



**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
DİSİPLİNLER ARASI AİLE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI  
AİLE DANIŞMANLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DOĞUM SONU DEPRESYON DANIŞMANLIĞINDA ANNE-BEBEK  
BAĞLANMASINI GÜÇLENDİREN VE ANNENİN KENDİNİ TOPARLAMA  
GÜCÜNÜ ARTIRAN UYGULAMALAR**

**Fatoş GÜL**

**Yüksek Lisans**

**KONYA  
Ekim, 2022**

DOĞUM SONU DEPRESYON DANIŞMANLIĞINDA ANNE-BEBEK  
BAĞLANMASINI GÜÇLENDİREN VE ANNENİN KENDİNİ TOPARLAMA  
GÜCÜNÜ ARTIRAN UYGULAMALAR

Fatoş GÜL

KTO Karatay Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı  
Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hatice YALÇIN

Konya  
Ekim 2022

## BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.<sup>1</sup>

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir.<sup>2</sup>

Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.<sup>34</sup>

Ekim 2022

**Fatoş GÜL**

<sup>1</sup> MADDE 6(1) Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

<sup>2</sup> MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

<sup>3</sup> MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

<sup>4</sup> MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

## ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Hatice YALÇIN danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ekim 2022

---

**Fatoş GÜL**

*Aileme*

## TEŞEKKÜR

Hem hayata dair hem de akademik bilgilerini paylaşmaktan çekinmeyen, hiçbir durumda ve koşulda desteğini esirgemeyen, hep yanımda olan, hayatımın her alanında yanımda görmek istediğim, çok sevdiğim ve saygı duyduğum Sayın Doç. Dr. Hatice Yalçın'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Alan çalışmam esnasında yardım ve bilgilerini esirgemeyen ve bana kişisel olarak katkılarını hayatım boyunca her alanda kullanacağım Sayın Doç. Dr. Semra Kara'ya sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Yaptığım saha çalışmasına ön hazırlık evrelerinde, saha çalışması sırasında yüksek lisans bitirme tez çalışmam için yaptığım tüm çalışmalarda öz veri ile çalışma listemi yapan, bana destek olan klinik sorumlum Hemşire Demet Kargın'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu sürecimin başlamasında beni teşvik eden, yol gösteren yanımda olamasa da manevi desteğini esirgemeyen canım eşim Yunus Emre Gül'e sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Ekim 2022

Fatoş GÜL

## ÖZET

Fatoş GÜL

Doğum Sonu Depresyon Danışmanlığında Anne-Bebek Bağlanmasını Güçlendiren ve Annenin Kendini Toparlama Gücünü Artıran Uygulamalar  
Yüksek Lisans Tezi

Konya, 2022

Bu araştırmanın amacı; doğum sonu depresyon danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamaların incelenmesidir. Bu çalışmada ölçüt olarak canlı doğum yapmış 266; neonatal dönemde bulunan anneler ele alınmıştır. Etik kurul izinleri alınmasının ardından google form aracılığıyla veriler toplanmıştır. Verilerin elde edilmesinde Demografik Bilgi Formu, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne Bebek Bağlanma Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma grubundakilerin doğum sonu depresyon, anne bebek bağlanması ve kendini toparlama gücü ölçümleri arasında ilişki olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla, pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırma sonunda en kısa sürede emzirmeye başlanması, anne ile bebeğin aynı odada kalması, kanguru bakımı, anneye ve bebeğe masaj yapılması, yoga, meditasyon, sosyal destek uygulamaları gibi atravmatik uygulamaların, annenin kendini toparlama gücünü artırdığına ilişkin veriler elde edilmiştir. Araştırmanın sonunda doğum sonu depresyonu danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamalar konusu ele alınarak gebelik sonrası stres ve bağlanmada yaşanan zorluklardan kurtulmanın yollarında çözümler sunulmuştur.

### **Anahtar Kelimeler:**

Doğum sonu depresyon, anne bebek bağlanması, kendini toparlama gücü.

## **ABSTRACT**

Fatoş GÜL

Applications in Postpartum Depression Counseling Strengthening Mother-Infant Attachment and Increasing Mother's Self-Recovery Power  
Master's Thesis

Konya, 2022

The purpose of this research; The aim of this study is to examine the practices that strengthen mother-infant bonding and increase the mother's self-recovery power in postpartum depression counseling. In this study; Neonatal mothers who gave live births were investigated. Ethics committee permissions were obtained; Then the data was collected via google form. Demographic Information Form, Self-Recovery Scale, Edinburgh Postpartum Depression Scale, Mother-Infant Attachment Scale were used to obtain the data. Postpartum depression, mother-infant attachment and self-recovery measures of the study group were examined. In order to evaluate whether there is a relationship between these criteria, Pearson correlation analysis was performed. At the end of the research; It was recommended to start breastfeeding as soon as possible, to stay in the same room with the mother and the baby, to care for the kangaroo, to massage the mother and the baby, to practice yoga, meditation, and social support practices. These practices increase the mother's self-recovery power. At the end of the research; In postpartum depression counseling, practices that strengthen mother-infant bonding and increase the mother's self-recovery power are listed and solutions are presented.

### **Keywords**

Postpartum depression counseling, mother-infant attachment, self-recovery power

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
BİLDİRİM .....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	4
1.2. Araştırmanın Önemi .....	4
1.3. Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri.....	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları .....	5
2. KONUSU İLE İLGİLİ BİLGİLER .....	6
2.1. Tanımlar .....	6
2.2. Doğum Sonu Depresyon .....	8
2.3. Neonatal Dönem.....	8
2.4. Doğum Sonu Dönem.....	9
2.4.1. Doğum Sonu Dönemde Annedeki Değişiklikler .....	10
2.4.2. Doğum Sonu Dönemde Annede Oluşabilecek Psikolojik Değişiklikler .....	10
2.5. Güvenli Bağlanma .....	13
2.5.1. Güvenli Bağlanmanın Kapsamı .....	13
2.5.2. Anne-Bebek Bağlanmasının Kapsamı .....	14
2.5.3. Anne-Bebek Bağlanması ve Aile Danışmanlığı .....	17
2.6. Kendini Toparlama Gücü .....	21
2.6.1. Kendini Toparlama Gücü Kavramı .....	21
2.6.2. Kendini Toparlama Gücü İlkeleri .....	23
2.6.3. Kendini Toparlama Gücü ve Aile Danışmanlığı İlişkisi .....	26
2.6.4. Doğum Sonunda Annenin Kendini Toparlama Gücünü Artıran Uygulamalar .....	27

3. YÖNTEM.....	32
3.1. Evren ve Örneklem.....	33
3.2. Verilerin Elde Edilme Süreci .....	33
3.3. Veri Toplama Araçları.....	34
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
4. BULGULAR .....	37
5. TARTIŞMA .....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	55
KAYNAKLAR .....	58
EKLER .....	75
ÖZGEÇMİŞ .....	82

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri.....	37
Tablo 2. Annelerin anne bebek bağlanma ölçeğine ilişkin sonuçları.....	39
Tablo 3. Annelerin yaş değişkenine göre doğum sonu depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması .....	40
Tablo 4. Katılımcıların doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanları ile annenin eğitim düzeyi karşılaştırılması .....	41
Tablo 5. Doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanlarının bebeğin doğum şekline göre karşılaştırılması .....	42
Tablo 6. Katılımcıların doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanları ile annenin çocuk sayısının karşılaştırılması .....	43
Tablo 7. Katılımcıların doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanlarının annenin fizyolojik bir hastalığı bulunmasına göre karşılaştırılması .....	44
Tablo 8. Katılımcıların doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanlarının ailenin ekonomik durumuna göre karşılaştırılması .....	45
Tablo 9. Ölçekler ve alt boyutlarla korelasyon tablosu.....	46

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Doğum sonu depresyon (Preda, 2020).....	12
Şekil 2. Bağlanmanın oluşmasını etkileyen süreçler (Biller 1993).....	15
Şekil 3. Aile danışmanlığı tipleri .....	19
Şekil 4. Annenin kendini toparlama gücü (McLeish ve Redshaw, 2017).....	21
Şekil 5. Kendini toparlama ve psikolojik olarak sağlam olma modeli (Fletcher ve Hanton, 2003).....	24
Şekil 6. Verilerin elde edilme süreci .....	34

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>Kısaltma</b>	<b>Açıklama</b>
ABBÖ	Anne Bebek Bağlanma Ölçeği
ACOG	Amerikan Jinokologlar ve Obstetrisyenler Birliği
APA	American Psychology Association
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EDDÖ	Edinburg Doğumsonu Depresyon Ölçeği
KTGÖ	Kendini Toparlama Gücü Ölçeği
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

## 1. GİRİŞ

Aile danışmanlığı bilim alanında sıklıkla karşılaşılan depresyon kavramı, kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir (Curry, Krist & Owens, 2019). Dünyanın her ülkesinde aile danışmanlığı alanında çalışan profesyoneller, doğum ile başlayan ebeveynlik sürecinde annelerin yaşadıkları ruh sağlığı sorunlarıyla mücadele eden kadınlara hizmet sağlama fırsatıyla karşı karşıya kalmaktadır. Annelere ve dolayısıyla annenin gerginliğinden etkilenen tüm aileye, etkili bir şekilde danışmanlık yapabilmek için, doğum sonrası duygudurum bozukluklarını tanımak önemlidir (Dennis, Hodnett & Kenton, 2009).

Ebeveynliğe geçiş, annelerin ruh sağlığı için savunmasız bir dönemdir ve kadınların yaklaşık %9-21'i bu dönemde depresyon ve/veya anksiyete yaşamaktadır (McGlone, Hollins-Martin & Furber, 2016). Sosyal desteğe sahip değilirse, düşük gelire sahiplerse, istenmeyen bir gebelik varsa veya eşleriyle ilişkileri zayıfsa, kadınların duygusal sağlıkları daha fazla risk altındadır. (Prezza ve Pacilli, 2002)

Doğumu takip eden on gün içinde yeni annelerin %75'ini etkileyen ve ağlama, sinirlilik, yorgunluk, kaygı ve duygusal kararsızlıktan oluşan geçici duygudurum bozukluğu bebek ile anne bağlanmasını geciktirebilmektedir (Freeman, 2009) ve bazı durumlarda profesyonel destek sunulmadığında da kalıcı hale gelebilmektedir (Erdoğan ve Hocaoglu, 2020; Smith ve Cochrane, 2009).

