniyeti de artmıştır. Annelerin yaşı annelik rolünden memnun olma düzeylerini etkileyen önemli bir faktördür. Bir kadının biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan anne olmak için en uygun yaş aralığı 20-30 yaş arası olarak belirtilmektedir (Mercer, 1981; Çalışır, 2003).

TNSA 2018 verilerine göre annelerin evlenme yaşı 21,4 olarak bulunmuştur (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Bizim çalışmamızda annelerin evlenme yaşı $22,73\pm3,87$ olarak belirlendi. Bu da araştırma bulgusunun toplumun genel evlenme yaşı ile benzer olduğunu göstermektedir. Erbay ve ark. (2018) yaptığı çalışmada annelik yaşının artmasıyla annelik memnuniyet düzeylerinin arttığı görülmüştür. Hitt ve ark. (2021) yaptığı bir çalışmada anne olma yaşının artmasıyla annelik memnuniyetinin arttığı bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise 30 yaş ve üzerinde olan annelerin rol kazanımlarının 19 yaş altı annelerden daha iyi olduğu belirtilmiştir (Koç, Özkan ve Bekmezci, 2016). Çalışma bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda annelerin eğitim ve gelir durumları ile anne olma ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde annelerin ebeveynlik memnuniyetinin sosyodemografik faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir. Bunun nedeni, eğitim ve gelir seviyesi yüksek annelerin kaynaklara erişimlerinin daha kolay olması, bebek bakımı hakkında daha fazla araştırma yapmaları, duygusal olarak daha yetkin hissettikleri için zorluklarla başa çıkabilme becerilerinin daha yüksek olması olarak açıklanabilir (Koç et al., 2016; Lee et al., 2022). Çalışma bulgularımızın aksine Kim, Cho ve Kim' in (2021) yaptığı bir çalışmada annelerin yaşadığı ebeveynlik stresinin annelerin gelir ve eğitim düzeyinin artmasıyla azaldığı belirlenmiştir (Kim, Cho and Kim, 2021). Sevimli Güler'in (2016) çalışmasında lisans ve üstü eğitim

düzeyindeki annelerin annelik memnuniyetlerinin ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan annelerden daha yüksek olduğu ve çalışan annelerin çalışmayan annelerden daha yüksek memnuniyet belirttiği görülmüştür. Koç ve ark. (2016) çalışmasında ise annelerin çalışma durumunun ve gelir algılarının rol kazanımlarını olumlu etkilediği belirlenmiştir. Bazı araştırmalar ise çalışma bulgularını destekler nitelikte annelik rol kazanımı ile eğitim ve gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (Erbay *et al.*, 2018; Küçükarslan, 2019; Lee *et al.*, 2022). Bu bulgu annelik rolünün kazanım sürecinde yaşanan sorunların tüm sosyal sınıflarda yaygın olduğunu göstermektedir. Bu noktada sağlık profesyonelleri ve otoritelerinin, annelik rolünün kazanılmasında annelerin uyum sürecini kolaylaştırmak adına evrensel politika ve yaklaşımlar geliştirmesi gerekmektedir.

Planlı gebeliklerin annelik rolüne uyumu olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Bilgin ve Ecevit Alpar, 2018). Çalışmamızda annelerin gebeliklerinin planlı olması durumlarına göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Literatürde planlanmış gebeliğin anneliğe uyumu ve annelik memnuniyetini olumlu yönde etkilediği çalışmalar mevcut olmakla birlikte (Koç *et al.*, 2016), çalışma bulgularımıza benzer şekilde planlı gebeliğin annelik memnuniyetini etkilemediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Küçükarslan, 2019; Zengin, 2019). Çalışma bulgularında annelerin %28,1'inin gebeliği planlamadıkları görülmektedir. Gebeliğin planlı olmaması durumunda bile anneler, gebelik boyunca hem psikolojik hem de fizyolojik olarak anneliğe hazırlandıkları için gebeliğin kabulü ile annelik rol algısının fazla olumsuz etkilemediği düşünülmektedir (Bilgin ve Ecevit Alpar, 2018). Mercer (2004) annelik rol kazanım sürecini postpartum bir yıl içerisinde tamamlanan bir süreç olarak tanımlamaktadır. Planlanmamış gebeliklerde de annelik deneyimleri arttıkça role uyum sağlanabilir. Çalışmamızdaki annelerin annelik rolüne uyum sağladıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin gebelik döneminde sorun yaşama durumuna göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Gebelik süresince sağlık problemi yaşamayan annelik rol

başarısı üzerinde etkili olmadığı belirtilmektedir (Çalışır, 2003; Koç et al., 2016). Çalışma bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

Her gebelik ve doğum kendine özel olmasıyla birlikte bu durumu ilk kez yaşayanlar kadınlar daha duyarlı ve savunmasız olmaktadır. Anneler deneyim ve beceri eksikliği nedeni ile annelik rolüne uyum sağlamada zorluk çekebilirler (Kordi *et al.*, 2017; Menekşe ve Çınar, 2020). Çalışmamızda annelerin yaşayan çocuk sayısına göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Benzer şekilde Sevimli Güler'in (2016) ve Hira'nın (2019) çalışmalarında çocuk sayısı ile anne olma ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmektedir. Shrooti, Mangala, Nirmala, Devkumari ve Dharanidhar'ın (2016) farklı gruplarda annelik deneyimini araştırdığı çalışmasında da primipar ve multipar annelerin annelik rol algısını arasında farklılık bulunamamıştır. Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir (Shrooti et al., 2016). Bulgularımızın aksine yapılan bir çalışmada gebelik ve çocuk sayısının annelik rolünün kazanılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Koç et al., 2016). Küçükarslan'ın (2019) çalışmasında çocuk sayısı iki ve daha fazla olan annelerin bir çocuğu olan annelere kıyasla annelik memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda annelerin doğum şekline göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Yapılan araştırmalarda doğum şeklinin annelik rolünün kazanılmasında istatistiksel açıdan anlamlı etkisi bulunamadığı görülmektedir (Sevimli Güler, 2016; Erbay *et al.*, 2018; Küçükarslan, 2019). Çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. Doğum sonu bebeği ile birleşen anne, bebeği ile etkileşime girdiğinde doğumun zorluklarını unutabilmektedir. Bu da annelik rolüne uyumun ve memnuniyetin doğum şeklinden etkilenmemesini açıklayabilir. Bu araştırma postpartum birinci aydan itibaren olan annelerle yapıldığı için annelerin doğum ile alakalı sıkıntıları unutmuş ve bebeğe odaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda annelerin bebeklerin cinsiyetlerine göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışır'ın (2003) yaptığı araştırmada bebek cinsiyetinin annelik rol kazanım sürecinde etkili olmadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda annelerin doğum ve doğum sonunda sorun yaşama durumuna göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Doğumda ve doğum sonrası süreçlerde annelerin yaşadığı uykusuzluk, ağrı ve depresyon gibi yaşanan problemler annenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu da kadınların annelik rol başarımlarının uzamasına neden olabilir (Zengin, 2019). Bilgin ve Ecevit Alpar'ın (2018) yaptığı bir çalışmadaki annelerin doğum ve doğum sonu sorun yaşamlarının annelik rolünü etkileyeceğini belirttikleri görülmüştür. Koç ve ark. (2016) çalışmasında doğumda ya da doğum sonrasında sorun yaşamayan annelerin annelik rolünü etkilemediği bulunmuştur. Çalışma bulgularımız Koç ve ark. (2016) bulguları ile paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda örneklem grubunda “doğum öncesi ya da sonrasında sağlık sorunu olan anne ve bebekler” dışlanma kriterlerinde yer aldığından annelerin annelik memnuniyetlerinin etkilenmediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin bebeklerini ilk besleme zamanına göre ve bebeklerin beslenme şekillerine göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Küçükarslan'ın (2019) çalışmasında bebeğini emziren annelerin anne olma ölçek puan ortalamaları emzirmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularımızda annelerin %83,5'inin bebeklerini doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirdikleri ve %75,3'ünün ise halen emzirdikleri görülmektedir. Emzirmenin erken başlatılması ve devam ettirilmesi anne bebek arasındaki etkileşimi artıran oldukça önemli bir kavramdır. Annenin erken dönemde emzirmesi, bebeği ile daha fazla iletişim kurabilmesine, annenin kendine güvenmesine ve annelik rolünün kazanım sürecinin kolaylaşmasına katkı sağlamaktadır (Köse ve ark., 2013; Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020).

Çalışmamızda annelerin bebek bakımı ile destek alma durumuna göre anne olma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit

edilmiştir ($p>0,05$). Çalışmamızda annelerin %70,6'sının daha önce bebek baktığı, %27,3'ünün bebek bakımı ile ilgili destek aldıkları görülmüştür. Destek alınan kişinin büyük oranda anne (%47,6), eş (%19) ve kayınvalide (%17,5) olduğu, destek alınan konunun ise büyük oranda genel bakım (%67,6) (emzirme desteği, alt değişimi, kıyafetlerini değiştirme, ev işleri vs.) konular olduğu belirlenmiştir. Çalışır (2003) çalışmasında eşlerin destek oranını %92,3 olarak bulmuştur. Anneliğe uyum sağlamada eş desteğinin önemi bilinmektedir (Mercan and Tari Selcuk, 2021). Çalışmamızda eş desteğinin istenilen orandan düşük olduğu görülmektedir. Bu durumda eş desteğinin eksikliğini anne ve diğer destek mekanizmalarının tamamladığını belirtebiliriz. Sağlık profesyonelleri olarak babaları, bebek bakım süreçlerine dahil ederek ebeveyn memnuniyetini artırma konusunda aileleri desteklememiz gerekmektedir. Literatürde sosyal desteğin annelik rolüne uyum sürecini kolaylaştırdığını belirten çalışmalar mevcuttur (Shrooti *et al.*, 2016; Erbay *et al.*, 2018; Sevimli Güler and Çınar, 2022).

5.2.DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ' NE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI

Bağlanma, tüm gelişim süreçleri göze alındığında, oldukça önemli yere sahip olan bir kavramdır (Köse ve ark., 2013). Bebeğin yaşam boyu dış dünya ile ilişkilerinin kurulmasında ve psikolojik gelişiminin sağlanabilmesinde temel süreçlerden biri olarak kabul edilen bağlanma, birey olarak gelişim süreci için de önemlidir (Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020). Literatürde anne-bebek bağlanmasının gebelik döneminde başladığı vurgulanmaktadır (Cranley, 1981; Bretherton, 1992; Ferketich and Mercer, 1994; Müller, 1994; Condon and Corkindale, 1997). Bu dönemi doğum ve doğum sonu dönem izlemektedir (Köse et al., 2013). Bu kısımda çalışmada “Maternal Bağlanma” ya ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Maternal Bağlanma Ölçek Toplam Puanı 26-104 arasında olup, yüksek puanlar maternal bağlanmanın arttığını ifade etmektedir. Kavlak ve Şirin (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan MAS' ın Cronbach's Alpha değeri, 1 aylık bebeği olan annelerde 0,77, 4 aylık bebeği olan annelerde 0,82 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda Cronbach's Alpha değeri 0.713 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya 231 anne katılmış ve Maternal Bağlanma Ölçek puan ortalamaları $99,62 \pm 4,60$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç araştırmaya katılan annelerin maternal bağlanma düzeylerinin oldukça iyi olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Oruç ve Kukulu' nun (2022) yaptığı çalışmada maternal bağlanma puan ortalaması 100.92 ± 3.17 olarak, Çınar ve ark. (2015) yaptığı çalışmada 99.07 ± 7.19 olarak belirlenmiştir (Çınar et al., 2015; Oruç and Kukulu, 2022). Çalışma bulgularımız literatürü destekler niteliktedir. Anne-bebek bağlanmasının gerçekleşmesi ile çocukların hem fizyolojik hem de psikolojik gelişimi desteklenmekte, gelecekte çevre ve diğer kişilerle kurulacak sağlıklı ilişkilerin temelleri atılmaktadır. Annelerin bebeklerine bağlanma düzeylerinin yüksek bulunması oldukça önemli bir bulgudur.

