



**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN
ANNELERİN ÖZ ŞEFKAT, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ
İLE ANNE-BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Kader ALTAY OĞAN

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gamze YILMAZ

AĞRI-2025

(Her hakkı saklıdır.)

T.C.
AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Kader ALTAY OĞAN

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN
ANNELERİN ÖZ ŞEFKAT, DEPRESYON VE ANKSİYETE
DÜZEYLERİ İLE ANNE-BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Gamze YILMAZ

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

Doç. Dr. Burcu DEMİR GÖKMEN

AĞRI-2025

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI
LİSANASÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum “**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde Bebeği Yatan Annelerin Öz Şefkat, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**” adlı tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

25/07/2025

Kader ALTAY OĞAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	V
TEŞEKKÜR.....	VII
TABLolar LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yenidoğan.....	4
2.1.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi.....	5
2.1.2 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünite Düzeyleri.....	6
2.2.Öz Şefkat.....	7
2.2.1. Şefkat.....	7
2.2.2. Öz Şefkat Kavramı.....	8
2.3. Depresyon.....	13
2.3.1.Depresyon Kavramı ve Çeşitleri.....	13
2.3.2.Doğum Sonu Depresyonun Tanımı.....	14
2.3.3. Doğum Sonu Depresyonun Sınıflandırılması.....	15
2.3.4. Doğum Sonu Depresyonda Hemşirelerin Sorumlulukları.....	19
2.4. Anksiyete.....	21
2.4.1.Anksiyetenin Tanımı ve Nedenleri.....	21
2.4.2.Anksiyete Belirtileri.....	23
2.4.3.Anksiyete Düzeyleri.....	24
2.4.4. YYBÜ’de Bebeği Yatan Ebeveynlerde Anksiyetede Hemşirelik Yaklaşımları.....	25
2.5. Anne-Bebek Bağlanması.....	26
2.5.1. Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler.....	29
2.5.2. Anne - Bebek Bağlanmasında Hemşirenin Rolü.....	31
3.MATERYAL ve YÖNTEM.....	36
3.1.Araştırmanın Tipi.....	36
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	36

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	36
3.4. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri.....	38
3.4.1. Anne-Bebek Tanıtıcı Özellikler Formu.....	38
3.4.2. Öz Şefkat Ölçeği.....	38
3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	38
3.4.4. Durumluk Anksiyete Ölçeği (Kendini Değerlendirme Formu) STAI FORM TX-1.....	39
3.4.5. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) (Mother To Infant Bonding Scale).....	40
3.5. Verilerin Toplanması.....	40
3.6. Verilerin Analizi.....	41
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	41
3.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	42
3.8.1. Güçlü Yönleri.....	42
3.8.2. Sınırlılıkları.....	42
4.ARAŞTIRMA BULGULARI.....	43
5. TARTIŞMA.....	69
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
6.1. Sonuç.....	85
6.2. Öneriler.....	86
KAYNAKÇA.....	90
EKLER.....	102
ÖZGEÇMİŞ.....	118

ÖZET
YÜKSEK LİSANS TEZİ
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN
ANNELERİN ÖZŞEFKAT, DEPRESYON VE ANKSİYETE
DÜZEYLERİ İLE ANNE-BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Kader ALTAY OĞAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gamze YILMAZ

Amaç: Bu araştırma, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ) bebeği yatan annelerin özşefkat, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini Nisan-Aralık 2024 tarihleri arasında Bitlis Ahlat Devlet Hastanesi YYBÜ'de bebeği yatan anneler, örneklemi ise araştırma seçim kriterlerine uyan 192 gönüllü anne oluşturdu. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz Şefkat Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Durumluluk Anksiyete Ölçeği (STAI) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde aritmetik ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık katsayıları, bağımsız gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA, Post Hoc analizler için Bonferroni testleri ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmada annelerin öz şefkat ölçeği puan ortalaması 77.00 ± 11.21 , EDSDÖ puan ortalaması 10.61 ± 3.11 , STAI puan ortalaması 42.37 ± 5.87 ve ABBÖ puan ortalaması 5.25 ± 2.07 olarak bulundu. Depresyon ve anksiyete düzeyleri ile anne-bebek bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanırken, özşefkat düzeyi ile bağlanma arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Annenin eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, algılanan gelir durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımı gibi özelliklerin öz şefkat, depresyon ve bağlanma puanları üzerinde anlamlı farklılık yarattığı belirlendi ($p < 0.05$).

Sonuç: Annelerin z şefkat, depresyon ve anksiyete düzeylerinin anne-bebek bağlanması üzerinde belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin yalnızca bebek bakımıyla değil, annelerin duygusal ihtiyaçlarını fark etme, değerlendirme ve uygun destek yaklaşımlarıyla yönlendirme konusunda aktif rol üstlenmeleri gerektiği sonucuna ulaşıldı. Bu bağlamda, zşefkati artırıcı psikososyal müdahalelerin yapılandırılması, depresyon ve anksiyete risklerinin erken dönemde taranması ve gerekli desteklerin sağlanması önerilmektedir. Ayrıca, ocuk sağlığı hemşirelerinin anne-bebek bağlanmasını destekleyici temas fırsatlarını artırmaları, annelere eğitim ve danışmanlık sağlamaları ve öz şefkati güçlendirmeye yönelik girişimlerde bulunmaları, bakım kalitesini artırarak bağlanma sürecini glendirebilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, anne-bebek bağlanması, depresyon, şefkat, yenidoğan yoğun bakım nitesi.

ABSTRACT

MASTERS'S. THESIS

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-COMPASSION, DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS OF MOTHERS WHOSE BABIES ARE IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT AND MOTHER-BABY ATTACHMENT

Kader ALTAY OĞAN

Thesis Advisor: Doç. Dr. Gamze YILMAZ

Aim: This study was conducted as a descriptive study in order to examine the relationship between self-compassion, depression, and anxiety levels of mothers whose babies are hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and mother-infant attachment.

Material and Method: The universe of the study consisted of mothers whose babies were hospitalized in Bitlis Ahlat State Hospital NICU between April and December 2024, and the sample consisted of 192 volunteer mothers who met the research selection criteria. Data were collected using the Introductory Information Form, Self-Compassion Scale, Edinburgh Postnatal Depression Inventory (EPDS), State Anxiety Inventory (STAI) and Mother-Infant Attachment Inventory (MAI). In the analysis of data, arithmetic mean, standard deviation, skewness and kurtosis coefficients, t-test for independent groups, one-way analysis of variance (ANOVA), Welch ANOVA in cases where group variances were not homogeneous, Bonferroni tests and correlation analysis were used for Post Hoc analyzes.

Results: In the study, the mean score of the mothers on the self-compassion scale was found to be 77.00 ± 11.21 , the mean score of the EPNDS was 10.61 ± 3.11 , the mean score of the STAI was 42.37 ± 5.87 and the mean score of the ABBÖ was found to be 5.25 ± 2.07 . While a positive significant relationship was found between depression and anxiety levels and mother-infant attachment, a negative significant relationship was found between self-compassion and attachment ($p < 0.05$). It was determined that characteristics such as the mother's education level, the spouse's education level, perceived income status, family type, presence of chronic disease and medication use created significant differences on self-compassion, depression and attachment scores ($p < 0.05$).

Conclusion: It reveals that the mothers' self-compassion, depression and anxiety levels play a determining role on mother-infant attachment. It was concluded that intensive care nurses should take an active role not only in baby care but also in recognizing, evaluating and directing the emotional needs of mothers with appropriate support approaches. In this context, it is recommended that psychosocial interventions that increase self-compassion be structured, depression and anxiety risks be screened early, and necessary support be provided. In addition, nurses increasing opportunities for contact that support mother-infant bonding, providing education and counseling to mothers, and taking initiatives to strengthen self-compassion can strengthen the bonding process by improving the quality of care.

Keywords: Anxiety, compassion, depression, mother-infant bonding, neonatal intensive care unit.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca, benden bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, çalışmalarımın tamamlanabilmesi için her türlü şartı sağlayan ve bana her zaman her türlü desteği sunan çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Gamze YILMAZ'a,

Araştırmamın veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Bitlis Ahlat Devlet Hastanesi yenidoğan kliniğinde çalışan doktor ve hemşire arkadaşlarıma,

Tez araştırmama katkı sağlayan, birlikte çokça öğrendiğimiz ve güçlendiğimiz, hayatlarına dokunduğum ve hayatıma dokunan çok kıymetli annelere ve bebeklerine,

Hayatımın her aşamasında benden desteklerini esirgemeyen, emeklerini asla ödeyemeyeceğim başta annem, babam ve kardeşlerim olmak üzere tüm aileme,

Tez uygulama sürecini birlikte yönettiğim, verilerin girişinde ve tezimin her aşamasında özveriyle yardımlarını esirgemeyen, beni motive eden, her daim yanımda olan, değerini ve sevgisini sözcüklere sığdıramadığım kıymetli eşim Mehmet OĞAN'a, varlığı ile hayatıma anlam ve neşe katan kızım Defne'ye,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu araştırmanın, daha mutlu anneler ve bebekler oluşturmada katkı göstermesi dileğiyle...

25/07/2025

Kader ALTAY OĞAN

TABLULAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Düşük ve Yüksek Öz Şefkat Düzeylerini İfade Eden Davranışlar.....	10
Tablo 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	43
Tablo 4.2. Annelerin Obstetrik Öyküye İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	44
Tablo 4.3. Annelerin Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	45
Tablo 4.4. Annelerin Doğum ve Bebeği ile İlgili Özelliklerin Dağılım.....	46
Tablo 4.5. Annelerin Doğum Sonrası Anne ve Bebeği ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	47
Tablo 4.6. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Bakım Alan Bebeklerin ve Annelerinin Özelliklerin Dağılımı.....	48
Tablo 4.7. Annelerin Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
Tablo 4.8. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.9. Annelerin Obstetrik Öyküye İlişkin Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.10. Annelerin Gebeliğe İlişkin Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.11. Annelerin Doğum ve Bebeği ile İlgili Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.12. Annelerin Doğum Sonrası Anne ve Bebeği ile İlgili Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.13. Annelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Bakım Alan Bebeklerin ve Annelerinin Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	66

Tablo 4.14. Öz Şefkat Ölçeği, EDSDÖ, STAI ve ABBÖ Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	67
---	----



1. GİRİŞ

Yenidoğan dönemi, doğumdan itibaren ilk 28 günü kapsayan ve bebeğin dış ortama fizyolojik ve biyolojik uyum sağladığı kritik bir gelişim evresidir. Bu dönemde prematüre, düşük doğum ağırlığı, doğumsal anomaliler ve solunum sıkıntısı gibi çeşitli sağlık sorunları nedeniyle bazı yenidoğanlar, ileri düzey tıbbi bakım gerektiren Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YYBÜ) yatırılmaktadır (Çavuşoğlu, 2019). YYBÜ'ye yatış gerektiren durumlar, hem bebek hem de ailesi için travmatik bir sürecin başlangıcı olabilmektedir. Bu süreçte özellikle anneler, bebeğin sağlığına dair belirsizlik, fiziksel temasın kısıtlılığı, yoğun teknolojik ortam ve annelik rollerinin ertelenmesi gibi etmenler nedeniyle psikolojik olarak yüksek düzeyde stres yaşamaktadır. Bu durum, annelerde suçluluk, yetersizlik, çaresizlik ve kaygı gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmekte ve doğum sonrası dönemin ruhsal açıdan daha kırılgan geçmesine zemin hazırlamaktadır (Stark, 2004).

Son yıllarda psikolojik esenliği güçlendirmeye yönelik yaklaşımlardan biri olan öz şefkat kavramı, doğum sonrası dönemde kadınların ruhsal dayanıklılığını artırabilecek bir kaynak olarak dikkat çekmektedir. Öz şefkat, bireyin başarısızlık, acı ve stres anlarında kendisine karşı yargılayıcı olmadan, anlayış ve nezaketle yaklaşması; yaşadığı zorlukları insan olmanın doğal bir parçası olarak değerlendirmesi ve duygularını farkındalıkla kabul etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Neff, 2003). Öz şefkat düzeyi yüksek bireylerin, stresli yaşam olaylarıyla daha sağlıklı başa çıktığı, psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek olduğu ve kişilerarası ilişkilerde daha uyumlu davrandıkları gösterilmiştir (Germer ve Neff, 2018). Özellikle YYBÜ süreci gibi zorlu bir deneyimde, annelerin öz şefkat düzeyleri psikolojik esenliklerini korumada ve anne-bebek bağını sürdürmede koruyucu bir rol oynayabilmektedir.

Gebelik ve postpartum dönem, kadınların fizyolojik değişimlere ek olarak duygusal dalgalanmalar yaşadığı, ruhsal hastalıklara karşı daha duyarlı hale geldiği bir süreçtir. Doğum sonrası dönemde annelerin karşılaştığı en yaygın psikolojik sorunlar arasında postpartum depresyon, anksiyete ve annelik hüznü yer almaktadır. Postpartum depresyon; çökkünlük, ilgi kaybı, enerji azlığı, değersizlik düşünceleri ve annelik rolünde yetersizlik hissi ile karakterize olup, erken tanı konulmadığı takdirde

annenin işlevselliğini ciddi düzeyde azaltmaktadır (Reddy, 2011). Anksiyete ise özellikle YYBÜ sürecinde bebeğin sağlığına ilişkin belirsizlikler, bakım sorumluluğu ve çevresel stres etmenleriyle tetiklenen yaygın bir duygu durum bozukluğudur. Bu psikopatolojik durumlar, yalnızca annelerin ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda bebekle kurulan erken dönemdeki bağlanma sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir (O'Hara et al, 2014; Doering et al., 2017). Nitekim literatürde, annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olması durumunda anne-bebek etkileşiminde bozulmaların ve bağlanma sürecinde gecikmelerin meydana geldiği bildirilmektedir (Jiao et al., 2019).

Anne-bebek bağlanması, annenin bebeğiyle kurduğu fiziksel ve duygusal temasın bir sonucu olarak gelişen ve bebek gelişimi üzerinde yaşam boyu etkisi olan dinamik bir süreçtir. Bu bağlanma süreci, gebelik döneminde başlamakta, doğumdan sonra fiziksel temas, emzirme ve bakım süreçleriyle pekişmektedir. Ancak bağlanmanın sağlıklı gelişebilmesi için annenin duygusal açıdan hazır olması ve psikolojik iyi oluş halinin korunması gerekmektedir. Doğum sonrası depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar, bu süreci olumsuz etkileyerek bağlanmanın zayıflamasına yol açabilmektedir (Neff, 2009). Özellikle YYBÜ koşullarında, bebeğin anneden ayrılığı, emzirememe, sınırlı temas ve belirsizlik duygusu, anne-bebek bağlanmasının gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir.

Bu bağlamda, YYBÜ'de bebeği yatan annelerin psikolojik durumlarının değerlendirilmesi, öz şefkat düzeyleri ile depresyon ve anksiyete semptomlarının anne-bebek bağlanması üzerindeki etkisinin araştırılması önem arz etmektedir. Bu süreçte pediatri hemşiresinin, yalnızca bebeğin klinik izleminden sorumlu değil, aynı zamanda annenin psikolojik durumunu gözlemleyip destekleyici hemşirelik yaklaşımları sunma konusunda da kilit bir rol üstlendiği unutulmamalıdır. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde, YYBÜ'deki annelerin psikolojik değişkenlerinin birlikte ele alındığı sınırlı sayıda çalışma bulunduğu görülmektedir. Bu tez araştırması ile elde edilen veriler, klinik uygulamalarda annelerin psikososyal destek ihtiyacının tanımlanmasına katkı sağlayacak ve YYBÜ süreçlerine bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesine zemin oluşturacaktır.

Bu çalışma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin öz şefkat, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemeyi ve söz konusu psikolojik değışkenlerin anne-bebek bağlanması üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Elde edilecek bulguların, postpartum dönemdeki kadınlara yönelik psikososyal müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

1.1. Araştırmanın Soruları

- YYBÜ’de bebeği yatan annelerin öz şefkat, depresyon, anksiyete ve anne-bebek bağlanma düzeyleri nasıldır?
- Annelerin özşefkat düzeyleri ile anne-bebek bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Annelerin depresyon düzeyleri ile anne-bebek bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Annelerin anksiyete düzeyleri ile anne-bebek bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Annelerin demografik (yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, aile tipi vb.) ve obstetrik (gebelik haftası, doğum şekli, kronik hastalık, ilaç kullanımı vb.) özellikleri özşefkat, depresyon, anksiyete ve anne-bebek bağlanma düzeylerini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yenidoğan

Doğum sonrası ilk 28 günlük döneme yenidoğan dönemi (neonatal dönem) denir. Yenidoğan yaşamının ilk birkaç saatinde fizyolojik işlevlerinde önemli değişimler meydana gelir. Bu uyum sürecini stabil olan yenidoğan ‘sağlıklı yenidoğan’ olarak tanımlanır. Yenidoğanlar doğum haftasına, doğum ağırlığına ve persentil ölçümlerine göre tanımlanır (Aydın vd., 2019; Çavuşoğlu, 2019; Doğru vd., 2020; Karabudak vd., 2021).

Doğum haftasına göre;

- **Postmatür yenidoğan:** 42. gestasyon haftasını tamamlamış yenidoğan,
- **Matür(term) yenidoğan:** 37-42 gestasyon haftalarında doğan yenidoğanlar,
- **Prematüre(preterm) yenidoğan:** 20-37 haftalarda doğan yenidoğanlardır. 34-37 gestasyon haftalar arasında doğan yenidoğanlar geç prematüre, 32-34 gestasyon haftalar arasında doğan yenidoğanlar orta prematüre, 20-32 gestasyon haftaları arasında doğan yenidoğanlar ise erken prematüre olarak tanımlanır (Çavuşoğlu, 2019).

Doğum ağırlığına göre;

- **Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı:** 1000 gramın altında doğum ağırlığı olan yenidoğanlar,
- **Çok Düşük Doğum Ağırlıklı:** 1500 gramın altında doğum ağırlığı olan yenidoğanlar,
- **Orta Düşük Doğum Ağırlıklı:** 2500 gramın altında doğum ağırlığı olan yenidoğanlar,
- **Normal Doğum Ağırlıklı:** 2500 gram ile 4000 gram arasında olan doğum ağırlığı yenidoğanlar,

- **Makrozomik Doğum Ağırlıklı:** 4000 gramdan fazla doğum ağırlığı olan yenidoğanlardır (Çavuşoğlu, 2019).

Persentil ölçümlerine göre ise;

- **Gestasyon Haftasına Göre Büyük Yenidoğanlar (Large for Gestational Age (LGA)):** Gestasyonel haftası dikkate alındığında doğum ağırlığı 90. persentilin üzerinde olan yenidoğanlar,

- **Gestasyon Haftasına Göre Normal Yenidoğanlar (Appropriate for Gestational Age (AGA)):** Gestasyonel haftası dikkate alındığında doğum ağırlığı 10. ile 90. persentilin arasında olan yenidoğanlar,

- **Gestasyon Haftasına Göre Küçük Yenidoğanlar (Small for Gestational Age (SGA)):** Gestasyonel haftasına dikkate alındığında doğum ağırlığı 10. persentilin altında olan yenidoğanlardır (Çavuşoğlu, 2019; Çiğdem vd., 2018).

Doğumdan önce fetüsün risk faktörleri belirlenmelidir. Yenidoğanın gestasyon haftası, konjenital anomali, çoğul gebelik, amniyon sıvısının durumu (mekonyum varlığı vb.), erken membran rüptürü gibi takip veya müdahale gerektiren durumlar önceden belirlenmelidir. Doğum sonrası yenidoğanın bakım uygulamaları ve izlemi yapılmalıdır (Boxwell, 2010; Coughlin, 2016; Karabudak vd., 2021).

Yenidoğan döneminde bebeğin organlarının immatür olması nedeniyle çeşitli komplikasyonlar açısından risk grubunu oluşturur. Bu bakımdan yenidoğanda mortalite ve morbitide hızları yüksektir.

Riskli yenidoğanın tedavi ve bakımı çok önemlidir. Bu süreç Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi gibi çok yönlü, uzmanlık gerektiren, bakım standartlarının yüksek olduğu birimlerde yürütülür (Çağlar vd., 2019; Konukbay vd., 2011).

2.1.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

YYBÜ'ler yüksek standartlı sağlık hizmeti veren çalışma ortamlarıdır. Hastanelerde doğumların artması ile birlikte bebeklere bakım ihtiyacı 1940'lı yılların başında artmış ve 1960'ların başında preterm ve düşük doğum ağırlığı gibi yüksek

risk grubunda yer alan yenidoğanlarda görülebilecek mortalite ve morbiditeleri azaltmak, immatür sistemlerini desteklemek, nörolojik ve gelişimsel sorunları ve sıklığını değerlendirmek, bakım sağlamak ve desteklemek amacıyla YYBÜ oluşturulmuştur (Eras vd., 2013; Ergenekon, 2001).

YYBÜ kritik derecede medikal ve cerrahi sorunu olan ve stabil olmayan, sürekli hemşirelik bakımı verilmesi gereken ve özel bakım gerektiren matür ve prematüre yenidoğanlara hizmet verilen yerlerdir. Prematüre ve term yenidoğanlar gelişmişlik durumları ve komplikasyonları, çevreye uyum sağlayamama, metabolik rahatsızlıklar, konjenital sorunlar nedeniyle YYBÜ'ne yatışa gereksinim duyabilmektedirler (Stark, 2004).

YYBÜ'ler, açık alanda düzenlenmiş, aralarında sabit bölmeler veya duvar bulunmayan ve çok sayıda kuvözün bir arada bulunduğu özel tasarımlı alanlardır. Yenidoğan ölüm oranlarının azalmasında YYBÜ'lerinin yeri oldukça fazladır. YYBÜ ekibi; yenidoğan uzmanı ve yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinden oluşmalıdır.

2.1.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünite Düzeyleri

Yenidoğan ünitelerinde 1970'li yıllara kadar tüm yenidoğanlar aynı ünite de tedavi altına alınmış ama 1990'lı yılların başı itibariyle yenidoğanların sorunları, tedavi gereksinimleri neonatal ve perinatal dönem bakım ihtiyaçlarına göre düzeylere ayrılmasına karar verilmiştir (Erdeve, 2009). YYBÜ'ler dört seviyeden oluşmaktadır. Ülkemizde belirlenmiş olan mevzuata göre YYBÜ'lerin özellikleri belirlenmiştir (Karabudak vd., 2021; Mevzuat Bilgi Sistemi, 2023).

Birinci Seviye YYBÜ: Yenidoğan sağlığı açısından risk taşıyan ve vücut ağırlığı 2500 gramın üzerinde olan bebeklerin bakım ve tedavisinin yapıldığı birimlerdir. 35-37 gestasyonel haftalarında doğan sağlıklı ve hasta yenidoğanların ve 35 hafta altı prematürelerin sevki gerçekleştirilene kadar izlenen alanlardır. 6-8 yenidoğana bir hemşire bakabilmelidir (Karabudak vd., 2021; Mevzuat Bilgi Sistemi, 2023).

İkinci Seviye Yenidoğan YYBÜ: Vücut ağırlığı 1500-2500 gram arasındaki yenidoğanlara tıbbi tedavi verilen birimlerdir. 32-36 gestasyonel haftasında olan

yenidoğanlar bulunur. 4-5 yenidoğana bir hemşire bakabilmelidir (Karabudak vd., 2021; Mevzuat Bilgi Sistemi, 2023).

Üçüncü Seviye YYBÜ: Daha gelişmiş yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin sunulduğu, gerektiğinde devamlı yaşam desteğinin sağlandığı birimlerdir. Vücut ağırlığı 1500 gramın altında olan yenidoğanlar, gebelik(gestasyonel) haftası ve vücut ağırlığı ne olursa olsun çoklu organ işlev bozukluğu olup dolaşım desteği ihtiyacı olan yenidoğanlar bu gruptadır. 3-4 yenidoğana bir hemşire bakabilmelidir (Karabudak vd., 2021; Mevzuat Bilgi Sistemi, 2023).

Dördüncü Seviye YYBÜ: Daha ileri yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin verildiği, büyük çaplı cerrahi tedavi gerektiren yenidoğanların tedavilerinin yapıldığı birimlerdir. 4. Seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri 4A ve 4B olmak üzere iki düzeyde yapılandırılır. Üç yenidoğana bir hemşire bakabilmelidir (Karabudak vd., 2021; Mevzuat Bilgi Sistemi, 2023).

2.2. Öz Şefkat

Olumsuz yaşam olayları ve zor deneyimler, insan hayatının bir parçasıdır ve bireyler zaman zaman bu tür durumlarla karşılaşmak zorunda kalabilirler. Bireylerin hayatlarının bu kısmıyla yüzleşirken sahip oldukları başetme güçleri önem taşımaktadır (Neff, 2003).

‘Öz şefkat’, en basit tanımıyla bireyin anlayış ve sevgi temelinde kendine yönelik düşüncelerini ifade etmesi olarak tanımlanan bir kavramdır ve çağdaş psikoloji yaklaşımlarının bir parçasıdır. Öz şefkat kavramını anlamlandırabilmek için öncelikle “şefkat” ve “öz” kavramlarına (Neff, 2003).

2.2.1. Şefkat

Şefkat çeşitli şekillerde tanımlanabilen çok yönlü bir kavramdır. Goetz et al. (2010) şefkati biyolojik boyutu ile alırken Neff (2003a) ve Gilbert (2009a) psikolojik boyutu ile ele almıştır. Şefkat, en temel anlamıyla, birey olumsuz deneyimlerle karşılaştığında kendisini suçlamak yerine bu durumun tüm insanların yaşadığı ortak bir deneyim olarak görülmesidir. Bu yaklaşım, kişinin olumsuz deneyimini, herkesin hata yapabileceğini göz önünde bulundurarak

değerlendirmesini içerir (Andiç, 2013). Birey şefkatle birlikte diğer bireylerin yaptıkları yanlışları yargılayan, eleştiren ve kınayan bakış açısıyla yaklaşmaz. Goetz ve arkadaşlarına (2010) göre şefkat bireyin etrafındaki canlıların acıları ve sıkıntıları karşısında hissettikleri duygu durumudur ve içerisinde acıların ve sıkıntıların negatif tesirini azaltma çabasını da içerisinde barındırır.

Gilbert ve Choden (2013) şefkati, kişinin hem kendisinde hem de başkalarında acıya karşı duyarlı olması ve bu acıyı hafifletmek ve önlemek için çaba göstermesi olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre, şefkatin temel olarak iki aşamalı olduğunu söyleyebiliriz. İlk aşama, olumsuz bir deneyim yaşayan ve acı çeken bir varlığın farkına varmaktır. Bu farkındalık, şefkat duygusunun ortaya çıkması için gerekli olan ilk adımdır. İkinci aşama ise, acı çeken bu canlının hislerini hafifletmeye yönelik bir motivasyon geliştirmektir.

Gilbert (2009a) 'a göre insan şefkati, yalnızca acıya verilen otomatik bir tepki veya yardım etme isteği değildir; aynı zamanda, en doğru ne yapılması gerektiği konusunda muhakeme ve düşünme sürecini de kapsar. Bir birey, şefkat duymaksızın da bir canlıya bakım verebilir ve bu süreç, tek bir duygu yerine acıma, üzüntü gibi çeşitli duyguları barındırabilir. Şefkat, yalnızca bir canlıya ilgi göstermekten ibaret değildir; esasen, bu ilginin acı çeken bir canlıya yönelmesi ve yardım etme isteğine dönüşmesi şefkatin ana bileşenleridir.

Şefkatli bir insanın zarar vermeme motivasyonunun, aynı zamanda faydalı olma arzusunu da doğurduğunu söylemek mümkündür. Şefkatli bir birey, zarar vermemek ve faydalı olmak isteği doğrultusunda, içindeki diğer çatışan güdülerini yöneterek bilinçli bir şekilde hayatına devam edecektir (Gilbert, 2009a).

2.2.2. Öz Şefkat Kavramı

Neff (2003) öz şefkat kavramı; acı çekme, başarısız olma veya yetersizlik hissi yaşama durumlarında kişinin kendini yargılayıp cezalandırmak yerine, kendisine karşı sıcak ve anlayışlı bir tutum sergilemesi olarak tanımlanır. Bu bağlamda, acı ve başarısızlıkların yaşamın ayrılmaz ve kaçınılmaz parçaları olduğu kabul edilir. Bu nedenle, stresli dönemlerde kendini sert bir şekilde yargılamak yerine, bu deneyimleri yaşayan benliğine karşı nazik, kabul edici ve anlayışlı bir

yaklaşım benimsemek öz şefkati ifade eder. Öz şefkat, zihindeki rahatsız edici düşünceleri yatıştırarak olumsuz deneyimleri daha belirgin, açık ve huzur verici bir gerçekliğe dönüştürmeyi sağlar.

Uyanık ve Çevik (2020)'e göre öz şefkat, bireyin olumsuz deneyimlerle ve zor olaylarla karşılaştığında kendisine karşı şefkatli bir tutum sergilemesidir. Yıldırım ve Sarı (2018) öz şefkati bireyin kendisine destek olma çabası olarak tanımlamaktadır. Baş ağrısı çeken bir kişinin ağrı kesici kullanması, fiziksel acıyı hafifletmeye yönelik bir çabadır. Benzer şekilde, öz şefkat, duygusal olarak acı veren olumsuz durumlara karşı kendimizi koruma ve destekleme çabasıdır. Birey, hayatında bir sorun yaşadığında "Sorun tamamen benim, başa çıkamıyorum, her şeyin nedeni benim, suçlu olan tek kişi ben" şeklinde öfkeli ve yargılayıcı bir tutum geliştirebilir ya da kötü duygulardan kaçınma eğiliminde olabilir (Germer, 2009).

Bireyler farklı gelişim dönemlerinde çeşitli zorluklarla karşılaşabilirler. Öz şefkat, kişinin içsel süreçlerini kendi iç dünyasında değerlendirmesiyle şekillenir. Kişinin öz şefkati olumlu bir şekilde gelişebilir ve yüksek seviyelere çıkabilir; ancak aynı zamanda olumsuz yönde de gelişebilir ve düşük seviyelerde kalabilir. Öz şefkat, doğası gereği sabit değildir ve yaşanan olaylar ile bireyin hayatındaki değişikliklere bağlı olarak artabilir veya azalabilir. Öz şefkati yüksek olan bireyler, okula başlama, sorunlu ikili ilişkiler, ailevi travmalar veya kariyerlerinde hedeflerinin gerisinde kalma gibi çeşitli zorluklar karşısında yaşadıkları olumsuz deneyim ve negatif duyguları fark ederler. Bu duygularla başa çıkarken kendilerine nazık ve sevecen bir yaklaşım sergilerler. Bu tür duyguları ve olayları, insan olmanın ve yaşamın doğal bir parçası olarak kabul ederler ve kendilerini toplumdan izole etmezler (Germer ve Neff, 2018). Bireyler, çevrelerindeki insanların yaşadığı olumsuz deneyimlere karşı anlayışlı ve sevecen bir tutum sergilerken, benzer deneyimleri kendileri yaşadığında daha sert ve acımasız olabilirler. Ancak, kişiler kendilerine karşı anlayışlı, merhametli ve kibar olduklarında, bu tutumlarını başkalarına da yansıtırlar (Yıldırım ve Sarı, 2018). Germer (2009) bu durumu uçak metaforuyla açıklamaktadır. Uçaklarda oksijen maskesini önce kendimize takmamız istenir, ardından yanımızdakine takmamız gerektiği belirtilir; çünkü önce kendimize yardım edemezsek, başkalarına yardım edebilmemiz mümkün olmayacaktır.