Annelerin doğum sonrasında stresli, üzgün, endişeli, yalnız, yorgun veya ağlamaklı hissetme duygu durumu yaşaması yaygındır (Chandrasekaran vd., 2018). Anne bebek bağlanmasını etkileyen bu durum annenin kendini toparlamasını da zorlaştırabilir ve hem bebeğin hem de annenin bakımını etkileyebilir (Anokye vd., 2018). 7

Aile danışmanı, bebeğin aileye katılmasıyla birlikte oluşan değişimleri, bu süreci etkileyen faktörlerin her birini, anneyi ve aileyi etkileyen potansiyel risk faktörlerini, tanımlanabilir semptomları, doğum sonu süreçte aileye yararlı olabilecek mevcut en iyi uygulamaları ve doğum sonrası duygudurum bozukluklarının önlenmesini ve tedavisini anlaması çok önemlidir. Bu durumun anlaşılması, danışmanların aileye yeni katılan bebeğin oluşturduğu değişime, eşlere ve diğer aile bireylerine yardımcı olarak hizmetin sunulabilmesi için ihtiyaç duyulan temel bilgileri sağlayan bir çalışma planlanması, aile

danışmanlığı bilim alanına ve bu alanda çalışan profesyonellere önemli katkılar sağlayacaktır (Manber, Schnyer & Lyell, 2010; Wisner, Parry & Piontek, 2002).

Araştırmalar, gebelik sırasında depresyon veya anksiyete, stresli yaşam olayları, zayıf sosyal destek ve önceki depresyon öyküsü (Sit, Rothschild & Wisner, 2006); çocuk bakımı stresi, düşük benlik saygısı, annenin nevroitikliği ve zor bebek mizacı (Yawn, Olson, Bertram, Pace, Wollan & Dietrich, 2012) gibi bazı risk faktörlerinin doğum sonrası depresyonun güçlü belirleyicileri olduğunu göstermiştir.

Bunların yanısıra gebelik döneminde görülen bazı hastalıklar, olumsuz varsayımlar, istenmeyen gebelik, eş ile zayıf duygusal-sosyal ilişki olması ve düşük sosyoekonomik durumlar da doğum sonunda anne-bebek etkileşimini, dolayısıyla bebeğin güvenli bağlanmasını etkilemektedir. (Fitelson, Kim, Baker & Leight, 2010)

Doğum sonu depresyon, farklı kültürlerden birçok kadın için önemli bir sağlık sorunu olsa da, bu durum genellikle tanı konulmadan sürece bırakılmaktadır. Yakın zamanda doğum yapmış kadınlarda depresif belirtileri saptamak konusunda aile bireyleri genellikle bilgisizdir (Warfa, Harper, Nicolais & Bhui, 2014). Doğum sonu depresyon belirtileri anne-bebek bağlanmasını, eşiyile ve diğer aile bireyleriyle sosyal- duygusal etkileşim durumunu ve annenin kendini toparlama sürecini etkilediği için dikkatli bir değerlendirme aşamasından geçmesi gerekir (Freeman, 2009: 291).

Bir aile danışmanı duyarlı, bireye özgü, aynı zamanda hızlı, yorumlanması kolay, uygulamaya kolayca dahil edilen ve kültürel açıdan detaylı değerlendirme yapabilen etkili değerlendirme araçlarını bilmelidir. Anne-bebek bağlanması sürecini olumsuz etkileyebilecek ya da annenin kendini toparlamasını geciktirebilecek risk faktörlerine karşı kanıta dayalı etkin çözüm önerileri verebilmelidir (Erdoğan ve Hocaoglu, 2020; Roes ve Galea, 2016).

Manber, Schnyer ve Lyell (2010) tarafından aileye yeni katılan bebeğin etkilerine yönelik alternatif uygulamalar ve politika önerileri sunulmuş ve iyi tasarlanmış birkaç randomize kontrollü çalışma yapılarak kanıta dayalı programların doğum sonu süreçte aile danışmanlığında yaygın olarak uygulanabileceği vurgulanmıştır. Ancak günümüzde anne bebek bağlanmasının güçlendirilmesine ve annenin doğum sonu dönemde kendini kısa sürede toparlamasını güçlendirecek bazı aile danışmanlığı tekniklerinin geliştirilmesine yönelik araştırmaların yapılmasının önemi gittikçe artmaktadır. Roes ve Galea (2016)

doğumdan sonraki ilk üç ayda annelerde depresif atakların anlamlı derecede daha yaygın olduğunu ve psikiyatrik hastalığa karşı savunmasızlığın artmasının bir yıl veya daha fazla sürebileceğini belirtmişlerdir. Doğum sonu depresyonunu diğer psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan tanılardan ayırt etmek önemlidir (Manber, Schnyer & Lyell, 2010).

Tüm aile bireylerini ve yeni doğan bebeğin büyüme sürecinde tüm gelişim aşamalarını etkileyen anne-bebek bağlanması, kadınlarda doğum sonrası depresyon geliştirmesiyle ilişkilidir ve bu olumsuz durumun gelişmesinde tek bir neden yoktur. Çok sayıda faktörün belirlenmesi ve aile danışmanlarının olası riskleri değerlendirerek anneye, babaya ve aile dinamiklerini etkileyen diğer aile bireyelerine, doğru ve nitelikli bir yol gösterme sürecini gerçekleştirmesi gerekmektedir. Ayrıca tek bir önleyici ya da tedavi edici yöntemin tüm anneler ve aileler için etkili olması olası değildir (Smith ve Cochrane, 2009).

Johnson, Howell ve Molloy (1993) ebeveynlikte profesyonel olmayan müdahalelerle ilgili yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, asgari düzeyde eğitilmiş bir annenin aylık doğum sonrası ziyaretlerinin annelerin benlik saygısını iyileştirebileceğini göstermişlerdir. Cupples, Stewart, Percy, Hepper ve Halliday (2011), sosyal açıdan dezavantajlı bölgelerde ilk kez anne olacaklar için akran danışmanlığı konulu randomize çalışmalarında doğum sonu depresyon yaşayan annelere aile danışmanlığı kapsamında profesyonel destek vermişlerdir ve bir yıl sonunda annenin ruh sağlığı üzerinde hiçbir olumsuz etki kalmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Spiby ve diğer araştırmacılar (2015), eğitilmiş bir doula'nın (hamilelik ve doğum sırasında diğer kadınları destekleyen bir kadın) düzenli ziyaretlerinin, dezavantajlı durumdaki gebe kadınların ve yeni annelerin daha az izole, daha az mutsuz, doğumdan daha az korkmuş ve daha özgüvenli hissetmelerine yardımcı olabileceğine dair bazı kanıtlar sunmaktadırlar. Bu araştırma sonuçları, annenin kendini toparlama sürecinde profesyonel desteğin önemini ortaya koymaktadır.

Bu bilgiler ışığında aile danışmanlığı alanında hizmet veren profesyoneller için; zorlayıcı yaşam olayları arasında bir risk faktörü olarak değerlendirilen doğum sonu dönemde, annenin bebeğiyle bağlanma durumunu ve doğum sonu dönemde yaşadığı depresyon semptomlarında kendini toparlama konusunda destek sağlamanın önemi ortaya çıkmaktadır. Aile danışmanlığı alanında hizmet veren profesyonellerin bu faktörleri göz önünde bulundurması ve anne-bebek bağlanmasından kaynaklanan aile içi etkileşim

problemlerinde kaynağın çözümünün bebeğın aileye katılım sürecinden itibaren başladığını görerek, aileye uygun çözüm önerileri sunması gerekmektedir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın temel amacı; doğum sonu depresyon danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamaları incelemektir.

### **1.2. Araştırmanın Önemi**

Doğum sonu depresyonu danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamalar konusunda çözüm önerilerini sunan araştırmaların yetersiz sayıda olduğu görülmüştür. Bu alanda dünyada ve ülkemizde daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Doğum sonrası, bebekle ilk karşılaşmada anneler farklı duygular yaşayabilir. Bilinmeyen bir durum her bireyi korkutabildiği gibi bebeğın bakım ve eğitimi konusunda kaygı yaşayan annelerde doğum sonunda en fazla yaşanan duygulardan biri korkudur. Diğer aile üyeleriyle veya bir danışmanın yanında açıkça konuşmayabilirler ancak çoğu zaman kaygıları üst düzeydedir. Bu dönemde aile danışmanlığı hizmeti veren profesyonellerin empati yapabilmesi ve annenin demografik değişkenlerine göre psiko-eğitim vermesinin önemi büyüktür. Bu bilgiler ışığında doğum sonu depresyonu danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamalar konusu ele alma gebelik sonrası stres ve bağlanmada yaşanan zorluklardan kurtulmanın yollarında çözümler sunacaktır.

### **1.3. Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri**

Araştırma; Ankara ilindeki doğum ve çocuk hastanesinde doğum yapan, doğum sonu neonatal dönemde bulunan, canlı doğum yapmış ve sağlıklı bebeği bulunan anneler ile sınırlıdır.

#### **1.4. Araştırmanın Varsayımları**

- Katılımcıların anket sorularını doğru anlayıp, herhangi yanıltıcı unsur olmaksızın doğru biçimde yanıtladıkları,
- Örneklemin belirlenen grupları temsil gücünün yeterli olduğu,
- Kullanılan istatistiksel testlerin araştırmanın amacına ve sonuçların tespitine uygun olduğu araştırmanın temeli varsayılmıştır.

## 2. KONU İLE İLGİLİ BİLGİLER

### 2.1. Tanımlar

**Neonatal dönem:** Yenidoğan dönemi, bir çocuğun yaşamının ilk 4 haftasıdır. Değişimlerin çok hızlı olduğu bir dönemdir. Bu dönemde birçok kritik olay meydana gelebilir. Doğum sonrası komplikasyon riskinin en yüksek olduğu veya doğum kusurlarının veya doğuştan gelen durumların ilk tespit edilebileceği dönemdir. Besleme kalıplarının kurulması yanında ebeveynler ve bebek arasındaki bağın başladığı bir dönem olduğu için dikkatle izlenmesi gereken bir dönemdir (Shrestha vd., 2014).

**Doğum sonu depresyonu:** Bebeğin doğumunu takiben en az iki hafta süren ve bir ebeveynin günlük görevlerini yerine getirme becerisinde yetersizlikler oluşturan depresyon olarak tanımlanmaktadır. Annelerin yaklaşık %14'ü ve babaların %4'ü doğum sonrası depresyon yaşamaktadır (Kara Elitok vd., 2020). Bebek sahibi olmak fiziksel olarak yorucudur ve duygusal olarak da zor olabilir. Ebeveynlerin doğumdan hemen sonra endişeli, depresif ve üzgün hissetmeleri sık görülür. Belirtiler arasında bariz bir sebep olmadan ağlamak, yemek yemekte ve uyumada sorun yaşamak ve ebeveynlik becerilerini sorgulamak sayılabilir (Anokye vd., 2018).

**Doğum sonu danışmanlığı:** Doğum sonrası duygudurum bozuklukları durumunda annenin kendini toparlamaya teşvik eden, destekleyen, anneye problemlerini kendisinin belirleyip çözüm yollarını kendisinin bulmasını da sağlayan yaklaşımları içerir (Mearns vd., 2013; Sexton, 2002).