Araştırmaya katılan annelerin, sosyodemografik özelliklerinin, maternal bağlanma düzeylerine olan etkisi incelendiğinde; maternal bağlanmanın annelerin eğitimi,

çalışma durumu, ekonomik durumu, yaş, anne olma yaşı ve evlenme yaşı ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar çoğunlukla annelerin yaş, eğitim, çalışma durumu ve ekonomik durumlarının maternal bağlanmayı olumsuz etkilemediğini bildirmektedir. Çınar ve ark. (2022) prenatal ve postnatal maternal bağlanmayı inceledikleri bir çalışmada araştırmaya katılan annelerin yaş, eğitim, çalışma durumu ve ekonomik durumlarına ile maternal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir (Çınar *et al.*, 2022). Bir çalışmada anne yaşı ve gelir durumu ile maternal bağlanma arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Gümüşsoy, Çelik, Güner, Kıratlı, Atan ve Kavlak, 2020). Bilgin ve Ecevit Alpar'ın (2018) çalışmasında gebelik yaşı ve çalışma durumu ile maternal bağlanma düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (Bilgin and Ecevit Alpar, 2018). Oruç ve Kukulu'nun (2022) çalışmasında da sosyodemografik bulguların maternal bağlanma düzeyi ile anlamlı ilişkisi bulunamamıştır (Oruç and Kukulu, 2022). Anne bebek bağlanması ve postpartum depresyon üzerine yapılan bir çalışmada maternal bağlanmanın anne eğitim durumu ile anlamlı ilişkisi bulunamazken, anne yaşı arttıkça maternal bağlanma düzeyinin azaldığı görülmüştür (Badr, 2018). Çalışma bulguları bu yönüyle literatürü desteklemektedir. Annelik tüm toplumlarda başarılması gereken bir rol ve duygu olarak algılanmaktadır. Literatür ile benzerlik gösteren bulgularımız, kadınların Türk toplumunda da benzer annelik duygularını taşıması ile açıklanabilir. Literatürde sosyodemografik özelliklerin maternal bağlanmaya olumlu etkisinden söz eden çalışmaların da olduğu görülmektedir (Durualp, Kaytez ve Aykanat Girgin, 2017; Mutlu, Erkut, Yıldırım ve Gündoğdu, 2018; Özdemir, Başkaya ve İdare, 2021). Literatür değişik kültür ve zamanlarda anne-bebek bağlanmasının, bazı demografik özellikler açısından benzer ya da farklı sonuçlar verebildiğini göstermektedir.

Çalışmamızda annelerin yaşayan çocuk sayısına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çınar ve ark. (2022) yaptığı çalışmada annenin doğum sayısının maternal bağlanma düzeyi ile ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir (Çınar *et al.*, 2022). Bilgin ve Ecevit Alpar'ın (2018) çalışmasında daha önce anne olmayı deneyimlenin maternal bağlanma ile anlamlı ilişkisinin olmadığı bildirilmiştir (Bilgin ve Ecevit Alpar, 2018).

Lübnan’da yapılan bir çalışmada doğum sayısının maternal bağlanmayla anlamlı ilişkisi bulunamamıştır (Badr, 2018). Araştırma bulguları örnek çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Literatürde primipar annelerin maternal bağlanma düzeylerinin multiparlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Özgen, 2016; Menekşe ve Çınar, 2020). Durualp ve ark. (2017) yaptığı bir çalışmada tek çocuk sahibi olan annelerin iki ve üç çocuk sahibi olan annelere göre maternal bağlanma düzeyleri anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Durualp ve ark., 2017). Bazı çalışmalarda ise annenin çocuk sayısının artması ile maternal bağlanma düzeylerinin arttığı görülmektedir. Özdemir ve ark. (2021) çalışmasında ise 4 ve üzeri çocuk sahibi olan annelerin maternal bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Özdemir, Başkaya and İdare, 2021). Çalışmadaki bu farklılık, doğum sayısı arttıkça annenin bebek bakımı hakkında tecrübelerinin artmasına bağlı kaygılarının azalması ve maternal bağlanmanın olumlu etkilenebileceği şeklinde açıklanmıştır (Özdemir ve ark., 2021).

Çalışmamızda annelerin gebeliğin planlı olma durumu ve bebek cinsiyetine göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Literatürde araştırma bulgularımıza paralel olarak planlanmamış gebeliğin ve bebek cinsiyetinin maternal bağlanma düzeyini olumsuz etkilemediğini ifade eden çalışmalar olduğu gibi (Badr, 2018; Bilgin ve Ecevit Alpar, 2018; Mutlu *et al.*, 2018; Özdemir ve ark., 2021; Çınar *et al.*, 2022), planlanmamış gebelik veya bebek cinsiyetinin maternal bağlanmayı olumsuz etkilediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Özgen, 2016; Durualp ve ark., 2017; Menekşe ve Çınar, 2020; Eslaminia *et al.*, 2022). Araştırmaya katılan annelerin gebeliklerinin %71,9 oranında planlı olması ve maternal bağlanma düzeylerinin oldukça yüksek olması bu bulguyu açıklayabilir. Eslaminia ve ark. (2022) planlanmış ve plansız gebeliklerde ten tene temas ile annelerin doğumdan sonraki ilk 24 saatte maternal bağlanma düzeylerini araştırmış, birinci saatte planlı gebelik yaşayan anneler daha yüksek bağlanma gösterse de aradaki farkın 24. saatte kapandığı görülmüştür (Eslaminia *et al.*, 2022). Gebelikte temelleri atılan bağlanmanın, anne bebek etkileşimlerinin başlatılması ve sürdürülmesi yönünde yapılan kanıt temelli girişimler ile desteklenmesi, istenmeyen gebeliklere bağlı olumsuz maternal bağlanmayı

engelleyebileceği düşünülmektedir. Bir çalışmada bebek cinsiyetinin maternal bağlanmanın bir yordayıcısı olduğu ifade edilmiştir. (Abuhammad, 2020). Çalışmalardaki farklılıkların sosyokültürel etkilerden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan annelerin gebelikte sorun yaşama durumuna göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelikte sorun yaşamanın maternal bağlanmayı etkilemediğini belirtilmektedir (Çalışır, 2003; Badr, 2018; Mutlu *et al.*, 2018; Özdemir ve ark., 2021; Çınar *et al.*, 2022). Çalışma bulgularımız literatürü desteklemektedir. Bulgularımızın aksine gebelikte sorun yaşama durumunun maternal bağlanma üzerine olumsuz etkisinin olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Özgen, 2016). Dubber, Reck, Müller ve Gawlik' in (2015) yaptığı bir araştırmada maternal-fetal bağlanma, perinatal depresyon ve anksiyetenin ve doğum sonrasında maternal bağlanma bağlanmaya etkileri incelenmiş, depresif belirtileri olan ve düşük maternal-fetal bağlanma geliştiren annelerin postpartum süreçte maternal bağlanmalarının daha düşük olduğu görülmüştür (Dubber *et al.*, 2015). Bu nedenle gebelik döneminden itibaren bağlanma yönünden riskli gebelerin belirlenmesi ve postpartum depresyonun erken saptanması, postpartum süreçte bozulmuş maternal bağlanmanın önüne geçebilir.

Çalışmamızda annelerin doğum şekli, doğumda ve doğum sonrasında sorun yaşama durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Literatürde doğum şeklinin ve doğum deneyiminin bağlanmayı etkilediği belirtilmektedir. Travmatik/zorlu bir doğum deneyiminin (Köse ve ark., 2013; Hildingsson and Rubertsson, 2021; Seefeld *et al.*, 2022) ve sezaryen doğum şeklinin bağlanmayı olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Köse ve ark., 2013; Lai *et al.*, 2015; Gümüşsoy *et al.*, 2020). Bulgularımızın literatür bilgisi ile farklılık olması araştırma örnekleme alınan annelerin %3,9'unun doğumda, %3,1'inin de doğum sonrası sorun yaşadığı görülmektedir. Yaşanılan sorunların doğumun zor geçmesi, zorunlu sezaryen olma durumu, epizyotomi ve sezaryen kesisine bağlı enfeksiyon gibi nedenler olduğu düşünüldüğünde maternal bağlanmanın olumsuz etkilenmemesi bulgumuzu

açıklamaktadır. Çalışma bulgularını destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Çınar ve ark. (2022) yaptığı bir çalışmada doğumda ve sonrasında annelerin sorun yaşaması ve maternal bağlanma arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Çınar *et al.*, 2022). Yapılan bir çalışmada doğum şeklinin maternal bağlanmayla anlamlı ilişkisi bulunamamıştır (Özdemir ve ark., 2021). Başka bir çalışmada ise doğumda sorun yaşama ve doğum şeklinin maternal bağlanmaya etkisi görülmemiştir (Mutlu, Yorbı., Tanju, Çelikel ve Sezer, 2015).

Annelerin bebeğini ilk besleme zamanları ve beslenme şekillerine göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Doğum sonu ilk dakikalar anne-bebek bağlanması için altın dönem olarak kabul edilir. Emzirmenin erken başlatılması ve sürdürülmesi, maternal bağlanmayı artıran kanıt temelli uygulamaların en başında gelmektedir (Köse ve ark., 2013; Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020). Literatürde yapılan araştırmalar emziren annelerin maternal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu belirtir (Gümüşsoy *et al.*, 2020; Abuhammad and Johnson, 2021). Araştırmaya katılan annelerin %75,3'ünün bebeklerini yalnızca emzirdikleri, %13,4'ünün emzirmeye ek mama da verdikleri, %11,3'ünün de formüla mama ile besledikleri belirlenmiştir. Ayrıca annelerin %83,5'inin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdikleri tespit edilmiştir. Maternal bağlanma düzeyi doğum sonrası ilk bir aydan sonra ölçülmeye başlanmaktadır. Örneklemimizdeki annelerin bebek gün ortalaması $73,96\pm31,95$ gün olarak belirlenmiştir. Çalışma bulgularımızın literatürle benzerlik göstermemesi, maternal bağlanmanın gelişimi için uygun sürenin geçmiş olması ve yüksek emzirme oranlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde postpartum dönemde sağlıklı anne-bebek bağının oluşmasında ve annelik rolüne uyumun sağlanmasında anneye verilen desteğin önemi vurgulanmakta, yapılan çalışmalarda destek alan annelerin maternal bağlanma düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmektedir (Çınar *et al.* 2015; Delavari, Mirghafourvand and Mohammad-Alizadeh-Charandabi, 2018; Özdemir ve ark., 2021; Sevimli Güler and Çınar, 2022). Çalışmamızda annelerin bebek bakımında destek alma durumlarına göre maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Araştırma bulgularında annelerin büyük bir kısmının destek almadığı görülmektedir. Bu sonuçta, yaşanan pandemi sürecinin etkisinin olabileceğini düşünmekteyiz.