Tablo 2.1. Düşük ve Yüksek Öz Şefkat Düzeylerini İfade Eden Davranışlar

Düşük Öz Şefkat Düzeyi İfade Eden Davranışlar	Yüksek Öz Şefkat Düzeyi İfade Eden Davranışlar
Yaşanan olumsuz deneyimleri yaşamın tamamı olarak görme	Yaşanan olumsuz deneyimleri yaşamın doğal bir parçası olarak görme
Yaşanan olumsuz deneyimin sadece kişisel bir durum olduğunu düşünme	Yaşanan olumsuz deneyimin herkesin yaşayabileceğini bilme
Yaşanan olumsuz deneyime dair duyguları dramatize etme, abartma	Yaşanan olumsuz deneyime dair duyguları fark etme, doğal karşılama
Yaptığı hataya karşı esneklik göstermeme	Davranışlarında hata yapma ihtimalini kabul etme

Tablo 2.1’de görüldüğü gibi öz şefkatli bireyler başarısızlık yaşadıklarında kendilerini eleştirmezler; hatalarını kabul eder, verimsiz davranışlarını değiştirir ve yeni zorluklara açık olurlar (Neff, 2009). Öte yandan, öz şefkat düzeyi düşük bireyler, yaşadıkları olumsuz deneyimleri tüm hayatlarını etkileyen bir durum olarak görür ve yeni deneyimlere kapalı olabilirler. Öz şefkatli kişiler, olumsuz deneyimlerin yaşamın evrensel bir parçası olduğunu kabul ederken, düşük öz şefkat düzeyine sahip bireyler her şeyi kontrol edebileceklerini düşünür ve olumsuzluklar ile şanssızlıklar karşısında kendilerini suçlama eğilimindedirler (Kursoğlu ve Başgöl, 2021).

Öz şefkat, ben-merkezcilik veya bencillik anlamına gelmez; aksine, karşımızdaki kişiye merhamet ve kaygı duygularını artırır. Öz şefkat, kişinin her durumu veya olayı affedici bir şekilde ele almasını ifade etmez. Bunun yerine, kişinin eksikliklerini ve hatalarını kabul edip bunları insan olmanın bir parçası olarak görmesini içerir. Öz şefkat, sosyal hayatta diğer insanlara veya kendisine karşı pasif bir tutum sergilemek anlamına gelmez. Aslında, öz şefkat eksikliği pasifliğe yol açma olasılığı taşır (Neff ve Germer, 2018).

Neff (2003b) öz şefkati üç katmana bölerek tanımlamıştır. Her katman, hem olumlu hem de olumsuz durumlarla açıklanmıştır. Bireyin ızdırap verici olumsuz deneyimleri, yetersizlikleri, başarısızlıkları ve hataları bu üç katman arasında etkileşimde bulunarak öz şefkatli bir düşünce sistemi oluşturur (Kıcalı, 2015).

a) Öz sevecenliğe karşı öz yargılama; Birey, zorlu yaşam deneyimlerinde, acı ve kaygı yaratan durumlarda kendini sert bir şekilde eleştirmek yerine, kendisine merhamet ve anlayışla yaklaşarak öz sevecenliği gösterir. Öz sevecenlik, kişinin kendisine karşı nazik ve sevgi dolu bir tutum sergilemesi ve ihtiyaç duyduğu bakım ile ilgilenmesi anlamına gelir (Neff, 2003b). Öz sevecenlikten yoksun olmak, genellikle öz yargılamayı beraberinde getirir. Kısacası, öz sevecenlik kendinize nazik ve anlayışlı bir yaklaşım içerirken, öz yargılama kendinizi eleştirel ve sert bir şekilde değerlendirme eğilimidir. Öz sevecenlik duygusal refahı artırabilirken, öz yargılama duygusal sıkıntıları genellikle derinleştirebilir (Neff, 2003b; Neff ve Germer, 2018).

b) Ortak paylaşımların farkına varmaya karşı izolasyon: Bu alt katman zorlayıcı deneyimlerin ve acı veren duyguların insan olmanın ve hayata devam etmenin bir parçası olduğunu anlamakla ilgilidir. Kişinin içinde bulunduğu durumu, çevresindeki herkesin de yaşayabileceği bir deneyim olarak görmesi gerektiği tavrını benimsemek anlamına gelir (Neff, 2003a). Başarı elde edemediğinde, kendine yöneltilen yıkıcı eleştiriler ve çevreyle kıyaslama yerine, mevcut durumun herkesin evrensel yaşantılarından biri olduğunu bilmek önemlidir (Neff, (2003, 2003b). Eğer kişi yaşadığı olumsuz deneyimi sadece kendi başına gelen bir şey olarak görürse, "Bu durum sadece benim başıma geliyor ve bu acıyı yaşayan tek kişi benim" düşüncesine kapılabilir. Bu da, kişinin kendisini kusurlu hissetmesine ve toplumlardan izole olmasına yol açabilir. Kişinin zayıf olduğu anlarda çevresinden uzaklaşması, kendine acıma ve başkalarına yabancılaşma eğilimini artırabilir. Başkalarının da benzer duygusal deneyimleri yaşadığını bilmek, kişinin yalnızlık hissini azaltabilir ve duygusal sağlığını iyileştirebilir. Bu yüzden, izolasyonun yarattığı duygusal zorluklarla başa çıkmak için diğer insanlarla bağlantı kurmak ve ortak yaşantıları fark etmek büyük önem taşır (Neff, 2009).

c) Farkındalık kazanmaya(bilinçliliğe) karşı aşırı özdeşleşme: Kişi olumsuz deneyimlerin getirdiği olumsuz duyguları yok saymaz veya bu duyguları olduğundan daha yoğun şekilde hissetmeye başvuramaz. Farkındalığa aşırı özdeşleşme, ızdırap verici ve olumlu olmayan deneyimlerle özdeşleşmek yerine, kişinin negatif duygular tarafından tamamen kontrol edilmesini engelleme anlamına gelir (Akın, 2010). Bu durumda, kişi duyguların varlığını kabul eder ve kendisini yalnızca bu duygularla tanımlamaz. Örneğin, bir kişi kaygılı olduğu bir anda “Ben her zaman kaygılı bir insanım” şeklinde bir düşünceye kapıldığında, bu aşırı özdeşleşmeyi gösterir. Oysa, “Şu anda kaygılıyım ve şu anda kaygı belirtileri gösteriyorum” şeklinde düşünmek, farkındalık halini ifade eder. Farkındalık, duyguların “şu anda ve burada” mevcut olduğunun bilincinde olmayı içerir. Aşırı özdeşleşme, duygusal tepkilerin abartılı bir şekilde yoğunlaşmasına, gerçeklikten sapmaya ve sağlıklı bir ayırım yapma yeteneğinin engellenmesine neden olabilir. Örneğin, bir kişi aşırı özdeşleşme yaşadığında, belirli bir düşünceyi gerçeklik olarak kabul edebilir ve bu düşünceyle özdeşleşebilir, bu da genellikle duygusal sıkıntıya yol açar. Farkındalık ise, kişinin deneyimlerini gözlemlemeyi ve kabul etmeyi içerirken, aşırı özdeşleşme, deneyimlerle aşırı derecede bütünleşmeyi ifade eder ve bu durum genellikle gerçeklikten uzaklaşmaya ve duygusal sıkıntıya neden olabilir (Neff, 2003b).

Özetle; öz şefkat (self compassion), kişinin başkalarına gösterdiği şefkati, kendisine de olumsuz durumlarda gösterebilmesidir. Kişi, çevresindekilerin acılarını yargılamadan anlayıp kabul ettiği gibi, kendi acılarını da aynı şekilde anlamalıdır (Neff, 2003a). Öz şefkati yüksek olan bireyler, acı veren duyguları bastırmak veya inkâr etmek yerine, bu duyguları geçici ve hayatın doğal bir parçası olarak değerlendirirler. Örneğin, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan anneler için, bu öz şefkat kendi duygusal ihtiyaçlarına dikkat etmek, kendilerine nazık davranmak ve içsel dünyalarına saygı göstermek anlamına gelir. Bu, stresli durumlarda bile kendi duygusal refahlarına odaklanmayı içerir (Neff ve Germer, 2018) .

Bebekleriyle normal şartlarda kurdukları teması sınırlayan faktörler, örneğin kısıtlı ziyaret saatleri veya bebeğin sağlık durumuna ilişkin endişeler olabilir. Ancak, öz şefkat bu süreçte kritik bir rol oynayabilir. Öz şefkat sayesinde anne,

kendi duygusal ihtiyaçlarına dikkat ederek, bebeğiyle olan bağını sürdürmek ve güçlendirmek için daha sağlam bir temel oluşturabilir. z şefkat, annenin içsel denge ve g bulmasına yardımcı olabilir ve bu da bebeğiyle olan bağlantısını destekleyebilir. Bu şekilde, anne kendi duygusal refahına odaklanarak, bebeğiyle daha güçlü bir ilişki kurmayı başarabilir (Neff, 2003a).

2.3.Depresyon

2.3.1. Depresyon Kavramı ve eşitleri

Depresyon, bireyin kendini sürekli olarak üzüntülü, melankolik veya kederli hissetmesiyle kendini gösteren bir durumdur. Bu süreçte, yoğun bir bunaltı, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik ve olumsuz bir bakış açısı gibi duygular da eşlik eder. Ayrıca, düşünce, konuşma, hareket ve bazı fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler de görüldüğü bir duygu durum bozukluğudur (Yalçın vd., 2017).

Depresyon, toplumda sıkça rastlanan bir durumdur ve bireyin mevcut koşullardan dolayı kendini mutsuz ve yorgun hissetmesine yol açar. Bu durum, günlük işlere karşı isteksizlik, üzüntü ve yaşamdan keyif alamama gibi belirtilerle kendini gösterir. Zamanla, bu durum bireyin davranışlarında değişikliklere neden olur. Birey, karamsar düşüncelerle geçmişi ve geleceği olumsuz bir şekilde değerlendirir. Geçmişteki olaylar nedeniyle birey, kendini suçlu ve cezalandırılmış hissedebilir. Bu duygular, geçmişin baskısı altında gelecek ile ilgili umutsuzluk hissetmesine yol aarak kişiye çaresiz hissettirebilir. Tüm bu durumlar, yaşamın anlamsız olduğu düşüncesinin ortaya çıkmasına neden olur ve günlük işlerle sosyal iletişim ve etkileşimde bir düşüşe yol açar; ayrıca iş veya okul yaşamında başarısızlık hissini beraberinde getirebilir (Reddy, 2011).

Depresyon, ciddi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur; ancak uygun tedavi ve destekle iyileşmek mümkündür. Depresyonun erken tanınması ve tedavi edilmesi, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde artırabilir ve daha sağlıklı bir yaşam sürmesine yardımcı olabilir. Her bireyin deneyimi benzersiz olduğundan, kişiye özel tedavi planları oluşturmak ve sürekli izleme yapmak, depresyonun yönetiminde kritik bir rol oynar (Cuijpers et al., 2020).

Depresyon, semptomların şiddetine ve niteliklerine bağlı olarak çeşitli türlere ayrılabilir. Bazı bireylerde kısa süreli ve hafif bir şekilde ortaya çıkarken, diğerlerinde ise uzun süreli ve daha şiddetli olabilir. Yaygın olarak karşılaşılan depresyon türlerinden bazıları şunlardır:

- **Majör depresyon:** Majör depresyon, uzun süreli, kalıcı ve ciddi ruh hali değişiklikleriyle karakterize edilen bir depresyon türüdür. Bu durumda kişiler, en az iki hafta boyunca intihar girişimlerini de içerebilen yoğun depresyon belirtileri gösterebilir (American Psychiatric Association [APA], 2013).
- **Kronik depresyon:** Distimi olarak bilinen kronik depresyon, depresyon belirtilerinin ortalama iki yıl boyunca sürdüğü bir depresyon türüdür. Bu semptomlar, majör depresyona kıyasla daha hafif olsa da, uzun süre devam etmesi yaşamı olumsuz etkileyebilir (APA, 2013; Klein ve Santiago, 2003).
- **Postpartum (doğum sonrası) depresyon:** Doğumdan hemen sonra başlayan iki haftadan uzun süren bir depresyon türüdür. Bu duruma özgü semptomlar, genel depresyon belirtilerine ek olarak bebeğe karşı ilgisizlik, soğukluk veya bebeğe yeterince bakım yapamama gibi durumları içerebilir (O'Hara ve McCabe, 2013).
- **Atipik depresyon:** Atipik depresyon genellikle kadınlarda daha sık görülen ve duygudurum bozukluklarının yanı sıra hızlı kilo alma, aşırı yemek yeme, aşırı uyuma, eleştirilmeye ve reddedilmeye karşı aşırı hassasiyet gibi belirtilerle kendini gösteren bir depresyon türüdür (Thase, 2007).

2.4.2. Doğum Sonu Depresyonun Tanımı

Doğum sonrası dönem, kadınlar için duygulanım bozukluklarının ortaya çıkabileceği ve özellikle de doğum sonrası depresyon açısından riskli bir süreçtir. Doğum sonu depresyon, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler nedeniyle gelişebilen, uzun süre devam edebilen, anne ve ailesinin sağlığını olumsuz etkileyen, tedavi gerektiren ve genellikle sağlık çalışanları tarafından gözden kaçan bir ruhsal hastalık olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca doğum sonu depresyon, annenin bebeğiyle birlikte olmayı istediği zamanı çalan "tehlikeli bir hırsız" olarak da tanımlanmaktadır (Beck ve Gable, 2001). Literatürde, doğum sonrası depresyon yaşayan annelerin bu

süreci "hayatta olmaktan korkma ve ölüme alışma" dönemi olarak tanımladıkları belirtilmektedir (Beck ve Gable, 2001).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'a göre, mizaç bozuklukları kapsamında doğum sonrası depresyon, semptomlarının doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde başladığı "doğum sonu başlangıçlı" grup olarak tanımlanmaktadır. APA, doğum ile mizaç bozuklukları arasında özgün bir bağlantı bulunduğuna ve gebelik ya da doğumun tetiklediği psikiyatrik bozuklukların kendine özgü çeşitli özelliklere sahip olduğuna dikkat çekilmektedir (APA, 2013).

2.3.3. Doğum Sonu Depresyonun Sınıflandırılması

APA tarafından geliştirilen DSM-IV'e göre, doğum sonu ruhsal hastalıklar üç farklı şekilde görülebilmektedir (APA, 2013). Bunlar; annelik hüznü, doğum sonu psikoz ve doğum sonu depresyondur.

2.3.3.a. Annelik Hüznü: Annelik hüznü; yeni doğum yapmış annelerin önemli bir kısmını etkileyen doğum sonrası hüznün, annelerin %50-80'inde görülebilen bir ruhsal hastalıktır. Bu durum, doğum sonrası dönemde, ilk iki haftasında, özellikle de 2-4. günler arasında ortaya çıkabilmektedir. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda belirtiler geçicidir ve 1-2 gün ile 1-2 hafta arasında sürebilmektedir. Mizaçta değişiklik, eleştiriye aşırı duyarlılık, önemsiz nedenlerden dolayı sık sık ağlama isteği ya da ağlama nöbetleri, irritabilite, anksiyete, sinirlilik hali ve sürekli bir kaygı durumu, fiziksel ve mental yorgunluk hissi, uykusuzluk ya da aşırı uyuma gibi problemler; uyku kalitesinin düşmesi, yapılan işe veya objeye odaklanmada güçlük, dikkatin dağılması gibi semptomlar, annenin ruh halindeki geçici dalgalanmaları yansıtmakta olup, çoğu zaman kendiliğinden düzelmektedir (Kendell, 1987).

2.3.3.b. Postpartum Psikoz: Doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilen en ciddi psikiyatrik bozukluktur ve toplumda görülme sıklığı %0,1-0,2 civarındadır. Genellikle doğumu takip eden 3 ila 14. günler arasında başlasa da, belirtiler doğumdan sonraki ilk ay içerisinde herhangi bir zamanda da gelişebilir. Bu bozukluk, sıklıkla hezeyanlar ve annenin hem kendisine hem de bebeğine zarar verme düşüncelerinin eşlik ettiği ağır bir klinik tabloyla karakterizedir. Postpartum

psikoz tanısı alan anneler çoğunlukla, yeterince dinlenmiş olsalar bile kendilerini aşırı yorgun hissettiklerini ve uyuyamadıklarını ifade ederler. Ayrıca şüphecilik, dağınık düşünce ve davranışlar, dikkat bozuklukları, duygudurumda belirgin değişimler, kişilik özelliklerinde bozulmalar da tabloya eşlik edebilir. Psikotik belirtiler arasında sanrılar (hezeyanlar) hastaların yaklaşık %50'sinde, varsanılar (halüsinasyonlar) ise %25'inde görülmektedir. Anne, postpartum psikoz tablosu içinde bebeğine zarar verme düşüncelerine sahip olabilir ve bu düşünceler zamanla davranışa dönüşebilir. Nitekim, literatürde postpartum psikoz vakalarında infantisit (bebek öldürme) oranı yaklaşık %4 olarak bildirilmiştir (Çelik Helvacı ve Hocoğlu, 2016).

Postpartum psikoz, intihar düşüncelerine yol açabilmesi nedeniyle psikiyatrik acil olarak kabul edilmelidir. Bu durumun yönetimi için hasta, hastaneye yatırılarak izlenmeli ve hem kendisine hem de bebeğine zarar vermesi engellenmelidir. Bozukluk; özellikle önceden psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda, genç annelerde ve ilk doğumunu yapan kadınlarda (primiparlarda) daha sık görülmektedir. Akut psikotik belirtiler kontrol altına alındıktan sonra psikoterapi süreci başlatılmalı, bu süreçte annenin annelik rolünü benimsemesi desteklenmelidir. Aynı zamanda sosyal desteğin artırılması da iyileşmeyi olumlu yönde etkiler. Tedavi sürecinde antipsikotik ilaçlar etkin şekilde kullanılmakta olup, uygun müdahalelerle hastaların yaklaşık %95'i 2-3 ay içinde iyileşme göstermektedir (Becker, 2016).

2.3.3.c. Doğum Sonu Depresyon: Doğum sonu depresyon, kadınların doğumdan sonraki ilk yıl içinde yaşayabilecekleri, üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme gibi duygularla karakterize olan bir ruhsal rahatsızlıktır (Kara, 2001). APA'ya göre, bu durum doğumu takip eden ilk dört hafta içinde ortaya çıkabilir (APA, 2013).

Doğum sonu depresyon yaşayan kadınlar, sıklıkla fiziksel yakınmalardan, özellikle de aşırı yorgunluktan şikayet ederler. Bunun yanı sıra, bu kadınlarda değersizlik hissi, anksiyete, karamsarlık, nedensiz ağlama, çocuk bakımında yetersizlik duygusu ve cinsel istekte azalma gibi belirtiler de gözlemlenmektedir (Bernazzi ve Bifulco, 2003). Bu semptomlar, hem annenin hem de bebeğin sağlığını

olumsuz etkileyebilir, bu nedenle dikkatle izlenmesi ve gerekli desteklerin sağlanması önemlidir (O'Hara ve Swain, 1996).

Doğum sonrası depresyonun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Chaudron et al., 2001). Biyolojik faktörler arasında, beynin biyokimyasındaki bozuklukların depresyon gelişiminde önemli bir etken olduğu gösterilmiştir. Beyindeki nörotransmitter adı verilen kimyasal maddelerdeki dengesizliklerin, depresyonun ortaya çıkmasına katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Depresyonun etiyolojisinde, özellikle norepinefrin (NE) ve serotonin (5-HT) etkinliğindeki azalmanın önemli bir rol oynadığı yaygın olarak kabul edilmektedir (Akkaya, 2005).

Evlilik ilişkisinin zayıf olması, stresli yaşam olayları oluşturan durumların varlığı, benlik saygısının düşük olması, beden imgesinde değişiklikler, prenatal (doğum öncesi) depresyon ve anksiyetenin varlığı, ailede depresyon öyküsünün bulunması, annede depresyon hikayesinin olması, önceki doğum sonrası dönemde geçirilmiş depresyon öyküsünün olması doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilen psikolojik faktörlerdendir (Josefsson et al., 2002).

Kadının yaşı, eğitim düzeyi, gebelik komplikasyonları, hiperemezis, doğum sayısı, prematüre doğum, adölesan doğumlar, emzirmeme, stresle baş etme yöntemleri, erkek bebek beklentisinin olması, fiziksel yardım eksikliği yeni doğum yapan annede, doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilen diğer risk faktörlerindendir. Bu faktörler, annenin benlik saygısını, kendini ifade etme yeteneğini, stresle başa çıkma yöntemlerini, çocuk bakımını ve aile ile ilgili sorumluluklarını olumsuz yönde etkileyebilir (Beck ve Gable, 2001; Tükistanlı vd., 2002).

Doğum sonrası depresyon belirtileri, majör depresyon belirtilerine benzerlik göstermektedir. Bu belirtiler arasında şunlar bulunmaktadır (Mills, 2003; Tükistanlı vd., 2002; Kruckman ve Smith, 2003; Danacı, 2002; Nur vd., 2004);

- Uyku bozuklukları
- Enerji ve motivasyon kaybı

- Yeme bozuklukları (Aşırı yeme ya da iştahsızlık, beklenmedik kilo alımı veya kaybı,
- Konsantrasyon zorluğu
- Duygusal değişimler(Keder, öfke, düşmanlık, irritabilite ve anksiyete atakları)
- Yoğun umutsuzluk ve çaresizlik hissi; içe kapanma
- Yalnızlık ve korku
- Kaybetme, kontrol kaybı ya da delirme korkusu
- Suçluluk ve değersizlik hissi
- Yetersizlik ve öz güvensizlik
- Cinsel isteksizlik ve bellek zayıflığı
- Kendiliğinden ağlama.
- Yaşamı anlamsız bulma
- Bebeğe karşı aşırı ilgisizlik ya da aşırı endişelenme
- Bebeğe zarar verme ile ilgili obsesif düşüncelerdir.

Doğum sonrası dönemde kadınların doğru bir şekilde tanı alması, erken tedavi ile hastalığın süresini kısaltma, psikopatolojik durumlarını iyileştirme, çevreyle etkileşim düzeylerini artırma ve prognozu iyileştirme fırsatı sunmaktadır. Bu durum, depresyon yaşayan annelerin, bebeklerinin ve ailelerinin ruhsal sağlığı üzerinde olumlu bir etki yaratacaktır (Kennedy, 2002; Edebohls, 2002). Dolayısıyla, doğum sonrası erken dönemde doğru tanı konulması ve uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması, hem annenin sağlığını korumak hem de yeni doğmuş bebekler ve diğer çocukların güvenliğini sağlamak açısından büyük bir öneme sahiptir (Beck ve Gable, 2001). Tedavi edilmediği takdirde, depresyon kronikleşebilir; bu da bireyin yaşam kalitesini düşürmekte, sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz yönde etkilemekte ve özkıym veya bebeğine zarar verme riskini artırmaktadır (O'Hara ve Swain, 1996).

Doğum sonrası depresyonun şiddetine bağlı olarak çeşitli tedavi yöntemleri uygulanabilir. Bu tedaviler arasında farmakolojik yöntemler (antidepresan ve antipsikotik ilaçlar gibi), psikoterapi (kişilerarası terapi, davranışsal terapi, evlilik ve aile terapileri), psiko-sosyal destek ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) yer almaktadır (Suddenfield, 2006; Tezel, 2006). Bazı kadınlar tedavi sürecinde birkaç hafta içinde

kendilerini daha iyi hissederken, diğerleri bu durumu aylarca yaşayabilmektedir. Tedavi edilmeyen doğum sonrası depresyon, doğumdan sonraki bir yıl boyunca devam edebilir. Ancak bazı durumlarda, kadınlar tedavi almadan kendiliğinden bir yıl içinde iyileşebilmektedir (O'Hara ve Swain, 1996).

2.3.4. Doğum Sonu Depresyonda Hemşirelerin Sorumlulukları

Prenatal dönemde yaşanan anksiyete veya depresyon, doğum sonrası depresyonun gelişiminde etkili bir faktör olabilir. Bu nedenle hemşirelerin, doğum sonrası depresyonu değerlendirmeye prenatal dönemde başlamaları önemlidir (Danacı, 2002). Prenatal dönemde yapılan değerlendirmeler, kadınların doğum sonrası depresyon hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamak için zaman kazandırabilir (Tezel, 2006).

Doğum sonrası dönemde hemşirelerin sorumlulukları arasında, annenin doğum sonrası depresyon risklerini belirlemek, ruhsal durumunu değerlendirmek, uygun tedavi edici müdahaleleri uygulamak ve gerektiğinde yönlendirmelerde bulunmak yer almaktadır (Chaudron et al., 2001).

Hemşireler, doğum sonrası depresyonun belirtileri, risk faktörleri ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Annenin ruhsal durumu ve davranışlarını dikkatle gözlemleyerek doğru hemşirelik tanıları koymalıdır. Annelerin doğum sonrası depresyon sorununu aşabileceklerine dair umut vermek, moral ve motivasyon sağlamada önemlidir. Doğum sonrası depresyon yaşayan annelerle empati kurarak duygusal destek sağlamak, onların hislerini anlamaya yardımcı olur. Annelere duygularını ifade edebilmeleri için zaman tanımak, onlara destek olmanın önemli bir parçasıdır. Annenin gereksinimleri doğrultusunda, uygun uzmanlara yönlendirme yapılarak gerekli profesyonel destek sağlanmalıdır. Doğum sonrası depresyon tedavisinde bakım sürecinin kesintisiz ve sürekli olması, anne iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyerek tedavi başarısını artırmaktadır. Bu bütüncül yaklaşım, hem annenin ruhsal sağlığının korunmasını hem de anne-bebek ilişkisinin güçlendirilmesini destekler (Beck ve Gable, 2001).

Hemşirelerin, doğum sonrası depresyon hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, yeni doğum yapmış kadınlarda depresyonun erken tanısını koyma, tedavi

sürecini başlatma ve gerektiğinde yönlendirme açısından kritik bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin, yeni doğum yapmış kadınlarda depresyonu hızlı ve doğru bir şekilde tanımlayabilmeleri için bazı önemli adımlar atmaları gerekmektedir:

- Hemşireler, annelere doğum sonu depresyon tarama ölçekleri uygulamalıdır. Bu, depresyon belirtilerinin erken tespitine yardımcı olur.
- Annenin ruh hali, davranışları ve genel durumu dikkatle izlenmelidir. Elde edilen veriler düzenli olarak kayıt altına alınmalıdır.
- Hemşireler, annenin mutsuzluk nedeninin biyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerden kaynaklandığını açıklamalıdır. Annenin kendini suçlamaması gerektiği vurgulanmalıdır (Kara, 2001).
- Doğum sonu depresyonun birçok kadında görülebileceği ve uygun tedavi ile sorunların çözülebileceği belirtilmelidir (Ersoy, 2000).
- Annelerin dinlenme, uyuma ve kendilerine zaman ayırmaları için destek alabilecekleri akraba veya arkadaşlar gibi kaynakları bulmalarına yardımcı olunmalıdır (Dennis ve Ross, 2006).
- Hemşireler, annelerin aile üyelerini doğum sonu depresyon hakkında bilgilendirmelidir. Ailenin eğitimi, depresyon belirtilerinin daha erken fark edilmesini sağlar (İnan, 1986).
- Doğum sonu depresyonunun tedavisinde bütüncül ve aile merkezli bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu, hemşirelerin annelerin duygularını paylaşmalarına ve empati kurmalarına olanak tanır (Tükistanlı vd., 2002).
- Hemşireler, doğum sonrası ev ziyaretlerinde annelerin depresyon belirtilerini izleme fırsatına sahiptir. Bu ziyaretler, risk taşıyan annelerin durumunu değerlendirmek için kritik öneme sahiptir.
- Eğer anne, bebeğine veya kendine zarar verme düşünceleri taşıyorsa (örneğin, "bebeği susturamadığımda içimden onu atıp fırlatmak geliyor" gibi), derhal müdahale edilmesi ve tedavi için yönlendirilmesi gerekir (Bernazzi ve Bifulco, 2003).
- Doğum sonu depresyonu, yalnızca annenin sağlığını değil, bebek ve ailenin tüm üyelerinin sağlığını da olumsuz etkileyebilir. Hemşireler, bu sağlık

sorununu önleme, erken tanı koyma, tedavi ve bakımda önemli bir rol oynamaktadır (Beck, 2001).

Bu yöntemlerle hemşireler, doğum sonu depresyonunun etkilerini en aza indirmeye çalışarak, kadın, aile ve toplum sağlığını geliştirmek için önemli bir sorumluluk üstlenmiş olurlar (Dennis ve Ross, 2006).

2.4. Anksiyete

2.4.1. Anksiyetenin Tanımı ve Nedenleri

Anksiyete kelimesi, Latince kökenli "angre" (boğulma veya tıkanma anlamında) ve Hint-German kökenli "angh" (sıkıca bastırmak, sıkıkmak, sıkıntı, tasa anlamında) kelimelerinden türetilmiştir (Horuz, 2004).

Türk Dil Kurumu, kaygıyı bireyin içinde bulunduğu sıkıntılı durum olarak tanımlamakta ve kötü bir şey olacağı düşüncesi ile ortaya çıkan, nedeni bilinmeyen gerginlik durumu olarak açıklamaktadır. Türkçe' de kaygı, "iç sıkıntısı", "can sıkıntısı" veya "hoş olmayan heyecansal bir endişe hali" olarak tanımlanmaktadır (Sezen, 2019; Akman, 2015).

Anksiyete, kişiye özgü bir deneyim olduğu ve bilinen bir nedenden kaynaklanmadığı için tanımlanması zor olan, korku ve endişe ile birlikte bazı fizyolojik değişikliklerin eşlik ettiği, belirli dönemlerde yaşanabilen ve yaşamı tehdit edebileceği düşünülen evrensel bir duygu olarak da nitelendirilebilir (Sezen, 2019; Uzbay, 2004).

Anksiyete terimi, ilk kez 1985 yılında Freud tarafından tanımlanmıştır. Freud, anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak görmüş ve cinsel doyumsuzluk nedeniyle oluştuğunu savunmuştur. Bu durumun geçmiş deneyimlerden kaynaklanarak sonraki yaşantılarda belirdiğini belirtmiştir. Ayrıca Freud'a göre, anksiyete dış etkenlere karşı yaşamın devamlılığını ve uyumunu sağlayan bir duygu durumudur (Toğaç, 2018; Gedik, 2015).