**Anne-bebek bağlanması:** Annelik bağı, anne ile bebeği arasındaki duygusal ve karşılıklı bir ilişkidir. Bowlby'nin bağlanma teorisi, erken dönem yakın anne-bebek ilişkileri ile ruh sağlığı ve kişilik desteği için psikososyal faktörler arasındaki, ayrıca işlevsel etkileşimler ile duygusal, bilişsel, sosyal ve diğer etkileşimler dahil olmak üzere temel nörobiyolojik süreçler arasındaki ilişkinin önemini yansıtır (Bowlby, 1986). Bir anne ve çocuğu arasındaki bağlanma, sosyoekonomik durum, aile geçmişi, destek sistemleri, kültürel faktörler ve son olarak doğum deneyimi dahil olmak üzere çok sayıda faktörden etkilenir. Bebek-ebeveyn ilişkisi, çocuğun yaşamı boyunca olumlu sosyal ve duygusal uyumunu kolaylaştırmada önemli bir rol oynamaktadır. Güvenli bağlanma, çocuğun zihinsel ve bedensel sağlığı için çok önemli bir faktördür (Fuchs vd., 2016).

Annelik bağı doğum öncesi dönemde gelişmeye başlar ve doğumdan hemen sonraki zamanı, yani anneliğin hassas evresini içerir. Anne ile çocuğun arasında güçlü bir bağın oluşmasında en önemli dönem olarak görülmektedir (Hasto vd., 2014). Anne ve bebeği arasındaki doğum sonrası bağlantısını güçlendiren ve aynı zamanda yeni doğanların hayata daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olan davranışsal mekanizmaların başlatılmasına yardımcı olur (Kirkpatrick & Hazan, 1994). Hem anneyi hem de yenidoğanı fizyolojik, psikolojik ve duygusal olarak doğrudan etkiler. Anne ve bebeği arasındaki güçlü bağ, olumlu sonuçlara yol açar ve yaşam boyu ilişkilerini etkiler (Pickard vd., 2011).

**Kendini toparlama gücü:** Kendini toparlama gücü yaşamsal durumları tolere etme, sosyal ortamlara veya bireylere uyum sağlama ya da yaşam krizlerinin üstesinden gelme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Fritz, de Graaff, Caisley, Van Harmelen & Wilkinson, 2018). Aynı zamanda kendini toparlama gücü önemli sıkıntılı durumlarda ya da riskli durumlarda bireylerin etkili bir şekilde başa çıkma becerisidir (Thompson, McBride, Hosford & Halaas, 2016). Bireyler, esas olarak, zorlukların üstesinden gelmeyi sağlayan koşullar yaratarak travmatik durumlar ile baş etmeye çabalarlar. Bu bağlamda, bireysel dayanıklılık bir başarı faktörüdür. Bireysel dayanıklılık, kişinin yaşamdaki sorunlarla başa çıkma, kendini bir travma sonrasında toparlama engellerin üstesinden gelme veya olumsuz durumların yarattığı baskıya direnme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013). Kendini toparlama gücü ifadesi zor ve olası zararlı durumlardan hızla kurtulma yeteneği ile ilişkilidir. Zorlayıcı duygusal ve sosyal durumların ardından bireyin dayanıklılığı, aynı zamanda psikolojik iyilik halini kaybetmeden akut stres, sıkıntı veya travma ile yüzleşmeye etkili bir şekilde uyum sağlama becerisiyle bağlantılıdır (Ayala ve Manzano, 2014). Bireyi zorlayan travmatik durumlardan sonra iyileşmenin temel özellikleri arasında, gelecekle ilgili umut ve iyimserlik, anlamlı etkinliklere katılım, olumlu bir kimlik, kişinin yaşamının kontrolü, destekleyici ilişkiler, başkalarına bağlılık, kendini güçlendirme ve damgalanma hissinin azalması yer almaktadır (Soundy, Roskell, Williams, Fox & Vancampfort, 2015). İyileşme kavramı, akıl hastalığından kurtulan insanlar için uluslararası, ulusal ve yerel ruh sağlığı politikası ve hizmetlerinin geliştirilmesinin altında yatan itici felsefe haline gelmiştir ve muhtemelen önümüzdeki on yıllar boyunca yol gösterici bir etki olmaya devam eder (Dazzi, Shafer & Lauriola, 2016).

## 2.2. Doğum Sonu Depresyon

Bir bebeğin doğumu, aile bireyleri arasında heyecan ve sevinçten korku ve endişeye kadar bir dizi güçlü duyguyu tetikleyebilir. Ama aynı zamanda depresyon semptomlarını içeren beklenmeyen bir durumla da sonuçlanabilir. Çoğu yeni anne, doğumdan sonra, genellikle ruh hali değişimleri, ağlama nöbetleri, kaygı ve uyku güçlüğünü içeren doğum sonrası "bebek hüznü" yaşar (Payne, 2007). Bu gergin ve tüm aile bireylerini de etkileyen hüznü durumu genellikle doğumdan sonraki ilk 2 ila 3 gün içinde başlar ve 2 haftaya kadar sürebilir. Bebeğin annesi değilmiş gibi, bebeğine bağlı hissetmeyebilir ya da bebeği sevmiyor ya da umursamıyor olabilir. Bu duygular hafif ya da şiddetli olabilir. Ancak bazı yeni anneler, doğum sonrası depresyon olarak bilinen daha şiddetli, uzun süreli bir depresyon biçimi yaşayabilir (Dennis vd., 2009). Nadiren doğum sonrası psikoz adı verilen aşırı bir duygudurum bozukluğu da doğumdan sonra gelişebilir ve yoğun bir psikiyatrik tedavi gerektirecek kadar ağır semptomlar oluşabilir. Doğum sonu depresyonu bir karakter kusuru ya da zayıflık değildir; sadece doğum yapmanın bir komplikasyonudur (Gibson vd., 2009).

## 2.3. Neonatal Dönem

Doğum sonu ilk bir aylık dönem neonatal dönem olarak adlandırılmaktadır (Engle, 2004). Yenidoğan dönemi, insan yaşamı boyunca meydana gelen en dramatik fizyolojik değişikliklerin yaşandığı dönemdir. Solunum ve kardiyovasküler sistemler doğumda hemen değişirken, diğer organ sistemleri intrauterin fizyolojiden yetişkin fizyolojisine geçiş tamamlanana kadar zamanla yavaş yavaş gelişir. Aynı zamanda annenin gebelik öncesinde fizyolojik özelliklerine geri dönmesi, anne olmanın getirdiği sorumluluklar ve roller, annenin bebekle kurduğu duygusal bağ, bebeğini kabullenmesi ve anne ile yaşayan bireylerin de yeni rollerine uyum sağlamaları açısından neonatal dönem çok önemlidir (Yalçın, 2010).

Neonatal dönemde annelerin kendisi ve bebeğinin bakımına yönelik bilgi eksikliği annede kaygıya neden olmakta (Wisner, Parry & Piontek, 2002), annelik rolünden memnuniyetini azaltabilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Trevanthen, 2011). Bu nedenle neonatal dönemde anne ve bebekte oluşan sosyal,

duygusal özelliklerin bilinmesi aile danışmanlığında çözüm önerileri sunabilmek açısından önemlidir.

Araştırmalarda bebeklerin emme gibi doğuştan gelen davranışlarını başlatmaları için en uygun zamanın, bebeklerin anneden gelen dokunsal ve koku ipuçlarına en duyarlı olduğu doğumdan sonraki ilk 2 saat olduğunu ifade etmektedirler (Bayyenat vd., 2014; Karimi vd., 2014; Mizuno vd., 2004; Porter & Winberg, 1999). Natal dönem bebek ve anne, hatta aile bireyleri için "hassas bir dönemi" temsil eder. Duyarlı dönem, organizma ile çevre arasında sonuçları uzun süreli olan belirli davranış alışverişlerinin gelişimi için gelişimsel kritik bir aşama olarak tanımlanır (Moore & Anderson, 2007). En yaygın olarak, hassas dönemler bebeklik döneminde ortaya çıkar ve amaçları organizmanın hayatta kalmasını ve uyum sağlama yeterliliğini arttırmaktır. (Cupples, Stewart, Percy, Hepper, Murphy & Halliday, 2011). Aileler bu konuda bilgisiz olduklarında hem annede hem bebekte sosyal ve duygusal problemler olabilir ve bu durum annenin kendini toparlamasında ve aynı zamanda bebek ile güvenli bağlanma açısından riskler oluşturabilir (Fitelson, Kim, Baker & Leight, 2010).

#### **2.4. Doğum Sonu Dönem**

Doğum sonu (postpartum) dönem literatürde belirtildiği üzere, doğum sonrası takiben altı ile sekiz haftalık bir zaman dilimi olarak bilinmektedir. Hatta 4. trimester olarak da tanımlanabilmektedir (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden & Olshansky, 2016). Bu süreç rahimin tekrar eski fizyolojik özelliklerine geri dönmesi ve annenin vücut sisteminin gebelik öncesi durumuna geri dönüşü için gereken süre olarak ifade edilebilir. Bununla birlikte kişilerin ebeveynlik rolü kazanmaları, kendilerini algılamaları, psikososyal uyum süreçleri ile karakterizedir ve bu geçiş dönemine alışılması genellikle 6 ila 8 haftadan uzun sürmektedir (Adhikari, Timilshina, Ojha, Gaire & Ghimire, 2016).

Doğum sonrası dönem, annenin hem duygusal hem de fiziksel olarak birçok değişiklik geçirmesini ve yeni bir anne olmanın gerektirdiği tüm değişiklikler ve ayarlamalarla nasıl başa çıkacağını öğrenmesini içerir. Doğum sonrası dönem aynı zamanda ebeveynlerin yeni doğan bebeklerine nasıl bakacaklarını ve değişen bir aile birimi olarak nasıl işlev göreceklerini öğrenmelerini de kapsayan bir dönemdir. Bir annenin gücünü yeniden inşa etmesi için kendine iyi bakması gerekir. İlk birkaç hafta bol bol dinlenmeye, iyi beslenmeye ve yardıma ihtiyacı olur (Shrestha vd., 2014). Yaşanan fizyolojik

değişimlerin yanında kadının annelik rolüne bağlı olarak üstlendiği yeni sorumluluklar, eş ve aile ilişkilerinin değişmesi gibi psikolojik ve sosyal etmenler nedeniyle aile de uyum sürecinin zorlaştığı görülmektedir. (Aslan, 2016).

#### 2.4.1. Doğum Sonu Dönemde Annedeki Değişiklikler

Gebelik döneminde fetüsün gelişimi ile birlikte anne bedeninde fizyolojik, sosyal, duygusal değişiklikler oluşmaktadır. Doğumdan bir ve dört ay sonra duygusal semptomlar uykusuzluk, kaygı, hızlı kalp atış hızı, yorgunluk, kilo kaybı ve sinirlilik veya doğumdan dört ve sekiz ay sonra da yorgunluk, kilo alımı, kabızlık, kuru cilt ve depresyon gibi semptomları içerebilir (Kurth vd., 2018). Bu aşamada anne öncelikle kendi ihtiyaçlarına yönelik olarak uyumaya ve yemeye odaklanır. Oldukça pasif ve bağımlı olabilir. Anne, doğum sırasında harcanan yoğun fiziksel çabaya ve duygusal çabaya tepki vermektedir. Anne genellikle bebekle temas başlatmaz. Bu ilgisizlikten değildir, kendi acil bağımlılığından kaynaklanabilir (Negron vd., 2018). Doğum sonu dönemde anne vücudundaki hormonal ve fizyolojik değişiklikler annenin sosyal yaşamını da etkilemektedir. (Xiaohuan ve ark., 2021).

