



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

PRETERM VE TERM DOĞUM YAPAN KADINLARDA ANNE-BEBEK
BAĞLILIĞININ VE POSTPARTUM DEPRESYONUN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Rahime AKSOY BULGURCU

TEZ DANIŐMANI

Prof. Dr. lten GVENĐ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK 2019

TEZ KABUL ONAYI

HİZMETE ÖZEL

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığında
Rahime AKSOY BULGURCU tarafından hazırlanan
“ Term ve Preterm Doğum Yapan Kadınlarda Anne-Bebek Bağlılığının ve Postpartum Depresyonun
Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından
OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LISANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖK

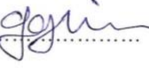
SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD.
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.





Danışman/Üye: Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ

SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Hemşireliği AD.
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.



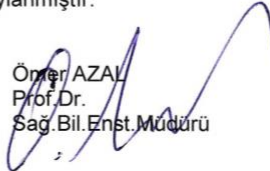
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Eda ŞAHİN

Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD.
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.



Tez Savunma Sınavı Tarihi: 09/12/2019

Jüri üyeleri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.


Ömer AZAL
Prof.Dr.
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

HİZMETE ÖZEL

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Rahime AKSOY BULGURCU

PRETERM VE TERM DOĞUM YAPAN KADINLARDA ANNE-BEBEK BAĞLILIĞININ VE POSTPARTUM DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

AKSOY BULGURCU Rahime Preterm ve Term Doğum Yapan Kadınlarda Anne-Bebek Bağlılığının ve Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.

Amaç: Bu çalışma, preterm ve term doğum yapan kadınlarda maternal bağlanma ve postpartum depresyonun değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma Eskişehir Şehir Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ve Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Ocak 2019-Temmuz 2019 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden 115 term doğum yapan kadın ve 85 preterm doğum yapan kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan “Anne-Bebek Veri Toplama Formu”, Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS)” kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 23 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan term doğum yapan kadınların yaş ortalamasının 28,14, %32,2’sinin ortaokul mezunu olduğu, %79,1’inin verilerin toplandığı sürede çalışmadığı, preterm doğum yapan kadınların yaş ortalamasının 29,19, %31,8’sinin ilkokul mezunu olduğu %71,8’inin verilerin toplandığı sürede çalışmadığı saptanmıştır.

Term doğum yapan annelerin anne-bebek bağlanması ile edinburgh doğum sonrası depresyon puanları arasında orta düzeyde negatif yönde ($p<0,001$) anlamlı bir ilişki olduğu, preterm doğum yapan annelerin anne-bebek bağlanması ile edinburgh doğum sonrası depresyon puanları arasında ise anlamlı doğrusal bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Term doğum yapan annelerin anne-bebek bağlanma puanları, preterm doğum yapan annelerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksek, term doğum yapan annelerin edinburgh

doğum sonrası depresyon puanları ise preterm doğum yapan annelerin puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,001$). Term doğum yapan annelerde birinci doğumu olan annelerin MBÖ puanları iki ve üzeri doğumu olan annelerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,001$).

Term ve preterm doğum yapan annelerin eğitim durumları, çalışma durumları, gebelikte sorun yaşama durumları ve doğum şekilleri arasında MBÖ ve EPDS puan düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Preterm doğum yapan annelerde bebeğin doğum haftası ve doğum kilosu ile EPDS puanı arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı doğrusal ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Sonuç: Term doğum yapan kadınlarda anne-bebek bağlanması ve postpartum depresyon arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu saptanırken, preterm doğum yapan kadınlarda anne-bebek bağlanması ile postpartum depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır. Term doğum yapan kadınlarda anne-bebek bağlanması daha yüksek iken preterm doğum yapan kadınlarda postpartum depresyon daha yüksek saptanmıştır. Preterm doğum yapan annelerde görülebilecek doğum sonu depresyon ve maternal bağlanmaya yönelik yenidoğan yoğun bakım hemşirelerine hizmet içi eğitim programları hazırlanması ve annelere ve eşlerine yönelik doğum öncesi eğitim planlanması önerilir.

Anahtar kelimeler: Maternal bağlanma, postpartum depresyon

ABSTRACT

AKSOY BULGURCU Rahime, Evaluation Of Maternal-Infant Commitment And Postpartum Depression In Preterm And Term Delivery Women, Gulhane Institute of Health, Obstetrics and Gynecology Nursing Program, Master's Thesis, Ankara, 2019.

Aim: This study was planned as a descriptive study for the evaluation of maternal attachment and postpartum depression in preterm women and infants with healthy newborns whose infants were hospitalized in the neonatal intensive care unit.

Material and methods: This study was conducted in Gynecology and Obstetrics Clinic and neonatal intensive care unit in Eskişehir City Hospital. The sample of the study consisted of 115 women who gave birth and 85 women who gave preterm birth between January 2019 and July 2019. The “Mother-Infant Data Collection Form” prepared by researcher, Maternal Attachment Scale (MAI) and “Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)” was used for data collection. The data were evaluated by using the SPSS.23 package program.

Results: The mean age of the women who had term labor was 28.14, 32.2% were secondary school graduates, 79.1% were not working during the time the data were collected, the mean age of preterm women was 29.19%, 31.8% were primary school graduates, 71.8% of the graduates did not work during the data collection period.

It was found that there was a moderate negative correlation between mother-infant attachment of term mothers and Edinburgh postpartum depression scores, whereas there was no significant linear relationship between mother-infant attachment of preterm mothers and Edinburgh postpartum depression scores ($p < 0,001$).

While mother-infant attachment scores of term mothers were significantly higher than those of preterm mothers, Edinburgh postpartum depression scores of term mothers were significantly lower than those of preterm mothers ($p < 0,001$).

In term mothers, MAI scores of mothers with first birth were significantly higher than mothers with second, third and higher births ($p < 0,001$).

There was no statistically significant difference in terms of MAI and EPDS scores between the educational status, working status, number of births, problems in pregnancy and delivery types of mothers who had term and preterm births ($p>0,05$).

Mothers who give birth in preterm infants between birth weight and birth week with moderate EPDS score was determined to be a significant negative linear relationship ($p<0,001$).

Conclusion: While there was a relationship between postpartum depression and mother-infant attachment in term delivery women, there was no correlation between postpartum depression and preterm delivery in women. Postpartum depression was found to be higher in women who gave birth to preterm delivery than women who had term delivery. It is recommended to prepare in-service training programs for neonatal intensive care nurses for postpartum depression and maternal attachment that may be seen in mothers who give birth, and to plan prenatal training for mothers and their spouses.

Keywords: Maternal attachment, postpartum depression

TEŞEKKÜRLER

Tüm yüksek lisans eğitimim süresince hep yanımda olan, değerli bilgi ve birikimlerini sabırla paylaşan, desteğini esirgemeyen, tezimin her aşamasında ve üzerimde emeği olan tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan ve manevi desteklerini esirgemeyen sayın hocalarım Doç. Dr. Ayşe KILIÇ UÇAR ve Dr. Öğretim Üyesi Gülşah KÖK'e,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm annelere,

Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde yardımlarını esirgemeyen değerli kardeşim Derya IŞIK ve hemşire Sebiha YILDIRIM'a

Her zaman olduğu gibi yüksek lisans eğitimim süresince de maddi ve manevi yanımda olan canım aileme,

Çalışmalarım boyunca yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşlarıma,

Tüm yüksek lisans eğitimim boyunca sabırla ve sevgisiyle sürekli yanımda olduğunu bana hissettiren ve destekleyen sevgili eşim Mustafa BULGURCU'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
TEŞEKKÜR	VIII
İÇİNDEKİLER	IX
TABLO LİSTESİ	XII
SİMGELER VE KISALTMALAR	XIII
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	5
1.3 Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Term ve Preterm Doğum	5
2.1.1 Preterm Doğumun Sıklığı	8
2.2 Postpartum dönem	9
2.3 Bağlanma Kuramı	10
2.4 Bağlanma Stilleri	12
2.5 Anne-Bebek Bağlanması	14
2.5.1 Anne-Bebek Bağlanmasına Etki Eden Faktörler	15
2.5.2 Anne-Bebek Bağlanmasında Hemşirelik Yaklaşımı	16
2.6 Postpartum Duygusal Bozukluklar	18
2.6.1 Postpartum Depresyon	20
2.6.2 Etyoloji ve Risk Faktörleri	21

2.6.3 Postpartum Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı	22
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
3.1 Araştırmanın Tipi	25
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri	25
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4 Veri Toplama Araçları	27
3.4.1 Anne-Bebek Veri Toplama Formu.....	27
3.4.2 Maternal Bağlanma Ölçeği (MAI).....	28
3.4.3 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS).....	29
3.5 Araştırmanın Uygulanması	29
3.6 Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.8 İstatistiksel Analiz.....	30
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1 Sonuçlar.....	56
6.2 Öneriler.....	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	68
Ek-1. Anne-Bebek Veri Toplama Formu.....	69
Ek-2. Maternal Bağlanma Ölçeği	72
Ek-3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	73
Ek-4. Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Belgesi.....	75

Ek-5. Kurum İzin Belgesi	76
Ek-6. Maternal Bağlanma Ölçeği Kullanım İzni.....	77
Ek-7. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni.....	78
Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur formu	79
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	83



TABLO LİSTESİ

- Tablo 4.1 Sosyo-demografik Özelliklerin ve Doğum İle İlgili Bilgilerin Dağılımları
- Tablo 4.2 Yaş, Evlilik süresi ve Bebeğin Doğum Özellikleri İle İlgili Bilgilerin Dağılımı
- Tablo 4.3 Maternal Bağlanma ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puan Ortalamaları
- Tablo 4.4 Maternal Bağlanma Puanı ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
- Tablo 4.5 Term ve Preterm Doğum Yapan Annelerde MBÖ ve EPDS Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 4.6 Annelerin MBÖ Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi
- Tablo 4.7 Annelerin EPDS Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi
- Tablo 4.7 Maternal Bağlanma ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puanları ile Yaş, Evlilik Süresi ve Bebeğin Doğum Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EPDS	Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
MBÖ	Maternal Bağlanma Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
PPD	Postpartum Depresyon
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
Min	Minimum
Max	Maximum
n	Sayı
%	Yüzde
SS	Standart Sapma
χ^2	Ki-kare testi
\bar{X}	Ortalama

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Postpartum dönem (doğum sonrası dönem) yenidoğanın aile ile bütünleştiği, kadının duygusal, fiziksel ve sosyal uyumunun olduğu bir dönemdir. Bazı çalışmalarda dördüncü trimester olarak adlandırılmaktadır. Bunların yanında bebeğin doğmasıyla kadının annelik rolünü aldığı, yeni rolüne adapte olduğu, aile içi ilişkilerin yeniden şekillendiği ve çoğu anne tarafından pozitif olarak deneyimlenen bir dönemdir (1). Bu dönemde, annenin bebeğine sevgiyle bağlanması ve annelik rolünü üstlenmesi çocuğun sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişimini sürdürülmesindeki en önemli öğelerden biridir. Annelik rolünün gelişmesini aksatan ve süreci olumsuz etkileyen en önemli durumlardan biri, bebeğin preterm doğması ve hastanede takip edilmesidir (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre 37. haftasını tamamlayamadan dünyaya gelen yenidoğan, vücut ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak tanımlanmaktadır (3). Dünya genelinde yılda ortalama 15 milyon preterm bebek doğmaktadır (4). Prematüre bebekler yüksek riskli yenidoğanların en önemli grubunu oluşturmakta olup, büyük çoğunluğunun yoğun bakım ünitesinde gözlem ve tedavi gereksinimi vardır. 2016 yılında gerçekleşen beş yaş altı çocuk ölüm nedenleri arasında prematüre doğum dünyada ve Türkiye'de birinci sırada yer almaktadır (4). Erken doğum ve yoğun bakım deneyimi anneler tarafından genellikle stres faktörü olarak görülmekte ve psikolojik travmaya neden olmaktadır (5). Annenin preterm doğuma fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak hazır olmaması ve bebeğe ilişkin kaygılar, annenin annelik becerisi konusunda yetersizlik ve güvensizlik yaşamasına neden olabilir (6,7). Bu süreçte anne ve yenidoğanın ayrı olması ebeveynlerde endişe oluşturmaktadır (7). Yaşanılan endişe, güvensizlik ve yetersizlik duyguları, anne ile yenidoğan arasındaki doyum sağlayıcı ilişkinin gelişmesini engelleyebilir ve maternal bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilir. Literatürde bebeğin preterm olmasının ve hastanede yatmasının maternal bağlanmayı ve annelik rolünün gelişimini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (8-11)

Anne ile bebek arasında gelişen her iki tarafında doyum aldığı annenin bebeğine geliştirdiği sevgi bağı süreci “maternal bağlanma” olarak tanımlanmaktadır.

Maternal bağlanma, bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesine pozitif yönde etki eden temel faktörlerden biridir (12). Prematürelilik, maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2,8-11,13). Aynı zamanda, maternal bağlanmanın yetersiz olması, bebek bakımını da olumsuz yönde etkilemektedir (2,14). Ahn ve Kim'in (2005) ilk bir hafta boyunca YYBÜ'de yatan bebeklerin anneleri (n=40) ile yaptıkları çalışmada; erken dönemdeki bağlanma eksikliğinin maternal bağlanma, benlik saygısı ve annenin postpartum duygusal durumunun iyileşmesi üzerine olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır (15). Yapılan çalışmalarda preterm bebeği olan annelerin, bebekleri ile daha geç temas ettikleri, onları daha geç gördükleri ve kucaklarına daha geç aldıkları, bebeklerini kabullenmekte zorluk çektikleri ve term bebeklere göre bebeklerini negatif algıladıkları belirtilmektedir (16,17). Balcı ve ark.'na göre, annelerin bebeklerine olan yaklaşımı, anneye bebek arasındaki sağlıklı etkileşim süreci ve doğum sonu dönemde olumlu anne-bebek etkileşiminin başlatılması hemşirelerin sorumlulukları arasındadır (17)

Kadın yaşamının en özel dönemlerinden olan gebelik ve doğum sonrası döneme gelişebilecek ruhsal bozuklukların yönünden dikkat edilmesi gerekmektedir. Preterm eylem sonucu dünyaya gelen yüksek riskli bebekler ilk günden itibaren annelerinden ayrı olarak yenidoğan yoğun bakım ünitlerinde yaşamı tehdit eden durumlarla mücadele etmektedir. Yapılan araştırmalarda yüksek riskli bebeklerin annelerinde doğum sonrası anksiyete, post travmatik stres bozuklukları ve depresyon görülme oranının yükseldiği rapor edilmiştir. (18,19). Postpartum depresyon doğum sonu ilk 2-4 hafta arasında ortaya çıkan ve bir yıla kadar devam edebilen, önemli psikiyatrik durumlardan biridir (20). Postpartum depresyon (PPD); doğumdan sonraki ilk yıl içinde herhangi bir zamanda başlayabilen bir duygu durum bozukluğu olup, postpartum dönemdeki kadınların %10-15'inde görülür (20,21). Yapılan çalışmalara göre postpartum depresyona neden olan bazı faktörler tanımlanmaktadır. Postpartum depresyona neden olan faktörlerin bazıları, gebelik sırasında ortaya çıkan şiddetli psikolojik stresler, istenmeyen gebelikler, bebeğin cinsiyeti, ilk gebelik, doğum şekli, altta yatan depresif hastalık, şiddetli doğum sonrası kanama, emzirme ve bebek veya annenin hastanede uzun süre yatmasıdır (22,23,24). Anneler, preterm doğan bebeğin görüntüsü ve sağlık durumuna bağlı oluşan kaygı, bebeğin preterm doğumuna bağlı

suçluluk duygusu ve bebeğin prognozuna ilişkin oluşan kaygılar nedeniyle depresyon ve anksiyete yaşayabilmektedir (25,26).

Postpartum depresyon tanısı olan annede, ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı olumsuz duygular ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda bebekte kognitif, davranışsal, sosyal ve psikolojik sorunlarla birlikte büyüme gelişme geriliği gibi fiziksel sorunlar da görülebilmektedir (20,27). Postpartum depresyonda aile sağlığı içinde annenin postpartum sürece uyumu sağlanmalıdır, çünkü aile üyelerinden birinin fiziksel ve ruhsal sağlığı bozulduğunda bu aile sağlığını olumsuz etkilemektedir. Burada sağlığı bozulan kişi anne olduğu için hem anne/kadın sağlığı, hem de çocuk sağlığı bozulacak bu durum aile ve toplum sağlığının bozulmasına neden olacaktır. Bu nedenle kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesinde görevli olan ebe ve hemşirelerin annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını bir bütün olarak ele alması gerekmektedir (27,28)

Emosyonel ve sosyal açıdan sağlıklı olan anneler, bebeklerini emzirmekten memnun olmakta, bebek ağladığında onunla ilgilenerek bebeklerini sakinleştirmeye çalışmakta ve bebeğine vakit ayırarak aralarındaki maternal bağlanmayı güçlendirmektedir. Postpartum depresyon ve psikoz gibi ruhsal problemleri olan anneler ise bebekleriyle ilgilenmemekte, bebeklerine sevgi göstermemekte, bebeklerini yalnız bırakmakta, bebeğe karşı olumsuz davranışlarda bulunabilmektedirler. Bunun sonucunda da güçlü bir maternal bağlanma gerçekleşmemekte ve bebeğin emosyonel, zihinsel, fiziksel, sosyal ve dil gelişiminde problemler yaşanabilmektedir (29). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine başvuran bebeklerin aileleri daha fazla stres, artmış anksiyete, depresyon ve travmatik semptomları kapsayan deneyimler yaşamaktadırlar. 2015 yılında 75 prematüre bebek ve 125 term bebek annesiyle yapılan çalışmada, preterm bebek annelerinin depresyon puanları term bebek annelerinin puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (30).

Yapılan çalışmalarda, preterm doğuma bağlı olarak yenidoğan döneminde yoğun bakımda yatmanın annelerin depresyon ve bağlanma düzeyini önemli ölçüde etkilediği görülmüştür (26,31,32). Ülkemizde sağlıklı term doğum yapan anneler ile yenidoğan preterm doğum yapan annelerde postpartum depresyon ve maternal

bağlanmanın birlikte değerlendirildiği ve karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen verilerin sağlık çalışanlarının postpartum dönemde sunacakları eğitim ve danışmanlık hizmetlerini planlamalarında yol gösterici olacağı düşünülmekte ve literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan preterm doğum yapan kadınlar ve sağlıklı term doğum yapan kadınlarda maternal bağlanma ve postpartum depresyonun değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

1.3 Araştırmanın Soruları

1. Preterm ve term doğum yapan kadınların sosyodemografik ve bazı obstetrik özellikleri arasında fark var mıdır?
2. Preterm ve term doğum yapan kadınlar arasında anne-bebek bağlılığı açısından fark var mıdır?
3. Preterm ve term doğum yapan kadınlar arasında postpartum depresyon açısından fark var mıdır?
4. Preterm ve term doğum yapan kadınlarda anne-bebek bağlılığı ve postpartum depresyon arasında bir ilişki var mıdır?
5. Preterm ve term doğum yapan kadınların sosyodemografik özelliklerinin anne-bebek bağlılığı ve postpartum depresyona etkisi var mıdır?

1. GENEL BİLGİLER

2.1 Term ve Preterm Doğum

Normal gebelik süresi annenin son adet kanamasının ilk gününden doğuma kadar geçen süredir. 37 haftayı tamamlayan ve 42. gebelik haftasının tamamlanmasına kadar geçen sürede gerçekleşen doğuma miyadında (term) doğum denilmektedir (259-293 gün aralığı) (33). Preterm doğum; doğum ağırlığına bakılmaksızın gebeliğin 20-37. haftaları arasında veya son adet tarihine göre 259 günden önce oluşan doğum eylemidir (34,35,36,)

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre 37. Haftasını tamamlayamadan dünyaya gelen yenidoğan vücut ağırlığına bakılmaksızın prematüre bebek olarak adlandırılır (3). Önceki yıllarda doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan bebekler prematüre olarak adlandırılırken, günümüzde bu bebekler düşük doğum ağırlıklı bebek olarak adlandırılmaktadır. Sonuç olarak doğum kilosu düşük doğum ağırlıklı olma, gestasyon haftası (döllenmeden doğuma kadar süren gebelik süresi) ise prematüre olma durumunu belirler.

Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin üçte ikisini prematüre bebekler oluşturmaktadır. (19). Düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebekler, gebelik haftasına bakılmaksızın kilosu 2500 gram ve altında doğan canlı bebeklerdir. DDA bebekler üç alt gruba ayrılır. Doğum ağırlığı 1500 - 2500 gram arasında olan bebekler orta, doğum ağırlığı 1500 gramdan az olan bebekler çok ve doğum ağırlığı 1000 gramdan az olan bebekler aşırı DDA bebeklerdir. Preterm bir yenidoğanın kilosunun 2500 gram ve altında olması bebeğin hem preterm hem de DDA bir bebek olduğunu gösterir (37).

Yılda ortalama 15 milyon preterm bebek doğmaktadır (38). Erken doğum, yaşamın ilk 4 haftasındaki bebeklerde prematüre yenidoğan ölümlerinin en önemli nedenidir. 2016 yılında gerçekleşen beş yaş altı çocuk ölüm nedenleri arasında prematüre doğum dünyada ve Türkiye'de birinci sırada yer almaktadır (4). Gestasyon haftasına göre prematüre bebek şöyle kategorize edilmiştir (3):

- İleri derecede prematüre (28 haftadan erken doğanlar)

- Orta derecede prematüre (28-32 hafta arası doğanlar)
- Sınırdaki prematüre (32-37 hafta arası doğanlar)

Erken doğum, sanayileşmiş ülkelerde bebek ölümleri ile morbiditelerinin önde gelen nedenidir (39) ve serebral palsi, öğrenme güçlüğü, görme problemleri gibi sinirsel gelişim bozukluklarını içeren uzun dönem sekellerden ve erişkin dönemde kronik hastalık görülme ihtimalinin artışından sorumludur (34,40).

Preterm eyleme (Erken doğum) sebep olan çeşitli etkenler bulunmaktadır. Preterm eylem spontan veya iyatrojenik olabilir. Preterm eylemlerin yaklaşık %30-35'i iyatrojeniktir. Bazı maternal veya fetal komplikasyonlar (ağır preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği) sebebiyle hekimin doğuma karar vermesi sonucu gerçekleşir. (41,42).

Preterm eylemin gelişmesi yönünden maternal riskli durumlar şöyle sıralanabilir (43):

- 20 yaş öncesi, 35 yaş sonrası gebelikler
- Düşük sosyoekonomik durum ve kötü çevre koşulu
- Gebelikte yetersiz kilo alımı ya da gebelik öncesi düşük vücut ağırlığı
- Özgeçmişte erken doğum ve abortus (düşük) hikayesi
- Gebelik öncesinde var olan veya gebelik sırasında ortaya çıkan diyabetüs mellitus ve hipertansiyon
- Gebelikte sigara ve madde kullanımı
- Genital bölgede yapısal bozukluklar
- Enfeksiyonlar
- Plasentanın erken ayrılması
- Çoğul gebelikler
- Erken membran rüptürü

Boivin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelik komplikasyonlarının görülme riskinin preterm doğumlu kadınlarda daha yüksek olduğu ve gebelik

komplikasyonlarından en az birine girme riski 32 haftadan önce doğan kadınlarda nerdeyse ikiye katladığı saptanmıştır. Buna bağlı olarak da bu kadınlarda preterm doğum riski artmaktadır (44)

Spontan preterm doğum, %40-45 membranlar açılmadan erken doğum eylemi veya %25-30 erken membran rüptürü (EMR) şeklinde gelişebilir (34,41,42). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi şartlarının iyileştirilmesi nedeniyle iyatrojenik erken doğum oranı artmakta buna bağlı olarak spontan erken doğum oranında azalma görülmektedir (41,45).

Son yıllarda yapılan tüm çalışmalara rağmen erken doğum sıklığı artmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri sonucu oluşan çoğul gebeliklerin artması erken doğum sıklığını artırırken, invitro fertilizasyonla gerçekleşmiş tekil gebeliklerde de erken doğum riski artmaktadır (41,45).

Gebelikler arasındaki sürenin kısalmasına bağlı olarak preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek ve intrauterin gelişme geriliği riski artmaktadır. Bu süre altı aydan daha kısa olduğunda risk artarken, altı aydan iki yıla uzadıkça risk azalmaktadır (34,46,47).

Birinci veya ikinci trimesterde ortaya çıkan vajinal kanamanın preterm doğum ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Preterm doğumun en önemli nedenleri arasında plasenta previa ve ablasyo plasenta yer almaktadır (34)

Preterm yenidoğanlar organları ve diğer sistemleri term yenidoğanlara göre immatür olması sebebiyle, daha yoğun bir bakım ve tedaviye ihtiyaç duymaktadır (48). Bu bebeklerin büyük çoğunluğunun neonatal dönemden itibaren, anneden ayrı olarak yardım olmadan beslenebilene kadar ve solunumu düzene girene kadar yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilmeye gereksinimleri olur (7,49,50). Preterm yenidoğanların postpartum dönemde (doğum sonrası) en çok karşılaştıkları sorunlar; beslenme sorunları, respiratuar distres sendromu, intraventriküler hemoraji, nekrotizan enterokolit, neonatal asfiksi, prematüre retinopatisi, işitme problemleri, patent duktus arteriozus, anemi, sepsis ve hiperbilirubinemidir (48,51).

2.1.1 Preterm Doğumun Sıklığı

2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2012) tarafından 184 ülkeyi kapsayan “Born Too Soon- The Global Action Raport On Preterm Birth / Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu” yayınlanmıştır. Rapora göre 2010 yılında tüm dünyada doğan bebeklerin onda birinden fazlası prematüre olarak dünyaya gelmiştir ve bir milyondan fazlası buna bağlı nedenlerden dolayı ölmüştür (WHO,2012). Ülkemizde TNSA 2017 yılı verilerine göre bebek ölüm oranları arasında prematüre doğuma bağlı ölüm oranı %6 iken, neonatal dönemdeki ölümlerde prematüre olmaya bağlı ölüm oranı %26 dır.

Erken doğumların %60 'ından fazlası Afrika ve Güney Asya'da görülür. Rakamları en yüksek olan 10 ülke Brezilya, Amerika Birleşik Devletleri, Hindistan ve Nijerya'yı kapsamaktadır ve bu sonuçlar erken doğumun gerçekten küresel bir sorun olduğunu göstermektedir. Düşük gelirli ülkelerde ortalama olarak bebeklerin %12'si, yüksek gelirli ülkelerde %9'u çok erken doğmaktadır. Türkiye'de ise bu oran %11,97'dir. Tayland, ABD ve Somalinin de oranları da ülkemiz ile aynıdır. Malavi'de %18,1 ile en yüksek prematüre doğum oranına sahip iken, oranı en düşük ülke %4,1 ile Beyaz-Rusya'dır. Orta gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık 3,8 milyon preterm doğum gerçekleşmektedir. Türkiye gibi bazı ülkeler on yıl içinde erken doğmuş bebekler için ölümleri yarıya indirmişken, diğer ülkeler minimum ilerleme sağlamıştır. Güvenilir trend verisine sahip 65 ülkeden 3'ü hariç tümü, erken doğum oranlarının son 20 yılda arttığını göstermektedir. Bunun olası nedenleri arasında daha iyi ölçümler ve anne yaşındaki artışlar ve diyabet ve hipertansiyon gibi altta yatan anne sağlığı problemleri gibi sağlıkta değişiklikler; çoğul gebelik oranlarının artmasına yol açan infertilite tedavilerinin daha fazla kullanılması ve term öncesi daha fazla sezaryen doğum gibi obstetrik uygulamalardaki değişiklikler yer almaktadır (3).

2.2 Postpartum Dönem

Postpartum dönem (puerperium, lohusalık, postnatal dönem) plasentanın doğumu ile başlar ve doğum sonu 6-12 haftayı içerir. Postpartum dönem, başta üreme organları olmak üzere bütün sistemlerin gebelik öncesi durumlarına döndükleri bir dönemdir (43). Postpartum dönem birbirini izleyen üç farklı dönemden oluşmaktadır (52,53);

Başlangıç Dönemi: Doğum sonrası ilk 6-12 saatlik süreci içermektedir. Bu dönemde doğum sonu kanama, amnios sıvı embolisi, uterin inversiyon ve eklampsi gibi sorunlarla karşılaşılabilir.

İkinci Dönem (Subakut postpartum dönem): Bu dönem 2-6 haftalık süreci kapsamaktadır. Bu dönemde hemodinamik, genitüriner sistem, metabolizma ve duygusal durum ile ilgili değişiklikler meydana gelmektedir. İkinci dönemde gerçekleşen değişiklikler başlangıç dönemine göre daha yavaş gerçekleşmektedir.

Üçüncü Dönem: 6 aya kadar devam eden süreci içermektedir (53).

Bir başka sınıflandırmaya göre; doğum sonu ilk 24 saat “acil lohusalık dönemi”, ilk 7-10 güne kadarki dönem “erken lohusalık dönemi” ve devamındaki 6 haftalık dönem “geç lohusalık dönemi” olarak belirtilmiştir (52,53).

Doğum sonu dönemde annede retrogressive (gerileyici) ve progressive (ilerleyici) değişiklikler meydana gelen gelmektedir. Gerileyici değişiklikler başta uterus ve vajina olmak üzere tüm üreme organlarının ve diğer sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecini içerir. Progressive değişiklikler ise laktasyona hazırlanan memelerde meydana gelir. Bu fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annede psikolojik ve davranış değişiklikleri de meydana gelmektedir (43).

Bu değişimlerin yanı sıra postpartum dönem ebeveynlerin bebeğin bakımı sağlaması, bebeğe güvenli bir çevre oluşturması, bebekle iletişime geçmesi, yeni rolleri üstlenmesi ve bebeğe bağlı problemlerle baş edebilmesini gerektirmektedir. Bu süreç aile açısından olumlu veya kriz dönemi olarak yaşanabilmektedir (53,54).

Postpartum dönemde; annenin bebeğine, aileye yeni bir üyenin katılmasına bağlı olarak değişen yeni aile düzenine ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum sağlaması gereken oldukça zor bir dönemdir. Bu dönemde aile iletişiminin kötü olması, yakın çevresi tarafından sağlanan sosyal desteğin ve eş desteğinin az ya da hiç olmaması gibi etkenler annenin doğum sonrası annelik rolüne adaptasyon sürecini olumsuz yönde etkilemekte ve psikolojik değişikliklere sebep olabilmektedir (55).

2.3 Bağlanma Kuramı

Bağlanma, yaşamın erken döneminde ortaya çıktığı ve devamlılık gösterdiği düşünülen bireyin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsüdür. Bowlby'a göre bağlanma, süt çocukluğu döneminde güvenli ya da güvensiz olarak bir kez tanımlandıktan sonra hayat boyu devamlılık gösterir. (56,57).

Anne-bebek ilişkisini ilk ifade eden 18.yüzyıl filozofu Fransız yazar Rousseau'dur. Rousseau bağlanma konusundaki yazılarında daha çok annelik sevgisini ele almıştır (2).

1969'da Bowlby, ilişkinin iki insan arasında güçlü bir bağlantı olduğunu ve kavramın gelişiminde bir dönüm noktası olduğunu belirtti. Bağlanma sürecini yalnızca çocuktan ebeveyne olarak tanımlamasına rağmen, tanımı, karşılıklı ebeveyn-bebek bağlanma sürecini açıklığa kavuşturmuştur (58,59).

Bağlanma davranışı emme, tutma, gülme, ağlama gibi içgüdüsel tepkilerden oluşmaktadır. Bu tepkilerle anne ile bebek arasındaki yakınlaşma sağlanmaktadır (60). Bowlby çocukların anne-babalarından uzun süre ayrı kaldığında davranışlarında değişiklikler olduğunu, tekrar birleştiklerinde ise farklı bir şekilde bağlandıklarını belirtmiştir (61).

Klaus ve Kennell (1976), annenin bağlanma ilişkisine bakış açısına odaklanan ilk yazarlardır. Bu iki doktor, bunu "spesifik ve zamana dayanan iki insan arasında benzersiz bir ilişki" olarak tanımlamıştır (58,62). Anne ve bebek arasında doğumdan hemen sonra uzun süreli temasın, bağlanmanın oluşumu için çok önemli olduğunu varsaymışlardır. Hipotezlerini doğrulamayı amaçlayan çalışmaların çoğu maalesef

kavramsal olarak ya da metodolojik olarak kusurlu bulunmuş ve bu çalışmalardan çıkan sonuçların uyumlu olmadığı gözlemlenmiştir. Buna rağmen, Klaus ve Kennell'in kavramsal tanımını kullanılmaya devam etmiş ve bağlanma ilişkileri üzerinde çalışan çoğu hemşire araştırmacı tarafından özellikle ebeveyn-bebek perspektifinden teorik destek olarak tekrar tekrar kullanılmıştır (58,59).

Anne-bebek bağlılığı gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerde başlar, doğum sonrası ve yenidoğan dönemine kadar devam eder ve preterm yenidoğanların fiziksel, psikolojik ve duygusal gelişimine olumlu katkıda bulunur (63,64). Anne-bebek bağlılığı bebeğe, hayatı boyunca özgüvenli, girişken, yaratıcı bir kişiliğe sahip olmasına katkı sağlar.

Rubin (1977, 1984), çocuğa “bağlanma”nın annelik rolü-kimliği sürecinin sevgi ve motivasyon bileşeni olduğunu belirtmiştir. Anne rolünü elde etmedeki görevlerden biri olan anneye bağlanma hamilelikte başlar. Hamilelik sırasında çocuğa bağlanma süreci doğum sonrası bağlanma ile sonuçlanır ve rolde yetkinlik ve memnuniyet elde etmek için motivasyon sağlar (58).

Schroeder'a göre, “bir annenin etkileşimleriyle gelişen çocuğuna karşı hissettiği duygusal ve şefkatli bağ” olarak tanımlanan bağlanma, bebeğin kadının hayatındaki merkeziliğine dayanmaktadır (58,65). Bu merkeziliğe anlayış, ebeveynleri yeni bir bebeğin annesi ve babası olarak kendilerine dair inançları üzerine odaklanan Pridham ve Chang (1985) tarafından benimsenmiştir (58,66).

Kavlak'a göre bağlanma, olumlu anne-bebek ilişkisinin tekrarlanmasıyla gelişen ve bir sevgi etkileşimi süreci olarak tanımlanan bebeğin güven duygusudur (67). Bağlanma, bebeklerin onlara bakım verenlerle fiziksel yakınlığını sağlamaktadır. Bununla birlikte bebeklerin çevresinde oluşabilecek tehlikelere karşı korunmasını ve çevreyi algılamaları için uygun şartları sağlar. Bu nedenle bağlanma sistemi içindeki en önemli durum bebeğe temel bakım veren kişi veya kişilerle yakınlığın korunmasıdır. Çünkü bunun sayesinde bebeklere güvenli bir ortam içinde gelişebilecekleri bir alan sağlanmış olmaktadır (68).

Erken doğum fizyolojik sorunlara ek olarak, anneliğin rolünü ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde anne-bebek etkileşimi eksikliğinin yanısıra, stres, yalnızlık, kayıp korkusu ve güvensiz bağlanma riski oluşturur (69-72)

Bağlanma Stilleri

Bowlby'nin 1944 yılında yayınladığı "Kırk dört çocuk hırsız: kişilikleri ve yaşamları" başlıklı makalesi sonucunda DSÖ bir rapor yayınlanmıştır. Bu rapor; yaşamın ilk üç yılında, çocukların annelerinden ayrı kalmalarının daha fazla oranda fiziksel ve ruhsal hastalık riski ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Raporun kabul görmesine rağmen, erken anne yoksunluğunun neden ve nasıl böylesine etkilere yol açığının açıklanması eksikliği olarak değerlendirilmiştir (58,59)

Ainsworth ve arkadaşları Bowlby'nin tanımladığı bağlanma kuramını yeniden ele alarak gelişmesine katkıda bulunmuştur. Bleher, Ainsworth, Wall ve Waters tarafından Bağlama kuramında kişiler arasında değişiklikleri belirlemek amacıyla, Bowlby'nin kuramı çerçevesinde "Yabancı Durum" olarak tanımladıkları çalışma yapılmıştır. Bu çalışma süresince 12-18 aylık bebeklerin annelerinin, başkalarıyla olan etkileşimlerini ele almıştır. Bebekler gözlemlenmiş ve verdikleri tepkilerin farklılıkları rapor haline getirilmiştir (73). Bu çalışmada, bebekler sırasıyla odalarına alınarak üçer dakika bekletilmiştir. Odada oyuncaklar, anne için koltuk ve dergiler bulunmaktadır. Bebeklerin öncesinde bulunmadıkları bir ortamda, ortamı keşfetme sırasında bakıcılarına ne kadar güvendikleri, ortamda bulunan yabancıların yakın davranışlarına verdikleri tepkilerin nasıl olduğu ve yabancı bir ortamda bakıcının eksikliği nedeniyle oluşan endişeyle başa çıkma durumları gözlemlenmiştir. Çalışma öncesi annelerin bebeklerine karşı doğal davranışlar sergilemesi, bebeğin dikkatini ortamda bulunan herhangi bir oyuncuğa özellikle yöneltmemesi fakat bebeğin iletişim şekline doğal tepkiler vermesi söylenmiştir. Ainsworth, yabancı durum testi ile laboratuvar ortamında annelerinden ayrılan daha sonra anneleriyle bir araya getirilen çocukların verdikleri tepkiler ile güvenli ve güvensiz bağlanma stillerini sınıflandırmıştır. Bu stiller üç ana başlıkta güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçingandır (73,74)

Güvenli Bağlanma:

Güvenli bağlanmanın gelişebilmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir anneye sahip olması gerekir. Çocuklar sadece “güvenli bağlanma” ilişkisinin olduğu stres yaratan koşullar altında güvenlik duygusunu koruyabilir ve gelişimsel davranışlarını etkin olarak gösterebilir (75,76).

Laboratuvarında, güvenli bağlanmış bebeklerin, anneleri ortamdan uzaklaştırıldığında biraz huzursuzluk yaşamış olmalarına rağmen endişe duymadıkları, annesi ortama geri döndüğünde ise huzursuzluklarının ortadan kalktığı, çevreyle etkileşime devam ederek oyunlarına döndükleri gözlemlenmiştir (59,67,76,77).

Kaygılı-Kararsız Bağlanma:

Annenin duyarsız, aşırı müdahale edici ve tutarsız tepkiler göstermesi durumunda, çocukta kaygılı/kararsız bağlanma örüntüsü gelişir (75,76). Laboratuvarında, kaygılı/kararsız bebekler annelerinden ayrı kaldıklarında yoğun bir endişe, korku ve kızgınlık duymuş, yabancı birisiyle etkileşimi kabul etmemişlerdir. Bebekler anneleriyle yeniden bir araya geldiklerinde sakinleşmeleri uzun sürmüş ve annelerinden ayrılmak istememişlerdir (59,67,77).

Kaygılı-Kaçınan Bağlanma:

Annenin reddedici olması veya bakım konusunda çocuğu fazlasıyla ihmal edici davranması durumunda, çocukta kaygılı/kaçınan bağlanma örüntüsü gelişir. Bu durum çocuğun olması gereken zamandan önce bağımsız olmak istemesine veya bağlanma figüründen kopma eğilimi göstermesine yol açabilir (75,76).

Laboratuvar ortamında, bebekler annelerinden ayrıldığında etkilenmediği veya huzursuz olmadığı gözlemlenmiştir. Anne ile bebek yeniden bir araya geldiğinde bu bebekler anneleriyle ilgilenmeyip dikkatlerini oyuncaklarına yöneltmişlerdir (59,67).

Bağlanma stilleri, hastalık ve sağlık modellerine göre incelendiğinde, kronik ağrısı olan güvenli bağlanan bireyler, güvensiz bağlananlara göre hassas olmadıkları

gözlemlenmiştir. Bununla birlikte sağlık personeliyle etkili iletişim kurarak uygulanan tedavilere karşı daha uyumlu davranışlar sergilemişlerdir. (67).

2.4 Anne- Bebek Bağlanması

Anne ile bebek arasında doyurucu etkileşim sonucunda annenin bebeğine karşı geliştirdiği sevgi bağının oluşum süreci ‘maternal bağlanma’ olarak tanımlanmaktadır (12,78).