5.3.DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE HASTA SAĞLIK ANKETİ'NE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI

Postpartum depresyon, perinatal dönemden başladığı düşünülen, tanılamada doğum ile başlayıp, postpartum ilk bir yıl içerisinde ortaya çıkan depresyon olarak tanımlanmaktadır (Stewart *et al.*, 2003; American Psychiatric Association, 2013). Literatürde maternal depresif semptomların, anne-bebek etkileşimlerini bozduğu, bağlanmayı olumsuz etkilediği, annelik rol kazanım becerilerini ve memnuniyetini azalttığı vurgulanmaktadır (Balbierz, Bodnar-Deren, Wang and Howell, 2015; Brummelte and Galea, 2016; Zhang *et al.*, 2017; Hakanen *et al.*, 2019; Kolukırmak ve ark., 2019). Tartışmanın bu kısmında maternal depresif belirtilere bağlı bulgular tartışılacaktır.

Hasta Sağlık Anketi toplam puanı 0 ile 27 arasında değişmekte olup, 1-4 arası puanlar minimal, 5-9 hafif, 10-14 orta, 15-19 orta şiddetli ve 20-27 şiddetli depresyon olarak derecelendirilmektedir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Sarı ve ark. (2016) tarafından yapılmış, Cronbach's alpha 0.842 olarak ölçülmüştür. Bizim çalışmamızda Cronbach's alpha değeri 0.789 olarak bulunmuştur. Ülkemizde postpartum depresyon tanılmasında PHQ-9 kullanan bir tıpta uzmanlık tezi ve bir klinik araştırma dışında çalışmaya rastlanmamıştır. PHQ-9 Hasta sağlık anketi-9 bireyin son iki hafta içerisindeki duyguları, yorgunluk, uyku ve iştah değişimleri gibi somatik belirtileri sorgulayan, yani DSM IV'ün dokuz tanı ölçütünü karşılayan soruları içermektedir (Yurdakul, 2015). Literatürde PHQ-9'un postpartum depresyon tanılmasında özgünlük ve duyarlılığının, postpartum depresyon tanılmasında en sık kullanılan ölçeklerden biri olan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kadar iyi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Yawn *et al.*, 2009; Flynn, Sexton, Ratliff, Porter and Zivin, 2011; Zhong *et al.*, 2014; Hariri, 2015). Ülkemizde yapılan çalışmalardan tıpta uzmanlık tezinde 0-1 yaş bebeği olan annelerde postpartum depresif semptomların taranmasında PHQ-9 ve EDSDÖ karşılaştırılmış, ölçeklerin yüksek riskli hastaları belirlemede benzer sonuçlar verdiği ve birbiri yerine kullanılabileceği belirtilmiştir (Yurdakul, 2015).

Çalışmamızda anket toplam puan ortalaması $6,94 \pm 4,47$ olarak saptanmıştır. Bu sonuç çalışmaya katılan annelerin hafif düzeyde depresif belirtilere sahip olduğunu göstermektedir. Kenya’da yapılan bir araştırmada postpartum depresyonu belirlemede katılımcıların %40’ının PHQ-9 puanı <5 , %55’inin 5-14 arasında ve %5’inin de >14 puan aldığı görülmüştür (Velloza *et al.*, 2020). Retrospektif olarak yapılan bir araştırmada antenatal dönemden itibaren gebeler doğum sonrası altı haftaya kadar takip edilmiş ve PHQ-9 puanı ≥ 10 depresyon pozitif olarak kabul edilmiştir. Çalışmada 2.871 gebenden %10,5’inin antenatal depresyon yaşadığı ve ilerleyen takiplerde doğum sonrasında antenatal depresyon olarak değerlendirilen kadınların %14’ünün postpartum depresyonu pozitif değerlendirilmiştir (Stark, Shim, Ross and Miller, 2021). Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin anneleri ile yapılan kanguru bakımının postpartum depresyon ve strese etkisini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada PHQ-9 puanı ≥ 10 olan anneler orta ve şiddetli depresyon, 1-4 arası puanlar minimal, 5-9 hafif depresif belirtiler olarak tanımlanmıştır. Ayrıca ölçek puanı $5 <$ olan annelerin herhangi bir depresif belirtiyeye sahip olduğu kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan kontrol grubundaki 852 annenin %13,6’sının, müdahale grubundaki 974 annenin ise %10,8’inin PHQ-9 puanı ≥ 10 olarak belirlenmiştir (Sinha *et al.*, 2021). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise yenidoğan annelerindeki emzirme başarısı ve ilgili faktörler araştırılmış, araştırmaya katılan annelerin PHQ-9 toplam puanı 7.70 ± 4.70 olarak belirtilmiştir (Özkan *ve ark.*, 2022). Çalışmalardaki farklı sonuçlar farklı sosyokültürel etkilerden, PPD’un yaygınlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim çalışma bulgumuz ile Türkiye’de yapılan diğer çalışma bulgusu ile benzerdir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan annelerin eğitim, çalışma ve ekonomik durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Literatürde sosyodemografik özelliklerin postpartum depresyon gelişiminde etkili olduğu belirtilir (Norhayati *et al.*, 2015). Yapılan çalışmalar incelendiğinde sosyodemografik etkilerin PPD ile ilişkisine dair bulguların farklılaştığı görülmektedir. Yurdakul’un (2015) çalışmasında annenin eğitimi, çalışma durumu ve ekonomik gelirinin Postpartum depresyonla anlamlı

ilişkisi bulunamamıştır (Yurdakul, 2015). Japonya’da yapılan bir araştırmada eğitim düzeyi düştükçe maternal depresif semptomların arttığı gözlemlenmiştir (Matsumura *et al.*, 2019). Lübnan’da yapılan PPD ve maternal bağlanma ilişkisini inceleyen bir çalışmada ise eğitim düzeyi ve postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Badr, 2018). Başka bir çalışmada düşük ekonomik gelir düzeyi postpartum süreçte daha fazla maternal depresif semptomla ilişkilendirilmiştir (Hakanen *et al.*, 2019). Bir çalışmada ise doğum sonrası üçüncü ayda maternal depresif semptomlar araştırılmış ve eğitim durumu ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunurken gelir durumunun ile PPD’u etkilemediği belirlenmiştir (Balbierz *et al.*, 2015). Özkan ve ark. (2022) yaptığı bir çalışmada ise okuryazar olmayan annelerin temel eğitim veya lise eğitimine sahip annelerden daha az depresif belirtilerinin olduğu saptanmıştır (Özkan ve ark., 2022). Bir sistematik derlemede düşük sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyinin gelişmekte olan ülkelerde PPD için bir risk faktörü olduğu, gelişmiş ülkelerde ise etkili olmadığı ifade edilmiştir (Norhayati *et al.*, 2015). Türk toplumu üzerinde PPD prevalansını araştırmak için yapılan araştırmaların meta-analizde 39 çalışmanın 27’sinde eğitim ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Aynı meta-analizde incelen 26 çalışmanın 15’inde ekonomik durum ve PPD arasında negatif ilişki saptanmıştır (Özcan ve ark., 2017). Çalışmamızda ve literatürdeki araştırma bulgularının farklılaşmasında araştırmanın yapıldığı yer ve örnekleme oluşturan bireylerin kültürel özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin yaşayan çocuk sayısına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Badr’ın (2018) çalışmasında annenin sahip olduğu çocuk sayısı ve PPD arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Badr, 2018). Balbierz *et al.* (2015) çalışmasında doğum sayısının PPD ile anlamlı ilişkisi olmadığını belirtmiştir (Balbierz *et al.*, 2015). Yurdakul’un (2015) çalışmasında PPD ile çocuk sayısının anlamlı ilişkisi olmadığı belirlenmiştir (Yurdakul, 2015). Özcan ve ark. (2017) meta-analizinde annenin sahip olduğu çocuk sayısının ile PPD ilişkilendirilmiştir. Çalışma bulgularımız literatürü desteklemektedir. Bazı çalışmalarda birden fazla çocuk sahibi olmanın PPD riskini artırdığı bulunmuştur. Bunun nedeni bir çalışmada daha fazla çocuğu olan kadınların

daha fazla faaliyet ve ekonomik kaygılarından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Xayyabouapha, Sychareun, Quyen, Thikeyo and Durham, 2022).

Çalışmamızda annelerin gebeliklerinin planlı olma durumu, gebelikte sorun yaşama ve bebeklerinin cinsiyetine göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde istenmeyen gebelik ve PPD gelişimi arasındaki ilişkinin farklı sonuçları olduğu görülmektedir. Asaye, Muche ve Zelalem'in (2020), Koutra et al. (2018) ve Qiu, Zhang, Sun, Li ve Wang'ın (2020) çalışmalarında PPD ve gebeliğin planlı olması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Koutra et al., 2018; Asaye et al., 2020; Qiu et al., 2020). Badr (2018) çalışmasında PPD ve gebeliğin planlı olması arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır (Badr, 2018). Yapılan bir meta-analizde PPD ve planlı gebelik ilişkisini inceleyen 27 çalışmadan 15'i ilişki bulamazken 17'sinin PPD ile anlamlı ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Özcan et al., 2017). Farklı kültürlerde araştırma bulgularımızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (Abbasi, Chuang, Dagher, Zhu and Kjerulff, 2013; Yurdakul, 2015; Xayyabouapha et al., 2022).

Bebeğin cinsiyet tercihi kültüre göre değişen bir unsurdur ve literatürde yapılan çalışma sonuçları sosyokültürel etkilere göre farklılık göstermektedir. Bebek cinsiyeti ve PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analizde özellikle kültürel normların etkili olduğu bölgelerde kız çocuğa sahip olan annelerin erkek çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek PPD riski taşıdığı bildirilmiştir (Ye et al., 2022). Hindistan'da yapılan bir araştırmada annelerin kız bebek doğurma olasılığının perinatal depresyonu ve aile içi şiddet görme olasılığını artırdığı belirtilmektedir (Shidhaye, Shidhaye and Phalke, 2017). İsveç'te yapılan bir araştırmada postpartum beşinci günde erkek bebek sahibi olan annelerin kız bebek sahibi olanlara kıyasla önemli ölçüde daha fazla depresif belirtiye sahip olduğu saptanmıştır (Sylvén et al., 2011). Lübnan'da yapılan bir araştırmada bebek cinsiyeti ve PPD ilişkilendirilmemiştir (Badr, 2018). Türkiye'de yapılan araştırmaların meta-analizinde bebek cinsiyetini PPD ile anlamlı ilişkisini bulunamamıştır (Özcan et al., 2017). Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda da PPD

ve bebek cinsiyetinin anlamlı ilişkisi bulunamamıştır (Yurdakul, 2015; Özkan ve ark., 2022).

Komplikasyonların olmadığı bir gebelik dönemi anne ve bebeğin fiziksel sağlığının yanı sıra doğum sonrası ruh sağlığı açısından büyük önem taşır. Literatürde gebelik sırasında sorun yaşama, sıkıntılı ve stresli bir gebelik dönemi, PPD için önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (Norhayati *et al.*, 2015; Özcan *et al.*, 2017; Badr, 2018; Koutra *et al.*, 2018). Çalışmamızda gebelikte sorun yaşama durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Asaye ve ark. (2020) yaptığı çalışmada gebelikte bakım almayan, sağlık kuruluşlarına gitmeyen kadınların, doğum öncesi bakım alanlara kıyasla dört kat daha fazla PPD'a girme olasılığının olduğunu bildirmiştir (Asaye *et al.*, 2020). Araştırma bulgularında çalışmaya katılan annelerin %86,6'sının gebelikte bir sorun yaşamadığı saptanmıştır. Çalışma bulguları ile literatürdeki farklılığın örneklem grubunda ciddi sorunları olan gebelerin çalışmaya alınmaması olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda PPD'ü önlemeye yönelik müdahalelerin antenatal dönemden başlaması gerekmektedir. Kadınların iyi bir gebelik geçirmesi yönünde verilecek tüm hemşirelik bakımı, onları doğum sonrası süreçlerde yaşanılacak olumsuzluklara karşı hazırlayacaktır.