#### 2.4.2. Doğum Sonu Dönemde Annede Oluşabilecek Psikolojik Değişiklikler

Doğum sonu dönemde annede oluşabilecek psikolojik değişikliklere temel olan bir ya da birden çok neden sıralanabilir. Bunlar fiziksel ve biyolojik nedenler, kadın sağlığı ve bebek sağlığı ile ilgili nedenler, sosyo- ekonomik ve diğer nedenler şeklinde belirtilebilir (Taşkın, 2016). Doğum sonu dönemde annelik hüznü, postpartum depresyon ve psikoz daha sık karşılaşılan ruhsal problemlerdendir fakat bunların dışındaki ruhsal problemlerle karşılaşmak da mümkündür (Doucet, Jones, Letourneau, Dennis & Blackmore, 2011).

*Annelik Hüznü:* Annelik hüznünü farklı şekillerde tanımlamak mümkündür. Amerikan Jinokologlar ve Obstetrisyenler Birliği (ACOG)'ne göre annelik hüznü doğum sonrası ilk günlerde annenin kendisini ağlamaklı, depresif, iştahsız, bebeğin bakımı konusunda endişeli hissetmesi olarak adlandırılmaktadır (O'Hara ve McCabe, 2013). Doğum sonu annelik hüznü; erken doğum sonu dönemde öngörülebilir ve hafif duygu durum bozukluğu şeklinde de ifade edilmektedir (Buttner, O'hara & Watson, 2012). Annelik hüznü yaşayan kadınlarda; gebelik sürecinde karşılaşılan kişisel ya da ilişkisel

problemler, duygu deęişimleri veya hormonal deęişiklikler olmaktadır (Maliszewska, Swiątkowska-Freund, Bidzan & Preis, 2016).

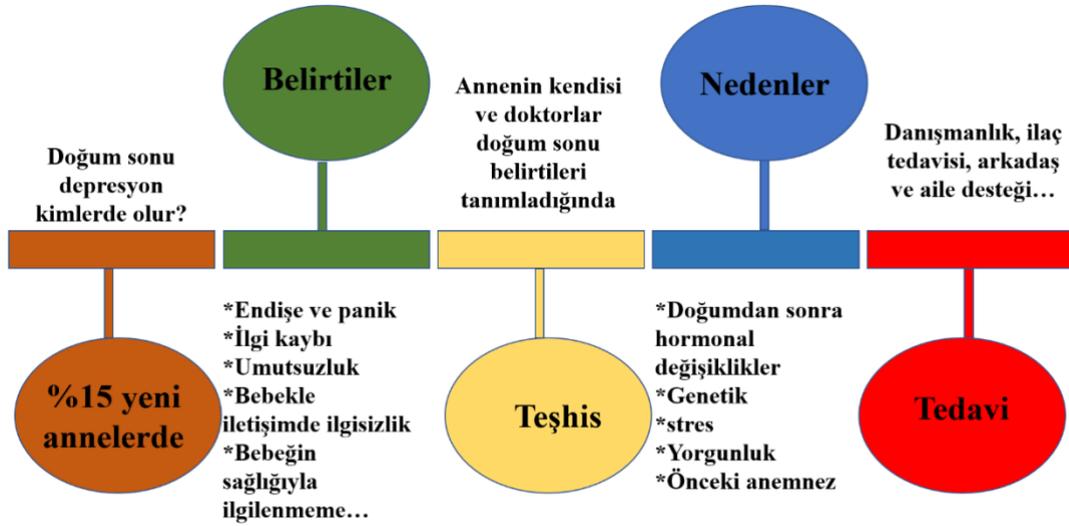
*Doğum Sonu Depresyon:* Doğum sonunda yaşanan depresyon “postpartum depresyon” olarak da adlandırılmaktadır (Taşkın, 2016). Doğumdan sonra annede depresyon görülmesi yaygındır ve küresel prevalansı %10-15 olarak bildirilmektedir (Kettunen, 2019). Gressier ve diğer araştırmacılar depresif annelerin çoğunun tekrarlayan depresyon yaşadığını, bu durumun yeni başlayan depresyondan daha semptomatik ve ciddi olduğunu, tekrarlayan depresyonda iştah artışı veya azalması, uyku bozukluğu ve intihar düşüncesinin yaygın olduğunu, somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, düşmanlık gibi semptomların yeni başlayan depresyona göre daha yüksek olduğunu belirtmektedirler. Leahy-Warren ve McCarthy (2007) yaptıkları araştırmada depresif ruh hali gösteren annelerde zevk ve ilgi azalması, psikomotor ajitasyon, enerji azalması, değersizlik duyguları ve konsantre olma yeteneğinin azalması obsesif-kompulsif semptomlar, anksiyete, fobik anksiyete semptomlarının yaygın olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla depresyon semptomlarının farkında olmak önemlidir, çünkü dikkat edilmediği takdirde annenin kendisi, bebek ve tüm aile için önemli sorunlara neden olabilmektedir. (Marcus and Flynn, 2008).

Doğum sonrası dönem birçok açıdan diğer yaşam durumlarından farklıdır. Annenin erken etkileşimlere dayanan kendi bağlanma stili normal şartlarda kolayca etkinleşir. Ancak hamilelik ve doğum sonrası iyileşme birçok fizyolojik değişikliğe neden olduğundan ve olası komplikasyonları olan hamilelik ve doğum, ocuk bakımı ve güncel yaşam olayları çeşitli stres türlerinin kaynakları olduğundan doğum sonunda annenin duygusal durumundaki dalgalanmalar depresyon semptomları oluşturabilir (Netsi vd., 2018). Annelerin psikososyal kaynakları yetersiz olabilir, sosyoekonomik durum güvencesiz olabilir, tedavi sistemi dahil olmak üzere destek ağları da benzer şekilde farklılık gösterir. Tüm bu altyapı ozellikleri doğumdan sonra depresyon belirtilerini tetikleyebilir (Schiller vd., 2015).

Risk faktörlerine bakıldığında uluslararası çalışmalar birden çok risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Ergenlik, planlanmamış ya da istenmeyen gebelik, gebelik sırasında anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülmesi, eşin yetersiz desteği, kadının eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum, stresli yaşam olayları, ailede veya annede majör

depresyon öyküsü, kronik hastalık, madde bağımlılığı, çoğul gebelik, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalmış olma ve/veya bebekte teşhis edilen ciddi bir sağlık sorunu veya doğum sonu bebeğin kaybı bunlardan bazılarıdır (Kothari vd., 2016).

Doğum sonu depresyon sıklıkla ilk ve yeni doğum yapmış annelerde görülmektedir. Genellikle endişe ve panik, ilgi kaybı, umutsuzluk, bebekle iletişimde ilgisizlik, bebeğin sağlığıyla ilgilenmeme gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. En sık nedenler doğumdan sonra hormonal değişiklikler, genetik, stres, yorgunluk, önceki yıllardaki yaşantısıyla ilgili alınan anemnezde de depresyon belirtilerinin bulunmasıdır. Tedavisinde genellikle danışmanlık, ilaç tedavisi, arkadaş ve aile desteği önerilmektedir. Konuyu özetleyen bilgiler Şekil 2.1’de verilmiştir.



Şekil 1. Doğum sonu depresyon (Preda, 2020)

Doğum sonu depresyonu için semptomlar yaşamın diğer zamanlarındaki depresyon semptomlarına benzemektedir. Ancak uyku bozukluğu, iştah değişikliği, zayıf konsantrasyon gibi doğum sonu depresyonu semptomları depresyona ek olarak görülebilmektedir (Hakala, Kaakinen, Kariainen, Bloigu, Hannula & Elo, 2020). Aynı zamanda doğum sonu depresyon yaşayan kadınlar, yenidoğana bakamadıkları için suçluluk duyma düşüncesi yaşayabilmektedir (Alan, 2011).

## 2.5. Güvenli Bağlanma

### 2.5.1. Güvenli Bağlanmanın Kapsamı

Bağlanma, bebek ve birincil bakıcı ile aradaki duygusal ilişkidir. Bebeğin beyninin kendini organize etme biçiminde ve çocuğun sosyal, duygusal, entelektüel ve fiziksel olarak nasıl geliştiğinde kilit bir faktördür. Doğum, anne ile bebeğin dokuz aylık birlikteliklerindeki ilk ayrılık olarak değerlendirilmektedir. Böylece intrauterin yaşam için biyolojik gereksinimlerin karşılandığı kan alışverişi de sona ermektedir (Salehi ve Kohan, 2017).

Güvenli bir bağlanma bağı, anne ve bebeği bir araya getiren ve bebeğin sinir sisteminin optimal gelişimini deneyimleyecek kadar güvende ve sakin hissetmesini sağlayan sözsüz duygusal alışverişten kaynaklanmaktadır. Güvenli bağlanma, bebeğe yaşam için en iyi temel olan öğrenme isteği, sağlıklı bir öz farkındalık, güven ve başkalarını düşünme gibi önemli özellikleri sağlamaktadır (Dodson, 1995).