Bağlanma kuramına göre, anne-bebek bağlanması bebeğin gelişimi için büyük önem taşımaktadır. Anne-bebek bağlanması, gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesteri arasında başlar, doğum sonrası ve yenidoğan dönemine kadar uzar ve yenidoğanın fiziksel, psikolojik ve duygusal gelişimine katkıda bulunur (60,63,64,79). Doğum öncesi dönemde, annenin gebeliğe bağlı meydana gelen fiziksel değişiklikleri kabullenmesi, pozitif duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. Gebelik döneminde annenin karnına teması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğin kabulü ve bağlanma ilişkisinin gelişmesi için oldukça önemlidir (80).

Maternal bağlanmanın postpartum dönemde bebek ile annesi arasındaki bağın kurulmasında ve annelik rolüne adaptasyon sürecinde önemli olduğu belirtilmektedir. Maternal bağlanmanın anne-bebek arasındaki ilişkinin kalitesini ve ebeveynlik davranışını etkilediği gözlemlenmiştir (81,82).

Siddiqui ve Hagglöf’ün yaptıkları çalışmaya göre postpartum erken dönemde anne ile bebeği arasındaki iletişimi başlatmak için annenin bebeği ile en kısa sürede ve mümkün olduğunca uzun süre vakit geçirmelerinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle, bu dönemde anne ile bebeğin aynı odayı paylaşması, kanguru bakımı, emzirmenin erken başlaması ve annenin bebeği ile göz-göze temas kurması maternal bağlanma sürecini olumlu yönde etkilemektedir (83).

Maternal bağlanma, tanışma evresi, sahiplenme evresi ve bağlanma evrelerinden oluşan etkileşimsel bir süreçtir (84).

Tanışma Evresi: Tanışma evresi bağlanma sürecinin ilk aşamasıdır. Bu evre doğum sonrası ilk 48 saati içermektedir. Bu evrede anne ile bebek arasında göz teması kurulmaya çalışılmaktadır. Anneler bebekleriyle ten tene temas kurarak bebeklerini keşfetmeye çalışırlar (58,84).

Sahiplenme Evresi: Bu evre doğum sonrası üçüncü günde başlar ve altı haftaya kadar devam eder. Bu evrede annelik rolü benimsenirken, bebeğe ismiyle ya da cinsiyetiyle (oğlum, kızım gibi) hitap edilir. Anneler bebekleri ile sözel ve sözel olmayan pozitif duygularını karşılıklı olarak yansıtır ve yakınlık kurarlar (58,84).

Bağlanma Evresi: Bu evre doğumdan sonraki altı-sekiz haftayı içermektedir. Anne ile bebek arasındaki karşılıklı ilişki ve uyum belirgindir. Anneler bebeklerinin bakımında yeterli seviyeye gelmiştir. Anne ve bebek arasındaki bağlanma tamamen oluşmuştur (58,84).

Annenin bebeğine karşı olan algıları olumlu yönde gelişmediği durumda kendisinin ve bebeğin sağlığı olumsuz yönde etkilenir. Annenin bebeğini pozitif yönde algılamaması, bebeğinin bakımını ve beslenmesini ihmal etmesine ve buna bağlı olarak bebeğin büyüme ve gelişimini olumsuz yönde etkilemesine neden olabilir. Bu sebeple annenin doğum sonrası bebeğini algılama düzeyi belirlenmeli ve anne bebek ilişkisinde riskli durumlar erken evrede tespit edilmelidir. Buna bağlı olarak aralarındaki etkileşim güçlendirilmelidir (17,85).

2.4.1 Anne-Bebek Bağlanmasına Etki Eden Faktörler

Doğum yapmak, doğuma hazırlanmak ve doğum şekline karar vermek anne için en önemli konulardandır. Anne-bebek bağlanmasına etki eden faktörlerden birisi doğum sürecidir. Doğumun gerçekleşmesi ile oluşan bağlanmanın niteliği anne ile bebek arasında kurulacak iletişimin kalitesini de belirtmektedir (86,87). Yapılan çalışmalarda, doğum şekli ile anne bebek etkileşiminde sezaryen doğumun maternal bağlanma üzerine olumsuz etkileri olduğu ifade edilmiştir (86).

Anne-bebek bağlanmasını istemli bir gebelik olması, postpartum dönemde anne ve bebeğin aynı odada kalması, kanguru bakımının doğum sonu ilk yarım saat

içerisinde verilmesi ve emzirmenin başlatılması, bebeğin sağlıklı olması, annenin bebek bakımı konusunda bilgili olması etkilemektedir. Bunun yanı sıra annelik rolüne uyumu, annenin çocukluğunda yaşadığı olumlu bağlanma ilişkileri, yüksek sosyoekonomik düzey, annenin karşılaştığı sorunlarla baş edebilmesi ve sosyal çevresinden aldığı destek de olumlu yönde etkilemektedir (12,78,88)

Annelik rolü, gelişimsel ve etkileşimsel bir süreç olup, annelik davranışlarını öğrenme süreci olarak tanımlanmakta ve çoğu kadın tarafından olumlu olarak algılanmaktadır. Gebelik ve doğum sonu dönemde maternal bağlanmaya etki eden faktörler aynı zamanda annelik rolünü de etkilemektedir. Annelerin annelik rolüne ilişkin görüşleri ve doğum sonu bağlanma algısı bu bakımdan önemlidir (54,82,89).

Anne ve bebek bağlanmasının oluşmasında, gebeliğin planlı olması, istemli gebelik, doğum süreci, yaşanan stres düzeyi, bebeğin anomalili olma durumu, annenin yaşı, önceden eğitim alma durumu, annenin kendi annesiyle yaşadığı anne-bebek bağlanma ilişkisi, bebeğin doğum haftası, YYBÜ'de yatma durumu gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (67,84).

Patofizyolojik sorunların yanı sıra erken doğum, anneliğin rolünü etkiler ve yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki anne-bebek etkileşimi eksikliği ile birlikte stres, yalnızlık, kayıp korkusu ve güvensiz bağlanma riski oluşturur (69,70,79)

2.4.2 Anne-Bebek Bağlanmasında Hemşirelik Yaklaşımı

Postpartum dönem ailenin tüm bireylerinin etkilendiği en hassas dönemlerden biridir. Hemşirelerin lohusanın fiziksel bakım gereksinimlerini karşılama yanısıra psikososyal bakımıyla da ilgilenmesi ve özellikle çevresinden yeterli destek alamayan lohusalara gerekli desteği sağlama doğum sonu dönemde aile sağlığının korunması için önemlidir. Bu sebeple doğum sonu dönemde verilen hemşirelik bakımı ile verilen eğitim anne-bebek iletişiminin kurulmasında büyük ölçüde öneme sahiptir. (53).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 21. yüzyıl sağlık hedeflerinde anne-bebek ölümlerinin azaltılması amacıyla üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı

hizmetlerine ulaşılabilirliğin arttırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Son dönemlerde önemi oldukça vurgulanan “üreme sağlığı” kapsamında da doğum sonu bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu doğrultuda doğum sonrası bakım, bebek bakımı, emzirme eğitimlerinin annelere sağlanması en büyük görev hemşirelere düşmektedir (53).

Ebe ve hemşireler, annelerin bebeklerine olan yaklaşımını değerlendirebilmek için normal bağlanma sürecinde ve doğum sonrası dönemde olumlu anne-bebek bağlanmasının geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Anne bebek ilişkisinin gelişim sürecinde etkili olan hemşireler bebeğin davranışları, annenin bu davranışları algılama biçimi ve vereceği tepkinin nasıl olması gerektiği konusunda destekleyici, danışmanlık verici ve eğitici rolde olmalıdır (90).

İyi bir hemşirelik yaklaşımı ile maternal bağlanmada ilk önce bağlanmayı etkileyen ekonomik, sosyal ve kültürel etmenlerin incelenmesi gereklidir (91). Sosyal destek, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde anne-bebek bağlanmasının sürdürülmesinde ve bağlılığın olumlu bir şekilde artırılmasında oldukça önemlidir. Bu sebeple hemşireler anneye doğum öncesi ve sonrası dönemlerde danışmanlık rolleri ile olumlu yönde destek sağlamalıdır (90,92).

Hemşire, aile-bebek etkileşimi ve kalitesini arttırmak için aileyi desteklemeli ve cesaretlendirmelidir. Hemşireler; anne-bebek arasındaki sağlıklı bağlanma sürecini ve postpartum dönem olumlu anne-bebek ilişkisinin geliştirilebilmesinde rol ve sorumluluklarının farkında olmalı ve annelerin bebeklerine karşı gösterdikleri yaklaşımı sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmeleri için elverişli ortamlar sunmalıdır (93).

Temasın sağlanması ve sıcaklığın olması amaçlarıyla tensel bağlanmalarının sağlanması anne-bebek arasındaki uyum sürecini olumlu yönde etkilediği için erken dönemde başlanılmalı ve teşvik edilmelidir. Hemşireler farklı nedenlere bağlı olarak bebekleri ile erken ten tene temas kuramayan ebeveynlere bu durumun direk olumsuz sorunlar yaratmayacağını açıklayarak bilgi vermeli ve endişelerini gidermelidir (92,93,94).

Yenidoğan ünitelerinde çalışan hemşireler bebekler ve aileleriyle çok sık iletişimde bulunmaları nedeniyle erken bebeklik döneminde anne-bebek etkileşimini ve kalitesini arttırmaya yönelik olarak aileyi destekleme ve cesaretlendirme sürecinde önemli bir yere sahiptirler (13).

YYBÜ'de çalışan hemşireler preterm doğum yapan annelerde öz saygı ve güvenlerini arttırmak için destek olmalıdırlar. Hemşireler anne-bebek bağlanmasının sağlanabilmesi için ziyaretlere cesaretlendirmeli, bebeklerine dokunmalarını sağlamalı, bebeklerinin bakımına katılımını sağlamalı ve bebek hakkındaki kararlara katılmalarını desteklemelidir (12).

Yenidoğan hemşireleri üzerinde yapılan çalışmalarda yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bağlanma süreci incelenmiş (64,79,95,96) fakat aşırı erken doğmuş bebekleri olan anneler açısından daha fazla incelenmesi gerekli görülmektedir (79,97)

Hemşireler bağlanma sorunu yaşayan anneleri takip etmeli ve değerlendirmelidir. Anne taburcu olurken, bebeğiyle arasındaki iletişime devam etmesinin önemli olduğu belirtilmeli ve bu durumun çocuğu yaşam boyu etkileyeceği anlatılmalıdır (67,84).

2.5 Postpartum Psikolojik Bozukluklar

Doğum sonrası dönem, çoğu kadın için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte fizyolojik, psikolojik ve ruhsal değişimlere de neden olmaktadır. Birçok kadın postpartum dönemde ortaya çıkan değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (98)

Victor Luis Marce ilk kez 1858 yılında gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiğini öne sürmüştür (99).

Gebelik ve doğum olayı biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin önemli ölçüde görüldüğü bir karmaşık dönemdir. Kendell ve ark.nın yaptığı çalışmada, kadınlarda postpartum dönemde psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavilerin önemli ölçüde arttığı gösterilmiştir (100).

Doğum sonrası psikolojik bozukluklar annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olmak üzere sıralanmaktadır (100)

Annelik hüznü; yeni doğum yapmış annelerin %50-80 ini etkileyen ve en sık görülen, doğum sonrası karşılaşılan problemlerden biridir. Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3.-5. günler arasında ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda çoğunlukla; ağlama, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygu durumunda ani değişiklikler, konsantrasyon güçlüğü, kayıp ve keder duyguları gözlenmektedir (99,100,101). Etiyolojide birçok hormonal ve sosyo-demografik etken araştırılmasına rağmen sonuçlar anlamlı bulunamamıştır (99,102).

Annelik hüznünün tedavisinde ilaçla tedaviye gereksinim duyulmaz. Genellikle belirtilerin şiddeti azalarak, yaklaşık 2 hafta içinde iyileşirler. Fakat belirtilerin şiddeti azalmadıysa ve beklenen süre içerisinde düzelme eğilimi göstermediyse, postpartum depresyona dönüşme riski açısından değerlendirilmeli ve dikkatli olunmalıdır (99,103,104).

Postpartum psikoz; doğum sonrası dönemde görülen en şiddetli psikiyatrik bozukluktur. Postpartum psikozda depresyon, hezeyanlar ve annenin kendisine ya da bebeğine zarar verme düşüncesi gibi davranışların gözlemlendiği bir sendromdur (99,100). Postpartum psikoz, çoğunlukla doğum sonrası 2-3 hafta içinde başlar ve yaklaşık 2-3 ay sürer. Hastalar genellikle yorgunluk, uykusuzluk ve yeterli dinlenememekten yakınmaktadır. Bununla birlikte ağlama ve duygusal değişim dönemleri de gözlenmektedir. Daha sonraki dönemlerde şüphecilik, konfüzyon, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygu durumunda artış veya şiddetli disfori, dağınıklık, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler görülebilir (99,105).

Postpartum psikozda psikiyatrik acil tedavi gerekmektedir. Hastalar klinikte yatarak tedavi edilmelidir ve kendisine veya bebeğe zarar vermemesi için gerekli önlemler alınmalıdır (106).

Günümüzde artan sayıda aile, hassas bebeklerin bakımının zorlukları ile karşı karşıyadır. Bazı çalışmalar, çok düşük ağırlıklı bebeklerin annelerinin çocuğun

doğumundan sonra psikolojik sıkıntı ve depresyon geçirme riski altında olduğunu bildirmiştir (23).

Preterm doğum yapan annelerin psikososyal stresi daha fazla düzeyde yaşadıkları belirtilmektedir. Anne, sağlıklı bir bebek dünyaya getirememeye bağlı başarısızlık ve güvensizlik duyguları içerisinde olabilmekte, bebeği ile iletişime geçmeyi reddedebilmektedir. Annenin kendine olan güveninin azalması ve beklentilerinin karşılanmaması, bağlanmanın daha geç olmasına neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak da bebeğin negatif olarak algılanması söz konusu olabilmektedir (13,107).

2.5.1 Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon, depresyonun doğum sonu ilk bir yıl içinde başladığı durumlar olarak adlandırılmaktadır (108,109). Postpartum depresyonda annede suçluluk, tükenme, yetersiz hissetme, anksiyete, uyku bozuklukları gibi depresif belirtilerin gözlemlendiği morbidite ve mortalite riski olan bir bozukluktur (100,110).

Postpartum depresyonun, bebeğin duygusal, davranışsal ve bilişsel gelişimi ile bağlanma stilinin olumsuz sonuçları olduğu kanıtlanmıştır (111).

Kadınlarda yaşamları boyunca major depresyon görülme sıklığı %10-25 oranında görülürken, erkeklerdeki görülme oranından 1.5-3 kat daha fazladır. Kadınlarda gebelik ve doğumun gerçekleşmesi ile birlikte depresyon görülme oranında artış görülmektedir. Kadınların %26'sında gebelik sırasında, %45-65'inde ise doğum sonu dönemde depresyon tanısı konulmuştur (109,112).

Postpartum depresyon, toplumlar arası değişiklik göstermekle birlikte görülme sıklığı %15,2-25 arasındadır (109,113,114). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon prevalansının İsrail'de % 22,6, Japonya'da % 17, Birleşik Arap Emirlikleri'nde % 17,8, İzlanda'da % 14, İsveç'te % 12,7 ve İngiltere'de % 12 olduğu tespit edilmiştir (115,116). Türkiye'de yapılan çalışmalarda postpartum depresyon sıklığı %21,2-28 arasında değişmektedir (109,116)

Ebevenler bakımından yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebek ile etkileşimde bulunması ve ayrı kalmasına bağlı oluşan hayal kırıklığı, bebeğin hayatta kalmasına bağlı endişeler ve sürekli değişen duygular oldukça zor, stresli ve baş edilmesi oldukça güç durumlardır (117). Bu travmatik doğum annede kendini suçlama, utanç, kişisel iş göremezlik ve suçluluk duygusu uyandırır (117,118).

2.5.2 Etyoloji ve Risk Faktörleri

Doğum sonrası hormonal değişiklikler ve doğumun gerçekleşmesine bağlı oluşan büyük yaşam değişiklikleri anneleri doğum sonrası dönemde depresyona karşı daha savunmasız hale getirebilir. Gonadal steroidlerde postpartum düşüş, genetik ve immünolojik faktörler, bazı nörotransmitterler postpartum depresyonun patogenezinde kritik rol oynayabilecek biyolojik belirleyicilerdir (119,120).

Doğum sonrası depresyon kadınların yaklaşık% 10-15'ini etkiler. Her ne kadar etiyojisi belirsiz olsa ve tek bir nedene bağlı olmasa da hamilelik sırasında depresyon veya anksiyete, kişisel ve ailede depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları ve bebek sağlığı sorunlarının postpartum depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (23,121).

Yapılan araştırmalara göre; obstetrik ve neonatal komplikasyonlar, psikopatoloji öyküsü, antenatal depresyon veya kaygı, evlilikte psiko-sosyal sıkıntılar yaşamak, düşük sosyal destek ve stresli yaşam olayları, 18 yaşından küçük anne olmak, 2 yıldan daha kısa aralıklarla doğum gerçekleşmesi, çocuk sayısının fazla olması gibi durumlar postpartum depresyon riskini artırmaktadır (105,112). Çalışmalarda postpartum depresyonun risk faktörleri arasında depresyon öyküsü, genç yaş, çocuk bakımında yaşanan sorunlar, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, beden imgesinde değişiklikler, düşük sosyo-ekonomik durum ve istemsiz gebelik de gösterilmektedir (123-127).

Toplum tarafından damgalanma ve dışlanma korkusuna bağlı olarak postpartum depresyonu olan kadınlar tedavi olabilmek için başvuru yapamamaktadır. Postpartum depresyon tedavi edilmediği takdirde kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir

hastalık olmaktadır. Bunun sonucunda kadının yaşam kalitesini düşmekte, buna bağlı olarak da intihar ve bebeğine zarar verme riskleri artmaktadır (109,128). İntihar nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %20'si doğum sonrası dönemde gerçekleşmektedir (100).

Postpartum depresyonunun anne-bebek etkileşimi üzerinde önemli olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte sağlıklı bebeklerde daha fazla güvensiz bağlanma, daha fazla davranış sorunu ve bilişsel düzeyde düşmelere yol açmaktadır (23,129).

Postpartum depresyon; yaşamdan tat almama, uyku bozukluğu, kilo kaybı, gerginlik, yetersizlik ve suçluluk hissi, dikkat dağınıklığı ve ölüm düşünceleri ile ortaya çıkmaktadır. Bu sebeplerden dolayı doğum sonu dönemde kadınlar bu bulgular yönünden takip edilmeli ve değerlendirilmelidir. Aynı zamanda kadınların aileleri de bu konuda bilgilendirilmelidir (109,130).

Yapılan çalışmalara göre preterm doğum yapan kadınlarda annelik hüznü, postpartum depresyon, yoğun anksiyete ve kaygı gibi psikolojik sorunları term doğum yapan kadınlara göre daha fazla yaşadıkları bildirilmektedir (48,131-133). Bu nedenle prematüre bebeği olan kadınların taburculuk sonrası ev ziyaretleriyle bebek bakımı konusunda desteklenmelidir. Bu durum anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi ve postpartum psikolojik sorunların azaltılması açısından oldukça önemlidir (48).

2.5.3 Postpartum Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı

Bir annenin kendine özgü kaygılarını ve bu kaygıları gidermek için mevcut kaynakları belirlemek oldukça önemlidir. Bununla birlikte annelik kimliğini kazanmaya çalıştığı dönemde annenin yetkinlik duygusunu güçlendirmek için bakım becerilerini güçlendirmek gerekmektedir. Bu geçiş sırasında hemşireler, anneleri uzun vadeli olarak olumlu yönde ve başarılı bir şekilde etkileyebilecek eşsiz bir konuma sahiptirler (89).

Postpartum depresyonun kadın ve yakın çevresini olumsuz bir şekilde etkilemesini önlemek için erken dönemde tanı konulması ve bu duruma müdahale

edilmesi gerekmektedir. Hemşireler, annede var olan postpartum depresyon risklerini belirlemek, postpartum ruhsal durumunu değerlendirmek, uygun müdahaleyi yapmak ve gerekli olduğu durumlarda sevk edilmesini sağlamakla sorumludurlar (109,134).