Çalışmamızda annelerin doğum şekli, doğumda ve sonrasında sorun yaşama durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Literatürde çalışma bulgularımızı destekler nitelikte doğum şeklinin PPD ile anlamlı ilişkisinin olmadığını belirten çalışmalar çoğunluktadır (Norhayati *et al.*, 2015; Yurdakul, 2015; Özcan *et al.*, 2017; Badr, 2018; Tan ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada acil sezeryan ile gerçekleşen doğumların, annelerde stres yaratan bir durum olmasına karşın PPD ile ilişkisi olmadığı görülmüştür (Zhao and Zhang, 2020). Doğum sonu annelerin fiziksel sağlık sorunları (sezaryen/epizyotomi ağrısı, sırt ağrısı, idrar inkontinansı vb.) ve emzirme durumlarının ruh hallerine (depresyon, kaygı, yorgunluk, sinirlilik vb.) etkisini inceleyen bir araştırmada doğum sonu sekizinci haftada fiziksel sağlık sorunu olan ve emzirme problemi yaşayan annelerin önemli ölçüde depresif belirtilere sahip olduğu

belirlenmiştir (Cooklin *et al.*, 2018). Çalışmamızda doğum ve doğum sonunda sorun yaşama oranı çok düşük olduğundan bu bulguyu açıklamaktadır.

Çalışmamızda annelerin bebeklerini besleme şekli, ilk besleme zamanı ve bebek bakımında destek alma durumlarına göre hasta sağlık anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde emzirme ile PPD arasında anlamlı ilişki bulan çalışmaların mevcut olmasıyla birlikte (Mikšić *et al.*, 2020; Kossakowska and Bielawska-Batorowicz, 2022), emzirmenin PPD gelişme riskini etkilemediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Yurdakul, 2015; Özcan *et al.*, 2017; Vieira, Caldeira, Eugênio, Lucca ve Silva, 2018). Bir çalışmada emzirmeye erken başlama ve emzirme ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunamadığı görülmektedir (Balbierz *et al.*, 2015). Yapılan bir çalışmada emzirmenin PPD üzerindeki etkisinin, annelerin gebelikten itibaren emzirme niyetleri ve PPD başlangıcının peripartum dönemde olmasına bağlı değiştiği görülmüştür (Borra, Iacovou and Sevilla, 2015). Çalışmalardaki bulgulardan yola çıkarak emzirmenin tek başına PPD için bir risk faktörü olmadığı düşünülmektedir. Bizim çalışma bulgularımızda annelerin bebeklerini yüksek oranda (%75,3'ü) anne sütü ile beslediği bu bulguyu açıklamaktadır. Bu bağlamda annelerin bebeklerini farklı besleme biçimlerine uygun duyuşal ve eğitşel desteğın sağlanması, PPD için önemli bir koruyucu faktör olabilir.

Doğum sonrası anneleri desteklemek PPD riski açısından koruyucu bir tampon görevi görebilir (Pao, Guintivano, Santos and Meltzer-Brody, 2019). Yapılan bir sistematik derleme ve bir meta-analizde doğum sonrasında anneye verilen desteğın PPD için en önemli risk faktörlerinden olduğu belirtilmiştir (Norhayati *et al.*, 2015; Özcan *et al.*, 2017). Sistematik derlemelerin ve meta-analizlerin sistematik incelemesini yapan başka bir çalışma da benzer şekilde sosyal desteğın PPD üzerinde önemini vurgulamaktadır (Zhao and Zhang, 2020). Literatürde sosyal desteğın PPD riskini azaltmada etkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Yurdakul, 2015; Badr, 2018; Pao *et al.*, 2019). Çalışmamızda annelerin yalnızca %27,3'ünün bebek bakımında destek aldığı ve annelerin %70,6'sının daha önce bebek baktığı saptanmıştır. Çalışma bulgularının literatürden farklı çıkması annelerin destek ihtiyaçlarının az olması, daha

önceden bebek bakımında deneyimli olmalarından kaynaklı olabilir. Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü sırada koronavirüs salgınının yoğun yaşandığı ve izolasyon önlemlerinin olduğu döneme denk gelmiştir. Bu da annelerin sosyal destek mekanizmalarından yararlanmasını etkilemiş olabilir.



5.4.BAM 13, PHQ-9 VE MAI ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada 1-4 aylık sağlıklı bebeğe sahip olan annelerin MAI ve PHQ-9 ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=-0,217$, $p<0,05$). Annelerin maternal bağlanma düzeyi arttıkça maternal depresif semptomlarının azaldığı ya da depresif belirtilerinin artmasıyla maternal bağlanma düzeylerinin azaldığı görülmektedir.

PPD, anne ve bebek için çok sayıda olumsuz sonuçları olan en yaygın psikiyatrik durumlardan biridir. Birçok çalışma maternal depresif semptomların anne-bebek ilişkisini etkileyerek maternal bağlanmayı olumsuz etkileyebileceğini bildirmektedir (Dubber *et al.*, 2015; Badr, 2018; Zhao and Zhang, 2020). Maternal depresif semptomları olan annelerin bebeklerine duyarlılıklarının daha az olduğu ve bunun da daha düşük bağlanma ile sonuçlandığı düşünülmektedir (Tietz, Zietlow and Reck, 2014). Yapılan bir araştırmada annelerin depresif belirtileri ve kaygıları ile bebeklerindeki nöral tepkilerin ilişkisi incelenmiş, daha yüksek düzeyde depresif belirtileri olan annelerin daha az hassas ve soğuk tepkileri olduğu, bebekleri ile daha az olumlu ilişki sergilediği bulunmuştur. Bunun nedeni ise PPD yaşayan annelerin bebekleri ile daha az duygu paylaşımında olmaları şeklinde açıklanmıştır (Sandre, Freeman, Renault, Humphreys and Weinberg, 2022). Yapılan çalışmalar PPD'un annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir (Abdollahi and Zarghami, 2018; Slomian, Honvo, Emonts, Reginster and Bruyère, 2019). Doğum sonrası dönemde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi maternal bağlanma için oldukça önemlidir (Köse ve ark., 2013; Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020). Koutra ve ark. (2018) çalışmasında emzirmeyi iki aydan önce bırakan annelerin daha yüksek PPD riski yaşadıklarını bulmuştur (Koutra *et al.*, 2018). Başka bir çalışmada maternal depresif semptomları olan annelerin üçüncü ayda emzirme oranları daha yüksek bulunmuştur (Balbierz *et al.*, 2015). Emzirme ve PPD arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğu düşünülmektedir. Depresif belirtileri olan annelerin emzirmeyi erken bırakabilecekleri, planlanandan erken emzirmeyi bırakmanın da daha

fazla depresyon ile sonuçlanacağı öngörülmektedir (Borra *et al.*, 2015; Cooklin *et al.*, 2018). Bebeğin yaşamın ilk yıllarında annesiyle olan olumsuz ilişkisinin bilişsel, sosyal ve duygusal olarak uzun süreli sonuçları olacaktır. Çalışmalarda ayrıca PPD olan annelerin çocuklarının gelişiminin olumsuz etkilenebileceğini belirtilmektedir (Dubber *et al.*, 2015; Beeghly *et al.*, 2017; Closa-Monasterolo *et al.*, 2017). Araştırma bulgularımızda annelerin hafif depresif belirtilere sahip olduğunu saptanmıştır. Bu çalışmada yapılan yapısal eşitlik model analizlerinde maternal depresif semptomların maternal bağlanma üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı görülmüştür ($\beta=0.054$, $p>0.05$). Çalışmalarda doğum sonrasında hafif depresif belirtile bile anne bebek bağlanmasının olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Tietz *et al.*, 2014; Behrendt *et al.*, 2016). Depresyon riski olan kadınların maternal bağlanma ve depresif semptomlarını araştıran başka bir çalışmada prenatal ve postnatal depresif belirtileri olan annelerin, bu belirtiyi göstermeyen annelere kıyasla olumsuz bağlanma riskinin sırayla 3 ve 3,97 kat fazla olduğu belirlenmiştir (Nieto, Lara and Navarrete, 2017) ir. Bu bulgular hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin, maternal depresif belirtileri olan ve maternal bağlanma yönünden riskli olan ya da olumsuz bağlanma göstergelerine sahip anneleri, izlem ve taramalarda belirleyip, uygun eylem planlarına dahil etmeleri gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle, annelerin hafif depresif semptomlar gösterebilir bile durumun ciddiyetinin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Çalışmamızda önemli bir diğer bulgu annelerin BaM 13 ve PHQ-9 ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,568$, $p<0,05$). Yani annelerin annelik memnuniyetleri arttıkça depresif belirtilerinin azaldığı görülmüştür.

PPD, annelerde ebeveynlik rolü ile ilgili sorumlulukları başarı ile yerine getirme yeteneklerini daha olumsuz değerlendirmeleriyle ilişkilendirilebilir (Molgora, Saita, Barbieri Carones, Ferrazzi and Facchin, 2022). PPD ve ebeveynlik yeterliliği birbirlerini çift yönlü etkileyebilir. Ayrıca depresif dönemlerdeki değersizlik, işlevsizlik ve umutsuzluk gibi bilişsel algılar zamanla annenin kendini daha yetersiz hissetmesine neden olacaktır. Annedeki bu yetersizlik hissi daha sonrasında da

depresyonun artmasına neden olacaktır (Goodman, Simon, McCarthy, Ziegler and Ceballos, 2022). Balbierz et al. (2015) çalışmalarında maternal depresif semptomları yüksek olan annelerin bebekleri için önerilen güvenlik uygulamalarına daha az uyduklarını belirtmişlerdir (Balbierz *et al.*, 2015). PPD’u olan annelerin sağlıklı annelere göre, bebekleriyle faaliyette bulunma (kitap okuma, şarkı söyleme, hikâye anlatma vs.) ve günlük rutinlerinde sağlıklı beslenme ve uyku uygulamalarına dikkat etmeme olasılığı 1,5 kat fazla bulunmuştur (Paulson, Dauber and Leiferman, 2006). Ebeveynler, Covid-19 pandemisi ile çok sayıda zorlukla karşı karşıya kalmışlardır. Covid-19 döneminde yapılan meta-analizler perinatal ve postpartum süreçte kadınlarda klinik olarak anlamlı depresyon ve anksiyete sorunlarının arttığını göstermektedir (Adrianto, Caesarlia and Pajala, 2022; Safi-Keykaleh *et al.*, 2022). Sosyal izolasyon, azalan sosyal destek, önlemlere bağlı yaşanan ekonomik stresler ve hanehalkı arasında etkileşimlerin artmasıyla yaşanan çatışmalar PPD’u artıran risk faktörleri olarak belirtilmektedir (Cameron *et al.*, 2020; Lebel, MacKinnon, Bagshawe, Tomfohr-Madsen and Giesbrecht 2020). Örneklemimizin toplandığı zaman dilimi göze alındığında annelerin hem gebelikleri hem de postpartum dönemleri Covid-19 önlemlerinin en yoğun olduğu zamanlara denk gelmektedir. Bu dönemde yaşanan izolasyonlarla okul, kreş ve işyerlerinin kapanması ile annenin hem ev içerisindeki diğer sorumluluklarının arttığı, hem de diğer çocuklarının eğitim ve öğretim süreçlerinin online devam ettirdiği ani değişimler yaşamasına neden olmuştur (Cameron *et al.*, 2020). Maternal depresif belirtileri olan annelerin, özellikle çocuklarının pandemi döneminde evde geçirdikleri zamanın önemli ölçüde arttığı göz önüne alındığında, ebeveynlik stresi, olumsuz ebeveynlik davranışları ve bebeği ile kalitesiz etkileşimler yaşamasına yol açtığı belirtilmektedir (Cameron *et al.*, 2020). Çalışmamızdaki annelerin sadece %27,3’ünün doğum sonrası destek aldığı düşünülürse sonuçlar bu bulguyu açıklar niteliktedir. Lee et al. (2022) küçük çocukları olan annelerin yüksek düzeydeki annelik sıkıntılarını araştırdıkları çalışmada annelik stresinin en önemli kaynağının depresif belirtiler olduğu, depresif annelerin annelik memnuniyetlerinin ciddi anlamda düşük olduğu bildirilmiştir (Lee *et al.*, 2022). Anne depresyonunun bebek mizacı ve annelik rolü üzerindeki etkilerini araştıran bir çalışmada tüm değişkenlerin annelik rolünü etkilediği belirlenmiştir. Çalışmada prenatal depresyonun postpartum depresyon için risk oluşturduğu, postpartum