Anksiyete ve korku terimleri bazen birbirine karıştırılabilmektedir. Ancak anksiyetenin nedeninin bilinmediği ve bireyin karşılaştığı olaylara verdiği anlamdan

kaynaklandığı, korkunun ise belirli bir nedeni olduğu ve anksiyeteye göre daha kısa sürdüğü ifade edilmektedir (Günay, 2013).

Günlük yaşantıda bireylerin iç ve dış dünyalarındaki durumlara karşı fiziksel, psikolojik ve davranışsal tepkileri anksiyete veya stres olarak tanımlanabilir. Anksiyeteye ve strese neden olan herhangi bir durum, stresör olarak adlandırılmaktadır (Güçlü, 2001; Balcıoğlu, 2005).

Anksiyete, birçok stresörden etkilenir ve yeni stresörlerin oluşmasına yol açabilir; ancak asıl kökeninin bireyin çocukluk yaşantılarından kaynaklandığı öne sürülmektedir. Bireyin çocukluk ve ergenlik döneminde yaşadığı küçük düşürme, aşağılanma ve cezalandırılma gibi olumsuz deneyimler, sosyalleşme sürecinin olumsuz sonuçlanması ve ebeveynleri ile yakın çevresinin sergilediği davranışsal tepkiler, yetişkinlik dönemindeki anksiyete algısını ve anksiyeteye maruz kalma durumunu etkileyebilir (Şahin, 2019).

Literatürde kaygının durumluk ve süreklilik anksiyete olmak üzere iki açıdan ele alındığı görülmektedir. Durumluk anksiyete, dış ve iç etkenlerin etkisiyle bireyin içinde bulunduğu geçici ve öznel bir duygu durumudur (Spielberger, 1966). Bu tür anksiyete, tehdit edici durumlarla doğrudan ilişkilidir ve olaylara bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (Franck ve O'Brien, 2019). Stresin yoğun yaşandığı durumlarda, bireyin durumluk anksiyetesi artarken, stres etkeninin etkisi azaldığında ise durumluk anksiyete düzeyi de düşmektedir. Bu nedenle, durumluk anksiyete, bireyin ruhsal durumunu ve tepkilerini etkileyen dinamik bir yapı taşımaktadır (Al Maqbali et al., 2021; Johnston, 2020).

Bireyin olayları tehdit edici bir etken olarak algılaması ve bu durumun sürekli hale gelmesiyle ortaya çıkan anksiyete türüne süreklilik (genel) anksiyete denir. Bu tür anksiyete, belirli bir stresöre doğrudan bağlı olmayıp, bireyin sürekli olarak çevresindeki durumları endişe ve korku kaynağı olarak değerlendirmesiyle karakterizedir. Böyle bireyler, içinde bulundukları durumun öz değerlerine zarar verebileceği kaygısıyla genellikle anksiyeteli ve mutsuz bir ruh hali taşırlar (Spielberger, 1966). Bu da yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilir.

2.4.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetesi olan bireyler, vücutlarını korumak amacıyla savunma yanıtı niteliğinde bazı fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler gösterebilmektedir (Şahin, 2019).

Anksiyete yaşayan bireylerde çeşitli sistemlerden kaynaklanan bir dizi belirti ortaya çıkabilir. Kardiyovasküler ve solunum sistemine ait belirtiler arasında göğüste sıkışma, kalp atım sayısında artma, kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, nefes darlığı ve boğazda düğümlenme hissi yer almaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Gastrointestinal ve genitoüriner sistemle ilgili belirtiler ise yutma güçlüğü, midede boşluk hissi, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, sık tuvalete gitme ihtiyacı, gerginlik empotansı ve cinsel isteksizlik gibi durumları içermektedir (Barberio, 2021). Ayrıca, deride kızarıklık, kaşıntı, sıcaklık hissi, parestezi, baş dönmesi, uyku güçlüğü ve kas gerginliği gibi nörolojik sistem belirtileri de anksiyete ile ilişkili olarak görülebilir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Barberio et al., 2021).

Anksiyete yaşayan bireylerde, psikolojik belirtiler olarak çeşitli duygusal ve düşünsel durumlar ortaya çıkabilir. Bu belirtiler arasında endişe, korku, dehşet hissi, tedirginlik, sürekli bir alarm durumunda olma, güvensizlik, huzursuzluk, çaresizlik, çekingenlik, sinirlenme, kızgınlık, bunalım ve dikkatini toplamada zorluk gibi durumlar bulunmaktadır. Bu psikolojik tepkiler, bireyin genel yaşam kalitesini etkileyebilir ve günlük aktivitelerini sürdürmesini zorlaştırabilir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Anksiyete yaşayan bireylerde bilişsel belirtiler, bireyin düşünce süreçlerini etkileyen çeşitli durumları içermektedir. Bu belirtiler arasında bireysel özelliklerin detaylı izlenmesi, sanrılarının ortaya çıkması, karmaşık düşüncelerin gelişimi, unutkanlık, sürekli tekrar eden düşünceler, diğer sorunları çözme kaygısı, uykusuzluk ve dikkat dağınıklığı, olayları ve durumları tarafsız bir şekilde değerlendirememesi gibi durumlar yer almaktadır (Kesgin, 2019). Davranışsal belirtiler ise, bireyin anksiyete ile başa çıkma çabası sonucu geliştirdiği bazı

davranışları içermektedir. Bu davranışlar, kendini ve başkalarını eleştirme veya suçlama eğilimi, kaçma ve kaçınma davranışları, akıcı konuşamama ve koordinasyon bozukluğu gibi durumları içermektedir (Abuidhail et al., 2017). Bu belirtiler, bireyin sosyal etkileşimlerini ve günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir.

2.4.3. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyetenin düzeyi yaş, cinsiyet, sosyo ekonomik durum, anksiyete nedeni gibi bireyin bazı demografik özelliklerinden etkilenmektedir (Şahin, 2019).

- 1. Hafif Düzey Anksiyete:** Bu düzeyde bireyin duygusal ve bilişsel belirtileri normal seviyededir. Hafif anksiyete, öğrenmeyi destekler, sorun çözme becerilerini geliştirir ve bireyin kendisine ve çevresine karşı hassasiyetini artırır (Sezen, 2019; Akman, 2015).
- 2. Orta Düzey Anksiyete:** Bazı fizyolojik ve sistemsel belirtilerin normalden ya da hafif artmış olabileceği bir durumu ifade eder. Birey, tehdit faktörüne odaklandığı için çevresindeki olayları algılamada zorluk yaşayabilir ve neden-sonuç ilişkisi kurmakta güçlük çekebilir (Akman, 2015; Şahin, 2019).
- 3. Şiddetli Anksiyete:** Bu anksiyete düzeyinde bireyin çevreye olan ilgisi neredeyse tamamen kaybolmuştur ve yalnızca stresöre yoğunlaşmıştır. Bu düzeyde sistemsel ve fizyolojik belirtiler bir şekilde artar, birey olaylara uyum sağlamakta zorlanır ve çevredeki olaylara karşı mantıklı düşünme yetisi kaybolur. Dikkat ve konsantrasyon eksikliği nedeniyle yaşanan olayları hatırlayamama durumu ortaya çıkabilir (Güçlü, 2001; Balcıoğlu, 2005).
- 4. Panik Anksiyetesi:** Bireyin en üst düzeyde yaşadığı anksiyete durumudur. Bu aşamada, bireyin tüm vücut sistemleri olumsuz etkilenebilir. Nörolojik bulgular, bireyin yaşadığı olayları algılamasını bozacak şekilde karmaşık hale gelebilir. Bu durum, yoğun bilişsel ve davranışsal değişikliklere yol açarak konuşamama ve hareket edememe gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Birey, bu aşamada derin bir korku ve çaresizlik hissi yaşayabilir (Davis et al., 2015).

2.4.4. YYBÜ’de Bebeği Yatan Ebeveynlerde Anksiyetede Hemşirelik Yaklaşımları

Bebeklerinin YYBÜ’ne yatması, ebeveynlerin kaygı düzeylerini ve baş etme yöntemlerini etkileyebilir. Bu süreçte, ebeveynlere yeterli destek sağlanması büyük önem taşımaktadır (Browne et al., 2005).

Çalışmalar, YYBÜ’de tedavi gören bebeklerin ebeveynlerinin sürekli bilgi almak, soru sormak, bebeklerini görmek ve bakım süreçlerine katılmak istediklerini göstermektedir. Ebeveynler kaygı ve stresle başa çıkmak için olumlu düşünmeye çalışmakta, yalnız kalma ihtiyacı hissedebilmekte, ağlamakta, eşleriyle konuşmakta, duygularını ve sorunlarını yakınlarıyla paylaşmakta, diğer ebeveynlerle iletişim kurmakta ve dua etmektedirler (Keklikçi, 2020; Sarapat vd., 2017).

Ayrıca, bazı çalışmalar ebeveynlerin bebeklerini gözlemleme fırsatı bulmalarının, anne-baba rolleri ile ilgili kendilerine şans verilmesinin, detaylı bilgilendirme yapılmasının ve ilgili sağlık profesyonelleriyle tanıştırılmasının kaygılarını azalttığını ortaya koymuştur. Bu süreçte hemşirelerin aile merkezli bir bütüncül bakım yaklaşımı benimsemesi, ebeveynlerin kendilerini ifade etmeleri için destek sağlaması ve sabırla dinleyici bir tutum sergilemesi, eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirerek gerekli bilgileri paylaşması önerilmektedir (Çelebioğlu ve Polat, 2004; Barberio et al., 2021).

Yenidoğan hemşirelerinin, ebeveynlerle en fazla zaman geçiren sağlık çalışanları olarak, onların kaygı ve stres düzeylerini azaltmada kritik bir rol oynadığı görülmektedir. Bu hemşireler, ebeveynlere yenidoğan bakımı hakkında bilgi vererek ve onların bakıma katılmalarını destekleyerek önemli bir duygusal destek sağlarlar (Konukbay ve Arslan, 2011; Jakimowicz ve Perry, 2015). Çalışmalar, yenidoğan annelerinin anksiyete düzeylerini azaltmak için çeşitli stratejilerin etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, bakım standart rehberlerinin kullanıldığı bir çalışmada, bu rehberlerin annelerin anksiyete düzeylerini düşürmede etkili olduğu bulunmuştur (Ağırman, 2016). Lai ve ekibinin (2006) yaptığı bir çalışmada, kanguru bakımı sırasında müzik dinletisinin annelerin anksiyetelerini azalttığı belirlenmiştir. Kostilainen ve ekibinin (2021) çalışması ise, annelere şarkı söyletmenin kanguru

bakımı sırasında anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Roa ve Ettenberger (2018) 'in pilot çalışması, müzik terapisinin annelerin anksiyete ve stres düzeylerini azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Afand ve arkadaşlarının (2017) randomize kontrollü çalışması, taburculuk öncesi uygulanan bebek masajının annelerin anksiyete düzeylerini olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Bu bulgular, yenidoğan hemşirelerinin ve diğer sağlık profesyonellerinin ebeveynlere yönelik destekleyici yaklaşımlar geliştirmeleri ve uygulamaları gerektiğini vurgulamaktadır.

2.5. Anne- Bebek Bağlanması

Bağlanma kuramı, bireylerin kendileri için önemli olan kişilerle güçlü ve sağlam duygusal bağlar kurma gereksinimini açıklayan bir yaklaşımdır. Bağlanma teorisi, psikolojide, bir kişinin başka bir kişiden yakınlık ve güvence beklemesi durumunu açıklayan bir yaklaşımdır (Soygüt, 2004). Bu teoriye göre, kişi yakınlık beklediği kişi yanındayken kendini güvende hisseder. Bağlanma kuramı, bireyin kendisi için önemli olan kişilerle güçlü duygusal bağlar kurmasının nedenlerini açıklayan bir yaklaşımdır (Kavlak ve Şirin, 2007;Nacar ve Gökkaya, 2019; Kesebir vd., 2011). Bu kuram, bireylerin bu bağları kurma ve sürdürme eğilimlerinin, onların güvenlik, destek ve duygusal rahatlık arayışından kaynaklandığını öne sürer.

Bowlby, anne ve çocuk arasındaki güvenli bağlanma ilişkisinin, çocuğun sağlıklı bir psikolojik gelişim göstermesine olanak tanıdığını savunur. Bowlby'e göre, bu bağlanma ilişkisinin yanlış gelişmesi veya kesintiye uğraması durumunda, kişilik problemleri ve zihinsel hastalıklar ortaya çıkabilir (Bowlby, 2012).

Bowlby'e göre, sağlıklı bir bağlanma ilişkisi kurabilmek için sıcak, yakın ve sürekli bir ilişkinin varlığı gereklidir ve bu ilişkiden hem anne hem de çocuğun keyif alması önemlidir. Bağlanma süreci, aşama aşama gelişen bir yapıya sahiptir ve bağlanan kişi, bağlandığı bireyle yan yana olmak ister. Bağlandığı kişi güçlü olmalı ve kişinin endişelerini giderebilmelidir. Bebekler için dış dünyayı algılamada en önemli duyular arasında dokunma, görme ve işitme yer alır, ancak dokunma bu duyular arasında öne çıkar. Dokunma, anne ve bebek arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkiler (Bowlby, 2012). Annenin ve bebeğin birbirlerine bağlanması, türlerine

özgü davranış sistemleri sonucunda gelişir. Bowlby'nin tanımladığı beş temel davranış, bebeğin bağlanma davranışlarını belirler: emme, yapışma, izleme, ağlama ve gülme. (Görünmez, 2006; Soygüt, 2004; Nacar ve Gökkaya, 2019). Bu davranışlar, bebeğin güvenli bağlanma sürecini tanımlayan önemli göstergelerdir.

Güvenli bağlanma, bebeğin kendisini huzur ve güven içinde hissettiği birine duygusal olarak yakın hissetmesi ve bu kişiye güvenle bağlanabilmesidir. Tüm bebekler doğduklarında annelerine bağlı olarak dünyaya gelirler (Sümer ve Güngör, 1999). Bebek, annesine kolayca ulaşabildiğinde kendini daha güvende hisseder ve bu güven duygusu sayesinde, yaklaşık iki yaşından itibaren sağlıklı bir ayrılma sürecine girer. İlk iki yıl boyunca, annenin bebekle kurduğu bağın güçlü ve istikrarlı olması önemlidir.

Doğumla birlikte kurulan bağlanma ilişkisinin kalitesi, anne ile bebek arasındaki iletişimin niteliğini belirlemekte önemli bir rol oynamaktadır. Doğum, annenin ve bebeğin dokuz aylık birlikteliğinin ilk ayrılığını simgeler ve bu süreçte, bebeğin intrauterin yaşamı için gerekli biyolojik ihtiyaçların karşılandığı kan alışverişi sona erer. Bağlanma, genellikle 6-24 ay arasında şekillenmeye başlar; bu dönemden sonra çocuk, birincil bakım veren kişiyle ve çevresindeki diğer bireylerle karmaşık ilişkiler geliştirmeye başlar (Soysal vd., 2005).

Prenatal (doğum öncesi) dönemde, annenin vücudundaki değişiklikleri kabul etmesi ve bu değişikliklerle barışık olması, pozitif duygularını dünyaya gelmemiş bebeğine aktarabilmesi açısından önemlidir. Gebelik döneminde annenin karnına dokunması, temas yoluyla bebeği hissetmesi ve ona kabul duygusu vermesi, bağlanma ilişkisi için kritik bir rol oynamaktadır. Anne, bu bağlanma ilişkisinin temel taşıdır ve bu ilişkinin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için, kendi ebeveynleriyle de sıcak, huzurlu, sevgi dolu ve güvenli bir bağlanma ilişkisi kurması gerekmektedir. Annenin ebeveynleriyle oluşturduğu bu güvenli bağ, evlilik ilişkisine ve çocuklarıyla olan iletişimine de olumlu bir şekilde yansır. Bebeğin doğumdan sonraki süreçte duygusal ve sosyal gelişimini destekleyen, birincil bakım veren kişinin duyarlılığı, bağlanma ilişkisinin sağlıklı bir şekilde gelişmesine yardımcı olur. Böylece bebek, kendini rahatça ifade edebilme ve duygularını açığa koyabilme

yeteneğini geliştirirken, anne-bebek ilişkisi içinde güven duygusunun önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (Erdoğan vd., 2000).

Anne-bebek bağlanmasında, anne ve bebeğin karşılıklı olarak birbirlerinin duygularına cevap verme oranı, aralarındaki bağlanmanın ve iletişimin kalitesini artırmaktadır. Bu durum, bebeğe birincil bakım veren kişinin ihtiyaçlarını ne ölçüde ve nasıl karşıladığının önemini vurgulamaktadır. John Bowlby, dünyaya yeni gelen bebeklerin ve çocukların bakım veren kişilerle bağ kurma çabası içinde olduklarını belirtmiştir. Anne ile yavrusu arasındaki ilişki, yakınlık arayışı ile belirginleşmektedir; bu yakınlık, bebeğin güvenli bir bağlanma oluşturmaya yardımcı olur (Hortaçsu, 1991).

Doğum sonrası dönemde anne ile bebek arasındaki etkileşim; annenin genetik yapısı, geçmişte aldığı bakım, sevgi kalitesi, ebeveynlik deneyimleri ve gebeliğin isteyip istenmeme durumu gibi çeşitli etkenlerden etkilenir. Ayrıca, annenin yaşadığı zorluklar (ilaç kullanımı, hastalık, zeka düzeyi, alkol bağımlılığı ve adölesanlık gibi), sorunlarla başa çıkma becerisi, bebeğin hastanede kalma süresi, aile içi ilişkiler ve hayal edilen bebekle dünyaya gelen bebek arasındaki imaj farklılıkları da bu ilişkiyi etkileyen önemli unsurlardır (Görak, 2002; Taşkın, 2003).

Anne ile bebek arasındaki bağlanma ilişkisi, annenin yaşı ve ailenin sosyo-demografik durumu tarafından da şekillenir. Doğum sırasında eşinin, annenin ve yeni doğan bebeğin yanında bulunması ve bu duyguyu birlikte paylaşmaları, anne-bebek etkileşimi açısından büyük bir önem taşır (Görak, 2002).

Çalışır ve Başbakkal (2003) 'ın çalışmasında, bebeğin bakımında aile desteği alan annelerin annelik rolü başarılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin (doktorlar, hemşireler ve hastane personeli) tutumları ve sundukları bakım, doğum sonrası dönemde anne ve bebeğinin ayrı kalması ve hastanedeki kurallar, anne-bebek etkileşimini etkileyen diğer önemli faktörler arasında yer almaktadır.

Yapılan bazı çalışmalar, anne ile bebek arasındaki bağlanma ilişkisinin kalitesinin, bu iki birey arasındaki etkileşim biçimiyle şekillendiğini göstermektedir. Bu ilişkinin ilk aşaması, açlık ve susuzluk gibi temel ihtiyaçların karşılanmasıdır.

Ayrıca, annenin bebeğiyle geçirdiği zamanın niteliği ve bu zamanın nasıl değerlendirildiği de büyük önem taşımaktadır. Yeni doğmuş bebeklerin, annelerinin seslerini ve gülümsemelerini tercih ettikleri, aynı zamanda bir nesne veya başka bir bireyle birlikte olmayı daha çok sevdikleri gözlemlenmiştir. Yüz yüze iletişim, anne ile bebek arasındaki etkileşimde kritik bir rol oynamaktadır; annenin bebeğine ilettiği pozitif duygu ifadeleri, bebeklerde olumlu duygular uyandırmakta ve onların durumlarına uygun tepkiler vermelerine yardımcı olmaktadır (Aydemir Karakulak, 2009). Aydemir Karakulak (2009)'ın yaptığı çalışmada, annenin bebeğini çıplak bir şekilde kucağına almasının, bağlanma sürecine olumlu katkılar sağlayabileceği vurgulanmıştır. Doğumdan sonraki ilk 45-60 dakikalık zaman dilimi, bebeğin uyanık ve alıcı olduğu bir dönemdir; bu nedenle, bu süre zarfında anne-bebek teması, aralarındaki bağın güçlenmesi açısından son derece kritiktir. Bu fiziksel temas, bebeğin güven duygusunu pekiştirir ve annesiyle olan ilişkisinin sağlıklı bir şekilde gelişmesine yardımcı olur. Bu bağlamda, doğum sonrası erken dönem etkileşimlerinin önemi daha da belirginleşmektedir.

İlk aylarda kurulan anne-bebek ilişkileri, ilerleyen dönemlerdeki etkileşimlerin niteliğini belirlemede kritik bir rol oynamaktadır. Bu dönemde oluşturulan bağlar, bebeğin duygusal ve sosyal gelişiminde önemli bir temel oluşturur. Anne ile bebek arasındaki tensel bağın varlığı, bu ilişkinin sağlıklı bir şekilde gelişmesi için son derece elzemdir (Keser, 2006). Dokunma, sıcaklık ve fiziksel temas, bebeğin güven duygusunu pekiştirir ve bağlanma sürecini güçlendirir. Bu nedenle, annelerin bu dönemde bebekleriyle düzenli ve olumlu bir şekilde etkileşimde bulunmaları büyük bir öneme sahiptir.

2.5.1. Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler

Bağlanmayı ve bağlanmanın gelişimi, birçok faktörden etkilenmektedir. Bağlanma, anne ve bebek arasında oluşan karşılıklı bir ilişkiye dayalı bir süreçtir ve bu ilişkideki uyumun engellenmesi ya da zorlaşması, bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilir (Kınık ve Özcan, 2020). Bebeğin hayatındaki ilk deneyimi, gelecekte yaşayacağı bağlanma ilişkilerinin temelini oluşturur (Mutlu vd., 2015). Bu nedenle,

maternal bağlanmayı etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve ebeveynlere gerekli desteğin sağlanması oldukça önemlidir (Özdemir vd., 2021).

Maternal bağlanmayı etkileyen başlıca faktörler arasında, annenin yaşı, obstetrik geçmişi, anne ve babanın sosyo-demografik özellikleri, aile içi ilişkiler, sosyal destek düzeyi, gebeliğin planlı olup olmaması, emzirmenin hemen başlatılması, aynı odada kalma durumu, annenin bebek bakımında bilgi ve deneyim sahibi olması, aktif bir bakım veren olması, annelik rolüne uyum ve sosyal destek mekanizmalarının varlığı sayılabilir (Özdemir vd., 2021). Ayrıca, anne ve bebeğin sağlık durumu, kültürel ve geleneksel inançlar, gebeliğin riskli olup olmaması, geçirilmiş postpartum depresyon öyküsü ve çevresel faktörler de bağlanma üzerinde etkili olabilmektedir. Hemşireler veya ebeler tarafından verilen destek, annenin davranış ve tutumları da bağlanmayı etkileyen çevresel faktörler arasında yer alır (Kınık ve Özcan, 2020).

Maternal bağlanmada ten tene temas, son derece önemli bir rol oynamaktadır. Erken dönemde sağlanan bu temas, hem duygusal doyumu artırmakta hem de anne-bebek bağlanmasını güçlendirmektedir. Anne ile bebek arasındaki temas gerçekleştiğinde, annede oksitosin hormonu salgılanması artar. Oksitosin hormonunun salgılanması, aynı zamanda prolaktin hormonunun uyarılmasına neden olur ve bu süreç, göğüslerin laktasyona hazırlanmasını sağlayarak emzirme sürecini destekler (Özdemir vd., 2021). Bu hormonal etkileşimler, anne ile bebek arasındaki bağın güçlenmesine yardımcı olurken, emzirme deneyimini de olumlu yönde etkiler. Emzirmenin, bağlanmayı olumlu yönde etkileyen ve artıran en önemli faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Anne ile bebek arasındaki tene temas, hem bağlanmayı güçlendirmekte hem de emzirmeyi kolaylaştırmaktadır.

Anne ve bebek arasındaki fiziksel temas, aralarındaki iletişimi güçlendirdiği gibi, bebeğe güven duygusu da aşılar. Doğumla birlikte bebek anneden fiziken ayrılrsa da, ruhsal bağ devam eder. Emzirme, anne-bebek arasındaki ilişkiyi pekiştirir; bu süreçte bebek, annenin değil kendisinin bu durumu yönetmesini ister. Emzirme eylemi, bebekle annenin arasındaki duygusal bağ güçlendiren önemli bir

unsurdur (Güneş, 2016; Güvenderer Doksat ve Demirci Çiftçi, 2016; Kesebir vd., 2011).

Annenin bebek bakımında yeterli sosyo-ekonomik düzeye sahip olması, karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilmesi için eşinin ve sosyal çevresinin desteği, anne-bebek bağlanmasına olumlu katkılar sağlamaktadır. Ayrıca, annenin eşle olan ilişkisi ve evlilik doyumu, maternal bağlanmayı önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, evliliğinde sorunlar yaşayan annelerin bebeklerine bağlanmakta zorluk çektiğini göstermektedir. Bu nedenle, anne ve bebek ilişkisinin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için güvenli ve sağlıklı bir evlilik ilişkisinin varlığı kritik öneme sahiptir (Bat Tonkuş ve Muslu, 2021).

Doğumdan sonraki dönemde anne ile bebek arasında bir ilişki kurulabilmesi için birden fazla etken bulunmaktadır. Bu etkenler arasında, annenin bebeğiyle aynı odayı paylaşması, ten-tene temasın sağlanması, göz göze temas kurması, bebeğini kucaklaması ve emzirerek bebeğinin karnını doyurması gibi temel eylemler yer alır (İşler, 2007).

2.5.2. Anne - Bebek Bağlanmasında Hemşirenin Rolü

Anne-bebek arasındaki etkileşim ve bu etkileşim sonucunda oluşan bağlanma, bebeğin büyüme ve gelişim sürecini etkileyen hayati bir unsurdur. Bu bağın kurulmasında hemşirelerin önemli görevleri bulunmaktadır. Hemşireler, doğum öncesi, doğum anında ve sonrasında aile ile yenidoğana yönelik bilinçli hemşirelik yaklaşımlarıyla bağlanma sürecini desteklemeli ve sevgi dolu bir ortam yaratmalıdır (Çoban, 2003; Görak, 2002; Karakulak, 2009). Bebeğin istenip istenmemesi, cinsiyet tercihleri, annenin annelik rolüne hazır olup olmaması ve bebeğin bakımıyla ilgili temel bilgi eksiklikleri, anne-bebek ilişkisini ve annenin bebeğini algılayışını olumsuz etkileyebilir (Kavlak ve Şirin, 2007).

Gebeliğin istenme durumu, anne-bebek ilişkisi açısından kritik bir başlangıç noktasıdır ve annelere bu konuda bilgilendirme yapılmalıdır. Çocuk sahibi olmak isteyen ailelere gebeliğin önemini vurgulamak da gereklidir (Mutlu vd., 2015.)

Gebelik başladıktan sonra, annenin bu süreci benimsemesi, bebeğinin hareketlerini hissetmesi ve onu birey olarak kabul edip aralarında güçlü bir bağ kurması gerektiği anlatılmalıdır. Ayrıca, hamilelik sürecinde karşılaşılabilecek sorunların, ebeveynlerin bebekle ilgili tutumlarını olumsuz yönde etkilememesi için, düzenli gebelik izlem kontrollerine katılmaları ve gerekli sağlık hizmetlerini almaları önemlidir. Bir kadının kendi annesinden aldığı bakım, sevgi ve ilgi, onun annelik duygularını ve deneyimlerini şekillendirmede önemli bir rol oynar (Çoban, 2003; Karakulak, 2009; Kavlak ve Şirin, 2007).

Hemşire, uygun koşullar altında ve zamanında, doğumdan hemen sonraki ilk dakikada bebeğin ilk beslenmesini doğum masasında başlatabilir. Bu erken emzirme, anne ile bebek arasındaki bağın kurulmasına katkıda bulunarak, onların birlikteliğinin başlamasını sağlar. Ayrıca, annenin bebeği ile aynı odada kalması, annenin annelik rolüne uyum sağlamasına yardımcı olur ve anne-bebek iletişimini artırır (Görak, 2002). Hemşireler, emzirmenin yanı sıra anne ile bebek arasındaki etkileşimin başlatılması ve sürdürülmesinde de kritik bir rol üstlenmektedir. Emzirmenin bebek sağlığına sağladığı yararların yanı sıra, annenin sağlığı üzerinde de biyolojik ve duygusal etkileri bulunmaktadır. Anne sütü alımı, yalnızca bebeklik dönemindeki sağlık için değil, aynı zamanda bireyin yetişkinlik dönemindeki sağlığı için de doğrudan etkilidir. Sosyoekonomik açıdan bakıldığında ise emzirmenin sağladığı faydalar, ailelerin sağlık giderlerini azaltma ve genel yaşam kalitesini artırma gibi olumlu sonuçlar doğurabilir (Samur, 2008). Bu nedenle, hemşirelerin emzirme desteği ve eğitimi konusundaki katkıları son derece önemlidir.

Doğum anından itibaren anne sütünün artırılması ve emzirmenin sürdürülmesi konusunda sürekli çabalar gösterilmelidir. Özellikle genç ve ilk bebeği olan annelerin ihtiyaçlarına yönelik destek ve danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır. Hemşireler, annelerin emzirmeye yönelik çabalarını desteklemeli ve onları bu süreçte emzirmeye teşvik etmelidir. Yenidoğanlar, parlak ışığın etkisiyle kaşlarını çatar, çevresine bakar ve gözlerini tamamen açarlar. Bu nedenle, doğum odalarının loş bir ışıkla hazırlanması önemlidir. Yenidoğanın çok sayıda uyaranla karşılaşmasını engelleyerek, görüş alanının ve hareketlerinin kısıtlanmaması sağlanmalıdır. Bu tür

bir ortam, bebeğin büyüme ve gelişimini olumlu yönde etkileyeceğinden, hemşireler, bebeğin ailesine bu konuda rehberlik yapmalı ve destek olmalıdır (Çoban, 2003).

Anne, bebeğinin bakımını gerçekleştirdikten sonra, bebeğinin huzurlu ve rahat olduğunu görmekten tatmin olur. Ancak, eğer bebek bakım sırasında annesini istemiyor ve huzursuzlanıyorsa, anne bu durumu kendine yönelik bir olumsuzluk olarak algılayarak üzülebilir. Bu tür durumlarda hemşirenin, annenin bebeğiyle olan ilişkisini eleştirmekten kaçınması önemlidir. Hemşireler, annelere yenidoğan bakımı konusunda öğretici ve eğitici bir rol üstlenmeli; annenin davranışları hakkında belirsizlik yaşadıklarında onlara rehberlik etmelidir. Deneyimsiz anneler, yenidoğanın incinme riskini düşündüklerinden, bebeğe yaklaşım konusunda kaygı yaşayabilirler. Bu nedenle hemşirenin, annelere tensel, görsel ve işitsel temas gibi iletişim yolları hakkında bilgi vermesi büyük önem taşır (Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013). Bu tür eğitimler, anne-bebek bağının güçlenmesine yardımcı olabilir ve annenin kendine olan güvenini artırabilir. Anneler, bebeklerinin bazı davranışlarını tanımları konusunda eğitilmelidir. Hemşirenin, yenidoğan bakımı sırasında işleri hızlı bir şekilde tamamlamak yerine, bebeği kucağına alması, ona dokunması, okşaması, konuşması ve ilgilenmesi önemlidir. Bu, bebeği ile duygusal bağ kurmasına yardımcı olur ve güvenli bir ortam sağlar. Ayrıca hemşirenin, anneye bebeğine yumuşak bir şekilde dokunması gerektiğini ve gürültülü ortamlardan kaçınması gerektiğini anlatması faydalı olacaktır. Bu bilgileri vererek annelere doğru yollar göstermek, hem bebeğin rahatlığı hem de anne-bebek etkileşiminin güçlenmesi açısından kritik öneme sahiptir (Çoban, 2003).