Yapılan çalışmalara göre ruh sağlığı hemşirelerinin doğum sonrası depresyonu olan kadınlara ev ziyaretleri ile birlikte yaptıkları eğitim sonucunda, depresif belirtilerde önemli ölçüde azalma, anne-bebek etkileşiminde artma ve annelerin yaşam kalitesinde artma gözlemlenmiştir (135,136)

Doğum sonrası sağlık hizmetlerinin kullanımı, sevk ve yetersiz ev ziyareti hizmetleri nedeniyle yeterli düzeyde olmamakla birlikte, aşılama için birinci yılda anneye iletişime geçen hemşireler ve ebeler, bebeğin sağlığını kontrol etme ve benzer nedenlerle depresyon ve risk faktörlerinin belirtilerini belirlemek için anneleri değerlendirme imkânına sahiptirler. Hemşirelerin ve ebelerin postpartum depresyon semptomlarını bu semptomların varlığında yapılması gereken müdahaleleri bilmesi önemlidir (137).

Postpartum depresyon belirtilerinin erken fark edilmesi, annenin psikolojik olarak desteklenmesi, aileye bu durumlarda nasıl başa çıkacağı konusunda rehberlik edilmesi ve bunun yanında doğum öncesi dönemde kadının bilgilendirilmesi sağlık bakım ekibindeki herkesin görev ve sorumlulukları arasında yer alır. Doğum sonu dönemde annenin bakımını yapan, anne ile daha fazla zaman geçiren, annenin olumlu yönde iletişime geçtiği hemşireler ve ebelerin postpartum depresyon nedenlerinin ve belirtilerinin farkında olması büyük önem taşımaktadır (20).

Postpartum Dönemde annenin bakım gereksinimleri belirlenip hemşirelik süreci doğrultusunda uygun hemşirelik bakımını sağlamalı (54,138,139), eğitim, danışmanlık ve bakım verici rolleri yerine getirilmelidir (54,100,138-140). Hemşireler bireysel ve grup terapileri yaparak (100,139), anne ve eşinin olumlu deneyim yaşamasını sağlamalı ve kriz anında yönetimi sağlamalıdır (54,139). Anne, verilen bakımın ve sonuçları hakkında bilgilendirilmeli, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilmeli ve kendi bakımına dahil edilmelidir (141).



3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan preterm doğum yapan kadınlar ve sağlıklı term doğum yapan kadınlarda maternal bağlanma ve postpartum depresyonun değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri

Araştırma Eskişehir Şehir Hastanesi'nde Ocak 2019- Temmuz 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Eskişehir Şehir Hastanesi 1081 yataklı olup 2018 yılından itibaren hizmet vermektedir. Araştırma yenidoğan yoğun bakım (3. Basamak) ve kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yürütülmüştür. Hastanede yenidoğan yoğun bakım ünitesi 1. 2. ve 3. Basamak yenidoğan yoğun bakım ünitelerinden oluşmaktadır. Prematüre bebekler 3. Basamak yoğun bakımda tedavi görmektedir. 3. Basamak yoğun bakım ünitesi 26 yatak ve 3 anne-bebek uyum odasından oluşmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum kliniği riskli gebe, normal gebe, lohusa, kadın doğum cerrahi ve septik alanlarında hizmet vermektedir. Kadın hastalıkları ve doğum kliniği 1 ve 2 olmak üzere iki klinikten oluşup 54 yatak sayısına sahiptir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Eskişehir Şehir Hastanesi'nde Ocak 2019- Temmuz 2019 tarihleri arasında preterm ve term doğum yapan kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma süresinde preterm ve term doğum yapan ve bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ve kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yatan kadınlar araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı dönemde araştırmayı kabul eden kadınlar örneklemi oluşturmuştur. Yapılan analizde toplam 2205 doğum için %95 güvenirlilik ve 0,05 örneklem hatası ile örneklem büyüklüğü 130 olarak hesaplanmıştır. Araştırma için yapılan anket uygulaması sonucunda ise 200 anneye ulaşılmıştır.

Evreni bilinen örneklem yöntemi:

$$n = [Nt_2 * pq] / [d_2^2 * (N-1) + t_2^2 * pq]$$

Söz konusu formülde;

N = Hedef kitledeki (evrendeki) birey sayısını,

n = Örneklem alınacak birey sayısını (örneklem hacmi),

p = İncelenen olayın oluş sıklığını (gerçekleşme olasılığı),

q = İncelenen olayın olmayış sıklığını (gerçekleşmeme olasılığı),

t = Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosundan bulunan teorik değeri,

d = Olayın oluş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasını göstermektedir.

Örneklem Hesabı;

$$N=2205, t=1.96, p=0.9, q=0.1, d=0.05$$

$$n=(2205*(1.96)^2*0.9*0.1)/((0.05)^2*(2205-1)+(1.96)^2*0.9*0.1)=130,19$$

Çalışmaya alınma kriterleri

Preterm yenidoğan anneleri için:

- 37 haftadan önce doğum yapan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- İletişim engeli olmayan,
- Okuma yazma bilen,
- Evli olan,
- Psikolojik tedavi görmeyen,
- Veri toplandığı sırada sürekli YYBÜ'nde tedavi gören preterm bebek anneleri araştırmaya dahil edilmiştir.

Term yenidoğan anneleri için:

- 37 hafta ve üzerinde doğum yapan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- İletişim engeli olmayan,
- Okuma yazma bilen,

- Evli olan,
- Psikolojik tedavi görmeyen term yenidoğan anneleri araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmadan dışlanma kriterleri

- Çalışmaya katılmayı istemeyen kadınlar.
- Doğum sonrası birinci ayda 3 (üç) kez arama sonrası kendisine ulaşılamayan kadınlar.
- Araştırmanın ikinci aşamasında telefonla aranmayı kabul etmeyen kadınlar.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında veriler, çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bilgileri içeren “Anne-Bebek Veri Toplama Formu”, “Maternal Bağlanma Ölçeği” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” ile elde edilmiştir.

3.4.1 Anne-Bebek Veri Toplama Formu

Literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan veri toplama formu; preterm ve term doğum yapan annelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, yaşadığı yer, aile tipi, bebeğin cinsiyeti gebelik sayısı, ekonomik durumu, eşinin eğitim ve çalışma durumu, evlilik süresi), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, gebeliğinin planlı olup olmadığı, gebelik süresince herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığı vb.), bebeğe ait özelliklere (bebeğin cinsiyeti, doğum haftası, kilosu, bebeğin yoğum bakımında tedavi görmesi) yönelik 23 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.4.2 Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)

Maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla, Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Muller, MBÖ sorularını maternal adaptasyon ve maternal bağlanmayı inceleyen literatür doğrultusunda oluşturmuştur. İçerik geçerliliği dil uzmanları, teorisyenler, kadın doğum ve çocuk hemşireleri ve yeni bebeği olan kadınlardan oluşan 12 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Muller, ölçeği ilk olarak postpartum 30-40 gün arasında bebeği olan 196 anneye uygulamıştır. MBÖ'nün güvenilirlik katsayısı Cronbach alpha 0,85 olarak bulunmuştur. İkinci aşamada Muller, MBÖ'nün postpartum periyottan sonra da kullanılıp kullanılamayacağını incelemek amacıyla, bu 196 annenin bir grubuna (n=62) doğumdan sonraki dördüncü ayda, bir diğer gruba doğumdan sonraki sekizinci ayda (n=86) uygulamıştır. Doğum sonrası dördüncü ayda Cronbach alpha= 0.76, sekizinci ayda Cronbach alpha =0,85 olarak bulunmuştur (Muller 1994). Maternal Bağlanma Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Kavlak tarafından 2004 yılında, 165 sağlıklı bebeği olan anne üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MBÖ kişinin kendinin uyguladığı bir ölçek olduğu için okuma-yazma bilen ve okuduğunu anlaya bilen kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. Her bir madde "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişen, dörtlü likert tipte 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Her zaman (a)= 4 puan, Sık sık (b)= 3 puan, Bazen (c)= 2 puan ve Hiçbir zaman (d)= 1 puan olarak hesaplanır. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri birinci uygulamada 0,77, ikinci uygulamada 0,82 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin doğum sonrası birinci ve dördüncü ayda uygulanması önerilmektedir (Kavlak ve Şirin 2009). Yapılan çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,80 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık değerleri incelendiğinde Cronbach Alfa katsayısı değeri 0,89 bulunmuştur.

3.4.3 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS)

Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EDDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. EDDÖ'nin Türkçe uyarlaması Engindeniz (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 olarak bulunmuştur. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r:0.7$ ($p<0.001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDDÖ'nin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada ölçek iç tutarlılık değerleri incelendiğinde Cronbach Alfa katsayısı değeri 0,92 bulunmuştur.

3.5 Araştırmanın Uygulaması

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırma kriterlerine uygun 20 anne ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamanın sonucunda veri toplama araçlarında değişikliğe ihtiyaç olmadığı değerlendirilmiş olup, bu grup uygulamaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya başlamadan önce çalışmanın amacı hastalara anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama yüzyüze görüşme ve telefonla görüşme teknikleri kullanılarak iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Veri toplamanın ilk aşaması preterm doğum yapan kadınlar için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde, term doğum yapan kadınlar için kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapılmıştır. Bu aşamada preterm ve term doğum yapan kadınlara verilerin ilk bölümü "Anne-Bebek Veri Formu", araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Veri toplama yönteminin ikinci aşamasında katılımcıların iletişim bilgileri alınarak bir ay sonra telefonla görüşme yöntemiyle “Maternal Bağlanma Ölçeği” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerin veri toplama formlarını yanıtlamaları yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Yüzyüze görüşme yöntemi ile 102 preterm ve 126 term doğum yapan kadından veri toplanmıştır. Ancak bir ay sonra 28 kadın telefon ile soruları cevaplandırmak istememiş olup, veri toplama aşaması 85 preterm ve 115 term doğum yapan kadının katılımı ile tamamlanmıştır.

3.6 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulamasının yapılacağı Eskişehir Şehir Hastanesinden yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek-4). Araştırmada kullanılan “Maternal Bağlanma Ölçeği” için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olan Prof. Dr. Oya KAVLAK’dan (EK-6), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” için Dr. Nur ENGİNDENİZ’den izin alınmıştır (Ek-7). Araştırmaya başlamadan önce katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılara anket ve onam formundaki kimlik bilgilerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı gizli tutulacağı, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma tek bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin bir bölümü telefon ile görüşme yönetmi toplanmış olup, katılımcıların bireysel beyanlarına dayanmaktadır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları topluma genellenemez.

3.8 İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort±ss, medyan) verilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan “Maternal Bağlanma” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon” ölçeklerinin güvenilirliği Cronbach Alfa iç

tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin ölçek puanları, ilgili maddelerin toplamı alınarak elde edilmiştir. Buna göre; uygulanacak analizlere karar verebilmek için ölçek puanlarına Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Test sonucunda puanların normallik varsayımını sağlamadığı görülmüş ve bu nedenle karşılaştırmalarında nonparametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Mann Whitney U Testi ile incelenmiştir. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.





4.BULGULAR

Araştırmaya katılan annelerin (n=200) sosyo-demografik özellikleri ve doğum ile ilgili bilgileri, veri analizi sonucu elde edilen sayı ve yüzde dağılımı tabloları, tanımlayıcı istatistiksel tabloları, t testi tabloları ve korelasyon tabloları takip eden bölümde yer almaktadır.

Tablo 4.1 Sosyo-demografik Özelliklerin ve Doğum İle İlgili Bilgilerin Dağılımları

	Term Doğum (n=115)		Preterm Doğum (n=85)		χ_2 ; p
	n	%	n	%	
Eğitim Durumu					
Okur-yazar/İlkokul	16 ^a	13,9	27 ^b	31,8	9,250; 0,026*
Ortaokul	37 ^a	32,2	21 ^a	24,7	
Lise	35 ^a	30,4	21 ^a	24,7	
Lisans/Yüksek Lisans	27 ^a	23,5	16 ^a	18,8	
Çalışma Durumu					
Çalışan	24	20,9	24	28,2	1,454;
Çalışmayan	91	79,1	61	71,8	0,228
Eş Eğitim Durumu					
Okur-yazar/İlkokul	17	14,8	15	17,6	1,793; 0,617
Ortaokul	24	20,9	12	14,1	
Lise	51	44,3	42	49,4	
Lisans	23	20,0	16	18,8	
Eşin Çalışma Durumu					
Devlet memuru	13	11,3	17	20,0	4,216; 0,239
İşçi	63	54,8	44	51,8	
Özel sektör çalışanı	28	24,3	14	16,5	
Diğer (işsiz, emekli, ...)	11	9,6	10	11,8	
Ekonomik Durum					
Gelir giderden az	49	42,6	27	31,8	4,681; 0,096
Gelir gidere denk	56	48,7	43	50,6	
Gelir giderden fazla	10	8,7	15	17,6	
Doğum Sayısı					
Birinci	35	30,4	31	36,5	1,282; 0,527
İkinci	55	47,8	34	40,0	
Üçüncü ve üzeri	25	21,7	20	23,5	
Gebeliğin istemli olma durumu					
İstemli gebelik	88	76,5	73	85,9	2,728;
İstemli bir gebelik değil	27	23,5	12	14,1	0,099
Gebelikte Sorun Yaşama					
Evet	30 ^a	26,1	40 ^b	47,1	9,449;
Hayır	85 ^a	73,9	45 ^b	52,9	0,002**

	Term Doğum (n=115)		Preterm Doğum (n=85)		χ_2 ; p
	n	%	n	%	
Doğum Şekli					
Normal doğum	48	41,7	26	30,6	2,607;
Sezaryen	67	58,3	59	69,4	0,106
Bebegin Cinsiyeti					
Kız	41	35,7	36	42,4	0,927;
Erkek	74	64,3	49	57,6	0,336

*:p<0,05 **:p<0,01

χ_2 =Ki-Kare Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

a-b=iki grup arasında farklılık var, a-a=iki grup arasında farklılık yok

Araştırmaya katılan term doğum yapan annelerin;

%13,9'u (16) okur yazar/ilkokul mezunu iken %32,2'si (37) ortaokul, %30,4'ü (35) lise, %23,5'i (27) lisans/ yüksek lisans mezunudur. Annelerin %20,9'u (24) çalışmakta iken %79,1'i (91) çalışmamaktadır. Eşlerin %14,8'i (17) okur yazar/ilkokul mezunu iken %20,9'u (24) ortaokul, %44,3'ü (51) lise, %20,0'ı (23) ise lisans mezunudur. Eşlerin %11,3'ü (13) devlet memuru iken %54,8'i (63) işçi, %24,3'ü (28) özel sektör çalışanı, %9,6'sı ise diğer (işsiz, emekli, ...) meslek gruplarındandır. Annelerin %42,6'sının (49) geliri giderden az iken %48,7'sinin (56) geliri gidere denk, %8,7'sinin (10) geliri giderinden fazladır. %30,4'ünün (35) birinci doğumu iken %47,8'inin (55) ikinci, %21,7'sinin (25) üçüncü doğumu ve üzeridir. Annelerin %76,5'i (88) istemli gebelik yapmış, %23,5'i (27) ise istemli gebelik yapmamıştır. Annelerin %76,5'i (88) gebeliği süresince sorun yaşamış iken %23,5'i (27) ise sorun yaşamamıştır. Annelerin %41,7'si (48) normal doğum yapmış iken %58,3'ü (67) sezaryen doğum yapmıştır. Bebeklerin %35,7'si (41) kız iken %64,3'ü (74) ise erkektir.

Araştırmaya katılan preterm doğum yapan annelerin;

%31,8'i (27) okur yazar/ilkokul mezunu iken %24,7'si (21) ortaokul, %24,7'si (21) lise, %18,8'i (16) lisans/ yüksek lisans mezunudur. Annelerin %28,2'si (24) çalışmakta iken %71,8'i (61) çalışmamaktadır. Eşlerin %17,6'sı (15) okur yazar/ilkokul mezunu iken %14,1'i (12) ortaokul, %49,4'ü (42) lise, %18,8'i (16) ise lisans mezunudur. Eşlerin %20,0'ü (17) devlet memuru iken %51,8'i (44) işçi, %16,5'i (14) özel sektör çalışanı, %11,8'i ise diğer (işsiz, emekli, ...) meslek gruplarındandır. Annelerin %31,8'inin (27) geliri giderden az iken %50,6'sının (43) geliri gidere denk,

%17,6'sının (15) geliri giderinden fazladır. %36,5'inin (31) birinci doğumu iken %40,0'ının (34) ikinci, %23,5'inin (20) üçüncü doğumu ve üzeridir. Annelerin %85,9'u (73) istemli gebelik yapmış, %14,1'i (12) ise istemli gebelik yapmamıştır. Annelerin %47,1'i (40) gebeliği süresince sorun yaşamış iken %52,9'u (45) ise sorun yaşamamıştır. Annelerin %30,6'sı (26) normal doğum yapmış iken %69,4'ü (59) sezaryen doğum yapmıştır. Bebeklerin %42,4'ü (36) kız iken %57,6'sı (49) ise erkektir.

Uygulanan ki-kare testi sonuçları incelendiğinde sadece doğum ile eğitim durumu ve gebelikte sorun yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; preterm doğum yapan annelerin okur-yazar/ilkokul mezunu olma oranı, term doğum yapan annelerin okur-yazar/ilkokul mezunu olma oranından anlamlı derecede daha yüksek iken preterm doğum yapan annelerin gebelikte sorun yaşama oranı ise term doğum yapan annelerin gebelikte sorun yaşama oranından anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 4.2 Yaş, Evlilik süresi ve Bebeğin Doğum Özellikleri ile İlgili Bilgilerin Dağılımı

	Term Doğum (n=115)		Preterm Doğum (n=85)		t, p
	Ort±SS	Min-Maks	Ort±SS	Min-Maks	
Yaş	28,14±5,097	17-44	29,19±5,681	18-40	-1,370; 0,172
Evlilik Süresi	5,96±4,370	1-22	6,71±4,803	1-22	-1,142; 0,255
Bebek şu anda kaç günlük?	36,02±4,689	28-60	35,18±7,434	27-67	0,978; 0,329
Bebeğin doğum haftası	38,47±1,071	37-41	31,91±3,561	22-36	18,671; 0,000***
Bebeğin doğum kilosu	3301,57±388,071	2250-4500	851,18±727,289	500-3860	18,179; 0,000***
Prematür bebeklerin yoğun bakımda yatış süresi	-	-	34,48±6,895	27-67	-

Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Min=Minimum Maks=Maksimum

t=Bağımsız Örneklem T Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Araştırmaya katılan term doğum yapan annelerin yaş ortalaması 28,14±5,097 iken evlilik sürelerinin ortalaması ise 5,96±4,370'dır. Preterm doğum yapan annelerin yaş ortalaması 29,19±5,681 iken evlilik sürelerinin ortalaması ise 6,71±4,803'dir.

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonuçları incelendiğinde ise term doğum yapan anneler ile preterm doğum yapan anneler arasında sadece bebeğin doğum haftası ve doğum kilosu ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (p<0,001). Buna göre; term doğum yapan annelerin bebeklerinin doğum haftası ve doğum kilosu ortalamaları, preterm doğum yapan annelerin bebeklerinin doğum haftası ve doğum kilosu ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 4.3 Maternal Bağlanma ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puan Ortalamaları

	Term Doğum		Preterm Doğum		Toplam	
	Ort±SS	Min-Maks	Ort±SS	Min-Maks	Ort±SS	Min-Maks
Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)	99,96±4,706	73-104	94,59±9,086	52-104	97,68±7,390	52-104
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS)	5,69±5,794	0-26	11,32±6,086	0-29	8,08±6,685	0-29

Tablo 4.3 incelendiğinde, term doğum yapan annelerin maternal bağlanma puanı 99,96±4,706 iken preterm doğum yapan annelerin maternal bağlanma puanı 94,59±9,086 dir. Term doğum yapan annelerin EPDS puanı 5,69±5,794 iken preterm doğum yapan annelerin EPDS puanı 11,32±6,086 dir.