depresyonun da zor bir bebek mizacı ya da algısına yol açtığı, bunun da annelik rolündeki olumsuzluklara neden olduğu bildirilmiştir (Rode and Kiel, 2016). Zhu ve ark. (2022) primipar annelerde ebeveynlik yeterlilik duygusu ve bunun altında yatan nedenleri araştırdıkları çalışmada, doğum sonrası erken dönemde ebeveynlik yeterlilik duygusu değişken olduğu bulunmuştur. Çalışmada doğum sonrası üçüncü ayda yapılan değerlendirmede kadınların annelik rollerini ve ebeveynlik görevlerini deneyimledikten sonra yeterlilik seviyelerinin düzeldiği görülmüştür (Zhu *et al.*, 2022). Ebeveynlik yeterliliği ve postpartum depresyon üzerine yapılan bir meta-analizde depresyon ve ebeveynlik yeterliliğinin güçlü bir şekilde birbirini yordadığı görülmüştür (Goodman *et al.*, 2022). Bizim çalışmamızda da depresif belirtiler ve annelik memnuniyeti arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Hemşirelerin anneliğe uyumun desteklenmesi yönünde gerekli girişimleri planlamasında annelik memnuniyeti ve maternal depresif semptomlar arasındaki bu bulgumuz önemli bir odak noktasıdır. Yapılan bir çalışmada annelerin artan depresyonunun, zorlu anne-çocuk etkileşimleri için daha fazla kendini suçlama gibi olumsuz bilişsel tepkiler verdikleri ve bu belirtileri olan annelerin bir ay sonra depresif belirtilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Derella and Milan, 2021). Bu noktada PPD riski taşıyan gebe ve annelerin erken dönemde belirlenip, ebeveynlik becerilerini artırma yönünde desteklenmesi ve anneliğe uyumu kolaylaştıracak etkili bakım hizmetlerinin verilmesi oldukça önemlidir.

Çalışmamızda önemli bir diğer bulgu ise annelerin BaM 13 ölçek toplam puanları ile MAI ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,316$, $p<0,05$). Yapısal eşitlik model analizinde de BaM 13 ölçek puanları ile MAI ölçek toplam puanları arasında üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negative yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir ($\beta=0.533$, $p<0.05$). Yani anne memnuniyetinin artmasıyla anne-bebek bağlanmasının olumlu yönde arttığı belirlenmiştir.

Annelik rolünün kazanılması gebelik ile başlayıp, adım adım ilerleyen ve her adımın birbiriyle etkileşerek tamamlanan doğum sonrası yaklaşık dört ay sonra kadının anne kimliğini kazanması ve kendini yetkin bir anne olarak tanımlaması ile tamamlanan bir

süreçtir (Meighan, 2013). Bebekleri ile etkileşime giren ve maternal bağlanma geliştiren annelerin annelik rolünü yetkin bir şekilde geliştirdiği, sergilediği ve yerine getirdiği bilinmektedir (Panthumas and Kittipichai, 2019). Mercer (2004) annelik rolündeki yetkinliğin ve bağlanmanın olumlu ve güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu belirtir. Ayrıca çalışmasında maternal bağlanma ve annelik doyumunun doğum sonrası dördüncü ayında zirveye ulaştığını da bildirmektedir (Mercer, 2004). Bu çalışmada annelik memnuniyetinin maternal bağlanma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir ($\beta=0.533$, $p<0.05$). Bir annenin bebeğine sevgi ile bağlanıp bakımını üstlenmesi, annelik rolünde yetkin hissetmesini, annelik kimliğinin gelişmesi ve annelik rolüne adaptasyonunda büyük önem taşımaktadır (Hockenberry, 2013; Köse ve ark., 2013; Menekşe ve Çınar, 2020; Rafii *et al.*, 2020). Maternal bağlanmanın gebelikten itibaren başladığı çalışmalarda bildirilmektedir (Çınar ve Köse, 2015; Menekşe ve Çınar, 2020). Çınar ve ark. (2022) yaptığı bir araştırmada prenatal dönemde düşük bağlanma geliştiren annelerin doğum sonrası maternal bağlanma düzeylerinin de düşük olduğu belirlenmiştir (Çınar *et al.*, 2022). Doğum sonrası maternal bağlanmanın maternal-fetal bağlanma ve depresif belirtilerle ilişkisini inceleyen bir çalışmada, maternal-fetal bağlanma ve depresif belirtilerin doğum sonrası maternal bağlanmanın önemli birer yordayıcısı olduğu saptanmıştır (Dubber *et al.*, 2015). Literatürde gebelikten itibaren verilen annelik rolü eğitimleri ile annelik yetkinliğinin ve doyumunun arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Kordi *et al.*, 2016, 2017; Fasanghari, Kordi and Asgharipour, 2019). Fakat çalışmalarda annelik rolüne uyum sağlamada verilen danışmanlık hizmetlerinin doğum sonrası maternal bağlanma sonuçlarına etkisine yönelik araştırmaların kısıtlı olduğu da dikkat çekmektedir. Bir çalışmada annelik yönü güçlü kadınların doğum sonrası maternal bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Oruç and Kukulu, 2022). Başka bir çalışmada prematüre bebeği olan annelere verilen anneliğe geçiş programının maternal bağlanma düzeyi ve annelik rolündeki yeterliliği geliştirebileceği belirlenmiştir (Korukcu and Kukulu, 2017). Erken çocukluk döneminde (0-36 ay) bağlanmanın desteklenmesi için yapılan uygulamaları inceleyen bir sistematik derlemede erken dönemde yapılan girişimlerin bağlanmayı olumlu etkilemesinin yanı sıra anne duyarlılığını da artırdığı tespit edilmiştir (Mountain, Cahill and Thorpe, 2017). Annelik rolü, kadının çocukluğundan itibaren kendi

annesinden öğrendiği bilgi, beceri ve tutumlarla şekillenir. Bebeđini dñnyaya getirmesi kendi annelik sñrecini başlatan bir dñnñmdñr (Çalışır, 2003; Yıldız ve Temuçin, 2015). Hamilelik ve doğum sonrası anne olmanın dinamiklerini araştıran bir çalışmada kişinin anne olarak kendi imajının, anne olarak annesinin imajının ve kişinin anneye bağlanma tarzına bağlı olarak geliştirdiği doğum sonrası maternal bağlanmanın arasında gñçlü bir etkileşim olduğu sonucu bildirilmektedir (Zdolska-Wawrzkieicz, Bidzan, Chrzan-Dętkoř and Pizuńska, 2020).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Maternal Bağlanma Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0.713 olarak bulundu ve çalışma grubumuz için oldukça güvenilirliğe sahip olduğu belirlendi.
- Anne Olma Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0.770 olarak bulundu ve çalışma grubumuz için oldukça güvenilirliğe sahip olduğu belirlendi.
- Hasta Sağlık Anketinin güvenilirlik katsayısı 0.789 olarak bulundu ve çalışma grubumuz için oldukça güvenilirliğe sahip olduğu belirlendi.
- Bu çalışmada 1-4 aylık sağlıklı bebeğe sahip olan annelerin MAI ve PHQ-9 ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=-0,217$, $p<0,05$). Annelerin maternal bağlanma düzeyi arttıkça maternal depresif semptomlarının azaldığı ya da depresif belirtilerinin artmasıyla maternal bağlanma düzeylerinin azaldığı görülmektedir.
- Çalışmamızda önemli bir diğer bulgu annelerin BaM 13 ve PHQ-9 ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,568$, $p<0,05$). Yani annelerin annelik memnuniyetleri arttıkça depresif belirtilerinin azaldığı görülmüştür.
- Çalışmamızda önemli bir diğer bulgu ise annelerin BaM 13 ölçek toplam puanları ile MAI ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,316$, $p<0,05$). Yapısal eşitlik model analizinde de BaM 13 ölçek puanları ile MAI ölçek toplam puanları arasında üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negative yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir ($\beta=0.533$, $p<0.05$). Yani anne memnuniyetinin artmasıyla anne-bebek bağlanmasının olumlu yönde arttığı belirlenmiştir.
- Çalışmamızda annelik memnuniyeti yüksek olan anneler arasında (BaM 13 puanı <9) anne olma yaşı ve evlenme yaşı ile BaM-13 arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Anne yaşı arttıkça annelik memnuniyeti de artmıştır.

- Çalışmamızda sosyodemografik değişkenler ile MAI ve PHQ-9 arasında istatistiksel olarak anlamlı etkisi görülememiştir ($p>0.05$).
- Yapısal eşitlik model analizinde PHQ-9 ölçeğinin MAI üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi görülememiştir ($\beta=0.054$, $p>0.05$).

Bu sonuçlar ışığında öneriler üç başlık altında toplanmıştır.

Hemşirelik uygulamaları için öneriler;

- Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar; maternal bağlanmanın psikolojik faktörlerden olumsuz etkilenebileceğini ve annelerin iyilik hallerini artırma yönünde yapılacak girişimlerin maternal bağlanmayı destekleyebileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle çalışma bulgularımız ve literatür sonuçları doğrultusunda antenatal dönemden itibaren riskli gebelerin izlemi, annelik becerilerinin geliştirileceği temel eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz.
- Yapısal eşitlik model analizinde annelik memnuniyetinin maternal bağlanma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri girişimleri planlarken annelik memnuniyetini artırmaya yönelik planlamalara ağırlık verebilir. Bu konuda anne ve sosyal çevresi ile iş birliği yapılabilir.

Hemşirelik eğitimi için öneriler;

- Hemşirelik Lisans ve Lisansüstü eğitimlerinde maternal bağlanmayı etkileyen faktörler, annelik memnuniyeti ve maternal depresif semptomlar üzerine seçmeli dersler ve seminerler verilebilir.
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersleri ve uygulamalarında öğrenci hemşirelere annelik rolü ve maternal bağlanmayı destekleyici uygulama ve yaklaşımlara yönelik eğitimlere daha fazla ağırlık verilebilir.

Hemşirelik araştırmaları için öneriler;

- Hemşirelik araştırmaları için annelik memnuniyeti, maternal bağlanma ve maternal depresif semptomlar farklı örneklemelerle yapılabilir.
- Bu ölçeklere ek diğer kişilik özellikleri ve kültürlerle olan etkileşimleri ölçülerek karşılaştırmalar yapılabilir.
- Annelik rolü ve maternal bağlanmanın nasıl etkilendiğini inceleyen longitudinal çalışmalar önerilmektedir.