Yenidoğanlar, çevreleriyle iletişim kurarken öncelikle dokunma duygusunu kullanır. Dokunma ve masaj, anne-bebek bağlanmasını geliştirmek için en etkili ve doğal yöntemlerden biridir. Bu tür etkileşimler, bebeğin güven duygusunu pekiştirirken, annenin de bağlanma duygusunu desteklemesine yardımcı olur (Kurt ve Söyler, 2021).

Annenin yavrusunu kucağına alması, "kanguru" bakımının uygulanmasını sağlar ve bu yöntemle dokunsal temas sağlanır. Bu yöntemde, bebeğin altı bezlenir ve ardından çıplak bir şekilde annenin sol göğsünün üzerine yatırılır. Alternatif

olarak, bebek dik bir pozisyonda da tutulabilir; bu durumda bebek, bir örtü ile sarılarak korunur (Kılıç ve Kümbetlioğlu, 2016). Bu uygulama, hem anne-bebek bağını güçlendirir hem de bebeğin sıcaklık ve güvenlik hissini artırır. Kanguru bakımı, yenidoğanın fiziksel ve duygusal gelişimi için son derece faydalıdır. Tensel temas, bebeğin ruhsal gelişimini olumlu yönde etkilerken, aynı zamanda annenin annelik duygusunu deneyimlemesine yardımcı olur (İşler, 2007; Höbek Akarsu vd., 2017). Bu tür bir etkileşim, annenin bebeğiyle duygusal bir bağ kurmasını sağlar ve her iki taraf için de güvenli bir bağlanma ortamı oluşturur. Bu nedenle, kanguru bakımı uygulamaları, hem fiziksel hem de duygusal gelişim açısından son derece faydalıdır.

Annelerin bebeklerini besleme, dokunma ve tutma gibi temel faaliyetlerde bulunabilmeleri için hemşireler tarafından cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir (Asatekin, 2022). Çalışmalar, hastane ortamında kanguru bakımının hemşireler tarafından yaygın bir şekilde uygulanmasının, anne ve babaların bu konuda eğitilmesinin ve teşvik edilmesinin, anne-bebek bağlanması üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Çelebi ve Çayır, 2021). Kanguru bakımı, ebeveynlerin bebekleriyle daha yakın bir ilişki kurmasına yardımcı olarak bağlanmayı artırmaktadır.

Hemşirelerin, ebeveyn ve bebek arasındaki bağlanmayı olumsuz etkileyen faktörleri kayıt altına alarak bu doğrultuda uygulamalı bir bakım planı hazırlamaları önerilmektedir (Çelebi ve Çayır, 2021). Hemşirelerin benimsediği bütüncül hasta bakım felsefesi, fiziksel ve psikososyal bakım hemşirelik yaklaşımlarının temelini oluşturur.

Anne ile bebek arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için hemşirenin düzenli gözlem yapması ve annenin yavrusuna bağlanma süreci ile ilgili bilgiler kaydetmesi önemlidir. Bağlanma süreci, annenin bebeği sakinleşmesi, onu okşaması, kucağına alması, onunla konuşması, uygun beslenme yöntemlerini kullanması, göz göze iletişim kurması ve bebeğine adıyla bebeğine seslenmesi gibi davranışlarla kendini gösterir. Bu tür davranışların eksikliği, annenin bebeğiyle olan iletişiminin yetersiz olduğunu ortaya koyar. Ayrıca, bebeğin takma isimle çağrılması, uygun kiloda

olmaması, bakımsız görünmesi, hijyen önlemlerinin yetersizliği ve ciddi pişiklerin varlığı gibi sorunlar, annenin bebeğiyle sağlıklı bir iletişim kuramadığını gösteren önemli işaretlerdir (Görak, 2002). Hemşireler bu tür durumları fark ederek anneleri bilgilendirmeli ve desteklemelidir.

Bu tür durumlarda hemşire, anneye destek olmalı ve danışmanlık hizmeti vermelidir. Anne ile bebeği arasındaki duyguları konuşarak, yenidoğan bakımı konularında rehberlik etmeli ve anne-bebek arasındaki olumlu etkileşimleri artırmak için anneleri motive etmelidir. Hemşire, nazik bir şekilde bebeğin sahip olduğu özellikleri anneye açıklamalı ve annenin de bebeği hakkındaki düşüncelerini paylaşmasına fırsat vermelidir. Taburcu olmadan önce, hemşire anne ile bebek arasındaki iletişimin sürekliliğinin çocuğun gelişimi için kritik öneme sahip olduğu ve bu iletişimin çocuğun tüm yaşamını etkileyeceği vurgulanmalıdır (Çoban, 2003; Görak, 2002; Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013). Bu süreç, annenin kendini güvende hissetmesini sağlarken, bebeğin sağlıklı bir şekilde büyümesine de katkıda bulunur.

Annelerin bebeklerine olan yaklaşımlarının sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi, anne-bebek arasındaki bağlanma sürecinin desteklenmesi ve doğum sonrası olumlu anne-bebek bağının sağlıklı bir şekilde geliştirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Ayrıca, postpartum dönemdeki kadınların depresyon belirtilerinin izlenmesi ve anneyi postpartum depresyon açısından değerlendirmek, anne-bebek sağlığının sürekliliğinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu çerçevede, anne-bebek bağlanmasının erken dönemde kurulmasında ve doğum sonrası dönemde sürdürülebilmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bilinçli hemşirelik yaklaşımları, bu süreçte hem annenin hem de bebeğin sağlığını destekleyerek, olumlu bir bağlanma ilişkisi oluşturulmasına yardımcı olacaktır (Çankaya vd., 2017).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı desen kullanılarak yürütülmüş nicel bir çalışmadır. Araştırmada, YYBÜ’nde bebeği yatan annelerin öz şefkat, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişki incelendi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri ve Zaman

Araştırma, Bitlis Ahlat Devlet Hastanesi I. Basamak YYBÜ’nde gerçekleştirildi. Hastanede sadece birinci basamak yenidoğan yoğun bakım hizmeti verilmektedir. Bölümün fiziksel yapısı; anne ve bebek uyum odası, giriş kısmında yer alan yarı steril geçiş alanı, hasta bilgilendirme bölümü, taburculuğa hazırlık odası, temiz ve kirli depo alanları, besin hazırlama yeri ve el yıkama lavabosundan oluşmaktadır. Bölümde bulunan tıbbi cihazlar ve ekipmanlar ise şunlardır: 4 adet kuvöz, 1 radyant ısıtıcı, 4 pulse oksimetre, her yenidoğan için bir adet cilt sıcaklığı probu, ses düzeyi ölçüm cihazı, baş ve boy ölçüm aleti, her kuvöz için bir infüzyon pompası, 2 tünel tipi fototerapi cihazı, 4 merkezi oksijen paneli (toplamda 12 çıkışlı priz sistemiyle desteklenmiş), 6 kot yatak, 1 oksijen-hava karıştırıcı, 1 taşınabilir ventilatörlü transport kuvöz, 1 otomatik süt sağma cihazı ve 2 glikometre mevcuttur. Bölümde görev yapan sağlık personeli; 2 uzman doktor, 7 hemşire ve 1 temizlik görevlisinden oluşmaktadır. Hemşirelerden 5’i Yenidoğan Canlandırma Programı (Neonatal Resuscitation Program, NRP) sertifikasına sahiptir. Çalışma saatlerine göre personel dağılımı ise şöyle düzenlenmiştir: 2 uzman doktor, 1 mesai hemşiresi, 1 nöbetçi hemşire ve 1 sorumlu hemşire 08.00–16.00 saatleri arasında 1 icapçı doktor ve 2 nöbetçi hemşire 16.00–08.00 saatleri arasında görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Nisan 2024 - Aralık 2024 tarihleri arasında Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Ahlat Devlet Hastanesi YYBÜ’nde bebeği yatan anneler oluşturmaktadır. Kurumun 2024 yılı verileri incelendiğinde, söz konusu dönemde toplam 210 bebeğin YYBÜ’nde tedavi gördüğü belirlendi. Araştırmanın

örneklemini ise Nisan 2024 - Aralık 2024 tarihleri arasında örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 192 anne oluşturmaktadır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Yenidoğanın;

- YYBÜ’de yatıyor olup kuvözde takip ediliyor olması,
- 32-43. doğum haftasında dünyaya gelmesi,
- Klinik durumunun stabil olması,
- Apgar skoru birinci ve beşinci dakikada sekiz ve üzerinde olması,
- Cerrahi işlem uygulanmamış olmasıdır.

Ebeveynlerin;

- Bebeklerinin YYBÜ’ de en az 24 saat tedavi görüyor olması,
- Okur-yazar olması,
- İletişim sorunu olmaması,
- Türkçe okuyup yazabilmesi,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Gönüllü olarak sözlü ve yazılı onam vermesi,
- Annenin bilişsel herhangi bir yeti kaybının ve tıbbi tanıli psikiyatrik sorununun olmamasıdır.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Yenidoğanın anomalisinin olması,
- Yenidoğanın entübe olması,
- Uygulama sürecinde kendinde ya da bebeğinde komplikasyon gelişmesi,
- Çoğul gebelik olmasıdır.

3.4. Verilerin Toplama Araçları ve Özellikleri

3.4.1. Anne-Bebek Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form, annelere ve bebeklerine ilişkin tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Formda; annenin demografik özellikleri, obstetrik öyküsü, gebeliğe ilişkin özellikleri, doğum ve doğum sonrası süreçle dair bilgiler ile bebeğe ilişkin özellikler yer almaktadır. Ayrıca, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakım alan bebekler ve annelerine ait özellikleri içeren sorular da bulunmaktadır. Tamamı kapalı uçlu sorulardan oluşan form, toplam 50 maddeden oluşmaktadır.

3.4.2. Öz Şefkat Ölçeği: Neff (2003) tarafından bireylerin öz şefkat düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek toplam 26 maddeden oluşmakta ve öz-nezaket, ortak insanîyet, bilgece farkındalık, özyargılayıcılık, izolasyon ve aşırı kimliklenme olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Minimum puanı 26 ve maksimum puanı ise 130 dur. Orijinal formda maddeler 5’li Likert tipi derecelendirme ile (1=“Neredeyse hiç” – 5=“Neredeyse her zaman”) puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, bireyin öz şefkat düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal formuna ilişkin iç tutarlık katsayısı 0.92, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0.93 olarak rapor edilmiştir. Alt boyutların iç tutarlık katsayıları 0.75 ile 0.81 arasında değişmektedir. Ölçek, Deniz, Kesici ve Sümer (2008) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Uyum çalışması kapsamında iki madde ölçekten çıkarılmış ve ölçek tek faktörlü bir yapıya dönüştürülmüştür. Türkçe form 24 maddeden oluşmaktadır. Minimum puanı 24 ve maksimum puanı 120 dir. Türkçe formun Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,89, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0,83 olarak bulunmuştur. Bu araştırma da ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,94 olarak hesaplanmıştır, bu da yüksek düzeyde güvenilirliğe işaret etmektedir.

3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ): Annelerin doğum sonrası depresyon düzeylerini belirlemek için geliştirilen bu ölçek toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Maddeler, 4’lü likert tipi (0–3 puan) şeklinde derecelendirilmekte olup, ölçekten en düşük 0 puan, en yüksek 30 puan alınabilmektedir. Ölçekte 1., 2. ve 4. maddeler düz (0,1,2,3), 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10.

maddeler ise ters (3,2,1,0) biçimde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ile geçerlik ve güvenirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları sonucu Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak rapor edilmiştir. Bu araştırma da ise Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,65 olarak hesaplanmıştır. Kesme puanı 12/13 olarak belirlenmiştir (Aydın vd., 2004; Özkan vd., 2014; Erdem ve Bucaktepe, 2012). Bu araştırmada kesme puanı olarak 13 esas alınmış; ölçekten 13 ve üzeri puan alan anneler, doğum sonrası depresyon açısından risk grubunda değerlendirildi.

3.4.4. Durumluk Anksiyete Ölçeği (Kendini Değerlendirme Formu) STAI FORM TX-1: Spielberger ve arkadaşları (1964) tarafından bireylerin anksiyete düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 aralığında rapor edilmiştir. Türkçe uyarlaması ile geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1970) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0,87 arasında bulunmuştur. Bu araştırma da, STAI Form TX-1'ni kullanılmıştır ve STAI Form TX-1'in iç tutarlılık katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Ölçekte, bireylerin belirli bir anda ve belirli koşullarda hissettikleri duyguları yansıtan 20 ifade yer almaktadır. Cevaplar; “Hiç” (1), “Biraz” (2), “Oldukça” (3) ve “Tamamıyla” (4) şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçek maddeleri hem doğrudan ifade edilen (madde 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18) hem de tersine puanlanan (madde 1, 2, 5, 8, 11, 15, 16, 19, 20) maddelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan, bireyin durumluk anksiyete düzeyini göstermektedir; yüksek puanlar daha yüksek anksiyete düzeyini ifade eder. Durumluk Anksiyete Ölçeği'nin puanlamasında, olumsuz duyguları yansıtan doğrudan ifadelerden elde edilen toplam puandan, olumlu duyguları yansıtan ters ifadelerin toplam puanı çıkarılır ve elde edilen sonuca ölçeğin sabit değeri olan 50 eklenir. Bu yöntemle, toplam puan 20 ile 80 arasında değişmekte olup ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin durumluk anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde aşağıdaki sınıflandırma esas alınmıştır:

- **0–40 puan:** Anksiyete yok
- **41–60 puan:** Hafif düzeyde anksiyete

- **61 puan ve üzeri:** Şiddetli anksiyete

Puanı 60 üzeri olanların profesyonel psikolojik destek alması gerektiği belirtilmektedir.

3.4.5. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) (Mother To Infant Bonding Scale):

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği, doğum sonrası dönemde annenin bebeğine karşı geliştirdiği duygusal bağı değerlendirmek amacıyla Taylor ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, doğumdan hemen sonra uygulanabilecek şekilde tasarlanmış olup, pratik, hızlı ve kolay uygulanabilir bir araçtır. Annenin bebeğine karşı duygularını değerlendirmesi esasına dayanır. Toplam 8 maddeden oluşan ölçek, 4'lü likert tipi yanıt formatına sahiptir. Maddeler “0 = Çok fazla” ile “3 = Hiçbir zaman” arasında derecelendirilir.

- 1., 4. ve 6. maddeler olumlu duygu ifadeleridir ve 0,1,2,3 şeklinde puanlanmaktadır.
- 2., 3., 5., 7. ve 8. maddeler ise olumsuz duyguları içermektedir ve ters puanlama ile 3,2,1,0 şeklinde değerlendirilmektedir.

Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 24 arasında değişmektedir. Puan yükseldikçe anne-bebek bağlanmasının olumsuz yönde etkilendiği kabul edilmektedir. Ölçeğin orijinal formuna ilişkin puanlayıcılar arası güvenilirlik katsayısı 0.71, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.66 olarak bildirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karakulak Aydemir ve Alparslan (2016) tarafından yapılmış; yapılan analizlerde ölçeğin, annelerin bebeklerine bağlanma düzeylerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna varılmıştır. Türkçe formun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ABBÖ’ nin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Nisan 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak; Anne-Bebek Tanıtıcı Özellikler Formu, Öz Şefkat Ölçeği, STAI Form TX-1, EDSÖ ve ABBÖ kullanılarak elde edildi. Ölçeklerde yer

alan sorular, YYBÜ' nde bebeği yatan anneler tarafından cevaplandı. Veri toplamaya başlamadan önce, annelere araştırmanın amacı, kapsamı ve içeriği hakkında bilgi verildi, ardından sözlü onamları alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden ayrıca Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu aracılığıyla yazılı onamları da temin edildi. Veri toplama süreci, annelerin kaldığı anne uyum odasında (anne misafirhanesi) gerçekleştirildi ve her bir katılımcı için ortalama 20–25 dakika sürdü.

3.6. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler istatistiksel analizler için aritmetik ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık katsayıları hesaplandı. Gruplar arasındaki farklılıkların incelenmesinde, bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Varyans homojenliğinin sağlanmadığı durumlarda ise Welch ANOVA testi uygulandı. Anlamlı bulunan varyans analizlerinin ardından, grup içi karşılaştırmalar için Bonferroni Post Hoc testleri gerçekleştirildi. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla korelasyon analizi yapıldı. Analizler, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiğini anlamak için bakılan çarpıklık değerinin ± 1.5 aralığında olması gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Öz Şefkat Ölçeği Skewness değerinin 1.453, Kurtosis değerinin 1.454, EDSÖ'nin Skewness değerinin 0.548, Kurtosis değerinin 0.671, STAI Ölçeğinin Skewness değerinin 0.269, Kurtosis değerinin 0.759, ABBÖ'nin Skewness değerinin 0.617, Kurtosis değerinin 0.027 olduğu belirlendi. Ölçeklerden elde edilen çarpıklık değerleri ± 1.5 aralığında olduğu için tüm ölçek ve alt boyutlarının normal dağılım gösterdiği belirlendi.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın prosedürel etik boyutu kapsamında, çalışmaya başlamadan önce 25.01.2024 tarih ve E-95531838-050.99-92516 sayılı karar ile Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK 6) etik izin alındı. Ayrıca, 27.02.2024 tarih ve 28814003-300.001.001-E.95604 sayılı karar ile Kamu Hastaneler Birliği'nden kurum izni (EK 9) sağlandı. Araştırmaya katılan

yenidoğanların annelerine, araştırmanın amacı, kapsamı ve uygulama aşamaları hakkında detaylı bilgi verilmiş; katılımcıların soruları yanıtlandı. Annelerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu okunarak, hem sözlü hem de yazılı onamları alındı. Katılımcılara, sağlanan bilgilerin gizliliğinin korunacağı ve sadece bu bilimsel araştırma kapsamında kullanılacağı açıkça ifade edildi. Araştırma sürecinde; Bilgilendirilmiş Onam İlkesi, Gönüllülük İlkesi ve Gizliliğin Korunması İlkesi titizlikle uygulandı. Kullanılan ölçeklerin lisans ve kullanım izinleri, ölçekleri geliştiren veya Türkçeye uyarlayan yazarlardan e-posta yoluyla alındı. Tüm süreç boyunca, Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik kurallara tam uyum sağlandı.

3.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

3.8.1. Güçlü Yönleri

Kullanılan yöntemler invaziv girişim içermemekte olup, uygulaması kolay ve pratik yöntemlerdir. Ayrıca, literatür taraması sonucunda ülkemizde bu konuda daha önce yapılmış sınırlı çalışma bulunmaması nedeniyle, araştırmanın özgün ve güncel bir nitelik taşıdığı söylenebilir.

3.8.2. Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü kurumun, ilçe hastanesine bağlı ve 4 kuvöz kapasiteli I. düzey YYBÜ olması, örneklem sayısının tamamlanma sürecinin uzamasına yol açabilmektedir.

4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Araştırma kapsamına alınan annelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verildi. Annelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %46,9’unun 26-32 yaş aralığında olduğu, %38’inin lise mezunu, %81,2’sinin çalışmadığı saptandı. Annelerin eşlerinin %48,4’ünün 28-38 yaş aralığında olduğu, %49’unun lise mezunu ve %89,6’sının çalıştığı saptandı. Annelerin %69,8’inin gelirinin orta düzeyde olduğu, %76’sının çekirdek aile tipinde, %81,2’sinin kronik hastalığının olmadığı ve %81,3’ünün ilaç kullanmadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n: 192)

Özellikler	n(sayı)	%(yüzde)
Yaş		
17-25 yaş	69	35,9
26-32 yaş	90	46,9
33-40 yaş	33	17,2
Eğitim Durumu		
İlkokul	26	13,5
Ortaokul	63	32,8
Lise	73	38,0
Üniversite ve üzeri	30	15,6
Anne Çalışma Durumu		
Çalışıyor	36	18,8
Çalışmıyor	156	81,2
Baba Yaş		
17-27 yaş	64	33,3
28-38 yaş	93	48,4
39-49 yaş	35	18,2
Baba Eğitim Durumu		
İlkokul	9	4,7
Ortaokul	49	25,5
Lise	94	49,0
Üniversite ve üzeri	40	20,8
Baba Çalışma Durumu		
Çalışıyor	172	89,6
Çalışmıyor	20	10,4
Geliri Algılama Durumu		
İyi	58	30,2
Orta	134	69,8
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	146	76,0
Geniş Aile	46	24,0

Kronik Hastalık Durumu		
Evet	36	18,8
Hayır	156	81,2
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	36	18,7
Hayır	156	81,3

Annelerin obstetrik öykülerine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verildi. Annelerin %63,5’inin 1-3 gebelik geçirdiği, %78,6’sının 1-3 canlı doğum yaptığı, %78,1’inin ölü doğumunun olmadığı, %50’sinin 1-3 arasında düşük yaptığı saptandı. Annelerin %71,8’inin normal doğum yaptığı, %46,4’ünün bir sezeryanla doğumunun olduğu, %77,6’sının 1-3 arasında yaşayan çocuğunun olduğu ve %60,4’ünün gebelik aralığının 1-3 yıl olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Annelerin Obstetrik Öykülerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n(sayı)	%(yüzde)
Gebelik Sayısı		
1-3	122	63,5
4-6	51	26,6
7-9	19	9,9
Canlı Doğum Sayısı		
1-3	151	78,6
4-6	29	15,1
7-9	12	6,3
Ölü Doğum Sayısı		
Evet (1-3)	42	21,9
Hayır	152	78,1
Düşük Sayısı		
Evet (1-3)	96	50,0
Evet (4-6)	2	1,0
Hayır	94	49,0
Normal Doğum		
0-2	138	71,8
3 ve üzeri	54	28,2
CS Doğum		
0	86	44,8
1	89	46,4
2 ve üzeri	17	8,8

Yaşayan Çocuk Sayısı		
1-3	149	77,6
4-6	39	20,3
7-9	4	2,1
Gebelik Aralığı		
İlk gebelik	66	34,4
1-3 yıl	116	60,4
4 yıl ve üzeri	10	5,2

Annelerin gebeliğe ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4.3’de verildi. Annelerin %95,8’inin gebeliği istediği, tamamının eşinin gebeliği istediği, %57,3’ünün bebek cinsiyetinin erkek olduğu, %78,6’sının ara sıra gebelikte stres algıladığı, %74’ünün ara sıra gebeliği boyunca depresyonda hissettiği ve %100’ünün gebeliği sonlandırmayı düşünmediği saptandı. Annelerin %86,5’inin gebeliği boyunca sağlık problemi yaşamadığı, %78,6’sının kontrollere düzenli olarak gittiği, tamamının eğitim aldığı ve %68,2’sinin hastaneden eğitimi aldığı belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Annelerin Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n(sayı)	%(yüzde)
Gebelik İsteme Durumu		
Evet	184	95,8
Hayır	8	4,2
Eşin İsteme Durumu		
Evet	192	100,0
Bebek Cinsiyet		
Kız	82	42,7
Erkek	110	57,3
Gebelikte Algılanan Stres Derecesi		
Hiç	39	20,3
Ara sıra	151	78,6
Çoğunlukla	2	1,0
Gebelik Boyunca Depresyonda Hissetme Durumu		
Hiç	50	26,0
Ara sıra	142	74,0

Gebeliği Sonlandırmayı Düşünme Durumu		
Evet	0	0,0
Hayır	100	100,0
Gebelik Boyunca Sağlık Problemi Yaşama Durumu		
Evet	26	13,5
Hayır	166	86,5
Kontrollere Düzenli Olarak Gitme Durumu		
Evet	151	78,6
Hayır	41	21,4
Eğitim Alma Durumu		
Evet	100	100,0
Hayır	0	0,0
Eğitimi Nereden Aldınız?		
Sağlık personeli	61	31,8
Hastane	131	68,2

Annelerin doğum ve bebeği ile ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 4.4’de verildi. Annelerin %58,9’ unun sezaryenla doğum yaptığı, %42,7’sinin 35-37. Haftalarda doğum yaptığı, %32,3’ünün doğum ağırlığının 3000-3499 gr olduğu, %64,1’inin bebeğinin sağlık sorunun olmadığı belirlendi(Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Annelerin Doğum ve Bebeği ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n(sayı)	%(yüzde)
Doğum Şekli		
Normal doğum	79	41,1
Sezaryen doğum	113	58,9
Doğum Haftası		
32-34	6	3,1
35-37	82	42,7
38-40	99	51,6
41-43	5	2,6
Doğum Ağırlığı		
1500-1999 gr	3	1,6
2000-2499 gr	28	14,6
2500-2999 gr	52	27,1
3000-3499 gr	62	32,3
3500-3999 gr	36	18,8
4000-4499 gr	11	5,7

Bebeğin Sağlık Sorunu Olma Durumu		
Evet	69	35,9
Hayır	123	64,1

Annelerin doğum sonrası anne ve bebeğe ait özelliklerin dağılımı Tablo 4.5’de verildi. Annelerin %86,4’ünün 0-12 saat içinde bebeği gördüğü, %90,1’inin 0-24 saat içinde bebeği kucağına aldığı, %60,9’unun bebeği kucağına aldığı anda pozitif duygular hissettiği, %70,8’inin 0-24 saat içinde bebeği emzirdiği ve %62’sinin 0-24 saat içinde bebekle aynı odada kalmaya başladığı belirlendi. Annelerin %49’unun eş desteğinin iyi olduğu, tamamının doğum sonrası bakım desteği aldığı, %50,5’inin destek derecesinin iyi olduğu ve %91,7’sinin bebeğin bakımında en önemli rolün annede olduğu saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Doğum Sonrası Anne ve Bebeğe Ait Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	n(sayı)	%(yüzde)
Doğumdan Sonra Bebeği Görme Süresi		
0-12 saat içinde	166	86,4
13-24 saat içinde	13	6,8
25-36 saat içinde	13	6,8
Doğumdan Sonra Bebeği Kucağa Alma Süresi		
0-24 saat içinde	173	90,1
25-48 saat içinde	15	70,8
49-72 saat içinde	4	2,1
Bebeği Kucağa Alındığında Hissedilen Duygular		
Pozitif	117	60,9
Karışık	65	33,9
Nötr	10	5,2
Doğumdan Sonra Bebeği Emzirme Süresi		
0-24 saat sonra	136	70,8
25-48 saat sonra	44	22,9
49-72 saat sonra	2	1,0
73-96 saat sonra	10	5,2

Doğumdan Sonra Bebekle Aynı Odada Kalmaya Başlama Zamanı		
0-24 saat sonra	119	62,0
25-48 saat sonra	16	8,3
49-72 saat sonra	18	9,4
73 saat ve sonrası	39	20,3
Eş Desteği		
Çok iyi	75	39,1
İyi	94	49,0
Orta	23	12,0
Doğum Sonrası Bakım Desteği		
Evet	192	100,0
Hayır	0	0,0
Destek Derecesi		
Çok iyi	75	39,1
İyi	97	50,5
Orta	20	10,4
Bebegin Bakımında En Önemli Rol Kimde		
Anne	176	91,7
Baba	16	8,3

Annelerin YYBÜ’de bakım alan bebeklerin ve annelerinin özelliklerin dağılımı Tablo 4.6’da verildi. Annelerin %78,6’sının bebeğini şu an emzirdiği, %47,4’ünün bebeklerinin 3-5 gün yoğun bakımda kaldığı, %66,1’inin bebeklerini yoğun bakımda 0-2 saatte bir ziyaret edebildiği, tamamının yoğun bakımda bakım verdiği saptandı. Annelerin %68,7’sinin YYBÜ’de riskli durum yaşamadığı, %85,9’unun bebeğin durumuyla ilgili her zaman bilgilendirildiği ve %97,9’unun verilen bilgileri yeterli bulduğu belirlendi (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. YYBÜ’de Bakım Alan Bebeklerin ve Annelerinin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n(sayı)	%(yüzde)
Bebegin Şu An Beslenme Şekli		
Emzirme	151	78,6
Süt sağma	25	13,0
Mama+anne sütü	16	8,4

Yoğun Bakım Süresi		
0-2 gün	74	38,5
3-5 gün	91	47,4
6-8 gün	15	7,8
9 ve üzeri	12	6,3
YB Ziyaret Sıklığı		
0-2 saatte bir	127	66,1
3-5 saatte bir	60	31,3
6-8 saatte bir	5	2,6
YB Bakım Verme		
Evet	192	100,0
YB Ünitesinde Riskli Durum Yaşama		
Evet	60	31,3
Hayır	132	68,7
Bebeğin Durumuyla İlgili Bilgilendirilme Sıklığı		
Her zaman	165	85,9
Günlük	27	14,1
Verilen Bilgilerin Yeterli Olma Durumu		
Kısmen yeterli	4	2,1
Yeterli	188	97,9

Araştırma kapsamına alınan annelerin ölçek puan ortalamaları Tablo 4.7’de verildi. Araştırmada, annelerin Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamasının 77.00 ± 11.21 , EDSDÖ puan ortalamasının 10.61 ± 3.11 , STAI ölçeği puan ortalamasının 42.37 ± 5.87 ve ABBÖ puan ortalamasının 5.25 ± 2.07 olarak bulundu (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Annelerin Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Puan	Madde Sayısı	Dağılım Aralığı	X±SS (ortalama±standart sapma)	Cronbach Alfa
Özsevecenlik	5	12-24	15.86±2.65	0,71
Özyargılama	4	9-20	13.33±2.21	
Ortak insanlık deneyimi	4	7-20	12.28±2.78	
İçe çekilme	4	88-20	12.69±2.61	
Yargısız farkındalık	3	7-15	9.93±1.74	
Aşırı özdeşleşme	4	8-41	12.89±4.79	
Öz Şefkat Ölçeği Toplam	24	61-111	77.00±11.21	

EDSDÖ	10	1-17	10.31±3.11	0,65
STAI Ölçeği	20	31-58	42.37±5.87	0,81
ABBÖ	8	0-10	5.25±2.07	0,73

Araştırmada annelerin tanıtıcı özelliklerine ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de verildi. Araştırmada, annelerin eğitim durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; EDSDÖ ortaokul ve lise eğitim düzeyine sahip olan kişilerin ilkokul grubuna göre puanlarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yapılan ileri analiz sonucunda anlamlı farkın, ilkokul ile ortaokul ve lise grupları arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı saptandı.