Tablo 4.4 Maternal Bağlanma Puanı ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Term Doğum	Preterm Doğum
		MAI	MAI
EPDS	r	-0,577	-0,171
	p	< 0,001***	0,117

***: $p < 0,001$
 $r = \text{Spearman's rho korelasyon}$

katsayısı

Tablo 4.4 incelendiğinde, term doğum yapan annelerin maternal bağlanma ile edinburgh doğum sonrası depresyon puanları arasında orta düzeyde negatif yönde ($r = -0,577$; $p < 0,001$) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüş iken preterm doğum yapan annelerin maternal bağlanma ile edinburgh doğum sonrası depresyon puanları arasında ise anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiştir.

Tablo 4.5 Term ve Preterm Doğum Yapan Annelerde MAI ve EPDS Puanlarının Karşılaştırılması

Puanlar	Doğum	N	Medyan (Min-Maks)	Z; p
Maternal Bağlanma	Term Doğum	115	101 (73-104)	-5,447,
	Preterm Doğum	85	98 (52-104)	<0,001***
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon	Term Doğum	115	3 (0-26)	-6,583;
	Preterm Doğum	85	11 (0-29)	<0,001***

***.p<0,001

Min=Minimum Maks=Maksimum

Z=Mann Whitney U Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.5 incelendiğinde; term doğum ve preterm doğum yapan anneler arasında MAI ve EPDS puanları açısından (medyan) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0,001).Term doğum yapan annelerin maternal bağlanma puanları (Medyan=101), preterm doğum yapan annelerin puanlarından (Medyan=98) anlamlı derecede daha yüksek iken term doğum yapan annelerin edinburgh doğum sonrası depresyon puanları (Medyan=3),preterm doğum yapan annelerin puanlarından (Medyan=11) anlamlı derecede daha düşüktür.

Tablo 4.6 Annelerin MBÖ Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

	Maternal Bağlanma			
	Term Doğum		Preterm Doğum	
	Medyan (Min-Maks)		Medyan (Min-Maks)	
Eğitim Durumu		χ_2 ; p		χ_2 ; p
Okur-yazar/İlkokul	100 (93-104)		3 (0-22)	
Ortaokul	101 (77-104)	2,145;	4 (0-25)	2,716;
Lise	101 (73-104)	0,543	2 (0-21)	0,438
Lisans/Yüksek Lisans	102 (93-104)		5 (0-26)	
Çalışma Durumu		Z; p		Z; p
Çalışan	101 (93-104)	-0,567;	4 (1-26)	-0,431;
Çalışmayan	101 (73-104)	0,571	3 (0-24)	0,667
Doğum Sayısı		χ_2 ; p		χ_2 ; p
Birinci	103 (93-104)	22,068;	3 (0-26)	
İkinci	100 (87-104)	0,000***	3 (0-24)	2,081;
Üçüncü ve üzeri	100 (73-104)	Fark; 1-2,3	6 (0-25)	0,353
Gebelikte Sorun Yaşama		Z; p		Z; p
Evet	101 (73-104)	-0,241;	3,5 (0-26)	-0,764;
Hayır	101 (77-104)	0,809	3 (0-24)	0,445
Doğum Şekli		Z; p		Z; p
Normal doğum	101,5 (73-104)	-1,094;	3 (0-23)	-0,148;
Sezaryen	101 (77-104)	0,274	3 (0-26)	0,882

***: $p < 0,001$

Min=Minimum Maks=Maksimum

χ_2 =Kruskal Wallis Testi Fark=Bonferroni Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Min=Minimum Maks=Maksimum

Z=Mann Whitney U Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.6 incelendiğinde; uygulanan Kruskal Wallis testi sonucunda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin eğitim durumları arasında MAI puan düzeylerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.6 incelendiğinde; uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin çalışma durumları arasında MAI puan

düzeylelerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.6 incelendiğinde; uygulanan Kruskal Wallis testi sonucunda sadece term doğum yapan annelerin doğum sayıları arasında MAI puan düzeylerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; birinci doğumu olan annelerin MAI puan düzeyi, ikinci, üçüncü ve üzeri doğumu olan annelerin puan düzeylerinden anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 4.6 incelendiğinde; uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin gebelikte sorun yaşama durumları arasında MAI puan düzeylerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.6 incelendiğinde; uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin doğum şekilleri arasında MAI puan düzeylerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.7 Annelerin EPDS Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon			
	Term Doğum		Preterm Doğum	
	Medyan (Min-Maks)		Medyan (Min-Maks)	
Eğitim Durumu		χ_2 ; p		χ_2 ; p
Okur-yazar/İlkokul	95 (52-104)		10 (2-29)	
Ortaokul	97 (77-104)	3,126;	10 (2-19)	1,017;
Lise	99 (75-104)	0,373	9 (0-26)	0,797
Lisans/Yüksek Lisans	98,5 (72-104)		11,5 (0-23)	
Çalışma Durumu		Z; p		Z; p
Çalışan	96 (72-104)	-1,114;	8,5 (0-23)	-1,828;
Çalışmayan	98 (52-104)	0,265	12 (2-29)	0,068
Doğum Sayısı		χ_2 ; p		χ_2 ; p
Birinci	98 (77-104)		12 (0-26)	
İkinci	97 (72-104)	5,032;	10 (0-24)	0,208;
Üçüncü ve üzeri	93 (52-104)	0,081	11 (2-29)	0,901
Gebelikte Sorun Yaşama		Z; p		Z; p
Evet	98 (52-104)	-0,565;	9 (0-29)	-1,142;
Hayır	97 (72-104)	0,572	12 (2-24)	0,254
Doğum Şekli		Z; p		Z; p
Normal doğum	97,5 (72-104)	-0,292;	11 (2-24)	-0,697;
Sezaryen	98 (52-104)	0,770	10 (0-29)	0,486

***: $p < 0,001$

Min=Minimum Maks=Maksimum

χ_2 =Kruskal Wallis Testi Fark=Bonferroni Testi p =Anlamlılık Düzeyi

Min=Minimum Maks=Maksimum

Z=Mann Whitney U Testi p =Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.7 incelendiğinde; uygulanan Kruskal Wallis testi sonucunda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin eğitim durumları arasında EPDS puan düzeylerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.7 incelendiğinde; uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin çalışma durumları arasında EPDS puan düzeylerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.7 incelendiğinde; uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin gebelikte sorun yaşama durumları arasında EPDS puan düzeylerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.7 incelendiğinde; uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin doğum şekilleri arasında MAI ve EPDS puan düzeylerine (medyan) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).



Tablo 4.8 Maternal Bağlanma ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Puanları ile Yaş, Evlilik Süresi ve Bebeğin Doğum Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Term Doğum		Preterm Doğum	
		MAI	EPDS	MAI	EPDS
Yaş	r	-0,174	0,090	-0,095	-0,113
	p	0,063	0,341	0,387	0,305
Evlilik Süresi	r	-0,169	0,010	-0,065	-0,152
	p	0,071	0,913	0,556	0,164
Bebek şu anda kaç günlük?	r	0,062	-0,046	-0,070	0,284
	p	0,511	0,627	0,523	0,008**
Bebek kaç haftalık doğdu?	r	0,094	-0,183	0,021	-0,411
	p	0,316	0,050	0,852	0,000***
Bebek kaç kg doğdu?	r	0,028	0,076	0,022	-0,349
	p	0,763	0,420	0,840	0,001**
Bebek yoğun bakımda kaç gün tedavi gördü?	r	-	-	-0,023	0,282
	p	-	-	0,831	0,009**

** : $p < 0,01$ *** : $p < 0,001$

$r = \text{Spearman's rho Korelasyon Katsayısı}$

$p = \text{Anlamlılık Düzeyi}$

Tablo 4.8 incelendiğinde, term doğum yapan annelerin MAI ve EPDS puanları ile yaş, evlilik süresi ve bebeğin doğum özellikleri arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmediği, preterm doğum yapan annelerin ise MAI ve EPDS puanları ile yaş, evlilik süresi arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmediği, EPDS puanları ile bebeğin kaç günlük olduğu ($r=0,284$; $p<0,01$) ve yoğun bakımda tedavi gördüğü gün sayısı ($r=0,282$; $p<0,01$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu, MAI ve EPDS puanları ile bebeğin doğum haftası ($r=-0,411$; $p<0,001$) ve doğum kilosu ($r=-0,349$; $p<0,01$) arasında ise orta düzeyde negatif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür.



5.TARTIŞMA

Bu bölümde bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan preterm doğum yapan kadınlar ve sağlıklı term doğum yapan kadınlarda maternal bağlanma ve postpartum depresyonun değerlendirmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

Postpartum dönem fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin olduğu anne ile ailesi için yeni ve zorlayıcı bir dönemdir (142). Maternal bağlanma, anne ile bebek arasında doğum öncesi dönemde başlayıp doğum sonrası devam etmektedir. Annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinden, gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte algılanan sorunlardan etkilenmektedir (82). Maternal bağlanmanın postpartum dönemde anne ile bebek arasında gelişen bağın kurulmasında ve annelik rolüne adaptasyon sürecinde önemli olduğu, anne-bebek arasındaki ilişkinin kalitesini ve anne ile babanın davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (81,82). Literatürde maternal bağlanmayı etkileyen birçok faktör olduğu belirtilmektedir. Kadınların doğurganlığa ilişkin özellikleri ve bebeklerine ilişkin özellikler bu açıdan önemli olmakta ve anne-bebek bağlanmasının farklılaşmasına etki etmektedir.

Bu çalışmada term doğum yapan annelerin maternal bağlanma puanları ($99,96 \pm 4,706$), preterm doğum yapan annelerin maternal bağlanma puanlarından ($94,59 \pm 9,086$) anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.3). Ohoka (2014)'nın term doğum yapan kadınlarda yaptığı çalışmada postpartum 5. günde ve 1 ay sonrasında bakılan maternal bağlanma puanında 1 ay sonra bağlanmanın arttığı gözlemlenmiştir (143). Yapılan çalışmalarda prematüre bebeğe sahip olmanın, maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebildiği gösterilmektedir (2,8-11,13). Preterm doğuma bağlı olarak anne-bebek ilişki sürecinin engellenmesi, bebekten erken ayrılma ve bebeğin durumundan dolayı endişe duyma, annenin bağlanma sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Preterm doğum yapan annelerin, bebeklerini daha geç gördükleri ve temas edebildikleri, bebeklerini sahiplenmekte zorlandıklarını ve buna bağlı olarak anne-bebek bağlanmasının olumsuz geliştiği saptanmıştır (144). YYBÜ'de çalışan hemşireler bebekler ve aileleriyle çok sık iletişimde bulunmaları nedeniyle erken bebeklik döneminde anne-bebek etkileşimini ve kalitesini arttırmaya yönelik olarak

aileyi destekleme ve cesaretlendirme sürecinde önemli bir yere sahiptirler (13). Öztürk ve Erci (2016)'nin yaptıkları çalışmada postpartum dönem eğitim verilen annelerde maternal bağlanmanın daha yüksek olduğu saptanmıştır (85). Postpartum dönemde iki yıl boyunca maternal bağlanma düzeylerini inceleyen araştırmaların bir metaanalizinde 18 çalışmadan beşi, term yenidoğanlara göre preterm yenidoğanlarda anne-bebek etkileşiminin daha yüksek kalitede olduğunu tespit etmiştir (145). Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre doğum sonrası oksitosin hormonunun salgısının yükselmesi ile birlikte erken zamanda tensel temas sağlandığı takdirde, anne ile bebek arasındaki duygusal doyumu ve dolayısıyla anne ile bebek bağlanmasının pozitif yönde etkilendiği, bebeğin kendini daha güvende hissettiği belirtilmiştir. Jane Kohlhoff ve ark. (2017) yapmış olduğu çalışmada da oksitosinin, maternal bağlanma ve erken ebeveynlik kalitesini etkilediği, bu durumun biyolojik bir mekanizma olduğunu öne sürmektedir (146). Preterm doğum da bebeğin YYBÜ'de yatmasına bağlı olarak annelerle bebekler arasında erken ten-tene temas sağlanamamakta ve bu durumun maternal bağlanmayı olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, term doğum yapan annelerin yaşları ile MBÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.8). Bilgin ve arkadaşları (2018), Çankaya ve arkadaşları (2017) ve Çapuk (2018)'un yaptıkları çalışmalarda bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde anne yaşı ve maternal bağlanma puanları arasında farklılık bulunmamıştır (29,61,82). Bu sonuçlardan farklı olarak Şen (2007)'in yaptığı çalışma sonucunda) ve Topan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2019) genç annelerde 38 yaş üzeri annelere göre maternal bağlanma puanının daha yüksek olduğunu saptamıştır (147,148) Güler'in (2018) çalışmasında ise yaş grubu 25- 34 olan kadınların MBÖ puan ortalamalarının, yaş grubu 15-24 olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (149). Çalışmamızda term doğum yapan annelere benzer şekilde preterm doğum yapan annelerin yaşları ile MBÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.8). Çalışmamızdaki elde edilen bulgulara benzer şekilde Yavuzarslan'ın (2019) yaptığı çalışmada annelerin yaş grupları ile maternal bağlanma puanları arasında farklılık bulunmamıştır (144). Öztürk'ün (2010) yaptığı çalışma sonucunda 18-22 yaş ve 38 yaş ve üzerindeki annelerin maternal bağlanma puanları ortalamalarının, diğer yaş gruplarında olan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (150). Elde edilen

çalışma sonuçlarındaki farklılıkların annenin başka sorumluluklarının olması (başka çocuğa sahip olma gibi) ya da yaş dönemi özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda term doğum ve preterm doğum yapan annelerin MBÖ puanları arasında eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.6). Literatür incelediğinde yapılan çalışmalar anne eğitim düzeyinin MBÖ puanlarını etkilemediğini göstermektedir (29,67,147,151-153). Bu araştırmanın sonuçları, maternal bağlanma ölçeğinin kullanıldığı diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir ve eğitim düzeyinin maternal bağlanmayı etkilemediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada term doğum yapan kadınların MBÖ puanları arasında çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.6). Akkoca'nın (2009), Koçak ve Özcan (2018)'in çalışmasında çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde annelerin çalışma durumları ile bağlanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış iken, Koçyiğit'in yapmış olduğu çalışmada çalışan annelerde bağlanmanın daha yüksek olduğu belirlenmiştir (154,155). Çalışmamızda term doğum yapan kadınlara benzer şekilde preterm doğum kadınların MBÖ puanları ve çalışma durumu arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 5). Çalışma sonuçlarına benzer şekilde Öztürk'ün (2013) preterm doğum yapan kadınlarda yapmış olduğu çalışmasında annelerin çalışma durumları ile maternal bağlanma puanları arasında fark saptanmamıştır (32). Çalışma sonuçlarındaki farklılığın alınan örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadının çalışması gelir ve sosyal statüde yükselme ve daha az sayıda çocuk sahibi olmayla ilişkilidir ve bu durumun maternal bağlanmayı olumlu etkilemesi beklenmektedir.

Çalışmamızda term ve preterm doğum yapan kadınlarda MBÖ puanları arasında evlilik süresine göre anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde Akyüz (2017), Mutlu ve arkadaşları (2015), Karabulut (2013) ve Kavlak'ın (2004) yaptığı çalışmalarda annelerin evlilik süresinin maternal bağlanma üzerine bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (156,157,67). Koçak ve

Özcan'ın (2018) yaptığı çalışmada 10 yıldan az ve 21 yıldan daha fazla süreyle evli olan kadınların maternal bağlanma ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (155). Yapılan çalışmalar sonucuna göre örneklem farklılığına bağlı olarak evlilik süresinin maternal bağlanmayı etkileyebildiği düşünülmektedir.

Çalışma sonucuna göre sadece term doğum yapan annelerin MBÖ puanları arasında doğum sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 4.6). Buna göre; birinci doğumu olan annelerin MBÖ puanı ikinci, üçüncü ve üzeri doğumu olan annelerin puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir. İzmir'de 165 anne ile yapılan bir çalışmada, annelerin bağlanması ile başka çocuklarının olma durumları arasında bir ilişki bulunmamıştır (158). Mutlu ve arkadaşları (2015) ile Şen'in (2007) yaptıkları çalışmada ilk çocuğa sahip olan annelerin MBÖ puanını daha yüksek bulmuşlardır (147,159). Bu durumun multipar annelerin diğer çocuklarının bakım sorumluluğunun nedeniyle maternal bağlanmanın düştüğü düşünülmektedir. Çalışmamızda preterm doğum yapan annelerin doğum sayıları ile MBÖ puan düzeyine göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 5). Benzer şekilde Yavuzarslan'ın (2019) yaptığı çalışmada annelerin başka çocuğa sahip olma durumları ile MBÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (144). Öztürk'ün yaptığı çalışmada başka çocuğu olmayan annelerin başka çocuğu olan annelerin MBÖ puan ortalamalarından yüksek olduğu tespit edilmiştir (32). Çalışmamızdan farklı olarak Akyüz'ün (2017) yaptığı çalışmada doğum sayısı "iki ve üzeri" olan annelerin maternal bağlanma puanları, doğum sayısı "bir" olan annelerin puanlarından yüksek bulunmuştur (156). Çankaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda doğum sayısının üç ve altı olan annelerin maternal bağlanma puanı daha yüksek bulunmuştur (29).

Bu çalışmada term ve preterm doğum yapan annelerin MBÖ puanları arasında gebelikte sorun yaşama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızdan farklı olarak Alan'ın (2011) yaptığı çalışmada son gebeliğinde sorun yaşayan annelerin MBÖ puan ortalamaları, yaşamayan annelere göre daha yüksek saptanmıştır (90). Mehran ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında, gebelikte perinatal kayıp yaşayan annelerin sonraki gebeliklerinde de kaybetme korkusu yaşadıklarını tespit etmişlerdir (160). Perinatal

kayıp yaşayan annelerin bebekliğin erken döneminde bebeklerinin sağlığına yönelik daha endişeli oldukları bildirilmektedir (161). Literatürde yer alan çalışma sonuçları değerlendirildiğinde düşük gibi perinatal kayıplar yaşayan annenin sonrasında daha fazla kaygılı olabileceği ve bu durumun maternal bağlanmayı olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

2018 TNSA sonuçlarına göre Türkiye'deki tüm doğumlardaki sezaryen oranı %52 dir (162). Bu çalışmada term doğum yapan annelerin %41,7'si normal doğum %58,3'ü sezaryen doğum yapmıştır. Preterm doğum yapan annelerin %30,6'sı normal doğum %69,4'ü sezaryen doğum yapmıştır (Tablo 4.1). Term doğum ve preterm doğum yapan annelerin MBÖ puanları ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.6). Yapılan çalışmalarda da çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde maternal bağlanmanın doğum şeklinden etkilenmediği belirlenmiştir (85,90,151,159,163). Zavardehi ve ark (2018) yapmış olduğu çalışmada, fizyolojik doğum yapan kadınlarda anne-bebek bağlanması, fizyolojik olmayan doğumdan daha yüksek bulunmuştur (164). Çalışmamızda doğum şekli ile maternal bağlanma arasında ilişki bulunmaması, özellikle preterm doğum yapan annelerde bebeklerin doğumdan hemen ya da kısa süre sonra yoğun bakıma alınması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre term ve preterm doğum yapan kadınlarda MBÖ puanları ile doğum haftası ve doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde maternal bağlanmanın doğum haftası ve doğum kilosundan etkilenmediği belirlenmiştir (32,144,151,155). Bebeklerin doğum haftaları ve doğum kilolarının, anne-bebek bağlanmasını etkilemediği düşünülmektedir. Barone ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre doğum haftası arttıkça maternal bağlanmanın arttığı saptanmıştır (165). Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar maternal bağlanmanın süre dışında birçok faktörden etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda preterm ve term doğum yapan kadınlarda MBÖ puanları arasında bebeğin yoğun bakımda kalma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.8). Çalışma sonucuna benzer şekilde Çapuk (2018)

ve Özkars'ın (2017) yaptıkları çalışmalara göre bebeğin yenidoğan ünitesinde bakımda kalma süresi ile maternal bağlanma arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (61,166). Çalışmamızdan farklı olarak Evcili ve arkadaşlarının (2017) çalışmalarında bebeğin yoğun bakımda yatış süresi arttıkça annelerin bağlanma puanlarının arttığı belirlenmiştir (167). Elde edilen bu sonuçlar, maternal bağlanmanın bebeğin yoğun bakımda yatış süresi ile ilişkili olabileceği gibi tek belirleyicinin süre olmadığını göstermektedir. Maternal bağlanmanın, yatış süresi ile birlikte yoğun bakım ortamı ve bebeğin sağlık durumu gibi değişkenlerden de etkilendiği düşünülmektedir.