6.1.ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ VE ZOR YÖNLERİ

- Sağlık profesyonelleri ve hemşirelik eğitimcileri için bu araştırma önemli bir veri kaynağıdır. Çalışmamızın güçlü yönü; annelik memnuniyeti, maternal bağlanma ve maternal depresif semptomların üçünü birlikte inceleyerek yapılan araştırmaya rastlanmamıştır, bu açıdan önemlidir.
- Bu çalışmadan elde edilen veriler sadece 1-4 aylık bebeği olan annelerle sınırlıdır, tüm dönemlere genellenemez. Daha sonraki süreçlerde de benzer çalışmalar yapılarak farklılıklar ve benzerlikler ortaya çıkartılabilir. Literatürde yapısal eşitlik modeli ile bu üç ölçeğin birbiri ile ilgisini araştıran başka bir çalışma olmadığı için tartışma bu yönü ile sınırlı kalmıştır. Birebir benzer çalışmalar olmadığı için tartışmada mevcut kaynaklarla yapılmıştır. Bu araştırmamızın bir sınırlılığıdır.

KAYNAKÇA

- Abbasi S, Chuang CH, Dagher R, Zhu J, Kjerulff K. (2013) Unintended pregnancy and postpartum depression among first-time mothers. *Journal of Women's Health*, 22(5): 412–416.
- Abdollahi F, Zarghami M. (2018). Effect of postpartum depression on women's mental and physical health four years after childbirth', *Eastern Mediterranean Health Journal* 24(10): 1002-1009.
- Abuhammad S. (2020) Predictors of maternal attachment among breastfeeding mothers in Jordan. *Nursing Open*, 8(1): 123-129.
- Abuhammad S, Johnson T. (2021). Breastfeeding and maternal attachment during infancy period among Jordanian mothers: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 66: 102395.
- Adrianto N, Caesarlia J and Pajala FB. (2022). Depression in pregnant and postpartum women during COVID-19 pandemic: systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology Science*, 65(4): 287–302.
- Ainsworth MS. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10): 932–937.
- Akbulut Ö. (2021). Çok Değişkenli ve Farklı Ölçekli Araştırmalarda Örneklem Büyüklüğünün Tespiti. *Hayvan Bilimi ve Ürünleri Dergisi*, 4(2): 199 – 215.
- Alba BM. (2021). CE: Postpartum Depression: A Nurse's Guide. *American Journal of Nursing*, 121(7):32-43.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed, Çeviren: Köroğlu E. (2001). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, ss: 152-53.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™*. 5th ed, Çeviren: Köroğlu E, Yayın Birliği, Ankara.
- Anokye, R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. (2018). Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of General Psychiatry*, 17:18.

- Arı S. (2012). *Anne Bebek Bağlanması ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Neslihan Keser Özcan).
- Asaye MM, Muche HA and Zelalem ED. (2020). Prevalence and Predictors of Postpartum Depression: Northwest Ethiopia. *Psychiatry Journal*, 2020.
- Aslan E. (2017). Lohusalık Döneminde Psikososyal Adaptasyon. İçide: *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. N. Kızılkaya Beji (ed.) 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s: 463–474.
- Ay F. (2018). Postpartum depression and the factors affecting it: 2000-2017 Study results. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3):147-152
- Badr LK. (2018). Is the Effect of Postpartum Depression on Mother-Infant Bonding Universal?. *Infant Behavior and Development*, 51: 15–23.
- Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. 2022 Jun 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing (ebook).
- Balbierz A, Bodnar-Deren S, Wang JJ, Howell EA. (2015) ‘Maternal Depressive Symptoms and Parenting Practices 3-Months Postpartum’, *Maternal and Child Health Journal*, 19(6):1212-1219.
- Beeghly M, Partridge T, Tronick E, Muzik M, Rahimian Mashhadi M, Boeve JL, Irwin JL. (2017). Associations between early maternal depressive symptom trajectories and toddlers’ felt security at 18 months: are boys and girls at differential risk?. *Infant Mental Health Journal*, 38(1):53-67.
- Behrendt HF, Konrad K, Goecke TW, Fakhrabadi R, Herpertz-Dahlmann B, Firk C. (2016). Postnatal Mother-to-Infant Attachment in Subclinically Depressed Mothers: Dyads at Risk?’, *Psychopathology*, 49(4):269-276.
- Bilgin Z, Ecevit Alpar Ş. (2018). Kadınların Maternal Bağlanma Algısının Annelik Rolü ile İlişkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1): 6-15.
- Bobevski I, Rowe H, Clarke DM, McKenzie DP, Fisher J. (2014). Postnatal demoralisation among women admitted to a hospital mother-baby unit: validation of a psychometric measure. *Archives of Women’s Mental Health*, 18(6): 817-27.

- Borra C, Iacovou M, Sevilla A. (2015). New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4): 897–907.
- Bowlby J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International journal of psycho-analysis*, 39(5): 350–373.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss*. 2nd, New York: Basic Books.
- Bowlby John. (1988). *A secure base : clinical applications of attachment theory*, Routledge. London, Taylor and Francis.
- Boybay Koyuncu S, Yayan EH. (2022). Effect of Postpartum Yoga on Breastfeeding Self-Efficacy and Maternal Attachment in Primiparous Mothers. *Breastfeeding Medicine*, 17(4): :311-317.
- Boztepe H, Ay A, Kerimoğlu Yıldız G, Çınar S. (2016). Does the visibility of a congenital anomaly affect maternal–infant attachment levels?. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 21(4): 200-211.
- Bretherton I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5): 759.
- Brummelte S, Galea LAM. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77: 153–166.
- Çalışır H. (2003). *İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir (Danışman: Doç.Dr. Zümrüt Başbakal).
- Cameron EE, Joyce KM, Delaquis CP, Reynolds K, Protudjer JLP, Roos LE. (2020). Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 276: 765-774.
- Çınar N, Köse D, Altınkaynak S. (2015). The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 25(4): 271-5.
- Çınar N, Sözeri C, Dede c, Cevahir R. (2010) 'Anne Ve Bebeğin Aynı Odada Uyumasının Emzirmeye Etkisi', *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 235–241.

- Çınar N, Yalnızoğlu Çaka S, Topal S, Uslu Yuvacı H. (2022) ‘Relationship between prenatal and maternal attachment: a longitudinal study from Turkey’, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(2): 220-227.
- Çınar N, Köse D. (2015). Aile-Bebek Bağlanma Süreci. İçinde: *Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı*. Kuşuoğlu S, Demirbağ BC (eds) Birinci Baskı, Ankara: Akademisyen Kitapevi, ss: 173–182.
- Closa-Monasterolo R, Gispert-Llaurado M, Canals J, Luque V, Zaragoza-Jordana M, Koletzko B, Grote V, Weber M, Gruszfeld D, Szott K, Verduci E, ReDionigi A, Hoyos J, Brasselle G, Escribano Subías J. (2017). The Effect of Postpartum Depression and Current Mental Health Problems of the Mother on Child Behaviour at Eight Years. *Maternal and Child Health Journal*, 21(7): 1563-1572.
- Condon JT, Corkindale C. (1997) *The correlates of antenatal attachment in pregnant women*, *British Journal of Medical Psychology*, 70 (4):359-72.
- Cooklin AR, Amir LH, Nguyen CD, Buck ML, Cullinane M, Fisher JRW, Donath SM. (2018). Physical health, breastfeeding problems and maternal mood in the early postpartum: a prospective cohort study. *Archives of Women’s Mental Health*, 21(3): 365-374.
- Corrigan L, Moran P, McGrath N, Eustace-Cook J, Daly D. (2022). The characteristics and effectiveness of pregnancy yoga interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* , 22(1): 250.
- Cranley M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30(5):281-4.
- Delavari M, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. (2018). The relationship of maternal–fetal attachment and depression with social support in pregnant women referring to health centers of Tabriz–Iran, 2016. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, :2450-2456.
- Deliktas A, Korukcu O, Kukulu K. (2015). Farklı Gruplarda Annelik Deneyimi. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5(4): 274-283.

- Dennis CL, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. (2020). Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 216(4):189-196.
- Derella OJ, Milan S. (2021). I Felt Like a Terrible Mom: Parenting-Related Cognitive Processes Maintaining Maternal Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 30(10): 2427–2439.
- Dinç Ş. Balcı S. (2021). Baba-Bebek Bağlanma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(1): 8–17.
- Dişli D, Mecdi Kaydırak M. (2021). Kanıt Temelli Yaklaşım Perspektifinde Postpartum Bakımın Optimizasyonu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2): 143–151.
- Doğan D. (2019). SmartPLS ile Veri Analizi. Zet Yayınları, İkinci Baskı, Ankara, s: 51.
- Doğan Yükseköl Ö, Çoban Arguvanlı S. (2014). Başer M. Annelik Hüznü ve Hemşirelik. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1): 56-61.
- Dokuhaki A, Akbarzadeh M, Pishva N, Zare N. (2017). A study of the effect of training pregnant women about attachment skills on infants' motor development indices at birth to four months. *Family Medicine and Primary Care Review*, 19(2): 114–122.
- Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2): 187-195.
- Durualp E, Kaytez N, Aykanat Girgin B. (2017). Evlilik doyum ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2): 129-138.
- Edinoff AN, Odisho AS, Lewis K, Kaskas A, Hunt G, Cornett EM, Kaye AD, Kaye A, Morgan J, Barrilleaux PS, Lewis D, Viswanath O, Urits I. (2021). Brexanolone, a GABA A Modulator, in the Treatment of Postpartum Depression in Adults: A Comprehensive Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12:699740.

- Erbay E, Topal S, Tiryaki Ö, Çınar N. (2018). Annelik Deneyimi ile Çocuk Sevmeye Düzeyi arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3):34–33.
- Erdoğan A, Hocaoglu Ç. (2020). Doğum Sonrası Depresyonun Tanı ve Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 11(39): 31-37.
- Eslaminia T, Kaviani M, Akbarzadeh M. (2022). Maternal-Neonatal Attachment in Intended and Unintended Pregnancies during the First 24 Hours after Childbirth. *J Caring Sci*, 11(2): 64–70.
- Fasanghari M, Kordi M, Asgharipour N. (2019). Effect of maternal role training program based on Mercer theory on maternal self-confidence of primiparous women with unplanned pregnancy. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(4).
- Ferketich SL, Mercer RT. (1994). Predictors of paternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43(2): 80-5.
- Flynn HA, Sexton M, Ratliff S, Porter K, Zivin K. (2011). Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services. *Psychiatry Research*, 187(1–2): 130-4.
- Goodman SH, Simon H, McCarthy L, Ziegler J, Ceballos A. (2022) ‘Testing Models of Associations Between Depression and Parenting Self-efficacy in Mothers: A Meta-analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(3): 471–499.
- Gümüşsoy S, Çelik NA, Güner Ö, Kıratlı D, Atan ŞÜ, Kavlak O. (2020). Investigation of the Relationship Between Maternal Attachment and Breastfeeding Self-Efficacy and Affecting Factors in Turkish Sample. *Journal of Pediatric Nursing*, 54: e53–e60.
- Hair JF, Risher JJ, Sarstedt M, Ringle CM. (2019). When to Use and How to Report the Results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31(1): 2-24.
- Hakanen H, Flykt M, Sinervä E, Nölvi S, Kataja EL, Pelto J, Karlsson H, Karlsson L, Korja R. (2019). How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction?. *Journal of Affective Disorders*, 257: 83–90.