Araştırmada, annelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamasının ilkokul düzeyine sahip olan annelerin diğer gruplara göre puanlarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. EDSDÖ puan ortalamasının ilkokul düzeyine sahip olan kişilerde lise mezunlarına göre puanlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. ABBÖ puan ortalamasının üniversite düzeyine sahip olan kişilerde ilkokul ve lise mezunlarına göre puanlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yapılan ileri analizler sonucunda anlamlı farkların, Öz Şefkat Ölçeği için ilkokul ile diğer eğitim grupları arasında; EDSDÖ için ilkokul ile lise düzeyi arasında; ABBÖ için ise üniversite düzeyi ile ilkokul ve lise düzeyi arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı belirlendi.

Araştırmada, annelerin gelir durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri iyi olan annelerin orta düzeyde olanlara göre EDSDÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Annelerin aile tiplerine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geniş aile tipinde olan annelerin EDSDÖ puan ortalamasının çekirdek aile şeklinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Annelerin kronik hastalık durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olmayan annelerin öz şefkat  l eği puan ortalamasının olanlara göre daha yüksek, kronik hastalığı olan annelerin EDSDÖ puan ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada annelerin ilaç kullanma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilaç kullanmayan annelerin öz şefkat  l eği puan ortalamasının kullananlara göre daha yüksek, ilaç kullanan annelerin EDSDÖ puan ortalamasının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada yaş grubu, anne çalışma durumu, medeni durum, baba yaş grubu, baba çalışma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Öz Şefkat Ölçeği	EDSDÖ	STAI	ABBÖ
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş				
17-25 yaş	76.52±11.93	10.59±2.93	42.28±5.96	5.15±1.89
26-32 yaş	77.77±10.84	10.43±3.15	41.90±6.15	5.24±2.20
33-40 yaş	75.87±10.81	11.15±3.39	43.84±4.69	5.45±2.10
	F=0.442	F=0.642	F=1.345	F=0.225
	p=0.644	p=0.527	p=0.263	p=0.799
Eğitim Durumu				
İlkokul ¹	82.46±16.85	8.84±4.23	41.19±6.17	5.11±2.47
Ortaokul ²	74.68±8.28	11.82±2.45	43.58±4.93	5.30±2.02
Lise ³	77.04±10.68	10.83±2.76	42.38±6.17	5.39±2.13
Üniversite ve üzeri ⁴	77.03±10.69	9.06±2.80	40.83±6.37	4.90±1.62
	F(Welch)=2.071	F(Welch)=9.129	F(Welch)=2.048	F=0.454
	p=0.112	p=0.001	p=0.115	p=0.715
		1<2,3		
Anne Çalışma Durumu				
Çalışıyor	78.38±12.83	10.27±3.19	42.05±6.62	5.16±1.82
Çalışmıyor	76.67±10.82	10.69±3.09	42.44±5.70	5.26±2.12
	t=0.824	t=0.719	t=0.361	t=0.267
	p=0.411	p=0.473	p=0.718	p=0.790
Medeni Durum				
Evli	78.38±12.83	10.27±3.19	42.05±6.62	5.16±1.82
Boşanmış	76.67±10.82	10.69±3.09	42.44±5.70	5.26±2.12
	t=0.824	t=0.719	t=0.361	t=0.267
	p=0.411	p=0.473	p=0.718	p=0.790
Baba Yaş				
17-27 yaş	76.78±12.19	10.67±3.00	42.40±5.91	5.20±1.80
28-38 yaş	77.73±10.75	10.44±3.10	41.69±6.14	5.21±2.27
39-49 yaş	75.45±10.66	10.97±3.37	44.11±4.71	5.42±2.00
	F=0.539	F=0.383	F=2.178	F=0.158
	p=0.584	p=0.682	p=0.116	p=0.854
Baba Eğitim Durumu				
İlkokul ¹	95.22±17.69	8.22±4.91	41.22±6.07	6.55±2.18
Ortaokul ²	76.71±9.79	10.71±2.93	43.46±6.25	4.79±2.21
Lise ³	73.71±7.36	11.29±2.72	42.06±5.37	5.67±1.81
Üniversite ve üzeri ⁴	80.97±13.59	9.42±3.20	42.02±6.48	4.52±2.13
	F(Welch)=7.592	F(Welch)=4.168	F=0.816	F=5.221
	p=0.001	p=0.013	p=0.487	p=0.002
	1>2,3,4	1<3		4<1,3

Baba Çalışma Durumu				
Çalışıyor	77.12±11.47	10.59±3.11	42.30±5.89	5.17±2.13
Çalışmıyor	75.95±8.78	10.75±3.20	43.00±5.79	5.90±1.29
	t=0.442	t=0.205	t=0.502	t=1.487
	p=0.659	p=0.838	p=0.616	p=0.139
Geliri Algılama Durumu				
İyi	77.37±11.81	9.74±2.55	41.84±6.93	5.10±1.91
Orta	76.83±10.98	10.99±3.26	42.60±5.36	5.31±2.13
	t=0.308	t=2.595	t=0.822	t=0.644
	p=0.759	p=0.010	p=0.412	p=0.520
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	77.82±11.72	10.23±3.18	42.08±6.05	5.34±2.00
Geniş Aile	74.39±9.03	11.82±2.55	43.30±5.21	4.95±2.26
	t=1.821	t=3.094	t=1.232	t=1.102
	p=0.070	p=0.002	p=0.219	p=0.272
Kronik Hastalık Durumu				
Evet	72.33±6.25	11.77±2.11	43.66±6.71	5.69±1.39
Hayır	78.07±11.82	10.34±3.24	42.07±5.64	5.14±2.19
	t=2.820	t=2.521	t=1.468	t=1.432
	p=0.005	p=0.013	p=0.144	p=0.154
İlaç Kullanma Durumu				
Evet	72.25±6.32	11.85±2.08	43.25±6.34	5.68±1.40
Hayır	78.10±11.81	10.31±3.23	42.16±5.78	5.13±2.17
	t=2.837	t=2.694	t=0.990	t=1.429
	p=0.005	p=0.008	p=0.323	p=0.155
* Grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA test değerleri alınmıştır.*p: Probability (olasılık) t: t-testi (Student's t-test) F: ANOVA (Analysis of Variance / Varyans Analizi) F(Welch): Welch ANOVA x: Ortalama SS: Standart Sapma				

Annelerin obstetrik öyküye ilişkin özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9'da verildi. Araştırmada, canlı doğum sayılarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 7-9 canlı doğumu olan annelerin Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamasının diğer gruplara göre puanlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. 1-3 canlı doğumu olan annelerin STAI Ölçeği puan ortalamasının 4-6 canlı doğum yapan gruba göre puanlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu bulundu. Yapılan ileri analizler sonucunda, anlamlı farkların Öz Şefkat Ölçeği için 7–9 doğum yapan anneler ile diğer doğum sayısı grupları arasında; STAI için ise 1–3 doğum yapan anneler ile 4–6 doğum yapan anneler arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı belirlendi.

Araştırmada, ölü doğum sayılarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölü doğumu olan annelerin EDSDÖ puan ortalamasının olmayanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada, düşük sayılarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1-3 düşüğü olan annelerin STAI ölçek puan ortalamasının düşüğü olmayanlara göre puanlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada, yaşayan çocuk sayılarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1-3 çocuğu olan annelerin STAI ölçek puan ortalamasının 4-6 çocuğu olanlara göre puanlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada, gebelik aralığına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk gebeliği olan annelerin EDSDÖ puan ortalamasının 4 ve üzeri olanlara göre puanlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada gebelik sayısı, normal doğum, sezaryen doğum yapanlara göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı(Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Annelerin Obstetrik Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Öz Şefkat Ölçeği	EDSDÖ	STAI	ABBÖ
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Gebelik Sayısı				
1-3	77.21±11.36	10.40±3.43	42.58±5.91	5.20±1.98
4-6	77.60±11.22	10.62±2.37	41.25±5.85	5.66±2.12
7-9	74.00±10.23	11.94±2.41	44.85±5.39	4.42±2.31
	F=0.775 p=0.462	F(Welch)=2.980 p=0.059	F=1.793 p=0.169	F=2.624 p=0.075
Canlı Doğum Sayısı				
1-3 ¹	77.45±10.87	10.38±3.13	41.94±6.00	5.21±1.97
4-6 ²	78.00±13.43	11.17±3.38	45.06±5.32	5.75±2.09
7-9 ³	68.91±5.83	12.16±1.11	41.33±3.52	4.50±2.93
	F=3.441 p=0.034 1,2>3	F=2.405 p=0.093	F(Welch)=4.529 p=0.019 1<2	F(Welch)=1.229 p=0.311
Ölü Doğum Sayısı				
Evet (1-3)	74.09±8.48	11.66±2.61	42.38±5.07	4.97±2.30
Hayır	77.81±11.75	10.32±3.18	42.37±6.09	5.32±2.00
	t=1.913 p=0.057	t=2.512 p=0.013	t=0.007 p=0.994	t=0.969 p=0.334
Düşük Sayısı				
Evet (1-3) ¹	76.15±10.75	10.83±2.58	41.34±5.45	5.56±2.06
Evet (4-6 ²)	72.50±4.94	11.50±0.70	39.00±8.48	6.50±0.70
Hayır ³	77.95±11.73	10.37±3.59	43.50±6.08	4.90±2.05
	F=0.774 p=0.463	F(Welch)=1.400 p=0.353	F=3.632 p=0.028 1<3	F=2.817 p=0.062
Normal Doğum				
0-2	77.10±11.27	10.66±3.14	42.64±5.71	5.40±1.95
3 ve üzeri	76.74±11.15	10.48±3.04	41.68±6.28	4.85±2.31
	t=0.200 p=0.842	t=0.370 p=0.712	t=1.018 p=0.310	t=1.673 p=0.096

CS Doğum				
0	77.20±11.38	10.61±3.18	41.94±6.08	5.12±2.15
1	75.89±10.35	10.98±2.60	43.03±5.46	5.47±1.85
2 ve üzeri	81.70±13.85	8.64±4.42	41.11±6.78	4.70±2.64
	F=1.961	F(Welch)=2.327	F=1.185	F(Welch)=1.069
	p=0.144	p=0.110	p=0.308	p=0.353
Yaşayan				
Çocuk Sayısı				
1-3 ¹	77.05±11.02	10.51±3.04	41.83±5.92	5.09±1.99
4-6 ²	75.79±11.29	11.02±3.33	44.79±4.80	5.79±2.30
7-9 ³	86.75±15.54	10.50±4.12	39.00±8.16	5.75±2.06
	F=1.753	F=0.424	F(Welch)=5.2	F=1.905
	p=0.176	p=0.655	53	p=0.152
			p=0.036	
			1<2	
Gebelik				
Aralığı				
İlk gebelik ¹	76.96±9.90	10.43±2.66	42.30±5.74	5.09±1.94
1-3 yıl ²	77.33±12.00	10.45±3.25	42.41±5.91	5.34±2.10
4 yıl ve üzeri ³	73.30±9.98	13.60±2.95	42.40±6.78	5.20±2.61
	F=0.594	F=5.057	F=0.007	F=0.317
	p=0.553	p=0.007	p=0.993	p=0.729
		1<3		

* Grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA test değerleri alınmıştır.*p: Probability (olasılık) t: t-testi (Student's t-test) F: ANOVA (Analysis of Variance / Varyans Analizi) F(Welch): Welch ANOVA x: Ortalama SS: Standart Sapma

Annelerin gebeliğe ilişkin özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da verildi. Araştırmada, bebeğin cinsiyetine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek bebeği olan annelerin STAI ölçek puan ortalamasının kız bebeği olanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada, gebelikte algılanan stres derecesine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hiç stres yaşamayan annelerin Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamasının arada sırada yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada, gebelikte yaşanan depresyon derecesine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hiç stres yaşamayan annelerin Öz Şefkat Ölçeği

puan ortalamasının arada sırada yaşayanlara göre daha yüksek, hiç stres yaşamayan annelerin EDSDÖ puan ortalamasının arada sırada yaşayanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada, gebelikte düzenli kontrollere gitme durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düzenli giden annelerin ABBÖ puan ortalamasının düzenli gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada, eğitim aldıkları yere göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık personelinde bilgi alan annelerin Öz Şefkat Ölçeği ve STAI ölçek puan ortalamasının hastaneden bilgi alanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Ayrıca sağlık personelinde bilgi alan annelerin EDSDÖ ve ABBÖ ölçek puan ortalamasının hastaneden bilgi alanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada annelerin gebelik isteme durumu ve gebelik boyunca sağlık problemi yaşama durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Annelerin Gebeliğe İlişkin Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Öz Şefkat Ölçeği	EDSDÖ	STAI	ABBÖ
Özellikler	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Gebelik İsteme Durumu				
Evet	77.09±11.35	10.60±3.14	42.46±5.84	5.27±2.06
Hayır	74.75±7.34 t=0.579 p=0.563	10.87±2.53 t=0.241 p=0.810	40.37±6.37 t=0.984 p=0.326	4.75±2.25 t=0.696 p=0.487
Bebek Cinsiyet				
Kız	78.15±12.27	10.20±2.77	40.64±6.11	5.41±1.59
Erkek	76.13±10.32 t=1.238 p=0.217	10.91±3.32 t=1.571 p=0.118	43.66±5.36 t=3.632 p=0.001	5.12±2.36 t=0.950 p=0.343
Gebelikte Yaşadığınız Stres Derecesi				
Hiç	81.58±13.05	9.76±2.71	43.20±5.53	5.38±1.82
Ara sıra	75.83±10.41 t=2.920 p=0.004	10.83±3.17 t=1.913 p=0.057	42.16±5.95 t=0.989 p=0.324	5.21±2.13 t=0.454 p=0.651
Gebeliğiniz Boyunca Kendinizi Depresyonda Hissetme Durumu				
Hiç	82.40±12.38	9.86±2.54	42.46±5.63	5.24±2.12
Ara sıra	74.97±10.08 t=4.203 p=0.001	10.92±3.22 t=2.103 p=0.037	42.29±5.96 t=0.167 p=0.867	5.28±2.03 t=0.129 p=0.898
Gebelik Sağlık Boyunca Problemi Yaşama Durumu				
Evet	78.15±12.33	10.23±2.94	42.92±5.17	5.07±2.49
Hayır	76.81±11.05 t=0.563 p=0.574	10.67±3.14 t=0.675 p=0.500	42.28±5.98 t=0.511 p=0.610	5.27±2.00 t=0.457 p=0.648
Kontrollere Düzenli Olarak Gitme Durumu				
Evet	77.15±11.10	10.48±3.00	42.17±6.07	5.53±1.94
Hayır	76.41±11.73 t=0.376 p=0.707	11.09±3.46 t=1.121 p=0.264	43.09±5.06 t=0.888 p=0.376	4.19±2.20 t=3.803 p=0.001

Eğitimi Aldınız?	Nereden			
Sağlık personeli	80.91±13.80	9.65±3.94	43.73±5.08	4.75±1.90
Hastane	75.17±9.28	11.06±2.53	41.74±6.12	5.48±2.11
	t=3.394	t=2.971	t=2.216	t=2.288
	p=0.001	p=0.003	p=0.028	p=0.023
. *p: Probability (olasılık) t: t-testi (Student's t-test) x: Ortalama SS: Standart Sapma				

Araştırmada annelerin doğum ve bebeği ile ilgili özelliklerine göre ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de verildi. Araştırmada, annelerin doğum haftalarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 35-37. haftada doğum yapan annelerin STAI ölçek puanlarının 38-40. haftada doğanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yapılan ileri analiz sonucunda, anlamlı farkın 35–37. hafta ile 38–40. hafta doğum yapan anneler arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığı saptandı.

Araştırmada, annelerin doğum ağırlığına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1500-1999 gr ve 3500-3999 gr doğum yapan annelerin Öz Şefkat Ölçeği puanlarının 2500-2999 gr doğanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. 2000-2499 gr ve 3500-3999 gr doğum yapan annelerin EDSDÖ puanlarının 4000-4499 gr doğanlara göre daha düşük olduğu ve 2500-2999 gr doğum yapan annelerin EDSDÖ puanlarının 3000-3499 gr ve 3500-3999 gr doğanlara göre daha yüksek olduğu aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yapılan ileri analiz sonucunda, anlamlı farkların 1500–1999 gr ve 3500–3999 gr ile 2500–2999 gr doğum ağırlığı grupları ve ayrıca 2500–2999 gr grubu ile 3000–3499 gr ve 3500–3999 gr grupları arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı belirlendi.

Araştırmada, bebeğin sağlık sorunu olma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bebeğinde sağlık sorunu olan annelerin Öz Şefkat

Ölçeği puan ortalamasının olmayanlara göre daha düşük olduğu saptandı. Bebeğinde sağlık sorunu olan annelerin EDSDÖ ve STAI ölçek puan ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Araştırmada doğum şekline göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Annelerin Doğum ve Bebeği ile İlgili Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Öz Şefkat Ölçeği	EDSDÖ	STAI	ABBÖ
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Doğum Şekli				
Normal Doğum	77.77±11.68	10.58±3.14	41.74±6.61	5.11±2.14
Sezeryan Doğum	76.51±10.92	10.60±3.10	42.80±5.30	5.32±2.01
	t=0.759	t=0.054	t=1.223	t=0.682
	p=0.449	p=0.957	p=0.223	p=0.496
Doğum Haftası				
32-34 ¹	87.00±15.04	9.00±2.36	46.66±2.87	5.16±3.37
35-37 ²	75.46±8.64	10.81±2.77	43.40±5.99	5.48±1.97
38-40 ³	77.85±12.71	10.55±3.35	40.91±5.57	4.96±2.05
41-43 ⁴	73.20±3.03	10.40±4.50	40.80±5.16	7.00±1.22
	F(Welch)=2.956	F=0.670	F=4.079	F=2.197
	p=0.068	p=0.572	p=0.008	p=0.090
			2>3	
Doğum Ağırlığı				
1500-1999 gr ¹	91.33±15.30	8.66±4.16	46.00±7.00	5.00±1.00
2000-2499 gr ²	76.53±9.96	10.32±1.86	43.75±4.46	5.50±2.25
2500-2999 gr ³	72.36±5.51	11.98±3.09	41.51±5.38	5.00±1.83
3000-3499 gr ⁴	77.95±12.40	10.09±3.15	42.11±6.03	5.48±2.19
3500-3999 gr ⁵	82.41±13.64	9.05±2.91	41.83±7.23	5.00±2.08
4000-4499 gr ⁶	73.09±6.31	13.45±1.63	45.18±4.40	5.36±2.29
	F(Welch)=5.232	F=7.299	F(Welch)=1.616	F=0.504
	p=0.004	p=0.001	p=0.206	p=0.773
	1,5>3	2,5<6		
		3>4,5		

Bebeğin Sorunu Durumu	Sağlık Olma				
Evet	74.91±8.51	11.41±3.37	44.01±4.42	5.38±2.18	
Hayır	78.87±12.49	10.11±2.89	41.39±6.39	5.15±2.05	
	t=2.315	t=2.746	t=2.979	t=0.697	
	p=0.022	p=0.007	p=0.003	p=0.487	
* Grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA test değerleri alınmıştır.*p: Probability (olasılık) t: t-testi (Student's t-test) F: ANOVA (Analysis of Variance / Varyans Analizi) F(Welch): Welch ANOVA x: Ortalama SS: Standart Sapma					

Annelerin doğum sonrası anne ve bebeği ile ilgili özelliklerine göre ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.12’de verildi. Annelerin doğumdan sonra bebeği kucağa alma süresi göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 0-24 saat içinde kucağına alan annelerin Öz Şefkat Ölçeği puanlarının 25-36 saat içinde kucağına alanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ve yapılan ileri analizler sonucunda anlamlı farkın 0–24 saat ve 25–36 saat grupları arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığı saptandı. Ayrıca, annelerin bebek kucağa alındığında hissedilen duygulara göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; pozitif duygular hisseden annelerin Öz Şefkat Ölçeği ve STAI ölçek puanlarının karışık duygu hissedenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Pozitif duygular hisseden annelerin EDSDÖ ve ABBÖ puanlarının karışık duygu hissedenlere göre daha düşük olduğu aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ve yapılan ileri analizler sonucunda anlamlı farkın pozitif duygu hissedenler ile karışık duygu hissedenler arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığı saptandı.

Araştırmada, annelerin doğumdan sonra bebeği emzirme süresine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 0-24 saat içinde emziren annelerin STAI ölçek puanlarının 25-48 saat içinde emzirenlere göre daha düşük olduğu ve

aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ve yapılan ileri analizler sonucunda anlamlı farkın 0–24 saat ve 25–48 saat emzirme süreleri arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığı saptandı.

Araştırmada, annelerin doğumdan sonra bebekle aynı odada kalmaya başlama zamanlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 25-48 saat sonra aynı odada kalmaya başlayan annelerin Öz Şefkat Ölçeği puanlarının 49-72 saat ve 73 saat ve sonrasında aynı odada kalmaya başlayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. 0-24 saat sonra aynı odada kalmaya başlayan annelerin STAI ölçek puanlarının 49-72 saat ve 73 saat ve sonrasında aynı odada kalmaya başlayanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ve yapılan ileri analiz sonucunda anlamlı farkın ilgili odada kalma süreleri grupları arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı saptandı.

Annelerin eş desteği alma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; orta düzeyde eş desteği alan annelerin STAI ölçek puanlarının çok iyi düzeyde alanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. İyi ve orta düzeyde eş desteği alan annelerin ABBÖ puanlarının çok iyi düzeyde alanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ve yapılan ileri analizler sonucunda, anlamlı farkların çok iyi düzey ile orta ve iyi düzeyde destek alan gruplar arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı belirlendi.

Araştırmada, annelerin destek alma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çok iyi düzeyde destek alan annelerin Öz Şefkat Ölçeği puanlarının iyi düzeyde alanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Çok iyi düzeyde destek alan annelerin EDSDÖ puanlarının iyi düzeyde alanlara göre daha düşük, STAI ölçek puanlarının orta düzeyde destek alanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yapılan ileri analizler sonucunda, anlamlı farkların çok iyi düzey ile iyi ve orta düzeyde destek alan gruplar arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı belirlendi.

Araştırmada, annelerin bebeğinin bakımında en önemli rol kimde olma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; önemli rolün babada olduğu annelerin Öz Şefkat Ölçeği ve STAI ölçek puanlarının annede olanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Önemli rolün annede olduğu annelerin EDSDÖ puanlarının babada olanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Annelerin Doğum Sonrası Anne ve Bebeği ile İlgili Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler		Öz Şefkat Ölçeği	EDSDÖ	STAI	ABBÖ
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Doğumdan Sonra Bebeği Görme Süresi					
0-12	saat	77.46±11.52	10.48±3.18	42.35±5.98	5.23±2.16
13-24	saat	77.46±10.04	12.15±2.67	44.07±3.92	5.92±0.95
25-36	saat	70.53±5.10	10.76±2.24	40.92±5.96	4.76±1.48
37-48	saat	F=2.348 p=0.098	F=1.770 p=0.173	F(Welch)=1.501 p=0.247	F(Welch)=3.477 p=0.058
Doğumdan Sonra Bebeği Kucağa Alma Süresi					
0-24	saat	76.43±10.96	10.51±3.17	42.28±6.02	5.27±2.02
25-48	saat	85.06±12.33	11.33±2.52	42.26±4.41	4.80±2.73

49-72 içinde ³	saat	71.25±3.20 F=4.814 p=0.009 1<2	12.25±1.50 F=1.041 p=0.355	46.50±1.91 F(Welch)=7.548 p=0.011	6.00±1.41 F=0.623 p=0.538
Bebek Kucağı Alındığında Hissedilen Duygular					
Pozitif ¹		78.85±13.20	9.74±3.32	43.36±5.76	4.94±2.15
Karışık ²		74.44±6.25	12.04±2.18	40.90±5.39	5.75±1.87
Nötr ³		71.90±4.60 F(Welch)=7.342 p=0.002 1>2	11.50±1.95 F(Welch)=15.668 p=0.001 1<2	40.30±7.98 F(Welch)=4.354 p=0.025 1>2	5.50±1.77 F=3.310 p=0.039 1<2
Doğumdan Sonra Bebeği Emzirme Süresi					
0-24 sonra ¹	saat	77.86±11.72	10.27±3.25	41.84±6.19	5.21±2.15
25-48 sonra ²	saat	74.43±9.67	11.47±2.85	44.61±4.33	5.36±1.97
49 üzeri ³	saat ve	76.58±9.71 F=1.579 p=0.209	11.25±1.28 F=2.778 p=0.065	40.16±5.14 F(Welch)=6.882 p=0.003 1<2	5.25±1.48 F=0.087 p=0.917
Doğumdan Sonra Bebekle Aynı Odada Kalmaya Başlama Zamanı					
0-24 sonra ¹	saat	77.87±12.59	10.40±3.05	41.16±6.08	5.15±2.06
25-48 sonra ²	saat	81.62±13.09	9.68±4.31	42.00±4.53	4.75±2.46
49-72 sonra ³	saat	73.44±3.71	10.61±3.18	46.61±4.91	5.77±2.01
73 sonras ⁴	saat ve	74.07±6.23 F(Welch)=4.639 p=0.006 2>3,4	11.64±2.51 F=2.104 p=0.101	44.25±4.78 F(Welch)=7.590 p=0.001 1<3,4	5.48±1.95 F=0.945 p=0.420
Eş Desteği					
Çok iyi ¹		79.64±13.99	9.96±3.65	39.47±4.67	5.94±1.71
İyi ²		75.17±8.65	11.01±2.77	42.39±5.88	4.65±2.01
Orta ³		75.86±8.79 F(Welch)=2.917 p=0.061	11.13±2.07 F(Welch)=2.520 p=0.088	43.24±5.96 F=3.714 p=0.026 1<3	4.34±2.65 F(Welch)=11.597 p=0.000 2,3<1
Destek Derecesi					
Çok iyi ¹		80.13±13.62	9.66±3.50	39.40±5.41	4.84±2.09
İyi ²		74.70±8.80	11.24±2.76	42.15±5.65	5.55±1.95
Orta ³		76.40±9.12 F(Welch)=4.466 p=0.016 1>2	11.10±2.31 F=6.024 p=0.003 1<2	43.45±6.02 F=4.021 p=0.019 3>1	5.30±2.34 F=2.579 p=0.079

Bebegin Bakımında En Önemli Rol Kimde				
Anne	75.90±10.38	10.90±2.89	42.10±5.87	5.30±2.03
Baba	89.00±13.24	7.43±3.68	45.37±5.09	4.62±2.39
	t=4.713	t=4.470	t=2.154	t=1.262
	p=0.000	p=0.000	p=0.032	p=0.208
* Grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA test değerleri alınmıştır.*p: Probability (olasılık) t: t-testi (Student's t-test) F: ANOVA (Analysis of Variance / Varyans Analizi) F(Welch): Welch ANOVA x: Ortalama SS: Standart Sapma				

Araştırmada annelerin YYBÜ 'nde bakım alan bebeklerin ve annelerinin özelliklerine göre ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.13'de verildi. Araştırmada, annelerin bebeğini şu an besleme şekline göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; süt sağan annelerin EDSDÖ puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Süt sağan annelerin STAI ölçek puanlarının emziren annelere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yapılan ileri analiz sonucunda anlamlı farkların süt sağan anneler ile diğer besleme şekli grupları arasındaki karşılaştırmalardan kaynaklandığı saptandı.

Araştırmada, annelerin yoğun bakım sürelerine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 0-2 gün kalan annelerin STAI ölçek puanlarının 9 gün ve üzerinde kalanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. yapılan ileri analiz sonucunda, anlamlı farkın 0-2 gün ile 9 gün ve üzeri yoğun bakım süresine sahip anneler arasındaki gruplardan kaynaklandığı saptandı.

Annelerin yoğun bakım ziyaret sıklığına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 0-2 saatte bir ziyaret eden annelerin Öz Şefkat Ölçeği puanlarının 3-5 saatte bir ziyaret edenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yapılan ileri analiz sonucunda

farkın 0–2 saat ile 3–5 saat aralığında ziyaret eden anneler arasındaki karşılaştırmadan kaynaklandığı saptandı.

Annelerin YB ünitesinde riskli durum yaşama durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; riskli durum yaşamayan annelerin Öz Şefkat Ölçeği puanlarının riskli durum yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Riskli durum yaşamayan annelerin EDSDÖ ve STAI ölçek puanlarının riskli durum yaşayanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Araştırmada, annelerin bebeğin durumuyla ilgili bilgilendirilme sıklığına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; günlük bilgilendirilen annelerin EDSDÖ ve STAI ölçek puanlarının her zaman bilgilendirilenlere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. YYBÜ’de Bakım Alan Bebeklerin ve Annelerinin Özelliklerine göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Öz Şefkat Ölçeği	EDSDÖ	STAI	ABBÖ
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Bebğin Şu An Beslenme Şekli				
Emzirme ¹	77.47±11.82	10.52±3.12	41.97±6.13	5.14±2.08
Süt sağma ²	76.76±7.40	9.68±2.35	44.92±3.90	5.32±2.26
Mama+anne sütü ³	72.87±9.72	12.93±3.06	42.18±5.11	6.12±1.36
	F(Welch)=1.522 p=0.233	F=5.936 p=0.003 2<1,3	F(Welch)=5.069 p=0.012 1<2	F=1.643 p=0.196
Yoğun Bakım Süresi				
0-2 gün ¹	78.47±12.41	10.05±3.59	42.75±6.19	5.04±2.09
3-5 gün ²	76.06±10.57	11.04±2.78	41.41±5.81	5.19±2.08
6-8 gün ³	76.73±12.27	10.80±2.93	43.73±5.20	5.80±2.24
9 ve üzeri ⁴	75.27±4.47	10.54±2.11	46.00±2.56	6.36±1.12
	F(Welch)=0.921	F=1.410	F(Welch)=7.158	F=1.703

	p=0.440	p=0.241	p=0.001 1<4	p=0.168
YB Ziyaret Sıklığı				
0-2 satte bir ¹	78.07±11.95	10.46±3.38	42.53±5.98	5.19±2.04
3-5 saatte bir ²	75.01±9.69	10.71±2.46	42.25±5.61	5.35±2.19
6-8 saatte bir ³	73.40±2.07	13.20±2.04	39.80±6.68	5.40±1.51
	F(Welch)=5.427	F=1.922	F(Welch)=0.539	F=0.124
	p=0.010	p=0.149	p=0.584	p=0.884
	1>2			

YB Ünitesinde Riskli Durum Yaşama				
Evet	74.60±8.80	11.56±3.24	44.71±4.47	5.78±1.84
Hayır	78.09±11.99	10.18±2.96	41.31±6.13	5.00±2.13
	t=2.016	t=2.912	t=3.857	t=2.435
	p=0.045	p=0.004	p=0.000	p=0.016
Bebeğin Durumuyla İlgili Bilgilendirilme Sıklığı				
Her zaman	76.83±10.95	10.43±3.18	41.81±5.71	5.18±2.00
Günlük	78.00±12.88	11.74±2.37	45.77±5.80	5.62±2.45
	t=0.499	t=2.044	t=3.332	t=1.027
	p=0.618	p=0.042	p=0.001	p=0.306

* Grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA test değerleri alınmıştır.*p: Probability (olasılık) t: t-testi (Student's t-test) F: ANOVA (Analysis of Variance / Varyans Analizi) F(Welch): Welch ANOVA x: Ortalama SS: Standart Sapma

Tablo 4.14' de, Öz Şefkat Ölçeği ve alt boyutları, EDSDÖ, STAI ölçek ve ABBÖ ölçekleri arasındaki ilişki korelasyon katsayısı (r) ile değerlendirildi ve $r<0.3$ ise zayıf ilişki, $0.3<r<0.7$ ise orta düzeyde ilişki, $0.7<r<1$ ise güçlü düzeyde ilişki olarak ifade edildi (Tabachnick ve Fidel 2013). Öz Şefkat Ölçeği özsevecenlik, özyargılama, içe çekilme, yargısız farkındalık alt boyutu ve toplam puanı ile EDSDÖ arasında negatif yönde orta düzeyde, ortak insanlık deneyimi ve aşırı özdeşleşme alt boyutu ile EDSDÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu görüldü. Ortak insanlık deneyimi alt boyutu ile STAI ölçek arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu görüldü. Öz Şefkat Ölçeği özsevecenlik, özyargılama, içe çekilme alt boyutu ve toplam puanı ile ABBÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu görüldü. Ayrıca EDSDÖ ile ABBÖ arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu

saptandı. STAI ölçek ile ABBÖ arasında ile pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı.(Tablo4.14).