Doğum sonrası dönem, heyecan, mutluluk, kaygı, hayal kırıklığı, üzüntü / suçluluk gibi çok çeşitli duygulardan oluşmaktadır (168). Bu dönemde, vücut imajındaki değişiklikler, bebeğin sağlığı ve refahı, kişilerarası ilişkiler ve yenidoğan bakımı doğum sonrası psikolojik değişikliklere yol açabilmektedir (169). Bu değişikliklere bağlı olarak annenin ruh sağlığı doğumdan sonraki ilk yıl içinde kronik stres, kaygı ve depresyon açısından riski altındadır (170). Bunlara ek olarak preterm doğum anne ve babaların hazırlıksız olduğu ve buna bağlı olarak da duygusal şok, kaygı, korku, depresyon yaşadığı bir durumdur (79,171,172).

Term doğum yapan annelerin edinburgh doğum sonrası depresyon puan düzeyi ($5,69 \pm 5,794$) preterm doğum yapan annelerin puan düzeylerinden ($11,32 \pm 6,086$) anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 4.3). Xiong ve Deng'in (2019) 1124 annede yaptığı çalışmada 202 annenin EPDS puan ortalaması 10 olup, postpartum depresyon prevalansı %18 olarak tespit edilmiştir (173). Topan A ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada EPDS puan ortalaması $8,12 \pm 4,85$ olarak saptanmıştır (148). Güneş N (2018)'nin çalışmasında prematüre bebeği olan annelerden doğum sonrası evde izlenim yapılan annelerde ilk 24 saatteki ve 40-42. Günler arasındaki depresyon puan ortalamalarında azalma görülürken, evde izlenim yapılmayan kontrol grubunda depresyon puan ortalamalarında günler içerisinde artış saptanmıştır (174). Çalışma sonucuna benzer şekilde Uludağ ve arkadaşları (2012), Durukan (2011) ve Bener'in (2013) çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde preterm doğum yapan annelerde term doğum yapan annelere göre doğum sonrası depresyon puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (18,27,175,176). Büyükkayacı ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada preterm doğum yapan kadınlarda doğum sonrası ev ziyareti yapılanlarda

postpartum depresyon ev ziyareti yapılmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (48). Erken anne-bebek etkileşimi ve kanguru bakımının, annenin depresyonu üzerinde erken doğumun olumsuz etkisini azalttığı belirtilmiştir. (177). Kanguru bakımı sırasında sağlanan ten tene temasın annede oksitosin düzeyini yükselterek stresi azalttığı ve postpartum depresyon olasılığını azalttığı bildirilmektedir (177). Preterm doğumlarda bu durum sağlanamadığından postpartum depresyonun yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde belitilen PPD sıklığının farklı çalışmalarda bu kadar değişkenlik göstermesinin nedeninin, çalışma şekli, çalışmaların doğum sonrası dönemde farklı zamanlarda yapılması, örneklem büyüklüğü ve popülasyonlardaki kültürel, sosyal ve ekonomik farklılıklar olduğu düşünülmektedir.

Term ve preterm doğum yapan annelerin EPDS puanları arasında yaşa göre anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.8). Hernandez ve arkadaşlarının (2019), Bener (2013), Şahin ve Seven (2019), Karadeniz (2018), Çankaya ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada annelerde yaş azaldıkça depresyonun arttığı gözlemlenmiştir (29,175,178-180). Delevari'nin (2018) yaptığı çalışmada depresyon en çok 15-20 yaş grubunda gözlenirken, Muraca ve Joseph'in (2014) yaptığı çalışmada 20-44 yaş grubunda gözlenmiştir (181,182). Coşkun ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada anne yaşı arttıkça PPD görülme sıklığının arttığı saptanmıştır (183). Çalışmalardan elde edilen sonuçlardaki farklılığın örnekleme seçilen farklı yaş gruplarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen verilere göre term ve preterm doğum yapan annelerin EPDS puanları arasında eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.7). Çalışmamızdan farklı olarak Kokanalı'nın (2018), Bener (2013), Topatan ve Demirci (2019) Coşkun ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada postpartum depresyonun gelişmesinde anne eğitim düzeyinin düşük olması risk faktörü olarak saptanmıştır (163,175,183,184). Çalışmamıza benzer şekilde Çankaya ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada annenin öğrenim durumu ile EPDS puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (29). Literatürde, kadınların öğrenim durumlarının yüksek olması, sosyo-kültürel ve gelir durumlarının artmasına ve kendilerine güvenlerinin artmasına katkı sağlayacağı bildirilmektedir.

Term ve preterm doğum yapan annelerde EPDS puanları arasında çalışma durumlarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.7). Çalışmamızın sonucuna benzer şekilde Çankaya ve arkadaşlarının (2017) ve Durukan (2011) yaptığı çalışmada çalışma durumunun postpartum depresyonu etkilemediği saptanmıştır (27,29). Özkan Aydın ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada çalışmayan annelerde çalışan annelere göre EPDS puan ortalaması daha düşük olarak saptanmıştır (110). Coşkun ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada annelerin özel sektörde çalışmasının PPD için risk faktörü oluşturduğu saptanmıştır (183). Şahin'in (2018) yaptığı çalışmada çalışan kadınlarda 5-10 yıl çalışan kadınların EPDS puan düzeyi 0-5 yıl çalışan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (185). Kolukırık 'ın (2016) yaptığı çalışmada çalışmayan kadınlarda PPD belirtisi anlamlı olarak fazla bulunmuştur (186). Yapılan çalışma sonuçlarındaki farklılığın aylık gelir düzeyinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda term ve preterm doğum yapan annelerde EPDS puanları arasında gebelikte sorun yaşamaya göre anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4.7). Çalışmamıza benzer şekilde Sayın (2016)'nın yaptığı çalışmada gebelikte sorun yaşama ile PPD arasında bir ilişki saptanmamıştır (187). Gebelik sürecindeki sağlık sorununun PPD riskini arttırdığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (188). Karabulut (2013)'un yaptığı çalışmada postpartum birinci ayda gebelik döneminde sorun yaşama ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış iken postpartum dördüncü ayda geçmişte kürtaj öyküsü ile PPD arasında ilişki saptanmıştır (91).

Çalışmamızda preterm ve term doğum yapan annelerde EPDS puanları arasında doğum sayılarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.7). Şahin ve Seven'in (2019) yaptıkları çalışmada artmış doğum sayısının postpartum depresyon üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (179). Xiong ve Deng'in (2019) yaptığı çalışmada primipar kadınlar multipar kadınlara göre PPD için daha fazla risk oluşturduğu saptanmıştır (173). Yapılan çalışmalarda annenin ilk gebeliğinin olması ve son doğumu dışından yaşayan çocuğunun olmamasının, postpartum depresyon geliştirme riskini arttıran risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir (189-191). Zheng ve arkadaşlarının (2018) ilk defa anne-baba olan çiftlerin depresyon ve kaygılarının

gebeliğin özellikle ilk üç ayında en yüksek seviyeye ulaştığını gözlemlemiştir (192).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre term ve preterm doğum yapan annelerin EPDS puanları arasında doğum şekillerine göre anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.7). Hergüner ve arkadaşlarını (2014), Kamkar (2019) ve Kokanalı'nın (2018) yaptığı çalışmada sezaryen doğum yapan annelerde EPDS puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (22,163,193). Shelton (2017) ve Houston (2014) yaptıkları çalışmalarda sezaryen doğumun PPD'nin gelişmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Shelton 2017, 194). Çankaya ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada normal vajinal yolla doğum yapan annelerin EPDS puanları sezaryen doğum yapan annelerin puanlarına göre daha düşük bulunmuştur (29). Çalışmadan elde edilen veriler literatürdeki bazı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (179, 195).

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre term doğum yapan annelerde EPDS puanları arasında doğum haftasına göre anlamlı farklılık bulunmazken, preterm doğum yapan annelerde doğum haftası ile EPDS puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür (Tablo 4.8). Yani preterm doğum yapan annelerde doğum haftası azaldıkça EPDS puanı artmaktadır. Çalışmamıza benzer şekilde Uludağ'ın (2012) çalışmasında, preterm doğum yapan annelerde bebeklerinin doğum haftası azaldıkça depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır (18). Öztürk (2010)'ün çalışmasında bebekleri 24-29 hafta doğan annelerin doğum sonu depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş (150). Durukan ve arkadaşlarının çalışmasında 37 haftadan önce doğum yapan kadınlarda PPD belirtisi sıklığı anlamlı olarak fazla bulunmuştur (27). Çalışmamıza benzer şekilde Kolukırık'ın (2016) yaptığı çalışmada term doğum yapan annelerde doğum haftası ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır (186). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi preterm doğum yapan kadınlarda term doğum yapan kadınlara göre postpartum depresyon görülme olasılığı artmaktadır.

Term doğum yapan annelerde doğum kilosu ile EPDS puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiş iken preterm doğum yapan annelerde bebeğin kilosu ile EPDS puanı arasında negatif yönde anlamlı doğrusal ilişki görülmüştür (Tablo 4.8). Yani preterm doğum yapan annelerin bebeklerinin doğum kilosu azaldıkça EPDS

puanı artmaktadır (Tablo 4.8). Öztürk'ün (2010) yaptığı çalışmada bebekleri 2500 gr ve üzeri olan annelerin doğum sonu depresyon puan ortalamalarının, diğer annelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Bebekleri 999 gr ve altında olan annelerin ise doğum sonu depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (150).

Anne ve bebek arasında doğumdan itibaren başlayan ve ilerleyen süreçle birlikte gelişen maternal bağlanmaya doğum sonu dönemde annenin psikolojik ve sosyal durumu etki etmektedir (29,127).

Video kaydı yardımıyla anne bebek ilişkisinin incelendiği çalışmalarda, depresif annelerin bebeklerine olan davranışlarının genellikle duygusal katılımı az, pasif, tepkisiz, ilgisiz ya da olumsuz düşüncelerini aşırı gösterme biçiminde olduğu gözlemlenmiştir (196). Psikotik annelerde de postpartum depresyonda olduğu gibi maternal bağlanmanın bozulduğu ya da daha kötü olduğu tespit edilmiştir. (197).

Annelerin postpartum depresyona ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, maternal bağlanma ile postpartum depresyon arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu düşünülmekte ve bununla birlikte anne ve bebek arasındaki maternal bağlanma azaldıkça, annelerin depresyona yatkınlıklarında artış gözlemlendiği sonucuna varılmaktadır (91).

Çalışmamızda term doğum yapan annelerin maternal bağlanma ile edinburgh doğum sonrası depresyon puanları arasında orta düzeyde negatif yönde ($r=-0,577$; $p<0,001$) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüş iken preterm doğum yapan annelerin maternal bağlanma ile edinburgh doğum sonrası depresyon puanları arasında ise anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiştir (Tablo 4.4). Çalışmamıza benzer şekilde Goecke (2012), Moehler (2006) ve Alhusen (2012)'in term doğum yapan annelerde yaptığı çalışmada postpartum depresyon arttıkça maternal bağlanmanın azaldığı görülmüştür (198-200). Öztürk'ün çalışmada preterm doğum yapan annelerin depresyon puan ortalamaları düştükçe maternal bağlanma puanlarının yükseldiği saptanmıştır (150). Şahin (2018)'in çalışmasında term ve preterm doğum yapan kadınlar arasında PPD varlığı açısından bir fark bulunmamıştır (185).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarda maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hemşire ve ebelerin bakım verdikleri doğum sonrası dönemde anneyi değerlendirirken bu unsurları göz önünde bulundurması önemlidir. Profesyonel sağlık hizmeti sunan çalışanlar içinde olan hemşireler, postpartum dönemde olan kadınlarla en fazla karşılaşan kesim olmaları nedeniyle, postpartum dönemdeki annelerin bebeklerine bağlanma seviyelerini artırma ve postpartum depresyon görülme riskini en aza indirebilme hususunda önemli role sahiptirler.





6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Preterm ve term doğum yapan kadınlarda anne-bebek bağılılığının ve postpartum depresyonu değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada;

- Term doğum yapan annelerde preterm doğum yapan annelere göre maternal bağlanma düzeyi yüksek bulunmuştur.
- Term doğum yapan annelerde preterm doğum yapan annelere göre postpartum depresyon düzeyi düşük bulunmuştur.
- Annelerin eğitim düzeyi pretem ve term doğum yapan annelerde maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeyini etkilememektedir ($p>0,05$).
- Annelerin çalışma durumu pretem ve term doğum yapan annelerde maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeyini etkilememektedir ($p>0,05$).
- Term doğum yapan annelerde doğum sayısı maternal bağlanma düzeyini etkilemektedir. Birinci doğumu olan annelerin MBÖ puan düzeyi, ikinci, üçüncü ve üzeri doğumu olan annelerin puan düzeylerinden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).
- Annelerin gebelikte sorun yaşama durumları pretem ve term doğum yapan annelerde maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeyini etkilememektedir ($p>0,05$).
- Annelerin doğum şekilleri pretem ve term doğum yapan annelerde maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeyini etkilememektedir ($p>0,05$).
- Annelerin yaşı pretem ve term doğum yapan annelerde maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeyini etkilememektedir ($p>0,05$).
- Annelerin evlilik süresi pretem ve term doğum yapan annelerde maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeyini etkilememektedir ($p>0,05$).
- Preterm doğum yapan annelerde bebeğin yoğun bakımda kalış süresi ile postpartum depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki vardır ($r=0,282$; $p<0,01$).
- Preterm doğum yapan annelerde bebeğin doğum haftası ile postpartum depresyon arasında negatif yönde bir ilişki vardır ($r=-0,411$; $p<0,001$).

- Preterm doğum yapan annelerde bebeğin doğum kilosu postpartum depresyon arasında negatif yönde bir ilişki vardır ($r=-0,349$; $p<0,01$).

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Doğum sonrası dönemde ailelere daha verimli hizmet verilmesinin sağlanabilmesi için sağlık çalışanlarına maternal bağlanma ve postpartum depresyon konusunda hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi,
- Hemşirelerin aile-bebek bağlanmasına yönelik aileyi desteklemesi, doğum öncesi anneleri bu konu hakkında bilgilendirmesi,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan preterm doğum yapan annelerde görülebilecek doğum sonu depresyonun erken tanınması ve önlenmesine yönelik yenidoğan yoğun bakım hemşirelerine yönelik hizmet içi eğitim programları hazırlanması,
- Hemşireler tarafından prematüre bebeklerin YYBÜ'nde tedavi görmesi ile annelerin yaşadığı depresyonu azaltmaya yönelik bebeğin durumu, emzirme ve prematürelige özgü beslenme ve evde bakım konularını içeren eğitim verilmesi,
- YYBÜ'sinde anne-bebek bağlanmasının artırılması için; preterm doğum yapan annelere bebeklerine dokunmaları, mümkünse ten-tene temasın (kanguru bakım yöntemi ile) sağlanması, hastanede mümkün olduğunca uzun süre bebekleri ile birlikte olmalarının sağlanması, bakıma katılımlarının sağlanması,
- Kadınların doğum öncesi ve sonrasında aldıkları bakım esnasında maternal bağlanma ve postpartum depresyon yönünden risk tanılmasının yapılması,
- Tüm anne adaylarına ve eşlerine doğum öncesi eğitim programları düzenlenerek doğumdan sonra yaşanabilecek duygusal değişimler konusunda bilgiler verilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Sword W, Watt S. Learning Needs Of Postpartum Women: Does Socioeconomic Status Matter? *Birth*. 2005; 32: 86-92.
2. Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009; 6:191-195.
3. World Health Organization (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report On Preterm Birth*
4. World Health Statistics, 2018(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>)
5. Shah, P. E., Clements, M., & Poehlmann, J. Maternal Resolution Of Grief After Preterm Birth: Implications For Infant Attachment Security. *Pediatrics*, (2011). 127(2), 284-292.
6. Erdem Y. 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 76 Nursing*. 2010; 19: 1738-1747
7. Arslan F, Turgut R. Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri Ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. *DEUHEFED*, 2013, 6: 119-124.
8. Pisoni C, Garofoli F, Baiardini I, Tzialla C, Stronati M. The Development Of Parents-Infant Relationship In High-Risk Pregnancies And Preterm Birth. *JPNIM*, 2014, 3: e030233
9. Fleck, P. Connecting Mothers And Infants In The Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, (2016). 16, 92–96
10. Pennestri, M., Gaudreaux, H., Bouvette-Turcota, A. Mossb, E., Lecompteb, V., Atkinsonc, L., Lydond, J., Steinere, M., Meaneya, M. J. Attachment Disorganization Among Children In Neonatal Intensive Care Unit: Preliminary Results. *Early Human Development*, (2015). 91 (10), 601–606.
11. Stefana, A., Lavelli, M. Parental Engagement And Early Interactions With Preterm Infants During The Stay In The Neonatal Intensive Care Unit: Protocol Of A Mixed-Method And Longitudinal Study. (2017). *BMJ Open*, 7 (2), 1-2.
12. İşler A. Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü. *Perinatoloji Dergisi* 2007;15:1–6.
13. İşler A, Görak G. Prematüre Bebeği Olan Annelerde Olumlu Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. *J Child*, 2007, 7: 36-41.
14. Shrestha S, Adachi K, Shrestha S. Translation And Validation Of The Karitane Parenting Confidence Scale In Nepali Language. *Midwifery*, 2016, 36: 86-91.
15. Ahn M. Y, Kim R. M, The Relationship between Early Neo-maternal Exposure, and Maternal Attachment, Maternal Self-esteem and Postpartum Depression in the Mothers of NICU Infants, *J Korean Acad Nurs*. 2005 Aug;35(5):798-809. Korean.
16. Amankwaa L, Pickler R, Boonmee J. Maternal Responsiveness in Mothers of Preterm Infants, *Newborn Infant Nurs Rev* 2007;7:25-30.
17. Manav G, Yıldırım F. Term Ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları, *Cumhuriyet Tıp Derg* 2010; 32: 149-157
18. Uludağ A, Ünlüoğlu İ (2012). Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde İzlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012;4(3):19-26
19. Turan T. Prematüre Bebeği Olan Anne-Babaların Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerden Etkilenme Düzeylerine Hemşirelik Yaklaşımlarının Etkisi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir:2004.*
20. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N, Postpartum Depresyon Ve Etkileyen Faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları, *J Psychiatric Nurs* 2018;9(3):147-152
21. Erdem Ö, Bucaktepe PGE. The Prevalence And Screening Methods Of Postpartum Depression [Article in Turkish]. *Dicle Tıp Dergisi* 2012;39:458–61.
22. Kamkar M, Balajalini A, Zargarani F, Behnampour N, Postpartum Depression in Women with Normal Delivery and Cesarean Section Referring to Sayad Shirazi Hospital of Gorgan , Iran, *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*: 2019: Vol 16: No 1: P 52 - 58
23. Hergüner S, Annagür A, Çiçek E, Altunhan H, Örs R, Postpartum Depression in Mothers of Infants with Very Low Birth Weight, *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50: 30-33

24. Bahadoran P, Oreizi HR, Safari S. Meta-Analysis Of The Role Of Delivery Mode İn Postpartum Depression (Iran 1997-2011). *Journal of education and health promotion*. 2014;3.
25. Premji SS, Pana G, Currie G, Dosani A, Reilly S, Young M. et al. Mother's Level Of Confidence İn Caring For Her Late Preterm İnfant: A Mixed Methods Study. *Journal of clinical nursing*. 2018; 27. (5-6): 1120-1133.
26. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E. Maternal Anxiety And Depression Following A Premature Infants' Discharge From The NICU: Explanatory Effects of the COPE Program. *Nurs Res*. 2008; 57(6): 383–394.
27. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. Postpartum Depression Frequency And Quality Of Life Among A Group Of Mothers Having A Child Aged 2 Weeks-18 Months [Article in Turkish]. *Balkan Med J* 2011;28:385–93.
28. Yüksel Koçak D, Büyükkayacı Duman N. Postpartum Depresyon ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi*, 2016(9)
29. Çankaya S, Dereli Yılmaz S. Postpartum Depresyonun Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi, *ACU Sağlık Bil. Derg.* 2017(4):232-240
30. Bouras, G., Theofanopoulou, N., MexiBourna, P., Poullos, A., Michopoulos, I., Tassiopoulou, I., ... & Christodoulou, C. Preterm Birth And Maternal Psychological Health. *Journal of health psychology*, 2013
31. Vigod SN, Villegas L, Dennis C-L, Ross LE. Prevalence And Risk Factors For Postpartum Depression Among Women With Preterm And Low-Birth-Weight İnfants: A Systematic Review. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 117(5): 540–550.
32. Öztürk R, Saruhan A, 1-4 Aylık Prematüre Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013-1
33. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş On üçüncü Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016; 372-374
34. Çetinkaya S, Biberoglu E.H, Kırbaş A, Danışman N, Erken Doğum Eyleminin Öngörü ve Tanısı, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2017;27(2):79-93
35. Pemberton LK, Burd I, Eileen W. An Appraisal Of Ultrasound Fetal Biometry İn The First Trimester. *Reports in Medical Imaging* 2010;3:311-5.
36. Butt K, Lim K; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Determination of gestational age by ultrasound. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(2):171-181.
37. Taner C, Ekin A. Preterm Doğumun Tanımı, Klasifikasyonu Ve Önemi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2014, 7: 1-4.
38. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: An Updated Systematic Analysis With İmplications For The Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016;388(10063):3027-35
39. Boivin A, Zhong-Cheng Luo, François Audibert, Benoit Mâsse, Francine Lefebvre, Réjean Tessier, and Anne Monique Nuyt, Risk for Preterm and Very Preterm Delivery in Women Who Were Born Preterm, *Obstetrics & Gynecology*, May 2015 Vol. 125, No. 5,
40. Mwaniki MK, Atieno M, Lawn JE, Newton CR. Long-Term Neurodevelopmental Outcomes After İntrauterine And Neonatal İnsults: A Systematic Review. *Lancet* 2012;379(9814):445-52.
41. Derbent A, Turhan N. Erken Doğum Riski ve Tahmini, *Yeni Tıp Dergisi* 2009;26: 139-144
42. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology And Causes Of Preterm Birth. *Lancet* 2008;371: 75-84.
43. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş On üçüncü Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016; 462-520
44. Boivin A, Luo Z-C, Audibert F, Mâsse B, Lefebvre F, Tessier R, et al. Pregnancy Complications Among Women Born Preterm. *CMAJ* 2012;184:1777–84.
45. Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, Croughan MS. Perinatal Outcomes İn Singletons Following İn Vitro Fertilization: A Meta-Analysis. *Obstet Gynecol* 2004;103: 551-63.
46. Conde-AgudeloA, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth Spacing And Risk Of Adverse Perinatal Outcomes: A Meta-Analysis. *JAMA* 2006; 295(15):1809-23.
47. King JC. The Risk Of Maternal Nutritional Depletion And Poor Outcomes İncrises İn Early Or Closely Spaced Pregnancies. *J Nutr*. 2003;133:1732S-1736S.