Bağlanma konusunda annenin çalışması ve çocuğu ile geçirdiği zaman arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların (Ahnert ve Lamb, 2003; Balkaya, 2002); vardıkları sonuç, genel olarak annelerin çalışarak geçirdiği süreyi, çalışmadıkları zamanlarda çocuklarıyla daha etkili bir şekilde zaman geçirerek telafi ettiği doğrultusundadır. Güvenli bir bağlanma bağı, anne ve bebeği bir araya getiren ve bebeğin sinir sisteminin optimal gelişimini deneyimleyecek kadar güvende ve sakin hissetmesini sağlayan sözsüz duygusal alışverişten kaynaklanmaktadır (Bowlby, 1986). Güvenli bağlanan çocuk, annesi yanındayken odayı özgürce keşfeder. Annesi gittiğinde üzülebilir ve annesi yokken daha az araştırır. Ama döndüğünde mutludur. Ağladığında annesine yaklaşır ve onu sınıksız tutar. Korku, şaşkınlık veya acı anlarında ilk ulaşacağı kişi annesi olması durumunda bebeğin güvenli bağlanma gerçekleştirdiği söylenebilir. Rahatsız edici zamanlarda çocuğa defalarca rahatlık sağlandıysa, tutarlı ve güven verici davranıldıysa, bebek ve anne arasında güvenin temeli sağlanmıştır (Kirkpatrick ve Hazan, 1994). Güvenli bağlanma özellikleri yetişkinlik yaşamında da bireyin sosyal ve duygusal yaşamını etkiler çünkü güvenli bağlanan insanlar mükemmel bir ilişki veya mükemmel bir ortak aramazlar, insanları kusurları ve tuhaflıklarına rağmen olduğu gibi kabul edebilirler (Enlow vd., 2014)

### 2.5.2. Anne Bebek Bağlanmasının Kapsamı

Yenidoğan dönemi ebeveyn-bebek ilişkisi için önemli bir geçiş sürecidir. Yenidoğanlar bakışlarını, jestlerini, seslendirmelerini ve duygusal ifadelerini kullanarak sosyal olarak etkileşime girmeye yatkındırlar (Trevarthen, 2011: 119). Olumlu anne ve bebek etkileşimi, bu sinyallere duyarlı bir şekilde yanıt verme yeteneğine bağlıdır (Biringen vd., 2014). Sağlıklı bir anne-bebek ilişkisinin gelişimi ve olumlu ebeveynlik, bebeğe bakma konusundaki yeterlilik ve öz yeterlilik duygusu gibi çeşitli faktörlerden etkilenir (Jones ve Prinz, 2005). Annenin duygularını yansıtıcı işlevi, daha olumlu anne bakım verme davranışları sergilemesini sağlar. Duygusal iletişim becerileri, bebeğe hassas bakım vermeye ilişkilidir. Annenin çocuğa karşı yaşadığı duygusal bağ gebelik sırasında gelişmektedir. Uyumlu, hassas ve duyarlı etkileşimler yoluyla anneler, bebeğin fizyolojik, psikomotor ve duygusal davranışlarını destekler. Bu süreç boyunca anneler, bebeğin öz-düzenleme gelişimini desteklemede merkezi bir role sahiptir (Bernier, Carlson & Whipple, 2010). Bu erken sosyal etkileşim kalıpları, bebeğin bakıcısına duygusal bağlanmasının temelini oluşturur. Ayrıca ebeveyn-bebek ilişkisinin ve bağlanmanın kalitesi çocuğun sosyo-duygusal, bilişsel ve davranışsal gelişimi ile ilişkilidir (Fredriksen, VonSoest, Smith & Moe, 2018).

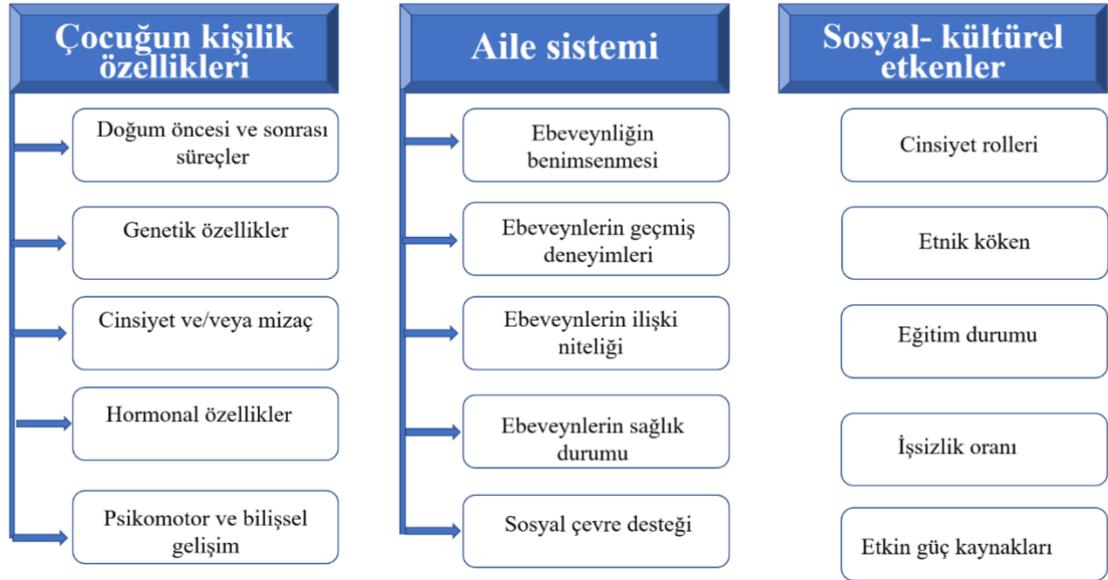
Bağlanma, Bowlby ve Ainswort tarafından tanımlanan, yaşamın ilk dakikalarından itibaren çocuk ve birincil bakım veren birey arasında gelişen duygusal bir bağlıdır. Bowlby'e göre insanın bağlanması; doğumla başlayan ve tüm erişkinlik dönemi boyunca korkular, duygulanımlar, arama davranışları ve bakım alma-verme ihtiyaçları doğrultusunda şekillenen gelişimsel davranışlar sistemidir (Bowlby, 1982).

Anne ile bebeği arasında sevgi dolu bir bağ anlamına gelen anneye bağlılık, sağlıklı bebek gelişiminde en önemli teşvik edici faktörlerden biridir. Bebeğin ilk bağlanma deneyimi, gelecekteki bağlanma deneyimlerinin temelidir. Bebek ve anne arasındaki güvenilir bağlanma gereksinimleri ilk yılda karşılanamazsa bebeğin duygusal, sosyal, fiziksel, zihinsel, konuşma ve gelişimsel yönden sorunları ortaya çıkarabilir. Yetersiz anne bağlanma koşullarında, bebek ihmal ve sömürü riski taşır. Kısacası yenidoğan döneminde güvenilir veya güvenilir olmayan bağlanma duyguları tüm yaşam boyunca devam eder (Tobon, Condon, Sadler, Holland, Mayes & Slade, 2020).

Doğumdan hemen sonra bebekte anneye karşı özel bir bağın olduğu düşünülmemektedir. Bebeğin ihtiyaçları giderildikçe, zamanla yavaş yavaş bebeğin bilişsel dünyasında sürekliliği olan, devam eden bir ilişki oluşmaya başlar (Fredriksen, VonSoest, Smith & Moe, 2018).

Anne bebek bağlanması doğum sonrası dönemde ise; kişisel ve çevresel faktörlerden etkilenebilmektedir. Bunun yanı sıra annenin doğum sonu ilk yarım saatte emzirmesi, yenidoğan ile aynı odada kalması (rooming-in), ten-tene temasın sağlanması, kucaklama, bebeğin bakımına aktif olarak katılması, bağlanmayı büyük ölçüde güçlendiren önemli uygulamalar arasında sayılabilir (Aslan, 2016; Hakala vd., 2020).

Bebek ve annenin bağlanmasında etkili olan süreçler her anne-bebek ilişkisinde farklı olmakla birlikte genel olarak benzer özellikler taşımaktadır. Bağlanmanın oluşmasında etkili olan süreçler Şekil 2’de özetlenmektedir.



Şekil 2. Bağlanmanın oluşmasını etkileyen süreçler (Billar 1993)

Şekil 2’de belirtildiği gibi doğum öncesi ve sonrası süreçler, nörolojik ve hormonal durum, genetik aktarım, cinsiyet, mizaç özellikleri, motor ve bilişsel etkinlikler, annelik ve babalık sisteminin benimsenmesi, anne babanın çocukluk öyküleri, anne babaları ile olan ilişkileri, gelişim düzeyleri, eğitim ve iş mizaçları, anne ve babanın birbirleri ile olan ilişkilerin niteliği, anne babanın sağlık durumu, aile büyüklerinin ve çevrenin desteği,

ailedeki ilişki örüntüleri, cinsiyet rolleri, etnik köken, kültürel ortam ve değerler, eğitim, işsizlik oranı gibi faktörler anne bebek bağlanma sürecini etkilemektedir (Zeifman ve St James-Roberts, 2017).

Güvenli bağlanma, insan için gerekli olan temel bir insan ihtiyacıdır. Bebekler ve bakıcıları arasında yakın ve gizli bir ilişki oluşmaktadır (Fuchs, Möhler, Reck, Resch, Kaess, 2016). Bağlanma kuramına göre, anne ve çocuk arasındaki yakın ilişkiyi sürdürmeye yardımcı olan ve çocuğun gelişiminin önemli bir parçası olarak kabul edilen görünmez bir bağ vardır (Kothari vd., 2016). Bowlby (1982), çocuklarda doğuştan gelen bir bağlanma davranışı olduğunu belirtmektedir. Bu teori, zihinsel sağlık ve kişilik organizasyonu, fonksiyonel etkileşimler, duygusal, bilişsel, sosyal ve diğer etkileşimler dahil olmak üzere temel nörobiyolojik süreçler için erken anne-bebek bağının ve psikososyal faktörlerin önemini yansıtmaktadır (Maliszewska vd., 2016; Salehi ve Kohan, 2017).

Anne ve bebek arasındaki etkileşim hamilelik sırasında gelişmeye başlamaktadır ve bu gelişme doğumdan sonra da devam etmektedir (Onnis, 2017). Anne ve bebek arasındaki etkileşim, doğumdan sonra çocuğun gelişim alanlarında temel bir kriterdir çünkü çocuğun kendini önemli ve değerli hissetmesi sosyal duygusal gelişiminde önemli bir basamaktır (Lutkiewicz, Bieleninik, Cieślak, Bidzan, 2020). Anne-çocuk ilişkisinin kalitesi doğal olarak güven, sevgi, koruma ve uzun süreli emzirme düzeyini etkilemektedir (Taşkın, 2016).

Erken bağlanma ilişkileri çocuğun psikolojik, bilişsel ve sosyal gelişiminde önemli rol oynar. Çocuklukta güvenli bağlanan çocukların daha olumlu sosyal-duygusal yeterlilik, bilişsel işlev, fiziksel sağlık ve zihinsel sağlık geliştirdiğine dair önemli kanıtlar varken, güvensiz bağlanan çocuklar bu alanlarda olumsuz sonuçlar için daha fazla risk altındadır. Annelerin çoğu bebeğiyle sevgi dolu bir ilişki kurmakta zorluk çekmese de tüm popülasyondaki kadınların %10-11'inde doğum sonrası bozukluklar mevcuttur (O'Hara, ve McCabe, 2013). Jones ve Prinz (2005), anne ve bebek arasındaki etkileşim bozukluğunun tahriş, düşmanlık, saldırgan dürtüler veya reddedilme duygularının eşlik ettiği bir durumda; çocuğa karşı duygusal tepkide bir gecikme olacağını vurgulamaktadırlar. Anne ve bebek arasındaki ilişki bozuklukları, çocuklarda psikopatoloji risklerini artırabilir. Bir çocuğun, güvenli bir bağlanma geliştirmek için

kesintisiz bakım sağlayan ve tutarlı bir şekilde yanıt veren, mantıklı, erişilebilir bir bakıcıya ihtiyacı vardır. İlk yıllarda bağlanma figürü veya birincil bakım veren ile kurulan ilişkinin niteliği, sonraki yıllarda kurulacak yakın ilişkilerin temelini oluşturur.