Tablo 4.14. Öz Şefkat Ölçeği, EDSDÖ, STAI ve ABBÖ Ölçekleri Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Özsevecenlik (1)	1									
Özyargılama (2)	0,617**	1								
Ortak insanlık deneyimi (3)	0,572**	0,427**	1							
İçe çekilme (4)	0,746**	0,624**	0,541**	1						
Yargısız farkındalık (5)	0,394**	0,378**	0,142*	0,403**	1					
Aşırı özdeşleşme (6)	0,142*	-0,061	0,218**	0,199**	0,115	1				
Öz Şefkat Ölçeği										
Toplam (7)	0,797**	0,628**	0,710**	0,815**	0,502**	0,568**				
EDSDÖ (8)	-0,479**	-,338**	-,259**	-,511**	-,392**	-0,165*	-0,495**			
STAI (9)	-0,03	-0,008	-,176*	0,104	0,102	-0,054	-0,035	-0,116	1	
ABBÖ (10)	-0,281**	-0,259**	-0,04	-0,251**	-0,1	0,031	-0,188**	0,226**	0,173*	1

**p<0.001

* p<0.05

5. TARTIŞMA

5.1. Öz Şefkat Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Durumluluk Anksiyete Ölçeği (STAI) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) Puanlarına İlişkin Tartışma

Araştırmada, annelerin öz şefkat düzeyinin (77.00 ± 11.21) yüksek olduğu ve bu düzeyin sağlık personelinden eğitim alan, gebelikte stres ve depresyon yaşamayan annelerde daha belirgin olduğu bulundu. Bu bulgular, öz şefkatin stres ve psikolojik dayanıklılıkla yakından ilişkili olduğunu vurgulayan Neff' in teorisiyle uyumludur (Neff, 2003). Güncel araştırmalar da bu ilişkiyi desteklemektedir. Kumar ve arkadaşları (2023), gebelik döneminde stresli yaşam deneyimlerinin depresyon semptomlarıyla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, öz şefkatin bu ilişkiyi zayıflatan bir koruyucu faktör olduğunu belirtmişlerdir. Annelerin yaşadıkları zorlukları insan olmanın doğal bir parçası olarak görmeleri ve mevcut duygularını yargılamadan kabul edebilmeleri, farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermekte; bu durumun ise depresif semptomların azalmasında koruyucu bir rol oynadığı belirlenmiştir (Kumar et al., 2023). Benzer şekilde, Maagh ve arkadaşları (2024), gebelik kaybı yaşamış kadınlarda öz şefkatin psikolojik distres ve depresyon düzeylerini azalttığını ve bu ilişkinin terapötik müdahalelerle güçlendirilebileceğini göstermiştir. Bu bulgular, öz şefkatin perinatal dönemde bir koruyucu faktör olarak önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Özellikle, sağlık personelinden eğitim alan ve psikolojik destek gören annelerde öz şefkat düzeylerinin daha yüksek olması, bu müdahalelerin etkinliğini ve önemini vurgulamaktadır.

Öz şefkatin alt boyutlarına bakıldığında; en yüksek puan ortalaması “özsevecenlik”de (15.86 ± 2.65), en düşük ortalama ise “yargısız farkındalık”ta (9.93 ± 1.74) saptandı. Bu durum, katılımcı annelerin kendilerine karşı şefkatli, anlayışlı ve destekleyici olma konusunda daha yatkın olduklarını, ancak duygularını yargılamadan kabul etme ve mevcut anı fark etme konusunda daha fazla zorlandıklarını göstermektedir. Bu bulgular, öz şefkatin alt boyutlarının psikolojik iyilik hali üzerindeki farklı etkilerini vurgulayan güncel araştırmalarla uyumludur. Zvara ve arkadaşları (2023), depresif semptomların annelerin duyarlı ebeveynlik davranışlarını olumsuz etkileyebileceğini, ancak öz şefkatin bu olumsuz etkileri zayıflatan bir koruyucu faktör

olarak işlev gördüğünü belirtmişlerdir. Özellikle, annelerin kendilerine karşı nazik ve anlayışlı olmalarının, duyarlı ebeveynlik davranışlarını artırmada önemli bir rol oynadığı bulunmuştur (Zvara et al., 2023). Ayrıca, Kuswanto ve arkadaşları, meme kanseri sonrası annelerde öz şefkatin alt boyutlarının psikolojik sıkıntı üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, "özsevecenlik" boyutunun psikolojik sıkıntıyı azaltmada daha belirgin bir etkiye sahip olduğunu göstermişlerdir. Bu bulgu, öz şefkatin alt boyutlarının farklı psikolojik sonuçlarla ilişkili olabileceğini ve her bir boyutun ayrı ayrı değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Özsevecenlik, bireyin stresli ya da zorlayıcı yaşam olaylarında kendine karşı nazik bir yaklaşım geliştirmesini ifade eder ve annelik sürecinde bu beceri, psikolojik dayanıklılığı artırıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Neff, 2003a; Yarnell ve Neff, 2013).

Araştırmada, annelerin öz şefkat alt boyutları arasında en düşük puan ortalamasının “yargısız farkındalık”ta (9.93 ± 1.74) olduğu ve bu durumun, annelerin olumsuz düşünce ve duygular karşısında farkındalıkla kalmakta ve bu deneyimlere açık bir şekilde yaklaşmakta zorlandıklarını gösterdiği bulundu. Bu bulgu, literatürdeki güncel araştırmalarla paralellik göstermektedir. Özellikle, Han and Kim (2003) tarafından yapılan bir meta-analiz, öz şefkat odaklı müdahalelerin depresyon, anksiyete ve stres semptomlarını azaltmada küçük ila orta düzeyde etkiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu etkilerin, mindfulness ve duygusal düzenleme becerilerinin artışıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, Yeshua (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, mindfulness temelli öz şefkat müdahalesinin, bireylerin depresyon semptomlarını azalttığı ve bu etkinin, bireylerin kendilerine karşı nazik ve yargısız bir tutum geliştirmeleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, annelerin yargısız farkındalık düzeylerinin artırılmasının, psikolojik iyilik hallerini destekleyebileceğini ve olumsuz duygusal deneyimlere karşı daha sağlıklı bir yaklaşım geliştirmelerine yardımcı olabileceğini göstermektedir.

Araştırmada Öz Şefkat Ölçeği ve alt boyutlarından özsevecenlik, özyargılama, içe çekilme ve yargısız farkındalık ile EDSDÖ puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$). Bu sonuç, annelerin öz şefkat düzeyleri arttıkça doğum sonrası depresyon belirtilerinin azaldığını göstermektedir. Negatif yönlü ilişkilerin orta düzeyde olması, öz şefkatin doğum sonrası depresyon

üzerinde doğrudan etkili olabileceğini ancak bunun tek belirleyici olmadığını, diğer psikososyal faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Literatürde de benzer şekilde, öz şefkat düzeyi yüksek bireylerde depresif semptomların daha az görüldüğü ve öz şefkatin bir koruyucu faktör olarak rol oynadığı belirtilmektedir (Neff ve Germer, 2018; Ford et al., 2022). Öz şefkat, annelerin kendilerine karşı şefkatli yaklaşabilmesi, yetersizlik hissine kapılmadan yaşadıkları zorlanmaları kabullenmesi yoluyla depresyonun etkilerini azaltmaktadır (Neff, 2003a). Yang ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir meta-analizde, doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda mindfulness temelli müdahalelerin depresyon düzeylerini anlamlı şekilde azalttığı ve bu müdahalelerin öz şefkat düzeylerini artırdığı gösterilmiştir. Lennard ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, annelere yönelik çevrimiçi bir öz şefkat müdahalesinin, depresyon, anksiyete ve stres semptomlarını azalttığı ve annelerin kendilerine karşı daha şefkatli bir tutum geliştirmelerine yardımcı olduğu bulunmuştur.

Öz şefkat alt boyutları özelinde değerlendirildiğinde, özsevecenlik ve yargısız farkındalık puanlarının yüksekliğinin, annelerin kendilerine nazik yaklaşma ve yaşadıkları zorlukları farkındalıkla gözlemleme kapasitesiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, annelerin zorlu durumlarla başa çıkarken daha sağlıklı ve yeniden şekillenen bir perspektife sahip olmalarını sağlar. Özyargılama ve içe çekilme alt boyutlarının yüksek puanları ise, annelerin olumsuz duygulara fazla odaklanma eğiliminde olduklarını ve bu durumun ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Özyargılama alt boyutunun (13.33 ± 2.21) yüksek olması, annelerin kendi hatalarına ve zayıflıklarına eleştirel yaklaşımlarına neden olabilir. Bu durum, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozuklukların gelişiminde önemli bir risk faktörü olabilir. İçe çekilme (12.69 ± 2.61) boyutunun yüksek puanı ise, annelerin duygusal zorluklarla karşılaştıklarında daha fazla içe kapanma ve psikolojik izolasyon eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu durum, sosyal destekten yoksun kalmalarına ve duygusal olarak yalnız hissetmelerine yol açabilir. Aşırı özdeşleşme (12.89 ± 4.79) boyutunun yüksek olması, annelerin duygusal deneyimleriyle fazla bütünleşmesi ve bu duyguların yönetilmesinin zor hale gelmesi anlamına gelir. Bu durum, kaygı seviyelerinin artmasına neden olabilir ve annelerin zorluklarla başa çıkma kapasitelerini kısıtlayabilir. Ortak insanlık deneyimi (12.28 ± 2.78) puanının düşük olması ise, annelerin yaşadıkları

zorlukların yalnızca kendilerine özgü olduğuna inanması ve bu duyguyu deneyimlemeleriyle ilgilidir. Bu durum, yalnızlık hissini artırarak, depresyon belirtilerini şiddetlendirebilir.

Araştırmada, EDSDÖ puan ortalaması 10.61 ± 3.11 olup, bazı annelerde riskli düzeyde depresif semptomların olabileceğini göstermektedir. Depresyon puanları; kronik hastalığı olan, ilaç kullanan, geniş aile yapısında yaşayan, anne ve babanın eğitim düzeyi düşük ve bebeğinde sağlık sorunu bulunan annelerde anlamlı biçimde daha yüksek çıktı. Ayrıca, gebeliği boyunca depresyon hissettiğini belirten annelerde de EDSDÖ puanı daha fazla olduğu ifade edildi. Bu bulgular, doğum sonrası depresyonun sadece psikolojik değil, aynı zamanda biyolojik, sosyal ve çevresel birçok risk faktöründen etkilendiğini göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, sosyal destek eksikliği, düşük sosyoekonomik düzey, ebeveynlerin düşük eğitim seviyesi, gebelikte yaşanan duygusal zorluklar ve bebekteki tıbbi komplikasyonlar doğum sonrası depresyonun önemli belirleyicileri olarak tanımlanmaktadır (Slomian et al., 2019; Shorey et al., 2018). Özellikle geniş aile yapısında yaşayan annelerin depresyon puanlarının daha yüksek olması, kalabalık aile ortamının destekleyici değil, aksine stres artırıcı bir etki yarattığını düşündürmektedir. Aile içi çatışmalar, bakım yükünün paylaşılmaması ya da annenin yeterince dinlenememesi bu duruma neden olabilir. Bu bulgu, Doğanğün ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada da desteklenmiş, geniş aile sistemlerinde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca gebelik sürecinde depresyon belirtileri yaşamış olmak, postpartum (doğum sonrası) depresyon için güçlü bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Araştırmada bu görüşü desteklemekte, prenatal (doğum öncesi) depresyon geçmişi olan annelerde doğum sonrası depresyon puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yani, prenatal dönemdeki ruhsal sağlık, postpartum dönemin seyrini doğrudan etkilemektedir (O'Hara ve Wisner, 2014). Al-Khatib ve arkadaşlarının (2024) yaptıkları çalışmada, gebelik sırasında yaşanan stresli yaşam olaylarının doğum sonrası depresyon riskini artırdığı bulunmuştur. Bu bulgular araştırma sonuçlarını desteklemekte olup gebelik döneminde yaşanan duygusal zorlukların doğum sonrası depresyon üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

STAI Ölçeği puan ortalaması (42.37 ± 5.87) annelerde orta düzey anksiyete varlığına işaret etmektedir. Anksiyete düzeylerinin, daha fazla çocuk sahibi olan, bebeği prematüre doğan, doğum sonrası bakım süresi uzun olan, düşük yapmış, doğum sonrası eş desteği az olan ve bebeğini geç gören annelerde daha yüksek olduğu gözlemlendi. Worrall ve arkadaşlarının (2024) yaptığı bir çalışmada, prematüre doğumun postpartum anksiyete riskini artırdığı ve YYBÜ ortamının bu anksiyeteyi pekiştirdiği belirtilmiştir. Bu bulgular, annelik sürecinde yaşanan belirsizliklerin ve destek eksikliklerinin kaygı düzeyini artırdığını gösteren literatürle örtüşmektedir. (Worrall et al., 2024). Ayrıca, Garg ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, YYBÜ' de bebeği yatan annelerin anksiyete düzeylerinin, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve bu durumun, annenin yaşı, sosyoekonomik durumu ve gebelik planlaması gibi faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Garg et al., 2022). Eş desteğinin yetersizliği ve bebeği geç görme gibi faktörlerin de anksiyete düzeylerini artırdığı literatürde vurgulanmaktadır. Kılıçlı ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun, annenin bebeğiyle olan etkileşimini olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir.

Annelerin, bebeklerinin gelişiminde ve bakımında ana figür olarak rol almaları sağlıklı anne-bebek bağın kurulmasını etkiler (Çimen ve Varol, 2021). Araştırmada YYBÜ' nde bebeği yatan annelerin ABBÖ puan ortalaması 5.25 ± 2.07 olarak bulundu. Puan ortalamasının artması bağlanma düzeyinin azalacağını göstermesi nedeniyle çalışmamızdaki annelerin bağlanma düzeyinin orta olduğu söyleyebiliriz. Gündüzalap ve Gürol'un (2024) yaptıkları çalışmada annelerin ABBÖ toplam puan ortalaması 1.36 ± 2.536 olarak belirtilmiştir. Bu çalışma, araştırmadaki ortalamadan daha düşük bir değerdir ve araştırmada bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

5.1.1. Öz Şefkat ile Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgulara İlişkin Tartışma

Araştırmada annelerin öz şefkat düzeyleri ile doğum sonrası depresyon belirtileri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu bulundu ($p < 0.001$). Bu bulgu, Neff (2003) ve Raes (2011) gibi çalışmalarda belirtildiği gibi, öz şefkatin depresif belirtileri azaltan bir yapı olduğuna işaret etmektedir. Özellikle öz sevecenlik,

içe çekilme ve yargısız farkındalık alt boyutları depresyonla anlamlı şekilde negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu durum, öz şefkatin bireyin olumsuz duygularıyla başa çıkma becerisini artırarak depresyon riskini azalttığını göstermektedir. Christian ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan çalışmada, doğum sonrası depresyonu önlemeye yönelik 6 haftalık internet tabanlı farkındalık ve öz şefkat müdahalesinin depresyon ve anksiyete semptomlarını anlamlı şekilde azalttığı ve hem anne hem de bebek sağlığında iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Arslantürk (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, postpartum depresyon ile öz şefkat arasında negatif yönlü, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, öz şefkat düzeyinin düşük olmasının, depresyon riskini artırabileceğini göstermektedir. Scoglio ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen boylamsal bir çalışmada, doğum sonrası ilk altı ayda öz şefkat düzeylerinin yüksek olmasının depresif belirtileri azalttığı ortaya konmuştur. Shorey ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir meta-analiz de perinatal dönemde öz şefkat düzeyi ile depresyon arasında tutarlı şekilde negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda, araştırmada elde edilen bulgular, öz şefkatin postpartum dönemde depresif belirtiler üzerindeki etkisine ilişkin mevcut literatürle örtüşmekte ve öz şefkatin ruh sağlığı açısından önemli bir psikolojik koruyucu unsur olduğunu desteklemektedir.

Araştırmada Öz Şefkat Ölçeği toplam puanı ile STAI puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak, öz şefkatin alt boyutlarından yalnızca “ortak insanlık deneyimi” ile STAI arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki saptandı ($r = -0.176$, $p < 0.05$). Bu bulgu, annenin yaşadığı zorlukların evrensel olduğu bilincinin, anksiyete düzeyini bir miktar azaltabileceğini göstermektedir.

Bununla birlikte, öz şefkatin anksiyeteyi azaltma yönünde depresyon kadar güçlü bir etkisinin bulunmadığı söylenebilir. Bu durum, anksiyetenin daha çok geleceğe dair belirsizlikler, kontrol kaybı ve çevresel stresörlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Araştırmada, öz şefkat ile doğum sonrası depresyon belirtileri arasında anlamlı negatif ilişki bulunması, bu yapının depresif belirtileri azaltmada daha etkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, anksiyetenin doğası gereği daha çok geleceğe yönelik belirsizlikler, kontrol kaybı ve yoğun stresle ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak genel olarak öz şefkat düzeyi yüksek olan annelerde hem depresyon hem de anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlendi. Neff (2003)’in öz şefkat kuramı doğrultusunda, bireyin kendisine nazik, anlayışlı ve yargılayıcı olmayan bir

tutumla yaklaşmasının, stresli yaşam olayları karşısında psikolojik dayanıklılığı artırdığı bilinmektedir. Bu doğrultuda, öz şefkat düzeyi yüksek olan annelerin yenidoğan yoğun bakım sürecindeki belirsizlik ve kaygılarla daha yapıcı şekilde başa çıkabildiği düşünülmektedir. Çelen ve Taş Arslan (2017) YYBÜ’de bebekleri yatan anne babaların kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmalarında anne ve babaların durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ancak annelerin sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Fernandes ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, annelerin öz şefkat düzeylerinin yüksek olmasının, doğum sonrası depresyon belirtilerini azalttığı ve anne-bebek bağlanmasını güçlendirdiği bulunmuştur.

5.1.2. Öz Şefkatin Anne-Bebek Bağlanmasına Katkısına Yönelik Bulgulara İlişkin Tartışma

Araştırmada Öz Şefkat Ölçeği toplam puanı ile ABBÖ puanı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulundu ($r = -0.188$, $p < 0.001$). Öz şefkat düzeyi ile ABBÖ puanı arasında negatif yönlü bir ilişki bulunması, öz şefkat düzeyi yüksek annelerde bağlanma sorunlarının azaldığını ve anne-bebek bağlanmasının daha güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum ilk bakışta çelişkili görünse de, öz şefkat ölçeği alt boyutlarına bakıldığında özyargılama ve içe çekilme gibi boyutlarla ABBÖ arasındaki negatif ilişkiler dikkat çekmektedir. Yani, kendisini sıkça eleştiren ve içe kapanan annelerde bağlanma düzeyi düşük olabilmektedir. Diğer yandan özsevecenlik düzeyi arttıkça anne-bebek bağının da güçlenmesi beklenebilir. Öz şefkat düzeylerinin yüksek olduğu annelerin hem depresyon hem de anksiyete düzeylerinin düşük olması, bağlanma sürecine daha fazla duygusal kaynak ayırabilmelerini kolaylaştırabilir. Bu nedenle, öz şefkatin anne-bebek ilişkisine dolaylı yoldan katkı sunduğu öne sürülebilir.

Öz şefkatli annelerin bebeklerine karşı daha duyarlı, anlayışlı ve sevgi dolu bir bağ kurdukları düşünülmektedir. Bu bulgu, öz şefkatin yalnızca bireysel psikolojik sağlıkla sınırlı kalmayıp kişilerarası ilişkileri de olumlu yönde etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir. Whittingham ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında, öz şefkatin anne-bebek bağlanması üzerinde doğrudan etkisi olduğu ve bu ilişkinin farkındalıklı ebeveynlik ve ebeveynlik stresi aracılığıyla şekillendiği bildirilmiştir. Neff

ve Germer (2018), öz şefkatin empatik iletişimi geliştirdiğini ve özellikle annelik sürecinde bağlanma kalitesini artırdığını vurgulamaktadır.

5.1.3. Depresyon Düzeyinin Anne-Bebek Bağlanması Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgulara İlişkin Tartışma

Araştırmada, doğum sonrası depresyon düzeyi ile anne-bebek bağlanması arasında pozitif yönde zayıf ancak anlamlı bir ilişki bulundu ($r = 0.226$, $p < 0.001$). Depresyon düzeyi ile ABBÖ puanı arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmesi, annenin depresyon düzeyi arttıkça anne-bebek bağlanma puanı artması (anne-bebek bağlanmasının zayıflama) eğiliminde olduğunu göstermektedir. Doğum sonrası depresyonun annelerin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği literatürde yaygın olarak belirtilmektedir. O'Hara ve McCabe'nin (2013) çalışmalarında doğum sonrası depresyonun annenin bebeğine karşı duyduğu sevgi, ilgi ve bakım davranışlarını olumsuz etkilediğini ve bağlanma sürecini zayıflattığını ifade etmektedir. Fernandes ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, doğum sonrası dönemde yüksek depresyon düzeyine sahip annelerin bebekle duygusal bağ kurmakta güçlük çektiğini ve bu bağın zaman içinde zayıflayabildiğini göstermiştir. Benzer şekilde, Della Vedova ve arkadaşları (2023), doğum sonrası ilk üç ayda depresyon ve anksiyete semptomlarının, annenin duyarlılığı ve bebekle kurduğu etkileşim kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Japonya'da yürütülen geniş kapsamlı JECS (2019) çalışmasında ise, doğum sonrası depresyonun bir yıl sonra bile anne-bebek bağlanmasında başarısızlıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Araştırmada da benzer şekilde EDSDÖ puanı yüksek olan annelerin ABBÖ puanlarının anlamlı biçimde yüksek ve bu da anne-bebek bağlanmanın düşük olduğu gözlemlendi.

Doğum sonrası depresyonun anne de yorgunluk, ilgisizlik, suçluluk, duygusal donukluk gibi semptomlara yol açarak bağ kurma sürecini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Rezaie-Keikhaie et al., 2020). Jiao ve arkadaşları (2019) tarafından yürütülen bir çalışmada da doğum sonrası depresyon yaşayan annelerin bebeklerine karşı daha az fiziksel ve duygusal temas kurduğu ifade edilmiştir. Bu bulgular, araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Literatürde, doğum sonrası depresyonun anne-bebek etkileşimini azalttığı ve bağlanma sürecini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Field, 2018; Murray ve Cooper, 2019). Yenidoğan döneminde

bebeklerinden ayrı kalan annelerin stres seviyelerinin yüksek olması, anne-bebek bağlanmasının zayıflamasına yol açabilir.

5.1.4. Anksiyete Düzeyinin Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisine Yönelik Bulgulara İlişkin Tartışma

Bağlanma, anne ve bebek arasında doğum öncesinden itibaren gelişen eşsiz ve duygu yoğunluklu bir süreçtir. Bu süreç, gebelikle başlayarak doğum sonrası dönemde de devam eder ve uzun vadeli bir etkileşimi kapsar. Annenin bu yeni sürece ve role uyum sağlaması sırasında bağlanmayı etkileyen çok sayıda bireysel ve çevresel faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında sosyal ve aile desteği, bağlanmanın niteliği ve annenin stresle başa çıkma becerileri üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Kınık ve Özcan, 2020).

Araştırmada STAI Ölçeği ile ABBÖ arasında da pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki belirlendi ($r = 0.173$, $p < 0.05$). Bu bulgu, annenin anksiyete düzeyi arttıkça anne-bebek bağlanma puanı artması (anne-bebek bağlanmasının zayıflama) eğiliminde olduğunu göstermektedir. Spielberger ve arkadaşlarının geliştirdiği kuramsal çerçeveye göre, yüksek düzeyde anksiyete yaşayan bireyin çevresine olan algısını daraltmakta ve içsel stres, dış dünyaya duyarlılığı azaltmaktadır. Bu durum, annenin bebeğiyle olan etkileşimini sınırlandırabilir veya duygusal sürekliliği bozabilir. Yüksek düzeyde anksiyete yaşayan anneler, kendilerini sürekli tehdit altında hissedebilir, bu da bebeğe yeterince odaklanamama, aşırı kontrolcü veya mesafeli davranışlara neden olabilir (Spielberger et al., 1970). Sonuç olarak, annenin duygusal olarak bebeğiyle bütünleşmesi ve sağlıklı bir bağ kurması zorlaşabilir.

Literatürde de benzer bulgular yer almaktadır. Ionio ve arkadaşlarının (2024) İtalya'da gerçekleştirdiği bir çalışmada, doğum sonrası döneme özgü anksiyete ile anne-bebek bağlanması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışma, anksiyetenin bağlanma sürecini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. McNamara ve arkadaşlarının (2019) sistematik derlemesinde, postpartum depresyon ve anksiyetenin anne-bebek bağlanmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu derleme, anksiyete düzeylerinin artmasının bağlanma sorunlarına yol açabileceğini ortaya koymaktadır. Fallon ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, postpartum spesifik anksiyete ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişki incelenmiş ve yüksek anksiyete düzeylerinin

bağlanma üzerinde olumsuz etkileri olduğu bulunmuştur. Tichelman ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, yüksek anksiyete düzeylerinin anne duyarlılığı ve bağlanma davranışlarını olumsuz etkilediği, dolayısıyla anne-bebek etkileşimini zayıflattığı rapor edilmiştir. Reck ve arkadaşları (2016) da benzer şekilde, anksiyete düzeyi yüksek annelerin bebeklerinin sinyallerini doğru şekilde algılamada ve uygun tepki vermede zorlandıklarını ifade etmiştir.

Bu araştırmada, STAI ile ABBÖ arasında saptanan anlamlı negatif korelasyon, anksiyete düzeyinin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediğine ilişkin literatür bulgularını destekler niteliktedir. Ayrıca, öz şefkat düzeyinin düşüklüğü de anksiyete düzeylerini artırıcı bir etken olarak değerlendirildi ve bu durumun dolaylı olarak bağlanma kalitesini zayıflattığı gözlemlendi. Dolayısıyla, doğum sonrası dönemde yalnızca depresyon değil, anksiyete düzeylerinin de düzenli olarak değerlendirilmesi, anne-bebek bağının sağlıklı bir biçimde gelişmesi açısından kritik öneme sahiptir. Özellikle yüksek anksiyete düzeyine sahip annelere yönelik erken psikososyal müdahaleler, hem annenin ruh sağlığını destekleyebilir hem de bağlanma sürecinin güçlenmesine katkı sağlayabilir.

Genel olarak bu araştırma, tanıtıcı değişkenlerin ve psikolojik faktörlerin doğum sonrası bağlanma sürecini şekillendirmedeki rolünü açık biçimde ortaya koymaktadır. Özellikle öz şefkat, doğum sonrası dönemde hem depresyon hem ve anksiyeteyi azaltan hem de anne-bebek bağlanmasını güçlendiren bir koruyucu faktör olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda, doğum sonrası bakım süreçlerinde annelere yönelik öz şefkat geliştirme eğitimleri ve psikolojik destek programlarının uygulanması önerilmektedir. Aynı zamanda, kronik hastalık veya ilaç kullanımı gibi bireysel sağlık sorunlarına sahip annelere daha yoğun psikososyal destek sunulması bağlanma sürecini destekleyici bir müdahale olabilir.

5.2. Annelerin ve Yenidoğanların Tanıtıcı Özellikleri ile Öz Şefkat Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Durumluluk Anksiyete Ölçeği (STAI) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgulara İlişkin Tartışma

Araştırmaya katılan annelerin yaş, eğitim durumu, eş eğitimi, gelir düzeyi, kronik hastalık ve ilaç kullanma gibi tanıtıcı değişkenlere göre ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p<0.05$).

Araştırmada, annelerin eğitim durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim durumları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ve ilişki bulundu ($p<0.05$). Ortaokul ve lise mezunu annelerin depresyon puanlarının ilkökul mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça annenin kendi içinde ve çevresel faktörlerde yaşadığı farkındalığın yükselmesi ile birlikte, yoğun bakım sürecine dair kaygıların artmasına yol açabileceği göstermektedir. Literatürde eğitim düzeyi düşük olan annelerin daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğunu belirtmektedir (Yanikkerem et al., 2022). Matsumura ve arkadaşları (2019), annenin eğitim düzeyi ile doğum sonrası depresyon arasında ilişki olduğunu ve düşük eğitim düzeyindeki annelerin daha fazla depresyon yaşadığını belirtmiştir. Özkan ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi daha yüksek olan annelerin sağlık bilgilerine ulaşma, riskleri değerlendirme ve olasılıkları düşünme düzeylerinin de arttığı, bunun da onların stres ve depresyon düzeylerini artırabildiği belirtilmektedir. Akbaş ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan ailelerin sürekli kaygı düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı derece düşük bulunmuştur.

Araştırmada öğrenim durumuna göre ortaokul ve lise mezunu olan annelerin ilkökul mezunu olanlara göre bağlanma düzeyleri daha yüksek bulundu. Okçu ve Bülez (2022) 'ın yaptıkları çalışmada da eğitim düzeyinin anne-bebek bağlanmasını etkilediğini ve eğitim düzeyi yüksek olan annelerin, bebekleriyle daha güçlü bir bağ kurdukları ifade edilmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin anne-bebek bağlanması üzerinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Engin ve Ayyıldız (2021)'ın yaptıkları çalışmada yükseköğretim mezunu olan annelerin, ilkökul ve ortaokul mezunu annelere göre anne bebek bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bilgin ve

Ecevit Alpar (2018)'ın yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi anne bebek bağlanmasını olumlu etkilediğini belirtmişlerdir. Yapılan bazı çalışmalarda, annelerin eğitim durumu ile anne-bebek bağlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Örneğin, yapılan bir araştırmada, annelerin eğitim düzeyleri ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Türk Döndükcü ve Ünal, 2024). Annelerin eğitim düzeyinin yükselmesi, bebek bakımına ilişkin bilgi düzeylerini ve sosyal yaşamda öz yeterlik algılarını artırmakta; bu durum, hastanede izlem gerektiren bebeklerinin bakım süreçlerine daha aktif katılım göstermelerini mümkün kılmaktadır. Annenin bakım sürecine etkin katılımının, anne-bebek bağlanmasının güçlenmesine olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir.