48. Büyükkayacı Duman N, Yılmazel G, Topuz Ş, Büyükgönel N, Prematüre Bebeği Olan Annelere Yapılan Ev Ziyaretlerinin Postpartum Depresyon, Annelik Rolü Ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2014 3 (1-2-3), 67-86
49. Outcomes For Premature Babies An İnformation Booklet For Parents. 2006. URL: https://www.schn.health.nsw.gov.au/files/attachments/pdf_update_and_recent_version_of_outcomes_of_premature_babies_booklet_2006.pdf (Erişim tarihi: 20 Nisan 2019)
50. Turan T, Erdoğan Ç, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Prematüre Bebeğin Gelişiminin Desteklenmesi, JAREN 2018;4(2):127-132
51. Symington, A, Pinelli, J. Developmental Care For Promoting Development And Preventing Morbidity İn Preterm İnfant. Cochrane Database Syst Rev (2000). CD001814.
52. Güneri E.S. Postpartum Erken Dönem Kanıtı Dayalı Uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences 2013; 4 (3): 482-96.
53. Şimşek Ç, Esencan Yılmaz T, Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı, Zeynep Kamil Tıp Bülteni;2017;48(4):183-189
54. Beydağ D.K, Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, TSK Kor Hek 2007; 6 (6): 479-484
55. Aksakallı M, Çapık A, Apay S, Pasinlioğlu T, Bayram S, Loğusalarnın Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2012;3(3):129-135
56. Sabuncuoğlu O, Berkem M, Bağlanma Biçemi Ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular, Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):252-258
57. Hamilton CE Continuity And Discontinuity Of Attachment From İnfancy Through Adolescence. Child Development, (2000) 7:690-694.
58. Bell L, St-Cyr Tribble D, Paul D, Long A. A Concept Analysis Of Parent- Infant Attachment, J Adv Nurs. 1998;28(5):1071-1081.
59. Hazan, C. ve Shaver, P. Bağlanma :Yakın İlişkilerle İlgili Araştırmalar İçin Bir Çerçeve (Çeviri: A, Dönmez). Psychological Inquiry. 1994;5(1):1-49
60. Bowlby J. Attachment and Loss: Retrospect And Prospect. Am J Orthopsychiatry 1982, 52: 664-678.
61. Çapuk H, 1-8 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirme Ve Doğum Şeklinin Maternal Bağlanmaya Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep,2018
62. Svejda M.J., Campos J.J. & Emde R.N. Mother-İnfant `Bonding': Failure To Generalize. Child Developmen (1980) t 51, 775± 779.
63. Baylis R, Ewald U, Gradin M, Hedberg Nyqvist K, Rubertson C, Thernström Blomqvist Y. First-Time Events Between Parents And Preterm İnfants Are Affected By The Designs And Routines Of Neonatal İntensive Care Units. Acta Paediatr 2014;103(10):1045-52.
64. Twohig A, Reulbach U, Figuerdo R, McCarthy A, McNicholas F, Molloy EJ. Supporting Preterm İnfant Attachment And Socioemotional Development İn The Neonatal İntensive Care Unit: Staff Perceptions. Infant Ment Health J 2016;37 (2):160-71.
65. Schroeder M.A. Is The İmmediate Postpartum Period Crucial To The Mother-Child Relationship? Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (1977) 6(3), 37±40.
66. Pridham K.F. & Chang A.S. Parent's Beliefs About Them- Selves As Parents Of A New İnfant: İstrument Development. Research in Nursing and Health (1985) 8, 19±29.
67. Kavlak O. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir 2004.
68. Solmaz T. Psikolojinin Alt Alanları, Romantik Bağlanma: Bebeklik Dönemi Bağlanma Süreci, Yetişkin Bağlanma Sitilleri Ve Romantik İlişkiler. Türk Psikoloji Bülteni. 2002;24-113.
69. Hall EOC, Kronborg H, Aagaard H, Brinchmann BS. The Journey Towards Motherhood After A Very Preterm Birth: Mothers' Experiences İn Hospital And After Home-Coming. J Neonatal Nurs 2013;19(3):109-13.
70. Heydarpour S, Keshavarz Z, Bakhtiari M. Factors Affecting Adaptation To The Role Of Motherhood İn Mothers Of Preterm İnfants Admitted To The Neonatal İntensive Care Unit: A Qualitative Study. J Adv Nurs 2017;73(1):138-48.
71. Meijssen D, Wolf MJ, Van Bakel H, Koldewijn K, Kok J, van Baar A. Maternal Attachment Representations After Very Preterm Birth And The Effect Of Early İntervention. Infant Behav Dev 2011;34(1):72-80.

72. Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chan CM, Piaw CY, Al Kawafha MM. Systematic Review Of Qualitative Studies Exploring Parental Experiences İn The Neonatal Intensive Care Unit. *J Clin Nurs* 2016;25(19–20):2745–56.
73. Kesebir, S. Kavzaoğlu, S ve Üstündağ, M. Bağlanma ve Psikopatoji. *Psikiyatrik Eğitim ve Güncelleme Dergisi*. 2011; 3(2):321-326
74. Morsünbül, Ü. ve Çok, F. Bağlanma ve İlişkili Değişkenler. *Psikiyatrik Eğitim ve Güncelleme Dergisi*. 2011;3(3):555-556
75. Kapçı E, Küçük S. Parental Bonding Instrument: Evaluation Of İts Psychometric Properties With Turkish University Students. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):1-8.
76. Sümer N, Güngör D. Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi Ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(43):71-106.
77. Soysal, A, Bodur, Ş, İşeri, E ve Şenol, S. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış, *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2005; 8:89-95.
78. Durualp E, Kaytez N, Aykanat Girgin B, Evlilik Doyumu Ve Maternal Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017; 18(2):129-138
79. Fernandez Medina M.I, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla J.M, Avila M.C, Lopez Rodriguez M, Bonding İn Neonatal Intensive Care Units: Experiences Of Extremely Preterm Infants' Mothers, *Women and Birth* 31 (2018) 325 –330
80. Kemp VH, Page C. The Psychosocial İmpact Of A High-Risk Pregnancy On The Family. *J Obstet Gynecol neonatal Nurs*. 1986;15(3):232-236.
81. Rodriquez CM, Tucker MC. Behind The Cycle Of Violence, Beyond Abuse History: A Brief Report On The Association Of Parental Attachment To Physical Child Abuse Potential. *Violence Vict* 2011 26(2):246- 256.
82. Bilgin Z, Ecevit Alpar Ş, Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri, *HSP* 2018;5(1):6-15
83. Siddiqui A, Hagglöf B, Does Maternal Prenatal Attachment Predict Postnatal Mother–İnfant İnteraction? *Early Human Development* 59 (2000) 13–25
84. Kavlak O, Şirin A. Anne Ve Babaya Ait Bağlanma Ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;23(2):183-194.
85. Öztürk S, Erci B, Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa Ve Yenidoğan Bakım Eğitimi Maternal Bağlanmayı Arttırdı: Son Test Kontrol Gruplu Eğitimsel Araştırma, *Balikesir Sağlık Bil Derg Cilt:5 Sayı:3 Aralık 2016*
86. Keskin, G. ve Çam, O. Bağlanma Süreci: Ruh Sağlığı Açısından Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2007; 23(2):145-158
87. Özkars, B. N. Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi.Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2017;25-40
88. Shin H, Park Y, Kim M. Predictors Of Maternal Sensitivity During The Early Postpartum Period. *J Adv Nurs* 2006; 55:425-434.
89. Mercer RT. Nursing Support of The Process of Becoming A Mother. *AWHONN, The Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses Jogn* 2006 5:649-651.
90. Alan H. Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. 2011;1-23
91. Karabulut İ, Doğum sonu Birinci ve Dördüncü Aylarda Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon İle İlişkisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2013
92. Akarsu, R. H. Tuncay, B. ve Alsaç, S. H. Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(4):275-278
93. Güleşen A. Yıldız D, Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013; 12(2): 177-182
94. Köse D. Çınar, N. ve Altınkaynak, S. Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2013;240-244
95. Martel MJ, Millette I, Bell L, Tribble DS, Payot A. Establishment Of The Relationship Between Fathers And Premature İnfants İn Neonatal Units. *Adv Neonatal Care* 2016;16(5):390–8.
96. Green J, Darbyshire P, Adams A, Jackson D. Looking Like A Proper Baby: Nurses' Experiences Of Caring For Extremely Premature İnfants. *J Clin Nurs* 2015;24(1– 2):81–9.

97. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness And Separation In Neonatal Intensive Care. *Acta Paediatr* 2012;101 (10):1032-7.
98. Doğan G, Kızıltan G, Annelerin Postpartum Depresyon Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi, *Başkent Üniversitesi Sağlık bilimleri Dergisi*, 2019, 4(2), 105-121
99. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S, Postpartum Depresyon, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(1):206-14
100. Gereklioğlu Ç, Poçan A, Başhan İ, Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007, 17:126-133
101. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum Psychiatric Disorders. *CMAJ* 1986;134(1):31-7.
102. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, et al. The Hormonal Environment Of Post-Natal Depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:660-7.
103. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(4): 1522-5.
104. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk Factors For Early Postpartum Depressive Symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(1): 3-8.
105. Noble RE. Depression In Women. *Metabolism* 2005;54(5 Suppl 1):49-52.
106. Thome M. Predictors Of Postpartum Depressive Symptoms In Icelandic Women. *Arch Womens Ment Health* 2000;3(1):7-14.
107. Seideman RY. Parent Stress And Coping In NICU And PICU, *Journal of Pediatric Nursing* 1997;12:169-175.
108. Evins GG, Theofrastous JP. Postpartum Depression: A Review Of Postpartum Screening. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1997; 4: 241-246.
109. Efe Yaman Ş, Taşkın L, Eroğlu K, Postnatal Depression And Effecting Factors In Turkey, *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2009; 10: 14-20
110. Özkan Aydın S, Bozkurt A, Korkmaz B, Yılmaz G, Küçükkeleşçe Şimşek D, Postpartum Depresyon ve Emzirme Özyeterliliği Arasındaki İlişki, *HUHEMFAD-JOHUFON* 2019, 6(1), 28-35
111. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, Almqvist F. Longitudinal Study Of Maternal Depressive Symptoms And Child Well-Being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:1367-1374.
112. Kolko ELM, Roth EK. Antepartum And Postpartum Depression: Healthy mom, healthy baby. *Womens Health* 2004; 59: 181-191.
113. Miller RL, Pallast JF, Negri LM. Anxiety And Stress In The Postpartum: Is There More To Postnatal Distress Than Depression? *BMC Psychiatry* 2006; 6: 12-22.
114. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalence Of Postpartum Depression And Associated Factors. *Rev Saude Publica* 2006; 40: 1-6.
115. Glasser S, Barell V, Shoham A et al. Prospective Study Of Postnatal Depression In An Israeli Cohort: Prevalence, Incidence And Demographic Risk Factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19:155-164.
116. Nur N, Çetinkaya S, Bakır D A, Demirel Y. Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26: 55-59.
117. Bouras G ve ark, Preterm Birth And Maternal Psychological Health, *Journal of Health Psychology* 2015, Vol. 20(11) 1388-1396
118. Mendelsohn A, Recovering Reverie: Using Infant Observation In Interventions With Traumatized Mothers And Their Premature Babies. *Infant Observation* 2005, 8: 195-208.
119. Yücesoy G, Özkan S, Yıldız M, Çakıroğlu Y, Bodur H, Postpartum Depression: Prevalence and Contributing Risk Factors, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2011;21(1):6-12
120. Amankwaa LC. Postpartum Depression Among African-American Women. *Issues Ment Health Nurs* 2003;24(3):297-316.
121. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:289-295.
122. Yıldırım F, Büyükkayacı Duman N, Kanıta Dayalı Bilgiler Işığında Postpartum Emosyonel Sorunlara Yönelik Yaklaşımlar, *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi - Yıl 11, Sayı 1, Haziran 2018*
123. Ayvaz, S., Hocoğlu, Ç., Tiryaki, A., Ak, İ., Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17(4), 243-251.

124. Hung, CH., Chung, H.H., The Effects Of Postpartum Stress And Social Support On Postpartum Women's Health Status. *Journal of Advanced Nursing* 2001.36(5), 676-684.
125. Grote, N.K., Bledsoe, S.E., Predicting Postpartum Depressive Symptoms In New Mothers: The Role Of Optimism And Stress Frequency During Pregnancy. *Health Soc Work* 2007. 32(2):107-118.
126. Rich-Edwards, J.W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B.L., McLaughlin, T.J., Joffe, H., Sociodemographic Predictors Of Antenatal And Postpartum Depressive Symptoms Among Women In A Medical Group Practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Mar 60(3), 221-227.
127. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Postpartum Depresyon İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011, Cilt:8 Sayı:1
128. Lee DTS, Chung TKH. What Should Be Done About Postnatal Dep- Ression In Hong Kong? *HKMJ* 1999; 5: 39-42.
129. Martins C, Gaffan EA. Effect So Fearly Maternal Depression On Patterns Of İnfant-Mother Attachment: A Meta-Analytic İnterogation. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41:737-746.
130. Epperson CN. Postpartum Major Depression: Detection And Treat- Ment. *Am Fam Physician* 1999; 59: 2247-2257.
131. Wong, S.Y. and Wong, T.K.S. An Exploratory Study On Needs Of Parents Of Adults With A Severe Learning Disability In A Residential Setting. *Mental Health Nursing*, (2003). 24, 795–811.
132. Küçükler, S. The Family-Focused Early İntervention Programme: Evaluation Of Parental Stress And Depression. *Early Child Develop Care*, (2006). 176, 329–341.
133. Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S. ve Türmen, T. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Deneyiminin Aile Ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (2008). 51, 104- 109.
134. Kennedy HP, Beck CT, Dricoll JW. A light in the fog: Caring For Wo- Men With Postpartum Depression. *JMWH* 2002; 47: 318-330.
135. Tamaki, A., Effectiveness Of Home Visits By Mental Health Nurses For Japanese Women With Post-Partum Depression. *Internatioanl Journal of Mental Health Nursing* 2008.17, 419-427.
136. Beeber S.L, Davis Holditch D, Perreira K, Schwartz T, Lewis V, Blanchard H, Canuso R, Goldman B.D, Short-Term In-Home Intervention Reduces Depressive Symptoms in Early Head Start Latina Mothers of Infants and Toddlers, *Res Nurs Health*. 2010 Feb;33(1):60-76.
137. Işık N.H, Bilgili N, Postnatal Depression: Midwives' and Nurses' Knowledge and Practices, *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2010;32(4):265-274
138. Tezel A, Gözüm S Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; (2005) 62–68.
139. Koçak D, Büyükkayacı Duman N, Postpartum depresyon ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi* 2016 sayı: 9
140. Bingöl TY, Tel H Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek Ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; (2007) 10 (3) :1-6.
141. Seven M, Akyüz A, Postpartum Depresyon Gelişiminde Etkisi Az Bilinen Bir Faktör: İnfertilite, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2013;10 (3): 7-11
142. Brodribb W, Hawley G, Mitchell B, Mathews A, Zakarija-Grkovis I, Face-To-Face Health Professional Contact For Postpartum Women: A Systematic Review, *Women Birth*, 2019 Dec 16.
143. Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., Aleksic B., Ishikawa N, Furumura K., Ozaki, N.. Effects Of Maternal Depressive Symptomatology During Pregnancy And The Postpartum Period On İnfant-Mother Attachment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (2014)68(8), 631–639.
144. Yavuzaslan R, Prematüre Bebeklere Uygulanan Kanguru Bakımı İle Anne Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 2019, Şanlıurfa
145. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The Effects Of Preterm Birth On Mother–İnfant İnteraction And Attachment During The İnfant's First Two Years. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2012, 91: 164-173.