### 2.5.3. Anne-Bebek Bağlanması ve Aile Danışmanlığı

Aile danışmanlığı uygulamaları, aile sorunlarına neden olan psikolojik, davranışsal ve duygusal sorunları ele almayı amaçlamaktadır. Aile üyeleri, sağlıklı bir ilişki geliştirmek ve sürdürmek için bir aile danışmanı ile birlikte sorunları ele aldıklarında sosyal ve duygusal bakımdan daha dingin ve bilinçli bir süreç yaşamaktadırlar (Post ve Wade, 2009).

Aile danışmanlığı danışanın olayları farklı bir bakış açısından daha net görmesine yardımcı olma eylemi olarak değerlendirilmektedir (Blampied, 2017). Danışanın olumlu değişimini kolaylaştırmak amacıyla duygulara, deneyimlere veya davranışlara odaklanılmaktadır. Her gün bir sorun yaşayan ve bu sorunu aşmak için profesyonel yardıma ihtiyacı olan bireye aile danışmanlığı bilim alanında hizmet veren profesyoneller destek sağlar. Danışmanlık, kişilik gelişimi veya problemlili davranışları ele alma konusunda eğitim gerektiren özel bir hizmettir. Danışmanlıkta tavsiye vermemek, yargılayıcı olmamak, danışanın sorunlarını çözmeye çalışmak, danışanı kendi hayatında benzer bir sorunla karşılaştığında danışmanın davranabileceği şekilde davranmasını teşvik etmek, danışanla duygusal olarak ilgilenmek gibi genel ilkeler bulunur (Walsh, 2009). Özellikle yeni bir yaşam değişikliğinin yaşandığı doğum sonu dönemde aile danışmanlığı alma gereksinimi artmaktadır (Gladding, 2015). Postnatal dönemde depresyona yaklaşım birinci basamak veya obstetrik ortamda yapılabilir ve depresif annelerin daha erken belirlenmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, emziren bebeklerde ilaç etkileriyle ilgili endişeler de dahil olmak üzere uygun tedavinin önünde birçok engel vardır. Çeşitli farmakolojik, psikoterapötik ve diğer farmakolojik olmayan müdahalelere odaklanarak doğum sonrası depresyon danışmanlığı yapılabilir (Carlson vd., 2014; Marterella & Brock, 2008).

Randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen deneysel verilerin birikmesiyle, anne ve bebek bağlanması ile ilişkili patolojik durumlarda danışmanlık uygulamalarına ilişkin az sayıda meta-analiz araştırmaları bulunmaktadır. Özellikle bilişsel davranışçı terapi ile

birlikte anne ve yakın çevresine yönelik psiko-eğitim seçeneği (Bear, Edbrooke-Childs, Norton, Krause, Wolpert, 2019) yararlı görülmektedir. Anne ve bebek bağlanmasına ilişkin psikoterapilerin, farmakoterapilerin ve bunların kombinasyonlarının etkilerini inceleyen bazı çalışmalarda annenin yakın çevresinin sosyal ve duygusal desteğinin önemi vurgulanmaktadır (Cuijpers, Huibers, Daniel Ebert, Koole, Andersson, 2013).

Gurman ve Fraenkel (2002) duygusal odaklı terapi yaklaşımının eşler arasındaki sosyal ve duygusal desteği güçlendirmesi etkisinden yola çıkarak anne ve bebeğin etkileşimine de duygusal odaklı aile danışmanlığının yararlı olacağını vurgulamışlardır.

Aile danışmanlığı uygulamaları farklı tekniklerle (farklı tipte) yapılmaktadır. Bazı aile danışmanları çevrimiçi olarak ev ziyaretleri veya oturumlar sunmaktadır. Özellikle pandemi sürecinin ardından bu uygulamalar, ailelere ofis tabanlı toplantılardan daha fazla rahatlık sağlamaktadır. Ancak bazı aileler ev ortamı dışında yüzyüze görüşmelerin yapıldığı danışmanlık tiplerini tercih edebilmektedirler. Aile danışmanlığında “aile” teriminin mutlaka kan bağı olan akrabalar anlamına gelmediğine dikkat edilmelidir. Bu bağlamda “aile”, “kişinin hayatında uzun vadeli destekleyici bir rol oynayan, kan bağı veya aynı hanedeki aile üyeleri anlamına gelmeyebilecek” herhangi bir kişi olarak değerlendirilmektedir (Pickard ve Nelson-Becker, 2011).

*Fonksiyonel aile terapisinde;* genellikle karmaşık duygusal veya davranışsal sorunları olan bir çocuğu veya ergeni olan ailelere odaklanılmaktadır. Çocuk ve ebeveynler haftalık yapılan seanslara birlikte katılabilmektedir. Oturumlar, ailelerin çocuğun davranışlarıyla başa çıkmak ve aile işleyişini geliştirmek için stratejiler öğrenmelerine yardımcı olmaktadır (Weisz, Hawley, & Jensen Doss, 2004).

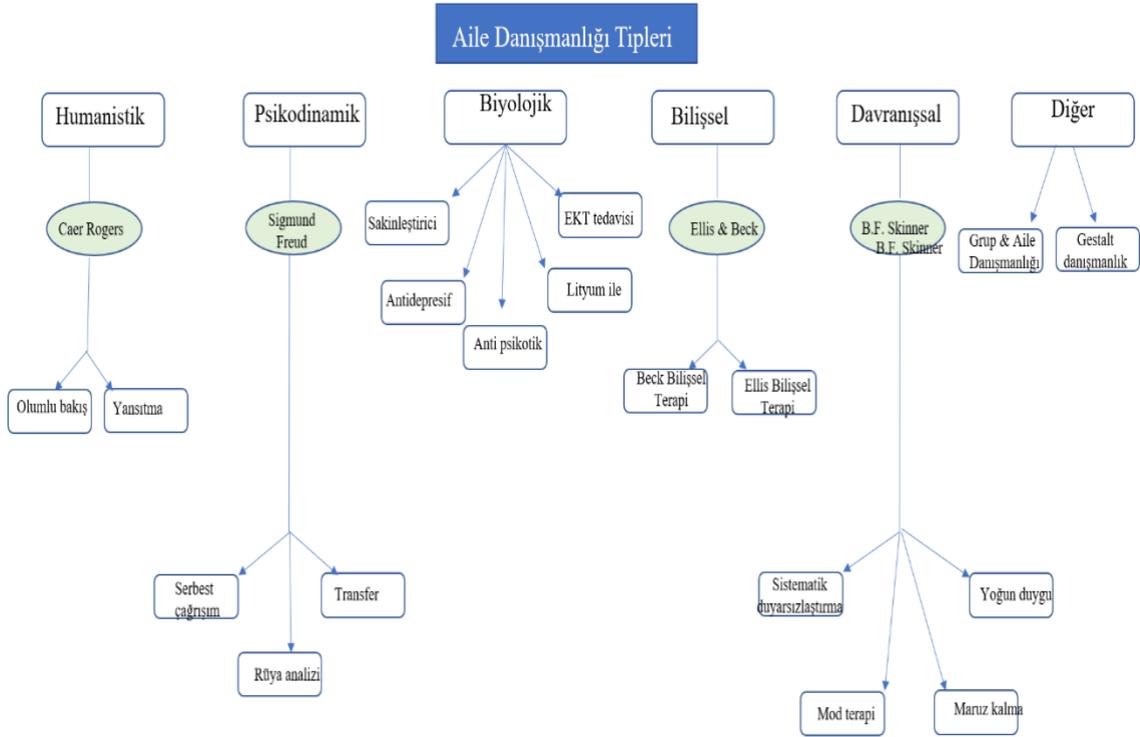
*Multisistemik danışmanlıkta;* çocukların veya ergenlerin davranışsal ve duygusal sorunlarını çözmeyi amaçlayan görüşmeler yapılmaktadır. Multisistemik danışmanlık ayrıca çocuğun davranışıyla ilgili daha geniş konulara odaklanmaktadır. Örneğin, okullar veya mahalleler gibi sosyal sistemlerle etkileşimlerini iyileştirme hedeflenebilir (Sexton, 2002).

*Nesiller arası danışmanlıkta;* ebeveynler ve çocuklar arasında (nesiller arasında) etkileşimleri inceleyen bir danışmanlık uygulanmaktadır. Nesiller arası aile danışmanlığı, aile ve bireysel davranış üzerindeki nesiller arası etkileri kabul eder. Kaygı yönetimi gibi çok kuşaklı davranış kalıplarını belirlemek, insanların mevcut sorunlarının önceki

nesillerde nasıl kök saldığını görmelerine yardımcı olabilir (Pieper, Beuchter, Jerinic & Eikermann, 2012). Kuşaklar arası danışmanlıkta sorunlar ve davranış kalıpları nesiller boyunca devam ettiğinde faydalı olmaktadır. Ayrıca gelecekte sorunların nasıl gelişebileceğini tahmin etmeye yardımcı olabilir (Weisz vd., 2004).

*Kısa stratejik aile danışmanlığı*; aile üyeleri arasındaki etkileşim kalıplarını değiştirmeyi amaçlamaktadır. Gençlerde sorunlu belirtilere yol açan aile sorunlarını hedef alan, zaman sınırlı bir müdahaledir. Kısa stratejik aile danışmanlığı genellikle 12-16 seans sürmektedir. Bu danışmanlık biçiminin uzun vadeli faydaları bulunmaktadır (Cuijpers vd., 2013). *Yapısal danışmanlık*; aile yapısından kaynaklanan sorunları yönetmektedir. Üyeler arasında uygun sınırlara sahip, işleyen ve dengeli bir aile hiyerarşisi sağlanması amaçlanmaktadır. Yapısal danışmanlık uygulamalarındaki temel fark, sorunlara neden olan belirli davranışlardan ziyade yapıya odaklanmasıdır (Patterson, Williams, Edwards, Chamow, Grauf-Grounds, Sprenkle, 2013).

Alanyazın detaylı incelendiğinde, farklı kaynaklarda aile danışmanlığı uygulamalarının farklı tiplerde uygulanabildiğine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Şekil 3'te aile danışmanlığının farklı tiplerine ve farklı terapi şekillerine ilişkin bilgiler özetlenmiştir.



**Şekil 3. Aile danışmanlığı tipleri**

**Kaynak:** [https://skat.ihmc.us/rid=1209318234928\\_906820061\\_28104/Psychotherapy.cmap](https://skat.ihmc.us/rid=1209318234928_906820061_28104/Psychotherapy.cmap)

Aile danışmanlığının uygulanmasına ilişkin farklı tipteki uygulamalar aynı zamanda Bowen terapisi, Yapısal aile danışmanlığı, Stratejik aile danışmanlığı, Kısa Stratejik aile danışmanlığı, Kısa süreli çözüm odaklı aile danışmanlığı, Sistemik aile danışmanlığı, Nesillerarası aile danışmanlığı, Psikoeğitim şeklinde danışmanlık şeklinde de sınıflandırılmaktadır (Patterson vd., 2013).