Eş eğitim düzeyine göre yapılan değerlendirmelerde ise, eşinin ilköğretim mezunu olduğu annelerin öz şefkat düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgu, ilk bakışta beklenmedik bir sonuç gibi görünmekle birlikte, bazı sosyo-kültürel dinamikler dikkate alındığında anlam kazanmaktadır. Geleneksel aile yapılarında, kadının temel rolü genellikle annelik ve bakım verme sorumluluğu üzerinden tanımlanır. Eş desteğinin sınırlı olduğu ya da erkeğin aile içi sorumluluklara daha az katıldığı durumlarda, kadınlar annelik rollerine daha fazla odaklanmakta ve bu rol üzerinden kimlik geliştirmektedirler (Akça ve Uslu, 2021). Bu bağlamda, eşinin eğitim düzeyi düşük olan anneler, daha çok ev içi rollerle özdeşleşerek, çocuğa bakım verme ve duygusal bağ kurma süreçlerinde daha yoğun sorumluluk üstlenebilmektedirler. Bu durum, annenin kendi iç kaynaklarını daha çok kullanmasını gerektirdiğinden, içsel farkındalık, sabır ve kabullenme gibi öz şefkat unsurlarının gelişmesini destekliyor olabilir.

Ancak burada dikkat çekici olan nokta, öz şefkatin tanımsal yapısıdır. Neff (2003) öz şefkati; kişinin kendine karşı nazik olması, yaşadığı olumsuzlukları insan olmanın bir parçası olarak değerlendirmesi ve bu süreçte farkındalık geliştirmesi olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla annenin kendi ihtiyaçlarını tamamen geri plana atarak çocuğa yönelmesi, öz şefkatin “kendine nezaket” boyutuyla çelişen bir durum oluşturabilir. Neff ve Germer (2018) 'de öz şefkati yüksek bireylerin, kendilerine şefkatli yaklaşabildiklerini ve bu sayede stresle daha sağlıklı başa çıkabildiklerini belirtmektedir.

Bazı araştırmalar, ebeveynlik bağlamında öz şefkatin, hem çocuğa duyulan empatiyi hem de ebeveynin psikolojik iyi oluşunu desteklediğini göstermektedir (Moreira et al., 2018). Ancak eş eğitim düzeyi gibi sosyoekonomik göstergelerle öz şefkat arasındaki ilişki henüz yeterince araştırılmamıştır. Bu nedenle elde edilen bulgunun, farklı kültürel örneklerle ve özellikle nitel araştırmalarla daha derinlemesine incelenmesi önerilmektedir.

Aile tipi aısından elde edilen bulgulara göre, geniş aile yapısında yaşayan annelerin depresyon puanlarının çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum, geniş aile yapısının getirdiği sosyal baskı, anneye yönelen fazla sayıda öneri, müdahale veya beklenti gibi faktörlerin annenin bireysel sınırlarını zorlayarak duygusal yükünü artırabileceği düşünölmektedir. Ayrıca, aile içindeki çok seslilik annenin bebeğiyle kurmak istediği özel bağın zarar görmesine yol açabilir. Literatürde, aile tipi ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Çınar ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir araştırmada, çekirdek aile yapısına sahip olan annelerin, geniş aile yapısına sahip olanlara göre daha yüksek sosyal destek algısına sahip oldukları ve bu durumun doğum sonrası depresyon riskini azalttığı belirlenmiştir. Bu bulgu, geniş aile yapısının her zaman koruyucu bir faktör olmadığını, aksine bazı durumlarda annenin psikolojik iyilik halini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Sezer (2023)'in çalışmasında, annelerin doğum sonrası depresyon düzeyleri ve algılanan sosyal destek üzerine yaptığı araştırmada, algılanan sosyal desteğin annelik özgüveniyle doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, doğum sonrası dönemde annenin ruh sağlığı üzerinde sadece aile tipi değil, aynı zamanda aile içindeki etkileşim kalitesinin de belirleyici olduğunu göstermektedir. Stuebe ve arkadaşlarının (2018) çalışmaları da, aile desteği ile bireysel alan dengesinin doğum sonrası psikolojik sağlık üzerindeki etkisine işaret etmektedir. Özellikle geniş aile yapılarında annenin bireysel alanının daralması, psikolojik baskı yaratabilmekte ve bu da depresif belirtileri tetikleyebilmektedir. Ailenin destekleyici olmasının yanında sınırlarına saygı gösterilmesi de annenin ruhsal iyilik halini korumada belirleyici bir etkindir.

Araştırmada kronik hastalık durumu olan annelerin öz şefkat düzeylerinin daha düşük, depresyon puanlarının ise daha yüksek olduğu tespit edildi. Kronik

hastalıklar, bireyin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını etkileyerek beden algısı ve öz bakım becerilerinde olumsuzluklara yol açabilmektedir. Bu bağlamda, annenin kendi bedenine güven duymamasına, gelecek kaygısı yaşamasına ve sağlıkla ilgili belirsizliklerle karşı karşıya kalmasına neden olabilir. Sonuç olarak, bu faktörler annenin öz şefkat düzeyini düşürerek depresif semptomların artmasına zemin hazırlayabilir. Neff ve Germer (2018), kronik hastalıkların bireyin içsel denge ve öz şefkat düzeyini olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir. Bu bağlamda, kronik hastalığa sahip bireylerin, özellikle annelerin, öz şefkat düzeylerinin düşmesi, depresyon riskini artırabilir.

Bu araştırmada, ilaç kullanan annelerinin de öz şefkat düzeyleri daha düşük, depresyon düzeyleri ise daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuç, sağlık sorunlarıyla baş etmenin psikolojik kaynaklar üzerinde baskı yarattığını ve annenin kendine yönelttiği anlayışın azalabileceğini düşündürmektedir. Demirden ve Sarıkoç (2023) tarafından yapılan bir araştırmada, ruhsal bozukluğu nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, öz şefkat düzeyinin, bireyin stresle başa çıkma becerileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Ailelerin gelir durumları yaşam kalitelerini, ekonomik bağımsızlıklarını, hastane, doktor ve alacakları bakımı seçebilme haklarını ve bebeklerinin aldıkları bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu sebeple gelir durumu düşük olan aileler birçok anlamda kaygı yaşayabilmektedir. Gelir düzeyi değişkeni incelendiğinde, iyi gelir grubundaki annelerin depresyon puanlarının orta gelir grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Bu durum, ekonomik güvencenin doğum sonrası dönemde annenin ruh sağlığı olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Yeterli maddi kaynaklara sahip olmak, bebeğin ihtiyaçlarının karşılanmasında zorluk yaşanmasını önleyerek annenin psikolojik yükünü azaltabilir. Doering ve arkadaşları (2017), doğum sonrası depresyon riskinin düşük gelir düzeyine sahip bireylerde daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgu, araştırmanın verileri ile örtüşmektedir. Bu bulgular ışığında, ekonomik durumun annenin sadece depresyon düzeyini değil, öz şefkat ve bağlanma gibi psikolojik kaynaklarını da dolaylı olarak etkileyebileceği düşünülmektedir. Çünkü ekonomik güvencenin sağladığı psikolojik rahatlık, annenin

kendine ve bebeğine karşı daha anlayışlı ve bağlı olmasını destekleyebilir (Silverman et al., 2022; Goyal et al., 2010).

YYBÜ' nde kalış süreleri ile ailelerinin kaygı düzeyleri yakından ilişkilidir. Araştırma da YYBÜ' nde yatış süreleri arttıkça ailelerin kaygı düzeylerinin yükseldiği bulunmuştur. Erdem (2010) çalışmasında yenidoğanların kalış süreleri uzadıkça annelerin kaygı düzeylerinin yükseldiğini bildirmiştir. Bebeklerin doğum sonrası ve yenidoğan döneminde yaşadıkları sağlık sorunları nedeniyle YYBÜ' de tedavi edilmek üzere kalması, ebeveynlerin duygusal dengesinde bozulmaya, ebeveynlerde kaygı gösteren belirti ve bulguların görülmesine neden olabilir (Konukbay ve Arslan, 2011; Mendelson et al., 2017). Spear ve arkadaşları (2002), da, yatış sebebi ne olursa olsun, YYBÜ'ye yapılan çok kısa süreli yatışlar bile ebeveynler için başlı başına bir kriz durumu olabileceğini vurgulamışlardır. Koochaki ve arkadaşları (2017), baş etmede yeterli desteğin sağlanamaması veya destek alınamaması annede anksiyetinin artmasına neden olabilir. Aynı zamanda annenin kişisel ve sosyal yaşam kalitesinin de bebeğe bakma becerisini etkileyerek anksiyete düzeyini artırabileceğini ifade etmişlerdir. Şahbudak ve Karabulut (2024), YYBÜ' de kalış süresinin ve invaziv mekanik ventilasyon süresinin artmasının annelerin stres düzeylerini anlamlı şekilde artırdığını ve bu stresin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebileceğini göstermişlerdir. Bu bulgular, YYBÜ' de kalış süresinin artmasının ailelerin kaygı düzeyini yükselttiğini ve bu durumun ebeveynlerin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir.

Bu araştırmada, annenin doğum sonrası bebeğini erken kucağına alması, erken emzirmeye başlaması ve ilk temasın pozitif duygularla gerçekleşmesi, öz şefkat ve anne-bebek bağlanmasında pozitif etki olduğu bulundu. Bu bulgu, literatürdeki mevcut araştırmalarla paralellik göstermektedir. Bigelow ve arkadaşlarının (2010), yaptığı bir çalışmada, doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde uygulanan anne-bebek ten tene temasın, annelerin ilerleyen dönemlerdeki duyarlılık düzeylerini artırdığı ve bu durumun anne-bebek bağlanmasını güçlendirdiği belirtilmiştir. Erken temasın bağlanma üzerindeki etkisi fizyolojik düzeyde de açıklanmaktadır. Annenin bebeğiyle kurduğu erken temasın oksitosin salınımını artırarak pozitif duyguları tetiklediğini ve bağlanma sürecini başlattığını ifade etmiştir (Bigelow ve Power, 2010). Ayrıca, emzirmenin

doğumdan hemen sonra başlaması, annenin kendine olan güvenini pekiştirdiği gibi öz şefkat düzeyini de artırmaktadır. Liu ve arkadaşları (2021), tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında, doğum sonrası uygulanan ten tene temasın annelerde anksiyete ve stres düzeylerini anlamlı biçimde azalttığı ve bu durumun annenin kendine karşı daha anlayışlı, daha şefkatli olmasına katkı sağladığı rapor edilmiştir. Bu durum, öz şefkat düzeyinin psikolojik iyilik haliyle doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Karimi ve arkadaşları (2013), ise ten tene temas uygulamasının annelerin anksiyete düzeylerini azalttığını, aynı zamanda anne-bebek ilişkisini güçlendirdiğini ortaya koymuştur. Annelerin duygusal tepkilerini düzenleyebilmeleri ve pozitif duygular hissedebilmeleri, öz şefkatin önemli bir parçasıdır. Tüm bu bulgular ışığında, annenin doğum sonrası dönemde bebeğiyle erken ve pozitif bir temas kurmasının hem kendine karşı olan duygularını düzenlediği hem de bebeğiyle sağlıklı bir bağ kurmasına katkı sunduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma YYBÜ’nde bebeği yatan annelerin öz şefkat, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı. Araştırmada ayrıca, bu psikolojik değişkenlerin annelerin çeşitli tanıtıcı özellikleriyle nasıl ilişkilendiği de detaylı biçimde değerlendirildi. Araştırma bulguları hem ölçekler arası ilişkiler hem de tanıtıcı değişkenlerle ölçekler arasındaki puanlar farklılıklar bakımından anlamlı sonuçlar saptandı.

Araştırmada öz şefkatin alt boyutlarından özsevecenlik, yargısız farkındalık ve ortak insanlık deneyimi, olumlu ruhsal sonuçlarla ilişkiliyken; özyargılama, yalnız hissetme ve aşırı özdeşleşme gibi boyutlar olumsuz etkilerle ilişkilendirildi. Öz şefkat ile depresyon arasında negatif yönlü bir ilişki bulundu. Öz şefkat düzeyi yüksek olan annelerin depresyon düzeyleri daha düşük olarak saptandı. Aynı şekilde, öz şefkat ile anksiyete arasında da negatif yönlü bir ilişki olduğu gözlemlendi. Öz şefkatli annelerin kaygı düzeyleri daha düşük bulundu. Öz şefkat ile anne-bebek bağlanma puanı (puan arttıkça bağlanma azalır) arasında negatif yönlü bir ilişki bulundu. Annelerin depresyon düzeyi ile anne-bebek bağlanması arasında pozitif yönlü bir ilişki bulundu. Depresyon düzeyi yüksek olan annelerin bağlanma puanları daha yüksek (bağlanma düşük) belirlendi. Anksiyete düzeyi ile anne-bebek bağlanması arasında da pozitif yönlü bir ilişki saptandı. Yüksek düzeyde kaygı yaşayan annelerin bağlanma puanları daha yüksek (bebeklerine bağlanma düzeylerinin daha düşük) olduğu belirlendi.

Annelerin tanıtıcı özellikleri ile ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkileri bakıldığında eğitim durumu, eş eğitimi, gelir seviyesi, aile tipi, kronik hastalık ve ilaç kullanımı gibi değişkenlerin bazı ölçeklerle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edildi.

- Ortaokul ve lise mezunu annelerin depresyon puanlarının, ilkokul mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi.
- Eş eğitim düzeyine göre yapılan değerlendirmede, eşinin ilkokul mezunu olduğu annelerin öz şefkat puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Aynı şekilde, eşinin ilkokul mezunu olduğu annelerin anne-bebek bağlanma puanlarının da daha yüksek olduğu belirlendi.

- Gelir düzeyi ile ölçek puanları arasında da dikkat çekici farklar gözlemlendi. Gelir düzeyi iyi olan annelerin depresyon puan ortalamalarının orta gelir düzeyine sahip olanlara göre daha düşük olduğu belirlendi.
- Aile tipi değişkeni incelendiğinde, geniş ailede yaşayan annelerin depresyon puan ortalamalarının çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.
- Kronik hastalık durumu olan annelerde, öz şefkat düzeyinin daha düşük, depresyon düzeyinin ise daha yüksek olduğu bulundu. Aynı şekilde, ilaç kullanan annelerin de öz şefkat düzeyleri daha düşük, depresyon düzeyleri ise daha yüksek olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

1. **Anne Ruh Sağlığı Takibi:** Gebelik sürecinden doğum sonrası döneme kadar annelerin psikolojik durumlarının izlenmesi, perinatal dönemde ortaya çıkabilecek ruhsal bozuklukların erken tespiti açısından büyük önem taşır. Bu süreçte, özellikle risk altındaki annelere yönelik özelleştirilmiş erken müdahale programları oluşturulması, hem annenin ruh sağlığını iyileştirmek hem de olası komplikasyonları önlemek için gereklidir. Pediatri hemşiresi annelere yönelik ruh sağlığı tarama formlarını (örneğin EDSDÖ) uygular ve sonuçlarını değerlendirerek olası risk durumlarını belirleyebilir. Özellikle risk grubundaki anneleri tespit ederek psikiyatri, psikolog veya sosyal hizmet birimlerine yönlendirebilir. Annelerle sürekli iletişim hâlinde olarak, onların duygu durumlarını gözlemleyip kayıt alınabilir ve erken uyarı belirtilerini fark edebilir. Ruhsal sağlık eğitimi almışsa, annelere ruh sağlığına yönelik temel bilgilendirmeler yaparak farkındalık yaratır ve psikoeğitim desteği sunabilir. Klinik protokoller doğrultusunda gebelikten itibaren ruhsal takip planlarını oluşturma sürecine katkıda bulunabilir.
2. **Öz Şefkat Temelli Müdahale Programları:** Öz şefkat, bireylerin kendilerine nazik ve anlayışlı bir tutum sergilemesi olarak tanımlanabilir ve ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkileri kanıtlanmıştır. Özellikle mindfulness temelli öz şefkat eğitimleri, annelerin öz-değer duygularını artırarak ruhsal esneklik kazanmalarına katkı sağlayabilir. Böylece, annelerin stresle başa çıkma yetenekleri güçlenir ve bağlanma süreçlerine olan olumlu etkiler artar.

Psikoeğitimsel programlar, anne-bebek ilişkisini güçlendirmek ve annelerin duygusal refahını iyileştirmek adına etkili bir müdahale yöntemi olabilir. Pediatri hemşiresinin rolü; annelere öz şefkat ve mindfulness temelli eğitimlere katılmış ya da bu konuda eğitim almışsa, bilgilendirici oturumlar düzenleyebilir. Annelere öz şefkatin önemi hakkında bilgi vererek kişisel farkındalıklarını artırmalarına yardımcı olabilir. Günlük yaşamda uygulanabilir nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri, farkındalık uygulamaları gibi yöntemleri öğretebilir. Psikoeğitim programlarının içinde aktif rol alarak annelerin öz değerlerini geliştirmelerine destek olabilir. Öz şefkatin ruhsal sağlık üzerindeki etkilerini anlatan bilgilendirici materyaller (broşür, video vb.) sunabilir.

3. **Doğum Sonrası Destek Hizmetleri:** Doğum sonrası dönemde, anne-bebek arasındaki bağın güçlendirilmesi kritik bir faktördür. Erken dönemde kurulan temas, örneğin ten tene temas ve oda paylaşımı gibi uygulamalar, anne-bebek bağlanmasının sağlıklı bir şekilde gelişmesini destekler. Sağlık çalışanlarının, bu süreçte aktif bir şekilde anne-bebek bağlanma sürecine katkı sağlamaları ve uygun rehberlik yapmaları önemlidir. Ayrıca, doğum sonrası destek hizmetlerinin, psikolojik ve fiziksel iyileşmeyi destekleyici nitelikte olması, annenin ruhsal sağlığının güçlendirilmesine yardımcı olur. Pediatri hemşiresi doğum sonrası dönemde annelere fiziksel ve psikolojik destek sağlayarak, güvenli bağlanma ortamının oluşmasına katkı sağlayabilir. Ten tene temas, emzirme desteği, oda paylaşımı gibi bağlanma artırıcı uygulamaları teşvik edebilir ve uygulatabilir. Anneye doğum sonrası karşılaşılabileceği ruhsal değişimler hakkında bilgi verebilir, bu süreci normalleştirerek anksiyeteyi azaltabilir. Anneyle empatik iletişim kurarak, ona güvende olduğu ve desteklendiği hissini verebilir. Aile bireylerini doğum sonrası sürece dahil ederek destek sistemini güçlendirebilir.

4. **Bireyselleştirilmiş Bakım:** Annelerin eğitim düzeyi, doğum sayısı, sosyoekonomik durum gibi faktörlerin, doğum sonrası psikolojik sağlık üzerindeki etkileri göz önünde bulundurularak, kişiselleştirilmiş bakım ve destek stratejilerinin oluşturulması önemlidir. Her annenin deneyimi farklıdır ve bu farklılıklar doğrultusunda, annenin ihtiyaçlarına özgü müdahale ve destek mekanizmalarının tasarlanması, ruhsal iyileşme süreçlerinin hızlanmasına ve

daha sağlıklı bir anne-bebek ilişkisi kurulmasına katkı sağlar. Pediatri hemşiresi annenin sosyoekonomik durumu, eğitim seviyesi, doğum hikâyesi gibi faktörleri değerlendirerek kişiselleştirilmiş bakım planları oluşturabilir. Gerekğinde sosyal hizmet uzmanlarıyla iş birliği yaparak annenin özel ihtiyaçlarına uygun kaynaklara ulaşmasını sağlayabilir. Dezavantajlı gruplara (düşük gelirli, yalnız anneler vb.) yönelik özel destek programları geliştirebilir. Annenin bireysel beklenti ve kaygılarını dinleyerek, bakım sürecini anne merkezli bir yaklaşımla yürütebilir. Risk faktörlerini göz önünde bulundurarak, önleyici ve koruyucu ruh sağlığı uygulamalarını planlayabilir.

5. **Farkındalık Çalışmaları:** Ailelerin, özellikle babaların ve annenin yakın çevresinin, annenin psikolojik süreçleri hakkında bilgilendirilmesi büyük önem taşır. Annenin ruhsal durumunu anlayan ve bu süreçte ona destek olabilen bir aile yapısı, bağlanma sürecini olumlu yönde etkileyebilir. Dolayısıyla, ailelerin psikolojik destek süreçlerine dahil edilmesi ve bu konuda farkındalık yaratılması, annenin iyileşme sürecini hızlandırabilir. Pediatri hemşiresi baba ve diğer aile bireylerini bilgilendirerek annenin yaşadığı psikolojik sürecin doğal bir süreç olduğunu anlatabilir. Aile içi iletişimi güçlendirmek için aile bireylerine temel danışmanlık ve rehberlik sunabilir. Aile içindeki destek sistemlerinin aktifleşmesini sağlayarak anne üzerindeki baskıyı azaltabilir. Doğrudan ya da sağlık eğitimi seanslarıyla ailelere, annelerin duygusal ihtiyaçları hakkında bilgi verir.

6. **Gelecek Çalışmalar:** Bu alandaki araştırmaların bulgularının, daha geniş ve heterojen örneklem grupları üzerinde ve boylamsal araştırma tasarımları kullanılarak tekrar test edilmesi gereklidir. Ayrıca, anne ruh sağlığına ilişkin ölçeklerin alt boyutlarına dair ayrıntılı analizlerin yapılması, daha hassas ve spesifik müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Bu tür çalışmalar, annelerin psikolojik iyileşme süreçlerinin daha iyi anlaşılmasına ve etkili müdahalelerin tasarlanmasına katkı sağlar. Pediatri hemşiresi klinik uygulamalarında elde ettiği gözlemleri, bilimsel araştırmalara temel oluşturacak şekilde kayıt altına alabilir. Ruh sağlığı değerlendirme ölçeklerinin uygulanmasında görev alarak, veri toplanmasına katkıda bulunabilir. Mesleki gelişim amacıyla anne ruh sağlığı alanındaki güncel çalışmaları takip edebilir ve

bu doğrultuda bakım yaklaşımlarını güncelleyebilir. Çalışmalara katılarak ya da öneriler sunarak, klinik rehberlerin gelişmesine destek olabilir.

Hem annelerin hem de bebeklerin ruhsal ve fiziksel iyilik halleri arasında güçlü bir ilişki bulunduğu için, anne-bebek bağlanma sürecinin güçlendirilmesi, hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından büyük bir öneme sahiptir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, yeni doğan yoğun bakım sürecinde olan annelerin psikolojik durumlarını yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda çevresel ve ailesel faktörlerle de iyi şekillendiğini ortaya koymuştur. Özellikle öz şefkat, depresyon ve anksiyete düzeylerinin hem tanıtıcı değişkenlerle hem de kendi aralarındaki ilişkileri bağlamında değerlendirildiğinde, öz şefkatin psikolojik iyilik hali ve bağlanma süreci açısından koruyucu bir faktör olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde annelere yönelik psikososyal destek programlarının öz şefkat gelişimini destekleyecek biçimde yapılandırılması önerilmektedir. Ayrıca, doğum sonrası depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların erken dönemde tanılanarak müdahale edilmesi hem annenin hem de bebeğin sağlıklı gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Abuidhail, J., Al-Motlaq, M., Mrayan, L., & Salameh, T. (2016). The lived experience of Jordanian parents in a neonatal intensive care unit: A phenomenological study. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(3), 156–162.
- Afand, N., Keshavarz, M., Fatemi, N. S., & Montazeri, A. (2017). Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge. *Iranian Journal of Neonatology*, 8(2), 87–92.
- Ağırman, A. M. (2016). *Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelere yönelik geliştirilen bakım standartlarının annelerin anksiyete düzeyine etkisinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akın, A. (2010). *Öz-duyarlık, farkındalık ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akbaş, M., Akça, E., Şenoğlu, A., & Sürücü, Ş. G. (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2), 87–97.
- Akça, F., & Uslu, E. (2021). Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında ebeveynlik deneyimleri: Nitel bir araştırma. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 32(1), 150–169.
- Akkaya, C. (2005). Depresyonun biyolojik temelleri. In H. Aydın (Ed.), *Psikiyatrik bozukluklar ve biyolojik yaklaşımlar* (ss. 78–89). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Akman, K. E. (2015). *Kadın hastalıklarından ameliyat olacak hastalara preoperatif dönemde yapılan tanıtıcı eğitimin kaygı üzerindeki etkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Al-Khatib, I. A., & Al-Qudah, M. A. (2024). Prevalence and risk factors of postpartum depression among women attending primary healthcare centers in northern West Bank/Palestine: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 24(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02887-6>
- Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 141, 110343.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andiç, S. (2013). *Ergenlik döneminde zihni meşgul eden konularla ilişkili değişkenler: Bağlanma tarzları, öz-şefkat ve psikolojik belirtiler* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arslantürk, P. (2021). *Postpartum depresyon ile öz şefkat ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ilişkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Asatekin, M. (2022). Yenidoğan yoğun bakımda annelerin desteklenmesi: Hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 120–128.
- Aydemir Karakulak, H. (2009). *Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması (Aydın örneği)* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Balcıoğlu, İ. (2005). Stres kavramı ve tarihsel gelişimi. *Sempozyum Dizisi*, 39, 9–12.

- Barberio, B., Zamani, M., Black, C. J., Savarino, E. V., & Ford, A. C. (2021). Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 6(5), 359–370. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00014-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00014-8)
- Bat Tonkuş, G., & Muslu, G. (2021). Anne-bebek bağlanması ve evlilik doyumu arasındaki ilişki. *Türk Aile Araştırmaları Dergisi*, 27(2), 115–130.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research*, 50(4), 272.
- Becker, C. T. (2016). A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research*, 45(4), 225.
- Bernazzi, O., & Bifulco, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: The role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56, 1249–1260. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00164-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00164-8)
- Bilgin, Z., & Ecevit Alpar, Ş. (2018). Kadınların maternal bağlanma algısının annelik rolü ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6–15. <https://doi.org/10.17681/hsp.296664>
- Bowlby, J. (2012). *Bağlanma* (T. Soylu, Çev.). İstanbul: Pinhan Yayıncılık. (Orijinal eser 1969)
- Boxwell, G. (2010). *Neonatal intensive care nursing* (2. bs.). İstanbul: Nobel Akademi.
- Browne, J. V., & Talmi, A. (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 67–77. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi012>
- Chaudron, L., Klein, M., & Regnault, P. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 103–112. <https://doi.org/10.3109/01674820109075570>
- Christian, C., Zerwas, S. C., & Levinson, C. A. (2024). Preventing postpartum depression with mindful self-compassion intervention: A randomized controlled study. *Journal of Affective Disorders*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.004>
- Coughlin, M. E. (2016). *Transformative nursing in the NICU*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A., & Ebert, D. D. (2020). The effects of psychotherapies for major depression in adults on

remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 142–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.0>

- Çağlar, S., Dur, Ş., Düzkaya, D. S., Özkan, T. K., Torun, N., Çiğdem, Z., Yıldız, S., Balcı, S., Gözen, D., & Yıldız, G. K. (2019). Türkiye’deki yenidoğan hemşirelerinin profilleri ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakıma yönelik uygulamaları. *Journal Agent*, 5, 132–135, 140. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.42104>
- Çalışır, H., & Başbakkal, Z. (2003). *İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarılarını etkileyen etmenlerin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Çankaya, S., Yılmaz, S. D., Can, R., & Kodaz, N. D. (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 232–240.
- Çavuşoğlu, H. (2019). *Yüksek riskli yenidoğan ve hemşirelik bakımı* (Cilt 13). Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
- Çelebi, N., & Çayır, A. (2021). Hastane ortamında kanguru bakımının anne bebek bağlanmasına etkisi. *Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 13(2), 88–95.
- Çelebioğlu, A., & Polat, S. (2004). Hiperbilirubinemi nedeniyle hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyi, etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 47–54.
- Çelen, R., & Taş Arslan, F. (2017). The anxiety levels of the parents of premature infants and related factors. *Journal of Pediatric Research*, 4(2), 68–74.
- Çelik Helvacı, F., & Hocaoglu, Ç. (2016). ‘Majör depresif bozukluk’ tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1), 51–66.
- Çınar, N., Topal, S., Çaka, S. Y., & Altınkaynak, S. (2023). Annelerde postpartum depresyon, sosyal destek ve emzirme öz yeterliliği arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(2), 113–122.
- Çiğdem, Z., Özkan, H., Balcı, S., Gözen, D., & Özdemir, R. (2018). *Normal ve yüksek riskli yenidoğan ve hemşirelik bakımı: Akıl notları*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Çimen, N., & Varol, H. (2021). Anne bebek bağlanması ve gelişim sürecindeki önemi. *Gelişim Psikolojisi Dergisi*, 8(2), 75–83.
- Çoban, A. (2003). *Doğum sonrası anne yenidoğan etkileşimini etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Danacı, A. E., Dinç, G., Deveci, A., & Seyfe Şen, F. (2002). Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3), 125–129.
- Davis, D., Santos, H., Levy, J., White Traut, R., O’Shea, T., Geraldo, V., & David, R. (2015). Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 41, 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.10.005>

- Della Vedova, A. M., Santoniccolo, F., Sechi, C., & Trombetta, T. (2023). Perinatal depression and anxiety symptoms, parental bonding and dyadic sensitivity in mother–baby interactions at three months postpartum. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4253. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054253>
- Demirden, A., & Sarıkoç, G. (2023). Ruhsal bozukluğu nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 60–72.
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588–599. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04045>
- Doering, J. J., Sims, T., & Miller, A. (2017). Perceived stress and depression in working mothers experiencing maternal role strain. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(6), 835–846. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.07.008>
- Doğangün, Z., Karabulut, N., & Sevinç, S. (2021). Geniş aile sisteminde yaşayan annelerde postpartum depresyon: Sosyal destek ve yaşam doyumu ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 32(2), 93–101. <https://doi.org/10.5080/u27049>
- Doğru, S., & Topan, A. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine prematüre bebeği yatan ebeveynlere verilen yatış eğitiminin stres düzeylerine etkisi. *Journal of Pediatric Emergency and Intensive Care Medicine*, 8(1), 26–37. <https://doi.org/10.29345/pek2018.06>
- Edebohls, L., & Ecklund, C. (2002). Postpartum depression: Practical advice from two nurse practitioners. *Paediatric Nursing*, 22(3), 298.
- Engin, N., & Ayyıldız, T. (2021). Anne bebek bağlanmasının annelik algısı ve bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 583–596.
- Engindeniz, A., Küey, L., & Kültür, S. (1997). Beck Depresyon Envanterinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 71–81.
- Eras, Z., Atay, G., Şakrucu, E. D., Bingöler, E. B., & Dilmen, U. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 97–103.
- Erdem, Y. (2010). Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level I of a neonatal intensive care unit in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11–12), 1738–1747. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03081.x>
- Erdeve, Ö. (2009). Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı ailenin yeri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 199–203.
- Erdoğan, E., Ergenekon, F., Öktem, A., & Soysal, Ş. (2000). Doğum türü değişkeninin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 75–85.
- Ergenekon, E. (2001). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı. *Türkiye Klinikleri Pediatri*, 10, 1–5.
- Ersoy, M. (2000). *Lohusalık döneminde annenin yaşadığı duygusal dalgalanmalar ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği.
- Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C. G., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2019). Postpartum specific anxiety and maternal bonding: A prospective study. *Journal*

- of *Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 175–185. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1474534>
- Fernandes, M., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2021). The role of mothers' self-compassion on mother–infant bonding during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 42(5), 621–634. <https://doi.org/10.1002/imhj.21951>
- Field, T. (2018). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 51, 24–35. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.04.005>
- Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2022). The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 122(1), 20–41. <https://doi.org/10.1037/pspp0000391>
- Franck, L. S., & O'Brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*, 111(15), 1044–1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1586>
- Garg, D., Chaudhury, S., Saldanha, D., & Kumar, S. (2022). Stress, postpartum depression, and anxiety in mothers of neonates admitted in the NICU: A cross-sectional hospital-based study. *Industrial Psychiatry Journal*, 32(1), 48–58. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_76_21
- Gedik, A. (2015). *Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York, NY: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion*. London, UK: Constable & Robinson.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of postpartum depression? *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(6), 573–583. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01172.x>
- Görak, G. (2002). Yenidoğan hemşireliğinde etik. In *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri* (ss. 31–40). İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
- Görünmez, M. (2006). *Bağlanma stilleri ve duygusal zeka yetenekleri* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21, 1.
- Günay, E. Y. (2013). *Gebelerde kaygı düzeyi: Cambridge Kaygı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı.
- Gündüzalp, G., & Gürol, A. (2024). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin anne–bebek bağlanması ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Kadın Sağlığı ve Hemşirelik Dergisi*, 10(1), 25–34.
- Güneş, A. (2016). *Güvenli bağlanma*. İstanbul: Timaş Yayınları.