146. Kohlhoff, J., Eapen, V., Dadds, M., Khan, F., Silove, D., & Barnett, B. Oxytocin In The Postnatal Period: Associations With Attachment And Maternal Caregiving. *Comprehensive Psychiatry*. (2017). 6, 56-68.
147. Şen S, Anneanne-Anne-Bebek Bağlanması'nın İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2007 İzmir
148. Topan A, Demirel S, Alkan I, Ayyıldız T, Doğru S, Evaluation of Newborn Mothers' Status of Bonding to the Baby, Experiencing Depression, and Associated Factors, *Bakırköy Tıp Dergisi* 2019;15:160-9
149. Güler N, Emzirme Başarısı ve Öz Yeterliliği ile Maternal Bağlanma Arasındaki İlişki, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep:2018
150. Öztürk R, Saruhan A. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: 2010.
151. Keskin F. Doğum Şekli Ve Maternal Bağlanmaya Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2018.
152. Alan H, Ege E. Influence Of Social Support on Maternal-Infant Attachment In Turkish Society. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 16, 4.
153. Doğan G, Kızıltan G, Annelerin Postpartum Depresyon Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019, 4(2), 105-121
154. Koçyiğit N, Prematüre Bebeği Olan Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ekim, 2018
155. Koçak D, Özcan H, Postnatal maternal bağlanma: Retrospektif bir çalışma, *Perinatoloji Dergisi* 2018;26(2):78-86
156. Akyüz Y, Doğum Yapan Kadınların Maternal Bağlanma ve Emzirme Öz-Yeterliliği İlişkisi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul:2017
157. Karabulut İ, Doğum Sonu Birinci Ve Dördüncü Aylarda Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2013;18-19
158. Yılmaz S, Beji N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Derg.* 2010 20(3):99-108.
159. Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İ, Çelikel F, Sezer G. Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Doğum Sonrası Etkenlerin Annenin Bağlanması ile İlişkisi *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16:442-450.
160. Mehran, P., Simbar, M., Shams, J., Ramezani-Tehrani, F., Nasiri, N. History of perinatal loss and maternal-fetal attachment behaviors. *Women and Birth*, (2013). 26 (3), 182-189.
161. Huttu, M. H, Armstrong, D, S., Myers, J. Healthcare Utilization In The Pregnancy Following A Perinatal Loss. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, (2011). 36 (2), 104-111.
162. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018;115-116
163. Kokanalı D, Ayhan S, Devran A, Kokanalı M, Taşçı Y, Sezaryen Doğumun Postpartum Depresyona Ve Maternal Bağlanmaya Etkisi, *Journal of Contemporary Medicine* 2018;0(0):148-152
164. Zavardehi, Z.P., Faramarzi, M., Mirzaeian, B. Quality of Mother-Infant Attachment after Physiological Birth. *International Journal of Pediatrics*. 2018; 6(7), 55. 7929-7936.
165. Barone L, Lionetti F, Dellagiulia A. Maternal Fetal Attachment And Its Correlates In A Sample Of Italian Women: A Study Using The Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2014; 32(3): 230-239.
166. Özkars N.B, Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017
167. Evcili, F., Yurtsal, B., Cesur, B., Kaya, N. Yenidoğana Uygulanan Ağırlı İşlemlerin Ebeveyn-Bebek Bağlanmasına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2017). 6 (1), 65-71.
168. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum Psychiatric Disorders: Early Diagnosis And Management. *Indian J Psychiatry* 2015; 57: 216-21.
169. Fallon V, Halford JCG, Bennett KM, Harrold JA. The Postpartum Specific Anxiety Scale: Development And Pre- Liminary Validation. *Arch Women's Ment Health* 2016; 19: 1079-90.
170. Sampson M, Villarreal Y, Padilla Y. Association between support and maternal stress at one year postpartum: Does type matter? *Social Work Res* 2015; 39: 49-60.
171. Afsaneh A, Leila V, Valid Z, Easa M, Mothers' Strategies in handling the prematurely born infant: a qualitative study. *J Caring Sci* 2015;4(1):13-24.

172. Segre LS, McCabe JE, Chuffo-Siewer R, O'Hara MW, Depression And Anxiety Symptoms İn Mothers Of Newboens Hospitalized On The Neonatal İntensive Care Unit. *Nurs Res* 2014;63(5):320-32.
173. Xiong R, Deng A, Incidence And Risk Factors Associated With Postpartum Depression Among Women Of Advanced Maternal Age From Guangzhou, China, *Perspect Psychiatr Care*. 2019;1-5.
174. Güneş N, Çavuşoğlu H, Effects Of A Home Follow-Up Program İn Turkey For Urban Mothers Of Premature Babies, *Public Health Nurs*. 2019;00:1–9.
175. Bener A, Psychological Distress Among Postpartum Mothers Of Preterm İnfants And Associated Factors: A Neglected Public Health Problem, *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013;35:231–236
176. Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilstza, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. Antenatal Risk Factors For Postnatal Depression: A Large Prospective Study. *Journal of Affective Disorders*, . (2008). 108(1-2), 147-57.
177. Badr, H.A., Zauszniewskic, J.A. Kangaroo Care And Postpartum Depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*, 2017; 4(2), 179-183.
178. Hernandez A, Hernandez D, Falconi C, Zarate C, Fresan A, Rosales G, Rojop I, Narvaez M, Castro T, Chan Y, Prevalence and Associated Factors to Depression and Anxiety in Women with Premature Babies Hospitalized in a Neonatal Intensive-Care Unit in a Mexican Population, *Journal of Pediatric Nursing* 45 (2019) e53–e56
179. Şahin E., Seven M. Depressive Symptoms During Pregnancy And Postpartum: A Prospective Cohort Study, *Perspect Psychiatr Care*. (2019). 55:430-437.
180. Karadeniz C, Göçmen ve Türk Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2018*
181. Delavari M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. The Relationship Of Maternal-Fetal Attachment And Postpartum Depression: A Longitudinal Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32 (2):263-267.
182. Muraca GM, Joseph, KS The Association Between Maternal Age And Depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, (2014). 36, 803-810.
183. Coşkun TD, Aydın S, Çatak B, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Postpartum Depresyonu Etkiliyor Mu? *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, cilt 15 sayı 5
184. Topatan S, Demirci N, Frequency Of Depression And Risk Factors Among Adolescent Mothers İn Turkey Within The First Year Of The Postnatal Period, *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology* (2019) 1-6
185. Şahin Ö, Kadınlarda Postpartum Depresyon Seviyesinin Doğum Sonrası Cinsel Haz ve Doyuma Olan Etkisi, *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018*
186. Kolukıncık Ü, Postpartum Depresyon Belirtisini Etkileyen Etmenler ve Postpartum Depresyon Belirtisinin Emzirme İle İlişkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2016*
187. Sayın AA, Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler, *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya, 2016*
188. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008: 7(5);
189. Hamdan, A., & Tamim, H. Psychosocial Risk And Protective Factors For Postpartum Depression İn The United Arab Emirates. *Issues İn Mental Health Nursing*, (2011). 14(7), 125–133
190. Lazarus, K., Rossouw, P. Mother's Expectations Of Parenthood: The İmpact Of Prenatal Expectations On Self- Esteem, Depression, Anxiety And Stress Post Birth. *International Journal of Neuropsychotherapy*, (2015). 3(2), 102–123.
191. Staneva, A., Wittkowski, A. Exploring Beliefs And Expectations About Motherhood İn Bulgarian Mothers: A Qualitative Study. *Midwifery*, (2013). 29(3), 260– 267.
192. Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. Changes İn Maternal Self-Efficacy, Postnatal Depression Symptoms And Social Support Among Chinese Primiparous Women During The İnitial Postpartum Period: A longitudinal study. *Midwifery* 2018; 62(April 2017), 151–160.

193. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Association of Delivery Type with Postpartum Depression, Perceived Social Support and Maternal Attachment, *Düşünen Adam: Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014;27:15-20
194. Houston, K. A., Kaimal, A. J., Nakagawa, S., Gregorich, S. E., Yee, L. M., & Kuppermann, M. (2014). Mode Of Delivery And Postpartum Depression: The Role Of Patient Preferences. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 211, e1–e7.
195. Chen HH, Lai JCY, Hwang SJ, Huang N, Chou YJ, Chien LY. Understanding The Relationship Between Cesarean Birth And Stress, Anxiety, And Depression After Childbirth: A Nationwide Cohort Study. *Birth*. 2017;44(4):369-376.
196. Gunning M, Conroy S, Valoriani V, Figueiredo B, Kammerer M, Muzik M, et al. Measurement Of Mother-Infant Interactions And The Home Environment In A European Setting: Preliminary Results From A Cross-Cultural Study. *Br J Psychiatry* 2004; 184s: s38–s44.
197. Snellen M, Mack K, Trauer T. Schizophrenia, Mental State And Mother-Infant Interaction: Examining The Relationship. *Aust NZ J Psychiatry* 1999; 33: 902– 911
198. Alhusen JL, Gross D, Hayat MJ, Rose L, Sharps P. The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2012; 41(6): e71–e81.
199. Goecke T.W, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann M.W ve Beetz A. The Association Of Prenatal Attachment And Perinatal Factors With Pre-And Postpartum Depression In First-Time Mothers. *Archives of gynecology and obstetrics* (2012).286 (2), 309-316.
200. Mochler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C ve Resch F. Maternal Depressive Symptoms In The Prenatal Period Are Associated With Long-Term Impairment Of Mother-Child Bonding. *Archives of women's mental health*, (2006) 9 (5), 273-278.

EKLER

Ek-1. Anne-Bebek Veri Toplama Formu

Ek-2. Maternal Bağlanma leği

Ek-3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon leği

Ek-4. Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Belgesi

Ek-5. Kurum İzin Belgesi

Ek-6. Maternal Bağlanma leği Kullanım İzni

Ek-7. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon leği Kullanım İzni

Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur formu

EK-1. Anne-Bebek Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı,

Anket No:

Bu anket durumunuzu belirlemek ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda sizlere bilgi vermek amacıyla yapılmaktadır. Paylaştığımız bilgiler gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz daha sonra size sağlık durumunuzla ilgili geri dönüş yapabilmemiz için gerekli olacaktır. Başka hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Vereceğiniz samimi cevaplar için teşekkür ederiz.

Anne-Bebek Tanıtıcı Özellikleri

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz?

- a. Okur-yazar değil b. Okur yazar c. İlkokul d. Ortaokul
e. Lise f. Üniversite g. Yüksek lisans /Doktora

3. Çalışma durumunuz?

- a. Devlet memuru b. İşçi c. Emekli d. Özel sektör çalışanı
e. Ev hanımı f. İşsiz g. Diğer (Belirtiniz:.....)

4. Sosyal güvenceniz?

- a. Yeşil kart b. Bağkur c. SSK d. Emekli sandığı
e. Özel sigorta f. Sosyal güvencem yok

5. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

- a. Gelir giderden az
b. Gelir gidere denk

c. Gelir giderden fazla

6. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Parçalanmış Aile d) Diğer.....

7. En uzun süre yaşadığınız yer?

- a. Köy b. İlçe/Kasaba c. Şehir d. Büyük Şehir e. Yurt dışı

8. Ne kadar süredir evlisiniz?.....

9. Eşinizin eğitim durumu?

- a. Okur-yazar değil b. Okur yazar c. İlkokul d. Ortaokul
e. Lise f. Üniversite g. Yüksek lisans /Doktora

10. Eşinizin çalışma durumu?

- a. Devlet memuru b. İşçi c. Emekli d. Özel sektör çalışanı
e. İşsiz f. Diğer (Belirtiniz:.....)

11. Kaç gebelik yaşadınız?.....

12. Bu sizin kaçınıcı canlı doğumunuz?

- a. Birinci b. İkinci c. Üçüncü d. Diğer (Belirtiniz:.....)

13. Başka çocuğunuz var mı?

- a) Evet (.....) b) Hayır

14. Evet ise bir önceki çocuğunuz kaç yaşında?.....

15. Gebeliğiniz istemli bir gebelik miydi?

- a) Evet, istemli gebelikti
- b) Hayır, istemli bir gebelik değildi

16. Gebeliğiniz süresince herhangi bir problem yaşadınız mı?

- a) Evet (Belirtiniz:.....)
- b) Hayır

17. Doğum şekliniz?

- a) Normal Doğum
- b) Sezaryen
- c) Epidural sezaryen
- d) Epidural Normal Doğum
- e) Müdahaleli Doğum

18. Doğumunuzda herhangi bir problem yaşadınız mı?

- a) Evet (Belirtiniz:.....)
- b) Hayır

19. Bebeğinizin cinsiyeti?

- a) Kız
- b) Erkek

20. Bebeğiniz şu anda kaç günlük?

21. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?.....

22. Bebeğiniz kaç kg ağırlığında doğdu?.....

23. Bebeğiniz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kaç gün tedavi gördü?.....

EK-2. Maternal Bağlanma Ölçeği

Aşağıdaki yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duygularını tanımlamaktadır. Lütfen her maddede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkla hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
1. Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum.				
2. Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum.				
3. Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum.				
4. Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum.				
5. Sadece bebeğimi görmek bile beni mutlu ediyor.				
6. Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu düşünüyorum.				
7. Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum.				
8. Bu bebek benim olduğu için çok memnunum.				
9. Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum.				
10. Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum.				
11. Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum.				
12. Bebeğimi uyurken seyrediyorum.				
13. Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum.				
14. Başkalarına bebeğimi anlatıyorum.				
15. Bebeğimin gönlünü almak zevklidir.				
16. Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum.				
17. Bebeğimle gurur duyuyorum.				
18. Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum.				
19. Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu.				
20. Bebeğimin karakterini biliyorum.				
21. Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum.				
22. Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum.				
23. Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum.				
24. Bebeğime özel ilgi gösteriyorum.				
25. Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum.				
26. Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum.				

EK-3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

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

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman


9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

EK-4. Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Belgesi



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU



TOPLANTI TARİHİ : 08 OCAK 2019 SALI
TOPLANTI NO : 2019/01
PROJE/ KARAR NO : 18/354 (Değerlendirilme Tarihi: 08.01.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ'in sorumlu araştırmacı, Rahime AKSOY BULGURCU'nun yardımcı araştırmacı olduğu, 18/354 kayıt numaralı, **"Preterm ve Term Doğum Yapan Kadınlarda Anne-Bebek Bağlılığının ve Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesi"** başlıklı yüksek lisans tezi önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

<p>BAŞKAN</p> <p>Ahmet COŞAR Prof. Dr.</p>	<p>ÜYE</p> <p>Alper GOZÜBÜYÜK Prof. Dr.</p>	<p>ÜYE</p> <p>Ayhan KILIÇ Prof. Dr.</p>
<p>ÜYE</p> <p>Levent KENAR Prof. Dr.</p>	<p>ÜYE</p> <p>Ömer Cumhuri AYDIN Prof. Dr.</p>	<p>ÜYE</p> <p>Cemal Nuri ERÇİN Prof. Dr.</p>
<p>ÜYE</p> <p>Kazım Emre KARAŞAHİN Prof. Dr.</p>	<p>ÜYE</p> <p>Yusuf ZCİ Prof. Dr.</p>	<p>ÜYE</p> <p>Murat ÇELİK Doç. Dr.</p>
<p>ÜYE</p> <p>Ali Kağan COŞKUN Doç. Dr.</p>	<p>ÜYE</p> <p>Ceyhan ALTUN Doç. Dr.</p>	<p>ÜYE</p> <p>Dişek YILDIZ Doç. Dr.</p>
		<p>ÜYE</p> <p>KATILMADI Gülten GÜVENÇ Doç. Dr.</p>

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara
Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-5.Kurum İzin Belgesi

	T.C ESKİŞEHİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ESKİŞEHİR İSİM İDARİ HİZMETLER BİRİMİ 11/03/2019 10:42 - 28345694 - 604.02 - E 14  00089106604
Sayı : 28345694-604.02		
Konu : Bilimsel Araştırma İzni/Rahime AKSOY BULGURCU		
ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ'NE		
İlgi : 25/01/2019 tarihli ve 22205031-799-38 sayılı yazı		
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi'nden. Rahime AKSOY BULGURCU'nun "Preterm ve Term Doğum Yapan Kadınlarda Anne-Bebek Bağlılığının ve Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesi" konulu araştırmasının talebi Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonunca değerlendirilmiş ve yapılması uygun görülmüştür.		
Bilgi ve Gereğini rica ederim.		
e-imzalıdır. Dr. Seydi Ahmet GÜLLÜ İl Sağlık Müdürü a. Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı		
EKLER:		
1- Komisyon Kararı		
2- Protokol		
Kırmızı Toprak Mahallesi Atatürk Caddesi No:59 (Yunus Emre Devlet Hastanesi İki Eylül Binası) 26000 Odunpazarı /Eskişehir Telefon: Faks No: 02223351540 e-Posta: Murat.Pekozcan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Bilgi için: M. PEKÖZCAN Tel: 02223351510		Bilgi için: Murat PEKÖZCAN Mühendis Telefon No: 02223201012-1010

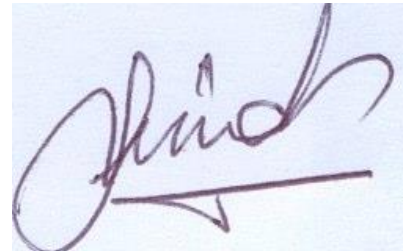
EK-6. Maternal Bağlanma leği Kullanım İzni

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

Maternal Bağlanma leği **en az postpartum bir aylık bebeği** olan annelere uygulanır. Gebelere ve postpartum bir aydan önce uygulanmaz. Aşağıda ölçeğin güvenilirliğine yönelik olarak cronbach alfa değerleri verilmiştir. Lütfen alışmanızda belirtilen koşullara dikkat ederek uygulayınız.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Oya Kavlak



Ek-7. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek İzni > Gelen Kutusu x

rahime aksoy <raciaksoy@gmail.com> 4 Ara 2018 Sal 20:01 ☆ ↶

Alıcı: nengindeniz ▾

Sayın Nur ENGİNDENİZ Hocam;
Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği ABD 'de yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezim olarak " Preterm ve Term Doğum Yapan Kadınlarda Anne-Bebek Bağlılığının ve Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesi" adlı bir çalışma planlamaktayım. Araştırmamda sizin geçerlik ve güvenilirliği yapmış olduğunuz "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği"ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür ederim. İyi çalışmalar.

Yük. Lis. Öğr. Rahime AKSOY BULGURCU

Nur Engindeniz <nengindeniz@hotmail.com> 5 Ara 2018 Çar 13:29 ☆ ↶

Alıcı: ben ▾

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur.
Kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla
Dr.Nur Engindeniz
> 4 Ara 2018 tarihinde 19:01 saatinde, rahime aksoy <raciaksoy@gmail.com> şunları yazdı:

...

EK-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ “GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR” İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **Preterm Ve Term Doğum Yapan Kadınlarda Anne-Bebek Bağlılığının Ve Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesi**

Sorumlu Araştırmacının Adı: Gülten GÜVENÇ

Diğer Araştırmacıların Adı: Rahime AKSOY BULGURCU

“**Preterm Ve Term Doğum Yapan Kadınlarda Anne-Bebek Bağlılığının Ve Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesi**” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni doğumsonrası dönemde olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında, Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmada bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan preterm doğum yapan kadınlar ve sağlıklı term doğum yapan kadınlarda maternal bağlanma ve postpartum depresyonu değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu çalışma sayesinde hemşireler, YYBÜ’nde tedavi gören preterm ve sağlıklı term yenidoğan annelerinde doğum sonu depresyon ve maternal bağlanma bozukluklarına ilişkin yaşanan problemleri erken dönemde belirleyerek, maternal bağlanma problemi ve depresyon yaşayabilecek kişilere terapötik yaklaşımlar ve gerekli müdahalelerde bulunabilecek, çocuklarda ileriki dönemlerde gelişebilecek olan problemlerin en aza indirilmesine yardımcı olabilecek ve güvenli bağlanma stiline katkıda bulunabileceklerdir. Siz de dahil olmak üzere araştırmaya gönüllü bireyler katılmaktadır. Araştırma tek merkezli bir çalışma olarak Eskişehir Şehir Hastanesi, Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’nde yürütülmektedir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Altı ay boyunca sürmesi planlanan araştırmaya katılmayı kabul eder iseniz sizden “Anne-Bebek Veri Formu”, “Maternal Bağlanma Ölçeği” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” formlarını doldurmanız istenecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmanın herhangi bir riski yoktur.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Çalışmaya katılarak ülkemizde preterm ve term doğum yapan kadınlarda anne-bebek bağlılığının ve postpartum depresyona yönelik veriler toplayarak bu konuda size daha iyi yardımcı olabilecek, eğitim ve danışmanlık yapacağız. Ayrıca literatüre katkıda bulunmak ve ileriki aşamalarda yapılabilecek çalışmalara yön verebilecek bilgileri toplamak hedeflerine hizmet etmiş olacaksınız.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Rahime AKSOY BULGURCU
GÖREVİ : Hemşire
TELEFON : 05333370688

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Tıbbi Onkoloji Kliniğinde, Hemşire Rahime Aksoy Bulgurcu tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı

ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, hemşire Rahime Aksoy Bulgurecu’yu Tıbbi Onkoloji Kliniği 02226114000-45008’ten arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hemşire

Adı soyadı, unvanı : Hemşire Rahime AKSOY BULGURCU

Adres : Eskişehir Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

Tel : 05333370688

İmza:

Tarih:



ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Rahime AKSOY BULGURCU

Doğum yeri ve tarihi: Eskişehir- 13.03.1989

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: Eskişehir Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

Tel :053333370688

E-mail: raciaksoy@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2007-2011 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu

2003-2007 Yunusemre Yabancı dil Ağırlıklı Lise

2000-2003 Sami Sipahi İlköğretim Okulu

1996-2000 Mareşal Fevzi Çakmak İlköğretim Okulu

III- Ünvanları

Hemşire

IV-Mesleki Deneyimi

2011-2012 Gülhane Askeri Tıp Akademisi

2012-2015 Van Asker Hastanesi

2015-2016 Gülhane Askeri Tıp Akademisi

2016-2018 Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2018-... Eskişehir Şehir Hastanesi