*Bowen aile danışmanlığı uygulamaları:* Bu aile terapisi biçimi, bireylerin tedaviye diğer aile üyelerini dahil edemediği veya istemediği durumlar için en uygundur. Bowen terapisi “üçüncü bir tarafla konuşarak dışa vurmaya veya sıkıntıya düşmeye yönelik doğal eğilim” ve “farklılaşma” (aile ilişkilerinde duygusal olarak daha az tepkisel olmayı öğrenme) şeklinde iki temel kavram üzerine kuruludur (Bowen, 1978).

*Yapısal aile danışmanlığı:* Yapısal danışmanlık ebeveynlerin kontrolün altında olmasını ve hem çocukların hem de yetişkinlerin uygun sınırlar koymasını sağlamak için aile sistemini ayarlamaya ve güçlendirmeye odaklanmaktadır. Bu danışmanlık biçiminde, danışman gözlemlemek, öğrenmek ve ailenin ilişkilerini güçlendirmesine yardımcı olma ve özellikle problemlerle başetme yeteneklerini geliştirmek için aileye “katılır” (Filges, Andersen & Jørgensen, 2016).

*Sistemik aile danışmanlığı:* Sistemik model, aile üyelerinin davranışlarının arkasındaki bilinçsiz iletişim ve anlamlara odaklanan terapi türünü ifade eder. Bu tedavi biçimindeki terapist tarafsız ve mesafelidir, aile üyelerinin aile olarak sorunlarına ve sorunlarına daha derinden dalmasına olanak tanımaktadır (Patterson vd., 2013).

*Stratejik aile danışmanlığı:* Bu danışmanlık şekli, terapistin aileye ev ödevi verdiği diğerlerinden daha kısa ve doğrudandır. Bu ev ödevi, ailenin iletişim kurma ve karar verme şeklini değerlendirerek ve ayarlayarak aile üyelerinin etkileşim şeklini değiştirmeyi amaçlamaktadır. Terapist, genellikle o kadar fazla güce sahip olmayan diğer aile üyelerinin daha etkili iletişim kurmasını sağlayan bu tür terapide güç pozisyonunu alır (Cuijpers vd., 2013).

Bu bilgiler ışığında bu çalışmada doğum sonu depresyonu danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamalar incelenmiştir ve bir aile danışmanının bu kapsamda hangi tür uygulamalara katılabileceği ve/veya aileye psiko-eğitim verebileceği yönünde değerlendirmeler yapılmıştır.

## 2.6. Kendini Toparlama Gücü

### 2.6.1. Kendini Toparlama Gücü Kavramı

Kendini toparlama gücü; annelerin ihtiyaçlarını ve bu ihtiyaçları etkilediğini düşündükleri faktörleri tanımlamaktadır. Annenin doğum sonrası süreçte kendini toparlama gücüyle ilişkili dört alt tema önemlidir: "duygusal sıkıntı", "stresli koşullar", "sosyal destek eksikliği" ve "profesyonellere açık olma isteksizliği"



Şekil 4. Anninin kendini toparlama gücü (McLeish ve Redshaw, 2017)

Yeni annelerin, sosyal olarak koşullandırılmış annelik beklentileri ile annenin duygu durumu arasında tutarsızlık oluştuğunda, düşük benlik saygısı ve yetersizlik duyguları yaşama olasılığı artmaktadır (Lazarus ve Rossouw, 2015). Anneye bu kritik dönemde profesyonel yardımın olumlu sonuçlarına ilişkin araştırma sonuçları vardır (Aksakallı vd., 2012; Carlson vd., 2014; Filges vd., 2016; Mizuno vd., 2004). Hamilelik sırasında oluşan ve doğum sonu dönemde de devam eden stres, anne sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir ve doğum sonrası depresyon ya da anne-bebek arasındaki bağın bozulması riskini artırabilir. Duygusal yetersizlikler, stresli koşullar, arkadaş ve aile desteğinin yetersiz olması, uzman desteği alamamak, ekonomik zorluklar, önceden duygusal zayıflık oluşturan durumların sık yaşanması gibi nedenler; doğum sonrası sonuçlara katkıda bulunan risk ve dayanıklılık faktörlerini keşfetmenin mümkün olduğu stres etkenini tetikler (Hanna, 2012; Snarey & Dollahite, 2001).

Alanyazın incelendiğinde kendini toparlama gücü tanımları farklı kuramlar çerçevesinde ele alınmıştır. Kendini toparlama gücü stres veya sıkıntının üstesinden gelmeyi veya

çevresel riske karşı göreceli bir direnci içerir. Doğum sonu yeni yaşama ve uyum ve bebek bakımı gibi yeni ve önemli zorluklara dayanma kapasitesidir. Kendini toparlama gücü, özünde, ciddi risk deneyimlerinin ve bu deneyimlere rağmen nispeten olumlu bir psikolojik sonucun birleşimini tanımlayan etkileşimli bir kavramdır (Gass, Gillis & Russell, 2012).

Doğum yapmış annelerin bakım verme kapasitelerine ilişkin değerlendirmeleri, depresyonun belirtisi olan genel olumsuz dünya görüşünden etkilenebilir ve kendilerini kötü ebeveynler olarak gören kadınların bu inançla uyumlu şekilde davranmaları olasıdır. Ayrıca, derin üzüntü ve depresif belirtiler, bebek ile etkileşimler kurmanın önüne geçebilir ve bağlanmadaki bu zorluklar, annenin ebeveyn olarak yeteneklerine olan güvenini azaltabilir. Bu durum annenin kendini toparlama gücünü yetersiz hale getirebilir (Honor, 2017).

Kendini toparlama gücü teorisi, insanların temel insan ihtiyaçlarının karşılanmasını destekleyen koşullar altında gelişip büyüdüğünü, hedeflere ulaştığını ve daha fazla refah hissettiğini varsaymaktadır (Ryan ve Deci, 2000). Kapsamlı bir ampirik araştırma programı aracılığıyla, araştırmacılar motivasyon ve esenlik için temel olan üç temel insan ihtiyacını belirlemişlerdir (özerklik, yeterlilik ve başkalarıyla ilişki kurma ihtiyacı). Kendini toparlama gücüne ilişkin olarak hepimizin bu ihtiyaçları karşılama konusunda doğuştan gelen bir eğilimimiz olduğu öne sürülmektedir. Bununla birlikte, sosyal ve diğer ortamlar, temel ihtiyaçların karşılanmasını destekleme derecesine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Bir kişinin işte ve okulda performansı ve esenliği ile tamamen yaşamını değiştiren bir bebek bakımı ortamı farklıdır. Bir annenin bebek bakımına ilişkin yaşamındaki değişim ve kalıcı duygusal durum, büyük ölçüde temel insan ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığına, sosyal ve duygusal destek alıp almadığını bağlı olduğu gösterilmiştir (Jacobson ve Greenley, 2001; Ryan & Deci, 2000). Buna ek olarak ortam, bireyin özerkliği, yetkinlik özellikleri, duygularını tanıma ve başkalarıyla paylaşma özelliği, yakın çevresiyle etkileşimi, sosyal çevresinin onu destekleyip desteklemediği veya engellediği, istenen diğer sonuçların elde edilip edilmediği gibi konular kendini toparlama gücünü önemli ölçüde etkilemektedir (Anthony, 2000; O'Connell, Tondora & Evans, 2005).

Kendini toparlama gücü kavramı “yılmazlık”, “psikolojik sağlamlık” ve/veya “psikolojik dayanıklılık” kavramlarıyla benzetilmektedir. Yılmazlık kavramı problem içeren bir durumdan vazgeçmeyen, bıkmayan ve usanmayan insanlar için kullanılan bir terimdir. Psikolojik sağlamlık kavramı zor durumlarla karşılaşıldığında kolayca bozulmayan, yıkılmayan ve zarar görse bile çabuk toparlanan bireyler için kullanılmaktadır. Psikolojik dayanıklılık kavramı ise daha çok stresli yaşam olayları ile karşılaşıldığında bir direnç gösterilen kişilik özelliği olarak değerlendirilmektedir (Bethell, Newacheck, Hawes & Halfon, 2014).

Duyguları travmatize eden yüksek stresli ortamlarda yaşamak, zamanla beynin yürütücü işlev süreçlerinde (öğrenme, hafıza, problem çözme vb.) olumsuz bir etkiyle sonuçlanmakta, sosyal-duygusal ve davranışsal uyum güçlüklerine yol açmaktadır. Bu aşamada aile danışmanlığı bilim alanında hizmet veren profesyonellerin psikolojik sağlamlık becerilerini güçlendiren önerilerinin önemi büyüktür (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009; Jung vd., 2020;).

Danışanın olayları farklı bir bakış açısından daha net görmesine yardımcı olma amacı güden aile danışmanlığında; bireyin olumlu değişimini kolaylaştırmak amacıyla duygulara, deneyimlere veya davranışlara odaklanması sağlanmaktadır (Hanna, 2012). Önemli yaşam değişikliklerinin ardından bir kriz yaşayan ve bu sorunu aşmak için profesyonel yardıma ihtiyacı olan bireye sunulan danışmanlık, kişilik gelişimi stresör faktörlere yönelik çözüm önerilerini ele alma konusunda psiko-eğitimi kapsar (Gass, Gillis & Russell, 2012). Bireye tavsiye vermeden, yargılayıcı olmadan danışanın sorunlarını çözmeye odaklanılır ancak önemli olan bireyin kendisinin sorunları tanımasını sağlamak ve doğru tepkiler vererek problemle baş etmesini sağlamaktır (Hernandez, Gangsei & Engstrom, 2007).

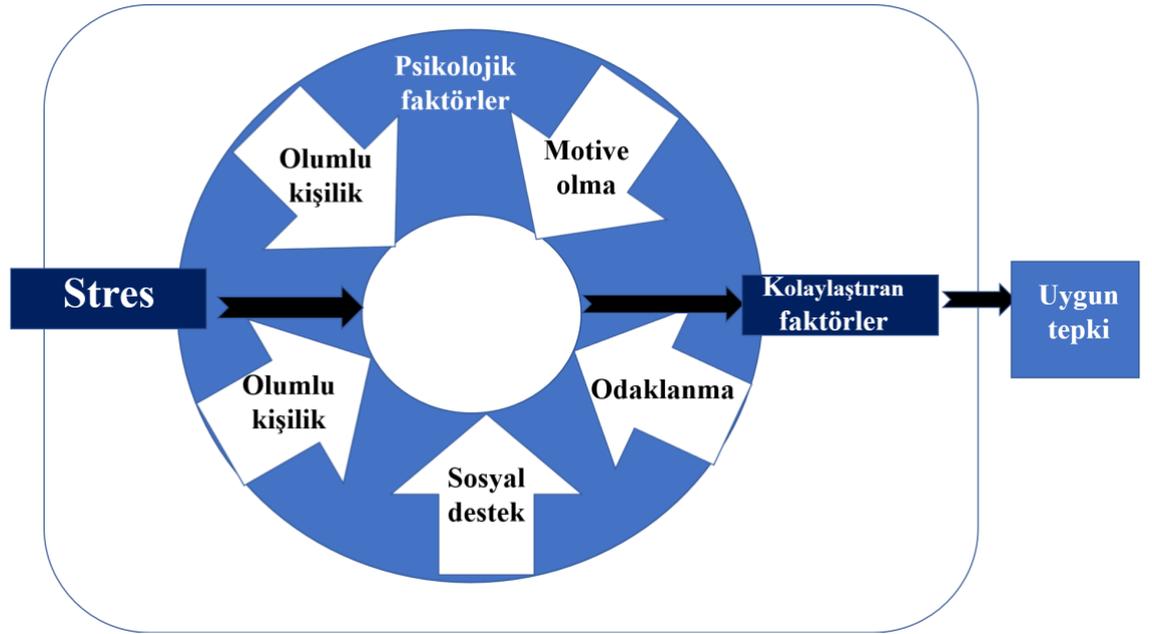
## 2.6.2. Kendini Toparlama Gücü İlkeleri

Birey, yaşamında ortaya çıkan kriz durumlarıyla başetme becerileri kazanır. Yeniden problemler ortaya çıktığında tükenip vazgeçmesi ya da arkadaşları ve ailesiyle olan ilişkilerini yeniden düzenleyerek problemleri nasıl çözeceğine yönelik tepkileri, psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkilidir (Lazarus ve Rossouw, 2015).