- Güvenderer Doksat, N., & Demirci Çiftçi, A. (2016). Bağlanma ve yaşamdaki izdüşümleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 25(4), 489–501.
- Han, A., & Kim, T. H. (2023). Effects of self-compassion interventions on reducing depressive symptoms, anxiety, and stress: A meta-analysis. *Mindfulness*, 14(6), 1123–1151. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-01987-0>
- Hortaçsu, N. (1991). *İnsan ilişkileri*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Horuz, D. (2004). *Göğüs hastalıkları servisinde yatan KOAH hastalarında müzik terapisinin anksiyete ve bazı klinik bulgulara etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği.
- Höbek Akarsu, R., Tuncay, B., & Yüzer Alsaç, S. (2017). Anne bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 275–279.
- Ionio, C., Mascheroni, E., Di Blasio, P., & Confalonieri, E. (2024). The role of postpartum specific anxiety in maternal bonding: A study in the Italian context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 107. <https://doi.org/10.3390/ijerph2106xxxx>
- İnan, A. (1986). *Tarihte ve bugün şamanizm*. Ankara: [Yayınevi].
- İşler, A. (2007). Prematüre bebeklerde anne bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi*, 15(1), 1–6.
- Jakimowicz, S., & Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1499–1517. <https://doi.org/10.1111/jan.12649>
- Japan Environment and Children's Study (JECS). (2019). Understanding the relationship between postpartum depression and mother infant bonding failure. *Japan Environment and Children's Study*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31474232>
- Jiao, D., Xiao, R., Yao, Y., & Yu, Y. (2019). Association of financial stress with parenting behavior and child health. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.02.001>
- Johnston, J. (2020). Stress and anxiety. *Journal of Veterinary Nursing*, 35(8), 217–224.
- Josefsson, A., Angelsiö, L., Berg, G., Ekström, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01730-7](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01730-7)
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., & Türeci, F. (2001). Doğum sonu depresyon. *[Dergi Adı]*, 10(9), 33–34.
- Karakulak, H. (2009). *Anne bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması (Aydın örneği)* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65–74.
- Karimi, F., Shokouhi, M., & Alavi, N. (2013). Impact of skin to skin contact on maternal anxiety and mother infant bonding. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 221–226.
- Kavlak, O., & Şirin, A. (2007). Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23(2), 183–194.

- Keklikçi, Y., Dorum, B. A., & Vatansever, A. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ailelerin stres düzeyleri ve baş etme yöntemleri. *Van Tıp Dergisi*, 27(2), 160–165.
- Kendell, R. E. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662–673. <https://doi.org/10.1192/S0007125000291192>
- Kennedy, H. P., Beck, C. T., & Dricoll, J. W. (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 318–325. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00262-8](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00262-8)
- Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., & Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321–332.
- Keser, Ç. (2006). *Annenin bağlanma düzeyi ve çocuk yetiştirme sürecinin çocuğun bağlanma düzeyine etkisi* [Yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi Gelişim Psikolojisi Anabilim Dalı].
- Kesgin, M. T. (2019). *Cerrahi girişim uygulanacak hastaların durumluk kaygı düzeyleri ve etkileyen etmenler* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
- Kıcalı, Ü. Ö. (2015). *Öz şefkat ve tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz duygulanım ve depresyon ile ilişkilerinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Sosyal Bilimler Enstitüsü].
- Kılıç, T., & Kümbetlioğlu, M. (2016). Bağlanma stillerinin iletişim becerilerine etkisini araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(3), 381–396.
- Kılıçlı, A., Saraçoğlu, G., & Çetinkaya Büyükbodur, A. (2023). Stress, anxiety, and postpartum depression in parents with premature infants in neonatal intensive care unit. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 31(2), 82–90. <https://doi.org/10.5152/FNJN.2023.21112>
- Kınık, E., & Özcan, H. (2020). Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler ve primiparlarda maternal bağlanma durumu. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(1), 47–53.
- Klein, D. N., & Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: Introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 807–816. <https://doi.org/10.1002/jclp.10163>
- Konukbay, D., & Arslan, F. (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 16–22.
- Kostilainen, K., Mikkola, K., Erkkilä, J., & Huotilainen, M. (2021). Effects of maternal singing during kangaroo care on maternal anxiety, wellbeing, and mother–infant relationship after preterm birth: A mixed methods study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 30(4), 357–376.
- Kruckman, L., & Smith, S. (2003). An introduction to postpartum illness. *Journal Name*, 4, 62–67. (Dergi adı eksik; lütfen belirtin.)
- Kumar, A., Smith, J., & Johnson, R. (2023). Promoting resilience to depression among couples during pregnancy: The protective functions of intimate relationship satisfaction and self-compassion. *Family Process*, 62(1), 123–135. <https://doi.org/10.1111/famp.12788>

- Kurt, A., & Söyler, S. (2021). Yenidoğanlarda dokunma ve masajın anne-bebek bağlanmasına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 45–53.
- Kurtoğlu, M., & Başgöl, Ş. S. (2021). Koruyucu faktör olarak öz şefkat üzerine bir derleme çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 56–65.
- Kuswanto, C. N., Stafford, L., Schofield, P., & Sharp, J. (2024). Self-compassion and parenting efficacy among mothers who are breast cancer survivors: Implications for psychological distress. *Mindfulness*, 15(2), 345–357. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-01987-0>
- Lai, H. L., Chen, C. J., Peng, T. C., Chang, F. M., Hsieh, M. L., Huang, H. Y., & Chang, S. C. (2006). Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 139–146.
- Lennard, L., Whittingham, K., & Mitchell, A. E. (2021). Randomized controlled trial of a brief online self-compassion intervention for mothers of infants: Effects on mental health outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 77(8), 1745–1761. <https://doi.org/10.1002/jclp.23068>
- Liu, X., Zhang, Y., Wang, L., & Chen, H. (2021). Effects of skin-to-skin contact on maternal anxiety and stress: A meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(5), 765–773.
- Maagh, L. C. S., Quinlan, E., Vicary, S., Schilder, S., & Carey, C. (2024). Self-compassion and mental health in Australian women who have experienced pregnancy loss. *Journal of Family Psychology*, 38(1), 1–10. <https://doi.org/10.1037/fam0000990>
- Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., & Inadera, H. (2019). Education level and postpartum depression: Results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Psychiatry*, 19, 419. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2397-0>
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systematic review of maternal wellbeing and mother–infant bonding. *Infant Mental Health Journal*, 40(6), 706–727.
- Mendelson, T., Rubin, R., & Salsberry, P. (2017). Parental stress and anxiety in neonatal intensive care units: A review. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(1), 56–65.
- Mevzuat Bilgi Sistemi, T.C. (2023). *Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ 2019 (37)*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 23 Aralık 2023)
- Mills, E. P. (2003). *Depression, anxiety and childbirth* (ss. 456–473). (Yayınevi ve şehir bilgisi eksik; lütfen tamamlayınız.)
- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2018). Maternal self-compassion and parenting styles: The mediating role of parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*, 27(2), 500–511. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0907-4>
- Murray, L., & Cooper, P. J. (2019). Effects of postpartum depression on infant development and mother-infant interactions. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-z>

- Mutlu, C., Yorbik, Ö., Tanju, I. A., Çelikel, F., & Sezer, R. G. (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. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(1), 49–55.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2003a). Öz-şefkat: Kendine ve kimliğe karşı sağlıklı bir tutumun alternatif bir kavramsallaştırılması. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211–214.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2018). The mindful self-compassion program (MSC): A pilot study of a group intervention to enhance self-compassion. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.12.005>
- Nur, N., Çetinkaya, S., Bekir, D. A., & Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 55–59.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- O'Hara, M. W., Wisner, K. L., Asher, H., & Meltzer-Brody, S. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.012>
- Okçu, H., & Bülez, A. (2022). Erken ten tene temasın anne-bebek bağlanmasına ve travmatik doğum algısına etkisinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara].
- Özdemir, K., Başkaya, Y., & İdare, A. (2021). Annelerin maternal bağlanma düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(1), 638–642.
- Özkan, S., Kılıçarslan-Törüner, E., & Sarıtaş, S. C. (2014). Prematüre bebeği olan annelerin kaygı ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 164–169.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33–36. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0034-5>
- Reck, C., Zietlow, A. L., Müller, M., & Dubber, S. (2016). Perceived parenting stress in the course of postpartum depression: The buffering effect of maternal bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 473–482. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0556-7>

- Reddy, D. M. (2011). Postpartum depression: Prevalence, impact, and treatment options. *Journal of Women's Mental Health*, 5(2), 101–109.
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Allen, K. A., & Yao, J. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of postpartum depression in Iran: A comparison of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 274, 144–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.047>
- Roa, E., & Ettenberger, M. (2018). Music therapy self-care group for parents of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A clinical pilot intervention. *Medicines*, 5(4), 134. <https://doi.org/10.3390/medicines5040134>
- Samur, Ş. (2008). *Anne sütü*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sarapat, P., Fongkaew, W., Jintrawet, U., Mesukko, J., & Ray, L. (2017). Perceptions and practices of parents in caring for their hospitalized preterm infants. *Journal of Pacific Rim International Nursing Research*, 21(3), 220–233.
- Scoglio, A. A. J., Reilly, E. D., Schumacher, J. A., & Spofford, C. M. (2020). Self-compassion and depressive symptoms in postpartum women: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 264, 389–397. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.060>
- Sezen, M. (2019). *Total kalça artroplastisi ameliyatı öncesi hastalara uygulanan farklı eğitimin hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri üzerine etkisi* [Yüksek lisans tezi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı].
- Sezer, D. (2023). *Annelerin doğum sonrası depresyon düzeyi ve algılanan sosyal desteğin annelik özgüven düzeyine etkisi* [Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi]. <https://abakus.inonu.edu.tr/items/0d546c9a-083e-4629-851a-25de657f838a>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Shorey, S., Yang, L. L., Dennis, C. L., & Chong, Y. S. (2021). Self-compassion and perinatal depression: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 51(12), 1960–1971. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005074>
- Silverman, M. E., et al. (2022). Depression in the postpartum year and life course economic trajectories. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.08.022>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1–55. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Soygüt, G. (2004). Bir düzeltici bağlanma ilişkisi olarak: Psikoterapi süreçlerinde bağlanma ve terapötik ittifak. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 63–77.
- Soysal, Ş. A., Bodur, Ş., İşeri, E., & Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 88–89.
- Spear, M. L., Leef, K., Epps, S., & Locke, R. (2002). Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Perinatology*, 19(4), 205–213. <https://doi.org/10.1055/s-2002-32010>
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3–20). Academic Press.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.
- Stark, A. R. (2004). Levels of neonatal care. *Pediatrics*, 114(5), 1341–1347. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1479>
- Stuebe, A. M., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2018). Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *Journal of Women's Health*, 27(5), 635–641. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6617>
- Suddenfield, K. (2006). Postpartum depression. *Medscape General Medicine Journal*, 3(4), 298.
- Sümer, N., & Güngör, D. (1999). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(43), 71–106.
- Şahbudak, B., & Karabulut, B. (2024). The effect of hospitalization in the neonatal intensive care unit on maternal stress and attachment: Neonatal intensive care unit environment effect. *Alpha Psychiatry*, 25(3), 344–349. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.25236>
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117–135.
- Taşkın, L. (2012). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (11. baskı). Sistem Ofset Matbaacılık.
- Tezel, A. (2006). *Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin / ebelerin sorumlulukları* [Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum].
- Thase, M. E. (2007). Recognition and diagnosis of atypical depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl. 8), 11–16.
- Tichelman, E., Westerneng, M., Witteveen, A. B., van Baar, A. L., van der Horst, H. E., & de Jonge, A. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(9), e0222990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222990>
- Toğaç, H. (2018). *Laparoskopik kolesistektomi yapılacak hastalarda gereksinimlere göre verilen eğitimin ameliyat sonrası anksiyete ve konfora etkisi* [Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa].
- Tükistanlı, Ç. E., Pektaş, İ., & Dikici, İ. (2002). *İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir].

- Türk D      , F., &     , E. (2024). Level of maternal attachment and associated factors in mothers of infants with congenital heart anomaly: A descriptive, cross-sectional study. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(1), 54–61. <https://doi.org/10.5336/nurses.2023-99787>
- Uyanık, N., &   evik,   . (2020).    Ő    t gelişiminde bilişsel formülasyonun rolü. *Uluslararası Dil, EĒitim ve Sosyal Bilimlerde Güncel Yaklaşımlar Dergisi (CALESS)*, 2(2), 660–674.
- Uzbay, T. (2004). Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 1–11.
- Whittingham, K., Boyd, R. N., & Sanders, M. R. (2021). Birth, breastfeeding, psychological flexibility and self-compassion as predictors of mother–infant emotional availability in a cross-sectional study. *Infant Mental Health Journal*, 42(1), 3–14. <https://doi.org/10.1002/imhj.21935>
- World Health Organization (WHO). (2024). *WHO technical consultation on postpartum and postnatal care* [Updated March 10, 2024; cited February 17, 2024]. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/hq/2024/WHO MPS 10.03 eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2024/WHO_MPS_10.03_eng.pdf?ua=1)
- Worrall, S., Christiansen, P., Khalil, A., Silverio, S. A., & Fallon, V. (2024). Associations between prematurity, postpartum anxiety, neonatal intensive care unit admission, and stress. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1323773. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1323773>
- Yal  ın, B., Demir, A., & Kaya, H. (2017). Depresyonun temel belirtileri ve hemşirelik yaklaşımları. *Türk Psikiyatri HemŐireliĒi Dergisi*, 8(2), 123–132.
- Yang, M., Song, B., Jiang, Y., Lin, Y., & Liu, J. (2023). Mindfulness-based interventions for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 52(12), 2496–2505. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i12.14311>
- Yanikkerem, E., Mutlu, S., & G  ler, A. (2022). Postpartum depresyon ile ilişkili sosyodemografik ve psikososyal faktörlerin incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(1), 32–39.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- Yeshua, D. (2024). The compassionate journey: An exploratory and controlled study assessing self-compassion-focused mindfulness in a nonclinical sample. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(1), 1–10.
- Yıldırım, M., & Sarı, T. (2018).    Ő    t   l  Ēi kısa formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik   alıŐması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi EĒitim Fakültesi Dergisi*, 18(4), 2502–2517.
- Yılmaz, S., & Kızıl  aya BeĒi, N. (2013). Prenatal baĒlanma envanteri’nin Türkçe’ye uyarlanması: Güvenlik ve geçerlilik   alıŐması. *Anadolu Hemşirelik ve SaĒlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 103–109.
- Zvara, B. J., Keim, S. A., Andridge, R., & Anderson, S. E. (2023). Self-compassion and depressive symptoms as determinants of sensitive parenting: Associations with

sociodemographic characteristics in a sample of mothers and toddlers. *Children*, 10(8), 1284. <https://doi.org/10.3390/children10081284>



EKLER

EK1. ANNE-BEBEK TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Anket No:

Tarih:

Ad- Soyad:

Tanıtıcı özellikler formunda yer alan sorulara vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak, ikinci bir kişi veya kurumlarla paylaşılmayacak, bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu formda yer alan tüm sorulara yanıt vermeniz araştırmanın amacı ve sonucu açısından önemlidir. Araştırmaya katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

A. Demografik Özellikler

1. Doğum yılınız?.....

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

1) İlkokul mezunu

2) Ortaokul mezunu

3) Lise ve dengi okul mezunu

4) Yüksekokul - Fakülte mezunu

5) Diğer.....

3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1) Evet

2) Hayır

4. Medeni durumunuz nedir?

1) Evli

2) Bekar

3) Boşanmış

5. Eşinizin doğum yılı?.....

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1) İlkokul mezunu

2) Ortaokul mezunu

3) Lise ve dengi okul mezunu

4) Yüksekokul - Fakülte mezunu

5) Diğer.....

7. Eşiniz şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1) Evet

2) Hayır

8. Sizce ailenizin gelir durumu nasıldır?

1) İyi

2) Orta

3) Kötü

9. Sosyal güvenceniz var mı?

1) Evet

2) Hayır

10. Aile tipiniz nasıl?

1) Çekirdek Aile

2) Geniş Aile

11. Kronik bir hastalığınız var mı?

1) Evet

2) Hayır

12. İlaç kullanıyor musunuz?

1) Evet

2) Hayır

B. Obstetrik Öykü

13. Toplam gebelik sayınız?

14. Toplam canlı doğum sayınız?

15. Ölü doğumunuz var mı? Var ise kaç kez ölü doğumunuz oldu?

16. Düşük yaptınız mı? Evet ise kaç kez düşük yaptınız?

17. Normal doğum sayınız nedir?

18. Sezaryen doğum sayınız nedir?.....

19. Yaşayan kaç çocuğunuz var?

20. Bir önceki gebeliğiniz ile şimdiki gebeliğiniz arasında geçen süre kaç yıldır?

.....

C. Gebeliği ile İlgili Özellikler

21. Bu gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?

1) Evet

2) Hayır

22. Eşiniz bu gebeliği istiyor muydu?

1) Evet

2) Hayır

23. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1) Kız

2) Erkek

1) Hiç 2) Ara sıra 3) Çoğunlukla

1) Hiç 2) Ara sıra 3) Çoğunlukla

1) Evet 2) Hayır

1) Evet

1) Evet 2) Hayır

1) Evet 2) Hayır

1) Sağlık personeli

3) Kitap/Dergi/İnternet/Televizyon 4) Aile/Akraba/Arkadaş

5) Diğer (Belirtiniz.....)

31. Doğum şekliniz nedir?

1) Normal doğum

32. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?.....

33. Bebeğiniz kaç kg ağırlığında doğdu?.....

34. Doğumda bebeğinizin herhangi bir sağlık problemi oldu mu?

1) Evet (Belirtiniz.....) 2) Hayır

E. Doğum Sonrası Anne ve Bebeği ile İlgili Özellikler

35. Bebeğinizi doğumdan kaç saat sonra görme fırsatınız oldu?.....

36. Doğumdan kaç saat sonra bebeğinizi kucağınıza aldınız?.....

37. Bebeğinizi kucağınıza aldıysanız nasıl duygular hissettiniz?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1) Pozitif duygular | 2) Negatif duygular |
| 3) Karışık duygular | 4) Nötr duygular |

38. Bebeğinizi doğumdan kaç saat sonra ilk kez emzirdiniz?.....

39. Doğumdan kaç saat sonra bebeğiniz ile aynı odada kalmaya başladınız?.....

40. Doğum sonrası eşinizin size verdiği destek ne derecedeydi?

- | | |
|------------|---------|
| 1) Çok iyi | 2) İyi |
| 3) Orta | 4) Kötü |

41. Doğum sonrası size bebek bakımı veya günlük işlerinizde destek olan kişiler var mı?

- | | |
|---------|----------|
| 1) Evet | 2) Hayır |
|---------|----------|

42. Cevabınız “Evet” ise bu kişilerin size verdiği destek ne derecedeydi?

- | | |
|------------|---------|
| 1) Çok iyi | 2) İyi |
| 3) Orta | 4) Kötü |

43. Bebeğinizin bakımında en önemli rol kimdedir?

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1) Siz | 2) Eşiniz |
| 3) Anneniz/Kayınvalideniz | 4) Kardeş/Akraba |

F. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Bakım Alan Bebeklerin ve Annelerinin Özellikleri

44. Bebeğiniz şu anda nasıl besleniyor?

- 1) Emzirerek
- 2) Süt sağıp vererek
- 3) Mama ile besleniyor
- 4) Hem mama hem de anne sütü ile besleniyor
- 5) Bilmiyorum

45. Bebeğiniz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde ne kadar süre kaldı?.....

46. Bebeğinizi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde ne sıklıkla ziyaret ettiniz?.....

47. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde bebeğinizin bakımına katıldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

48. Bebeğiniz bakım ünitesinde iken sağlık durumunda kötüleşme veya müdahale edilmesi gereken riskli durumlar oldu mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

49. Bebeğinizin durumu hakkında ne sıklıkla bilgilendirildiniz?

- 1) Her zaman
- 2) Günlük
- 3) Haftalık
- 4) Hiçbir zaman

50. Verilen bilgiler sizce yeterli midir?

- 1) Yetersiz
- 2) Kısmen yeterli
- 3) Yeterli

EK2. ÖZ ŞEFKAT ÖLÇEĞİ

ZORLUKLAR KARŞISINDA KENDİME GENEL OLARAK NASIL

DAVRANIYORUM?

Yanıtlamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir ifadenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, belirtilen durumda ne kadar sıklıkla hareket ettiğinizi belirtiniz.

	Hemen Hiçbir	Nadiren	Ara Sıra	Çoğu Zaman	Hemen Hemen Her Zaman
	1	2	3	4	5
1. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye takılma eğilimim vardır.					
2. İşler benim için kötü gittiğinde zorlukların yaşamın bir parçası olduğunu ve herkesin bu zorlukları yaşadığını görebilirim.					
3. Yetersizliklerimi düşünmek kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk hissetmeme neden olur.					
4. Duygusal olarak acı yaşadığım durumlarda kendime sevgiyle yaklaşmaya çalışırım.					
5. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle tükenirim.					
6. Kötü hissettiğimde, dünyada benim gibi kötü hisseden pek çok kişi olduğunu kendi kendime hatırlatırım.					
7. Zor zamanlar geçirdiğimde kendime daha katı (acımasız) olma eğilimindeyim.					
8. Herhangi bir şey beni üzdüğünde hislerimi dengede tutmaya çalışırım.					
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlik duyguları yaşadığını hatırlatmaya çalışırım.					

10. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.					
11. Çok sıkıntılıysam, kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati gösteririm.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden mutlu olduğunu düşünme eğilimindeyim					
13. Acı veren bir şey olduğunda, durumu dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.					
14. Başarısızlıklarımı insan olmanın bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
15. Sevmediğim yanlarımı gördüğümde kendi kendimi üzerim.					
16. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, işleri belli bir bakış açısı içerisinde tutmaya çalışırım.					
17. Ben mücadele halindeyken diğer herkesin işlerinin benimkinden kolay gittiğini hissetme eğilimim vardır.					
18. Acı çektiğim zamanlarda, kendime karşı iyiyimdir.					
19. Bir şey beni üzdüğünde, duygusal olarak bunu abartırım.					
20. Acı çektiğim durumlarda kendime karşı bir parça daha soğukkanlı olabilirim.					
21. Kendi kusur ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüymdür.					
22. Acı veren bir şey olduğunda, olayı büyütme eğilimim vardır.					
23. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, başarısızlığın yalnız benim başıma geldiği duygusunu hissetme eğiliminde olurum.					
24. Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					

EK3. EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Ad- Soyad:

Tarih:

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. Her zaman olduğu kadar | 2. Artık pek o kadar değil |
| 3. Artık kesinlikle o kadar değil | 4. Artık hiç değil |

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Her zaman olduğu kadar | 2. Her zamankinden biraz daha az |
| 3. Her zamankinden kesinlikle daha az | 4. Artık hiç değil |

3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Evet, çoğu zaman | 2. Evet, bazen |
| 3. Çok sık değil | 4. Hayır, hiç bir zaman |

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. Hayır, hiç bir zaman | 2. Çok seyrek |
| 3. Evet, bazen | 4. Evet, çoğu zaman |

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

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. Evet, çoğu zaman | 2. Evet, bazen |
| 3. Hayır, çok sık değil | 4. Hayır, hiç bir zaman |

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

1. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
3. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
4. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Evet, çoğu zaman | 2. Evet, bazen |
| 3. Çok sık değil | 4. Hayır, hiç bir zaman |

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Evet, çoğu zaman | 2. Evet, bazen |
| 3. Çok sık değil | 4. Hayır, hiç bir zaman |

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. Evet, çoğu zaman | 2. Evet, oldukça sık |
| 3. Çok seyrek | 4. Hayır, asla |

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- | | |
|----------------------|----------|
| 1. Evet, oldukça sık | 2. Bazen |
| 3. Hemen hemen hiç | 4. Asla |

EK4. KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU (STAI FORM TX-1)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada **O ANDA** hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerin uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	<u>HİÇ</u>	<u>BİRAZ</u>	<u>ÇOK</u>	<u>TAMAMIYLA</u>
1. Şu anda sakinim	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9. Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

EK5. ANNE-BEBEK BAĞLANMA ÖLÇEĞİ (ABBÖ)(MOTHER-TO-INFANT BONDING SCALE)

Ad- Soyad:

Hastane Protokol Numarası:

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

	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
Sevgi dolu				
Kızgın				
Nötr / hiçbir şey hissetmeme				
Sevinçli				
Hoşlanmama				
Koruyucu				
Hayal kırıklığı				
Öfke				

Bebegin doğum tarihi:

Formun doldurulduğu tarih:

EK6. ETİK KURUL İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.01.2024-E.92516



T.C.
AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hukuk Müşavirliği



Sayı :E-95531838-050.99-92516
Konu :Etik Kurul Kararı

Doç. Dr. Gamze YILMAZ

İlgi : Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 27.12.2023 tarih ve 89113 sayılı yazısı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün ilgi yazısına istinaden Doç. Dr. Gamze YILMAZ'ın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Kader ALTAY'ın "**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Özşefkat, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" başlıklı bilimsel araştırması Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunca incelenmiş olup, 25.01.2024 tarih ve 5 sayılı karar ile söz konusu araştırmaya izin verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Metin AKGÜN
Etik Kurulu Başkanı

Mevcut Elektronik İmzalar

METİN AKGÜN (Etik Kurul - Başkan) 25.01.2024 12:54

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BS4BL4BYS4* Pin Kodu : 19272

Belge Takip Adresi : https://ebys.agri.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?

Adres : Fırat Mah. Yeni Üniversite cad. No:2 AE/1 04100 Merkez, Ağrı – Türkiye
Telefon : 0472 215 98 63 Faks:0472 216 20 08
e-Posta : hukukburos@agri.edu.tr Web : www.agri.edu.tr
Kep Adresi : agriibrahimcecenuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Yılmaz SABUNCU
Unvanı : Şube Müdürü
Tel No : 1280



EK7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Gamze YILMAZ danışmanlığında Hemşire Kader ALTAY tarafından yürütülen “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Öz Şefkat, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden ortalama 20 dk kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

EK8. ÖLÇEK İZİNLERİ

Kader Hanım merhaba,
Ölçek maddelerine aşağıda gönderdiğim
linkten ulaşabilirsiniz.
Ölçeği kullanmanız uygundur.
Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla.

Musa Yıldırım
Uzman Psikolojik Danışman
Yenikent Anadolu Lisesi
Adres : Yenikent, [Gazi Mustafa Paşa Cd. No:11,](#)
[41900 Derince/Kocaeli](#)

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Sınav Kaygısı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi'nde tez çalışması yapan Kader ALTAY OĞAN'ın Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Özşefkat, Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi konulu tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner

EK9. KURUM İZİNLERİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.04.2024-E.99218



T.C
BİTLİS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-39320161-020-241193297
Konu : Araştırma İzni (Kader ALTAY)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 27.02.2024 tarihli ve 28814003-300.001.001-E.95604 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden,"Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Özşefkat,Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı Bilimsel Araştırma uygulama talebiniz Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan komisyon marifeti ile değerlendirilmiş olup, protokolü ve belgeler yazımız ekinde sunulmuştur. İlgili çalışmanın Müdürlüğümüze Bitlis Ahlat Devlet Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Uzm. Dr. Sinan DURMUŞ
İl Sağlık Müdür V.

Ek: Bilimsel Araştırma Protokolü ve Belgeler

Dağıtım:
Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Rektörlüğüne
Bitlis Ahlat Devlet Hastanesi Başhekimliği

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 35F5055B-A0D6-48B8-9563-8BAE328000E8

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü
Hüseyinpaşa Mahallesi 1208 Sok. No:11 Merkez/Bitlis 13000
Telefon No: 04342286300
e-Posta: bitlis@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.bitlism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: bitlis.ism@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ozan SİREK
Birim Sorumlusu
Telefon No: 05415191213



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Kader ALTAY OĞAN
	Eğitim Durumu
Lisans Öğrenimi	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik
Yüksek Lisans Öğrenimi	Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi/Lisansüstü Eğitim Enstitüsü/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (TEZLİ)
İş Deneyimi	
Stajlar (2018)	Ankara Yüksek İhtisas Üniversitesi Hastanesi (2017) Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara Şehir Hastanesi (2019)
Çalıştığı Kurumlar	Bitlis Ahlat Devlet Hastanesi (Hemşire)
Mezuniyet Tarihi	
Lisans Mezun Tarihi: 29.06.2021	
Lise Mezun Tarihi: 17.06.2016	