- Hariri N. (2015). *Measuring and Understanding Various Aspects of Postpartum Distress in Makkah, Saudi Arabia*. The University of New South Wales, School of Public Health and Community Medicine, PhD Thesis, Australia.
- Harlow HF, Zimmermann RR. (1958). The development of affective responsiveness in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102(5): 501-509.
- Hildingsson I, Rubertsson C. (2021). How do pregnant women's perceptions of obstetric forceps change according to their demographic background: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22: 66.
- Hira S. (2019). *Adölesan Annelerin Bebek Bakımı Hakkındaki Öz güvenleri ile Annelik Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya (Danışman: Prof. Dr. Nursan Çınar).
- Hitt JM, Martin AS, Dietrich JE, Ahmed N, Lee GT. (2021). How do pregnant women's perceptions of obstetric forceps change according to their demographic background: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21: 371.
- Höbek Akarsu R, Rathfisch G. (2019). Gebelik Yogasının Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri: Bir Sistemik Derleme. *Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 43 – 53.
- Hockenberry MJ. (2013). Family Influences on Child Health Promotion. In: *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Hockenberry MJ, Wilson D. (eds). 9th edn. United States of America: Elsevier, pp. 23–42.
- Hwa PS, Ja JK. (2021). Development and Evaluation of the Parenting Support Group Program for Mothers with Infants. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 32(1): 40-50.
- Kavlak O, Şirin A. (2007). Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23(2): 183-194.
- Kavlak O, Şirin A. (2009). The Turkish version of maternal attachment inventory. *Journal of Human Sciences*, 6(1): 188–202.
- Kızılkaya Beji N, Aydın Özkan S. (2017). Gebelikte Görülen Fizyolojik/Psikolojik Değişiklikler. İçinde: *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve*

- Hastalıkları*. Kızılkaya Beji N. (ed.) İkinci Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, ss: 285–306.
- Kim EJ, Cho MJ, Kim MJ. (2021). Mothers' parenting stress and neighborhood characteristics in early childhood (Ages 0–4)', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5): 2648.
- Kjeldsen MZ, Bricca A, Liu X, Frokjaer VG, Madsen KB, Munk-Olsen T. (2022). Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review protocol. *Syst Rev*, 15;11(1):68.
- Koç Ö, Özkan H, Bekmezci H. (2016). Annelik rolü ve ebeveynlik davranışı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 6(2): 143-150.
- Kolukıncık Ü, Şimşek H, Ergör A. (2019). Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1): 1-8.
- Kordi M, Fasanghari M, Asgharipour N, Esmaily H. (2016). Effect of a maternal role training program on postpartum maternal role competence in nulliparous women with unplanned pregnancy. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 25: 124-134.
- Kordi M, Fasanghari M, Asgharipour N, Esmaily H. (2017) 'The effect of maternal role training program on role attainment and maternal role satisfaction in nulliparous women with unplanned pregnancy. *J Educ Health Promot.*, 6:61.
- Korukcu O, Kukulu K. (2017). The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. *Health Care for Women International*, 38(7):765-785.
- Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. (2013). Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci. *Sted*, 22(6): 238 – 244.
- Kossakowska K, Bielawska-Batorowicz E. (2022). Postpartum Depressive Symptoms and Their Selected Psychological Predictors in Breast-, Mixed and Formula-Feeding Mothers. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 813469.
- Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Kogevinas M, Chatzi L. (2018). Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants

- of postpartum depression: The Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3): 244-255.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9): 606-13.
- Küçükarslan S. (2019). Yoğun Bakimda Bebeği Yatan Annelerin Annelik Memnuniyeti ve İlişkili Faktörler. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Nursan Çınar).
- Lai YL, Hung CH, Stocker J, Chan TF, Liu Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal–infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*, 28(2): 116–120.
- Laney EK, Lewis Hall E, Anderson TL, Willingham MM. (2015). Becoming a Mother: The Influence of Motherhood on Women’s Identity Development. *Identity*, 15(2): 126-145.
- Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277: 5-13.
- Lee JY, Park SE, Kim YM, Cho HJ, Khang YH. (2022). An analysis of the very high level of maternal distress experienced by South Korean women with young children. *PloS one*, 17(9): e0274016.
- Lin YH, Chen CM, Su HM, Mu SC, Chang ML, Chu PY, Li SC. (2019). Association between postpartum nutritional status and postpartum depression symptoms. *Nutrients*, 11(6): 1204.
- Liu TC, Peng HC, Chen C, Chen CS. (2022). Mode of Delivery Is Associated with Postpartum Depression: Do Women with and without Depression History Exhibit a Difference?. *Healthcare*, 10(7): 1–12.
- Matsumura K, Hamazaki K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Inadera H (2019). Education level and risk of postpartum depression: Results from the Japan Environment and Children’s Study (JECS). *BMC Psychiatry*, 19(1): 419.
- Matthey S. (2011). Assessing the experience of motherhood: The Being a Mother Scale (BaM-13). *Journal of Affective Disorders*, 128(1–2): 142-52.

- McCarter DE, Demidenko E, Sisco TS, Hegel MT. (2019) 'Technology-assisted nursing for postpartum support: A randomized controlled trial', *J Adv Nurs*, 75(10): 2223–2235.
- McNamara J, Risi A, Bird AL, Townsend ML, Herbert JS. (2022). The role of pregnancy acceptability in maternal mental health and bonding during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1): 267.
- Meighan M. (2013). Mercer's Becoming a Mother Theory in Nursing Practice. In: *Nursing Theory: Utilization & Application*. Martha Raile (Ed.), 5nd, Mosby, New York.
- Menekşe D, Çınar N. (2020). Anne Bebek Bağlanması. İçinde: *Anne ve Çocuk Sağlığı İlk 1000 Gün*. Çınar N, Şahin S. (eds). Ankara: Akademisyen Kitapevi, ss: 425–451.
- Mercan YI, Tari Selçuk K. (2021). Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women'. *PLoS One*, 16(4): e0249538.
- Mercer R, Ramona T. (1985). The Process of Maternal Role Attainment over the First Year. *Nursing Research*, 34(4): 198-203.
- Mercer RT. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2):73-7.
- Mercer RT. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment', *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3):226-32.
- Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. (2020). Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8): 2725.
- Molgora S, Saita E, Barbieri Carones M, Ferrazzi E, Facchin F. (2022). Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3): 1553.
- Moon R, Carlin R, Hand I. (2022). AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome; AAP Committee on Fetus and Newborn. Sleep-Related Infant

- Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*, 150(1): 1–22.
- Mountain G, Cahill J, Thorpe H. (2017). Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis', *Infant Behavior and Development*, 46(14):32.
- Müller ME. (1994). A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *Journal of nursing measurement*, 2(2): 129-41.
- Mutlu B, Erkut Z, Yıldırım Z, Gündoğdu N. (2018). A review on the relationship between marital adjustment and maternal attachment. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 64(3):243-252.
- Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer RG. (2015). Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(6): 442 – 450.
- Nacar E, Gökkaya F. (2019). Bağlanma ve Maternal Bağlanma Konusunda Bir Derleme, *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology*, 1(1):50-56.
- Nelson AM. (2003). Transition to motherhood. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*. 32(4): 465-477.
- Nieto L, Lara MA, Navarrete L. (2017). Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression. *Maternal and Child Health Journal*, 21(6):1250-1259.
- Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175: 34–52.
- Oruç M, Kukulu K. (2022). The relationship between maternal function and maternal attachment of women during the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(3): 288-298.
- Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. (2017). Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4):420-428.

- Özdemir K, Başkaya Y, İdare A. (2021). Annelerin Maternal Bağlanma Düzeyleri ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(1): 638–642.
- Özgen D. (2016). *Sağlıklı ve Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma*. Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya (Danışman: Prof. Dr. Nursan Çınar).
- Özkan M, Mercan Başpınar M, Güleç Geylani S, Basat O. (2022). Yeni Doğan Bebek Annelerinde Emzirme Başarısı Ve İlgili Faktörlerin Kesitsel Bir Değerlendirmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(2): 209–217.
- Porreca A, Parolin M, Bozza G, Freato S, Simonelli A. (2017). Infant Massage and Quality of Early Mother-Infant Interactions: Are There Associations with Maternal Psychological Wellbeing, Marital Quality, and Social Support?. *Frontiers*, 7:2049.
- Pan WL, Chang CW, Chen SM, Gau ML. (2019). Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood-a randomized control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1): 346.
- Panthumas S, Kittipichai W. (2019). Validation of the Maternal Identity Scale for Primiparous Thai Teenage Mothers. *Asian Nursing Research*, 13(1): 69-75.
- Pao C, Guintivano J, Santos H, Meltzer-Brody S. (2019). Postpartum depression and social support in a racially and ethnically diverse population of women. *Archives of Women's Mental Health*, 22(1): 105-114.
- Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. (2006) 'Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior', *Pediatrics*, 118(2): 659-68.
- Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. (2020). Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 138:110259.
- Rafii F, Alinejad-Naeini M, Peyrovi H. (2020). Maternal Role Attainment in Mothers with Term Neonate: A Hybrid Concept Analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 25(4): 304–313.

- Rajabi A, Maleki A, Dadashi M, Karami Tanha F. (2021). The Effect of Problem-Solving-Approach-Based Counselling on Maternal Role Adaptation in Women with Late Preterm Infant: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 10(2): 62-69.
- Rode JL, Kiel EJ. (2016). The mediated effects of maternal depression and infant temperament on maternal role. *Archives of Women's Mental Health*, 19(1): 133-140.
- Da Rosa KM, Scholl CC, Ferreira LA, Trettim JP, da Cunha GK, Rubin BB, Martins RDL, Motta JVDS, Fogaça TB, Ghisleni G, Pinheiro KAT, Pinheiro RT, Quevedo LA, de Matos MB. (2021). Maternal-fetal attachment and perceived parental bonds of pregnant women. *Early Human Development*, 154: 105310.
- Rubin R. (1967). Attainment of the maternal role: Part I. Processes', *Nursing Research*, 16(3): 237-245.
- Rubin R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. *American Journal of Nursing*; 84(12): 1480.
- Safi-Keykaleh M, Aliakbari F, Safarpour H, Safari M, Tahernejad A, Sheikhbardsiri H, Sahebi A. (2022). Prevalence of postpartum depression in women amid the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 157(2):240-247.
- Şahin Ö, Koç EM, Aksoy H. (2021). 6 Hafta-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Sosyodemografik Risk Faktörleri. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 25(2): 123–131.
- Sandre A, Freeman C, Renault H, Humphreys KL, Weinberg A. (2022). Maternal symptoms of depression and anxiety during the postpartum period moderate infants' neural response to emotional faces of their mother and of female strangers. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 22(6): 1370–1389.
- Sarı YE, Kökoğlu B, Balcıoğlu H, Bilge U, Çolak E, Ünlüoğlu İ. (2016) 'Turkish reliability of the patient health questionnaire-9', *Biomedical Research (India)*, 2016(Special Issue 1).
- Seefeld L, Weise V, Kopp M, Knappe S, Garthus-Niegel S. (2022). Birth Experience Mediates the Association Between Fear of Childbirth and Mother-Child-

- Bonding Up to 14 Months Postpartum: Findings From the Prospective Cohort Study DREAM. *Frontiers in Psychiatry*, 12:776922.
- Servet Yilmaz M, Akgün Kostak M. (2021). Prematüre Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Postpartum Depresyon ve Maternal Bağlanma Düzeyleri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2): 1–79.
- Sevimli Güler D. (2016). *Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Annelik Deneyimleri Arasındaki İlişki*. Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya (Danışman: Prof. Dr. Nursan Çınar).
- Sevimli Güler D, Çınar N. (2022). The Relationship Between the Social Support Perceived by the Mothers and Their Motherhood Experience. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(1): 1-10.
- Shidhaye P, Shidhaye R, Phalke V. (2017). Association of gender disadvantage factors and gender preference with antenatal depression in women: a cross-sectional study from rural Maharashtra. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6): 737-748.
- Shrooti S, Mangala S, Nirmala P, Devkumari S, Dharanidhar B. (2016). Perceived maternal role competence among the mothers attending immunization clinics of Dharan, Nepal. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(2): 100-6.
- Simhi M, Sarid O, Cwikel J. (2019). Preferences for mental health treatment for postpartum depression among new mothers. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(1): 84.
- Sinha B, Sommerfelt H, Ashorn P, Mazumder S, Taneja S, More D, Bahl R, Bhandari N. (2021). Effect of Community-Initiated Kangaroo Mother Care on Postpartum Depressive Symptoms and Stress among Mothers of Low-Birth-Weight Infants: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 4(4): e216040.
- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. (2019) ‘Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women’s Health*, 15:1745506519844044.

- Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142: 104956.
- Song JE, Roh EH, Chae HJ, Kim T. (2022). Ecological factors influencing parenting self-efficacy among working mothers with a child under 36 month old in South Korea: a cross-sectional and correlational study. *BMC Womens Health*, 22(1):62.
- Stark EL, Shim J, Ross CM, Miller ES. (2021). The Association between Positive Antenatal Depression Screening and Breastfeeding Initiation and Continuation. *American Journal of Perinatology*, 38(2): 171-175.
- Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. (2003) *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions*.
- Stuart-Parrigon K, Stuart S. (2014). Perinatal Depression: An Update and Overview. *Curr Psychiatry Rep.*, 16(9):468.
- Suarez C, Adair P, Doherty N, McCormack D. (2022). Exploring Adjustment and Parent-Infant Relations in Mothers of Premature Infants: Thematic Analysis Using a Multisensory Approach. *J Pediatr Psychol*, 47(7): 827–839.
- Sylvén SM, Papadopoulos FC, Mpazakidis V, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. (2011). Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3): 195-201.
- Tan Y, Şahin EM, Yurdakul F, Çetin H. (2019). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesinde Peripartum Depresyon Yaygınlığı ve Sosyodemografik Faktörler ile İlişkisi. *Troia Med J*. 1(3): 98-104.
- Tietz A, Zietlow AL, Reck C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5): 433-42.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018) *TNSA, Hacettepe University of Population Studies*.
- Uçakçı Asaioğlu C, Ercan F, Erdem E, Tüfekci Akcan A. (2020) 'Kadınların Anneliğe İlişkin Görüşleri', *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(75): 1546-1561.

- Velloza J, Njoroge J, Ngure K, Thuo N, Kiptinness C, Momanyi R, Ayub S, Gakuo S, Mugo N, Simoni J, Heffron R. (2020). Cognitive testing of the PHQ-9 for depression screening among pregnant and postpartum women in Kenya. *BMC Psychiatry*, 20(1): 31.
- Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MMD, Silva IA. (2018). Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: A cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26: e3035.
- Wheeler BJ. (2013). Health Promotion of the Newborn and Family. In: *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Hockenberry MJ and Wilson D. (eds) 9th edn. United States of America: Elsevier, pp. 185–227.
- Wong KKK. (2013). Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) Techniques Using SmartPLS. *Marketing Bulletin*, 24(1): 1-32.
- World Health Organization (2022) *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Çeviren: Öztürk MO, Uluğ B. (1993). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara.
- Xayyabouapha A, Sychareun V, Quyen BTT, Thikeo M, Durham J. (2022). Prevalence and Risk Factors Associated With Postpartum Depressive Symptoms Among Women in Vientiane Capital, Lao PDR. *Frontiers in Public Health*, 10: 791385.
- Yawn BP, Pace W, Wollan PC, Bertram S, Kurland M, Graham D, Dietrich A. (2009). Concordance of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to assess increased risk of depression among postpartum women. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 22(5): 483-91.
- Ye Z, Wang L, Yang T, Chen LZ, Wang T, Chen L, Zhao L, Zhang S, Luo L, Qin J. (2022). Gender of infant and risk of postpartum depression: a meta-analysis based on cohort and case-control studies. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(13):2581-2590.

- Yıldız A, Temuçin ED. (2015). Ailede Rol Dağılımı. İçinde: *Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı*. S. Kuşuoğlu ve B.C. Demirbağ (eds) Birinci Baskı, Ankara: Akademisyen Kitapevi, ss: 22–32.
- Yurdakul, T. (2015). Sıfır-Bir Yaş Bebek Sahibi Annelerde, Doğum Sonrası Depresif Semptom Taramasında; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Hasta Sağlık Anketi'nin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen Ceyhan Peker).
- Zdolska-Wawrzekiewicz A, Bidzan M, Chrzan-Dętkoś M, Pizuńska D.. (2020). The dynamics of becoming a mother during pregnancy and after childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1): 57.
- Zengin H, Çınar N. (2022). Designing dress (Sarbebe) for kangaroo care, the effect of kangaroo care provided with this dress on mother and newborn's comfort. *Health Care for Women International*, 43(6): 642–666.
- Zengin S. (2019). Normal ve Riskli Gebelerin Doğum Sonrası Dönemde Anneliğe Uyumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (Danışman: Doç. Dr. Sevil Şahin).
- Zhang H, Su Q, Yao D, Wang S, Dang S, Ding D, Zhu Z, Shao S, Li H. (2017). Prolactin, a potential mediator of reduced social interactive behavior in newborn infants following maternal perinatal depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 215: 274–280.
- Zhao L, Chen J, Lan L, Deng N, Liao Y, Yue L, Chen I, Wen SW, Xie RH. (2021). Effectiveness of telehealth interventions for women with postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*, 9(10):e32544.
- Zhao XH, Zhang ZH. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53: 102353.
- Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, Sánchez SE, García PJ, Sánchez E, Barrios YV, Simon GE, Henderson DC, Cripe SM, Williams MA. (2014). Comparative

performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 162:1-7.

Zhu Y, Zhou X, Yin X, Qiu L, Sun N, An R, Gong Y. (2022). Parenting sense of competence and its predictors among primiparous women: a longitudinal study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1):548.



Ek 4

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız:

2. Evlenme Yaşınız:

3. Eğitim Durumunuz:

Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐

4. Çalışıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

5. Mesleğiniz?

6. Eşinizin Yaşı:

7. Eşinizin eğitim durumu?

Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐

8. Eşiniz çalışıyor mu?

Evet ☐ Hayır ☐

9. Eşinizin mesleği?

10. Sosyal güvence durumunuz?

11. Ekonomik durum tanımlamanızı nasıl yaparsınız?

☐ Gelir giderden fazla (iyi)

☐ Gelir gidere eşit (orta)

☐ Gelir giderden az (kötü)

12. Toplam gebelik sayınız?

13. Yaşayan çocuk sayınız?

14. Düşük yaptınız mı?

☐ Evet / kez.

☐ Hayır

15. Küretaj oldunuz mu?

☐ Evet / kez

☐ Hayır

16. Ölü doğum yaptınız mı?

☐ Evet / kez

☐ Hayır

17. Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

☐ Evet

☐ Hayır

18. Doğum şekliniz nedir?

☐ NSD

☐ C/S

19. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

☐ Kız

☐ Erkek

20. Bebek istenilen cinsiyette miydi?

☐ Evet

☐ Hayır

21. Gebeliğiniz spontan mı (kendiliğinden), yardımcı üreme tekniği ile mi ya da aile planlaması yöntemi kullanırken mi gebe kaldınız?

22. Gebelik boyunca bir sorun yaşadınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Evet

23. Doğum ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Evet

24. Doğum sonunda bir sorun yaşadınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Evet

25. Doğum sonrası dönemde bebeğiniz ile alakalı bir sorun yaşadınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Evet

26. Bebeğinizi ne ile besliyorsunuz/beslediniz?

Anne sütü ☐ Formül Mama ☐ Diğer ☐

27. Bebeğinizi ilk ne zaman beslediniz?

28. Daha önce hiç bebek baktınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

29. Bebek bakımı ile ilgili destek alıyor musunuz? Evet ise kimden destek alıyorsunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır

Evet

30. Hangi konularda destek aldınız&alıyorsunuz?

Ek 5

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9				
Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? (Cevabınızı Yuvarlak İçine Alınız)	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazla	Hemen hemen her gün
1. Birşeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz – veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine – normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıvr kıvr veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız veya bir şekilde kendinize zara verseniz daha iyi olacağınız düşünceleri	0	1	2	3
	0 +.....+.....+..... <i>Ofis kodlaması için</i> =Toplam Skor:.....			
Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?				
Hiç zorluk yaratmadı	Oldukça zorluk yarattı	Çok zorluk yarattı	Aşırı derecede zorluk yarattı	
.....				

Ek 6

MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir 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 istiyorum	a	b	c	d
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

a=4 puan, b=3 puan, c=2 puan, d=1 puan

Ek 7

ANNE OLMA ÖLÇEİ. (BaM-13)

Adınız, soyadınız:.....Yaşınız:.....

Anne Olma Yaşınız:.....

Bebğiniz/çocuğunuz kaç yaşında.(Hafta/Ay/Y.l):.....

Başka çocuğunuz var m.?-----Varsa kaç yaşlarında: -----

Aşağıda tanımladığımız öğeler sizin annelik deneyiminizi anlamamıza yardımcı olacaktır.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Verdiğiniz cevap kendinizi nasıl hissettiğinizi anlamamıza olanak sağlar.

Her soru için son 2-3 haftalık zaman diliminde neler hissettiğinizi düşünün.

Lütfen sizi en iyi ifade eden her cevap için bir öğenin altını çizin.

Geçtiğimiz 2-3 haftalık zaman dilimi;

1. Bebeğim olduğunda bakabileceğimden emindim.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Hayır, çok sık değil

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

2. Bebeğime bakmaya başladıktan sonra gebelik öncesi hayatımı özledim.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

3.Bebğim ağladığında bu durumla baş etmekte zorlandım.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

4.Kendimi bebeğime yakın hissettim.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Hayır, çok sık değil

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

5. Kendimi yalnız ve izole hissettim.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

6.Bu süreçten sıkıldım.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

7. Desteklenmediğimi hissettim.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

8. Yardıma ihtiyacım olduğunda çevremdekilerden yardım isteyebildim.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Hayır çok sık değil

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

9. Bebeğim etrafımda olduğunda kendimi gergin ve huzursuz hissettim.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

10. Bebeğimin başıma kötü şeyler gelebileceği konusunda endişelendim.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

11. Bebeğin varlığı beni rahatsız ediyordu.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

12. Diğer anneler kadar iyi olmadığımı düşünüyorum bu yüzden endişeleniyorum.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

13. Kendimi suçlu hissetmiştim

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman

Hayır, çok sık değil

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

Ek-Maternal bağlanma ölçek izni

Sayın araştırmacı;

Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MAI kişinin kendisinin uyguladığı bir ölçek olduğu için, **okuma- yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen** kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. Her bir madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4’lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Her Zaman (a)= 4 puan, Sık Sık (b)=3 puan, Bazen(c)=2 puan ve Hiçbir Zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır.

Maternal Bağlanma Ölçeği **en az postpartum bir aylık bebeği** olan annelere uygulanır. Gebelere ve postpartum bir aydan önce uygulanmaz. Lütfen çalışmanızda belirtilen koşullara dikkat ederek uygulayınız.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Oya Kavlak