Birey çok çeşitli stresörlerle karşılaşırsa dayanıklılık-stres ilişkisi önceki yaşamına göre değişebilmektedir. Bu durumda beş ana psikolojik koruyucu faktör (iyimserlik, motivasyon, güven, odaklanma ve algılanan sosyal destek) bireyin kendini toparlama gücünü, psikolojik dayanıklılığını etkilemektedir (Masten, 2001).

Gianesini (2011) kendini toparlama gücünü “resilience” kavramı ile ilişkilendirmektedir. Bu kavramı dayanıklılık, sıkıntı, travma, trajedi, tehditler, aile ve ilişki sorunları, ciddi sağlık sorunları veya işyeri ile finansal stres faktörleri gibi önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlama süreci olarak tanımlamaktadır ve zor deneyimlerden geri sıçramak anlamına geldiğini belirtmektedir.

Fiziksel performans, kendini toparlama, psikolojik olarak sağlam olma konusunda dayanıklılık, kriz çözme, üst düzey beceriler geliştirme konularında araştırmalarını derinleştiren Fletcher ve Hanton (2003), psikolojik sağlık ile ilişkili bir model geliştirmişlerdir.



**Şekil 5. Kendini toparlama ve psikolojik olarak sağlam olma modeli (Fletcher ve Hanton, 2003)**

Bireylerin erken yaşlardan itibaren küçük zorlukların üstesinden gelmeleri, daha sonraki zorluklara karşı dayanıklılık geliştirmeleri için önemlidir. Stres oluşturan durumlara bireylerin verdikleri tepkiler farklıdır. Bir krizle zihinsel veya duygusal olarak başa

çıkabilme veya kriz öncesi duruma hızla dönebilme yeteneği olan psikolojik dayanıklılık; bireyin "kendini stres faktörlerinin potansiyel olumsuz etkilerinden korumak için zihinsel süreçleri ve davranışlarını" kullandığında ortaya çıkan bir tepkidir (Gizir, 2007). Fletcher ve Hanton (2003) modeline göre psikolojik olarak toparlanma ve dayanıklı olma, krizler/kaoslar sırasında sakin kalmayı ve olaydan uzun vadeli olumsuz sonuçlar olmadan uzaklaşmayı sağlayan psikolojik ve davranışsal yetenekler geliştiren insanlarda bulunmaktadır (Masten, 2001).

Kendini toparlama gücü ile ilişkili olarak bazı yol gösterici ilkeler bulunmaktadır:

- *İyileşme umuttan doğar*: İyileşmenin gerçek olduğu inancı, daha iyi bir geleceğin temel ve motive edici mesajını sağlamaktadır. İnsanların iç ve dış zorlukların, engellerin ve karşılaştıkları engellerin üstesinden gelebileceği ve üstesinden geleceği inancı umut kavramıyla ilişkilidir. Bireyler kendilerini yoran, üzen durumları içselleştirirler, akranlar, aileler ve diğerleri tarafından kendini toparlama amacıyla teşvik edilebilirler. Umut, iyileşme sürecinin katalizörü olarak değerlendirilmektedir (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009).

- *İyileşme kişi tarafından yönlendirilir*: Kendi davranışlarını yönetme becerilerinin yetişkin yaşlarda kazanılmış olması beklenir. Bireyler kendi yaşam hedeflerini tanımladıkları ve bu hedeflere yönelik benzersiz yol(lar)ını tasarladıkları için kendini toparlama şeklinde ifade edilen durumu temellendirmiş olur. Bireyler, iyileşmelerine ve dayanıklılıklarına yardımcı olan hizmetler ve destekler üzerinde liderlik yaparak, kontrol ederek ve seçim yaparak özerkliklerini ve bağımsızlıklarını mümkün olan en üst düzeye çıkarırlar. Bunu yaparken, bilinçli kararlar vermeleri, iyileşmeyi başlatmaları, güçlü yanlarını geliştirmeleri ve yaşamları üzerinde kontrol kazanmaları veya yeniden kontrol etmeleri için yetkilendirilir ve kaynaklar sağlanır (Hernández, Gangsei, & Engstrom, 2007).

- *İyileşme birçok yolla gerçekleşir*: Bireyler, kendini toparlamaya giden yol (lar)ı etkileyen ve belirleyen travma deneyimleri de dahil olmak üzere farklı ihtiyaçlara, güçlü yönlere, tercihlere, hedeflere, kültüre ve geçmişlere sahiptir ve benzersizdir. Kendini toparlama her bireyin çoklu kapasiteleri, güçlü yönleri, yetenekleri, başa çıkma yetenekleri, kaynakları ve içsel değeri üzerine kuruludur. Kendini toparlama yolları son derece kişiseldir. Profesyonel destek alma durumu; ilaç kullanımı, ailelerden ve

okullardan destek; inanç temelli yaklaşımlar, akran desteği ve diğer yaklaşımlar bireyin yeni yaşam olaylarına karşı göstereceği tepkileri belirlemektedir. Kendini toparlama doğrusal değildir ve sürekli büyüme ve gerilemeler içerebilen gelişmiş işleyiş ile karakterize edilir. Aksilikler olması kaçınılmazdır, iyileşme sürecinin doğal bir parçası olduğu için, tüm bireyler ve aileler için problemlere ve yeni yaşam olaylarına dayanıklılığı geliştirmek önemlidir. Yeni bir bebeğin doğması gibi yaşam olayları bir kriz olarak değerlendirilmektedir ve bu gibi durumlarda, destekleyici bir ortam yaratılarak kendini toparlama gücünü artırma yolları etkinleştirilebilir (Lightsey, 2006).

### 2.6.3. Kendini Toparlama Gücü ve Aile Danışmanlığı İlişkisi

Aile bireylerinden birinde gebelik veya hastalık gibi bir farklılık oluştuğunda bu durum tüm aileyi etkileyebilir. Aile bireylerinden biri bir problem yaşadığında, ailenin acısı ve kafa karışıklığı bir anda kaybolmaz. Aile bir bütün olarak yaşamsal değişiklik yaşayan bireyi bir arada tutan bağları güçlendirmelidir Aile danışmanlığı bu süreç içinde önemli rol oynayan profesyonellerden biridir. Bir aile danışmanı; yeni bir bebek doğduğunda sadece yeni yaşama uyum sağlamaya gayret eden anneye değil aslında tüm aile üyelerinin yararına danışmanlık yapar (Alexopoulou, Batsou & Drigas, 2019).

Bireylerin ruh sağlığı ve davranış kontrolüne ilişkin uygulamaların yürütüldüğü profesyonel bir bilim alanı olan aile danışmanlığı, aynı zamanda psikolojik sağlamlığın değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi alanında da bazı göstergeleri içerir. Uygulamalı bir hizmet alanı olan aile danışmanlığına geniş bir perspektiften bakıldığında, davranış problemleri bulunan birey ve gruplarla çalışırken, bozuklukları bir kez onarmak için farklı tedaviler uygulamak yerine, gelişimin erken dönemlerinde psikolojik sağlamlık becerilerinin gelişimini teşvik etmek, danışmanlık uygulamalarını kolaylaştıracaktır (Cosco, Howse & Brayne, 2017).

Aile danışmanlığının temel amaçlarından biri olumlu gelişimsel yörüngelere geçişi sağlamak, bireyler için esnek ve duyarlı düşünce, duygu ve davranış biçimleri oluşturmaktır (Masten, 2001). Erken yaşlardan itibaren bireylere psikolojik dayanıklılık becerilerinin sunulması, psikolojik sağlamlığı etkileyen faktörlerin birey tarafından da tanımlanmasını sağlayabilir ve bireylerin gelişim aşamalarındaki zorlukların üstesinden gelmek için ihtiyaç duydukları kapasiteyi geliştirmelerine yardımcı olur. Uygulamalı bir

perspektiften bakıldığında, bozuklukları bir kez onarmak için tedaviler uygulamak yerine, gelişimin erken döneminde esnek işleyişin gelişimini teşvik etmenin çok daha ihtiyatlı olduğu konusunda geniş bir fikir birliği vardır (Cuijpers, Huibers, Daniel Ebert, Koole, Andersson, 2013). Bu bağlamda bir bebek doğduğu zaman ailede ciddi yaşamsal bir değişiklik olmakta ve annenin duruma uyum güçlüğü yaşaması durumunda aile danışmanının annenin toparlanma gücünü kazanmasında yardımcı olması önemli bir hizmet olarak görülmektedir.

Annenin doğum sonunda fiziksel, sosyal, duygusal açıdan yaşamaya uyum sağlamasında, başka bir deyişle kendini toparlamasında psiko-eğitim veren profesyonellerin desteği önemlidir ancak birçok ailenin de öğrendiklerini uygulamak için yine yardıma ihtiyacı olmaktadır. Aile danışmanlığı, herkesin doğum sonunda hayata nasıl uyum sağlayacağını öğrendiği güvenli ve tarafsız bir alan sağlamaktadır. Danışman üyelerin birbirlerine destek olmaları ve birbirlerine saygıyla davranmaları, sağlıksız davranışlara izin vermeyi bırakmaları ve birbirlerine güvenmeyi öğrenmeleri için ailenin değişiklikler yapmasına yardımcı olmaktadır (Filges, Andersen & Jørgensen, 2016).

#### 2.6.4. Doğum Sonunda Annenin Kendini Toparlama Gücünü Artıran Uygulamalar

Doğum sonunda anne özellikle eş desteğinin beklentisi içindedir ve bu desteğin yeterli düzeyde karşılanması kadının fiziksel ve mental iyilik hali üzerinde olumlu etki göstermektedir. Eğer destek ihtiyacı karşılanmazsa “karşılanmamış beklentiler” eşler arasındaki ilişkide memnuniyetsizlik yaratmakta, annenin psikososyal durumunu ve ebeveyn davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Balkaya, 2002).

Doğum sonunda annenin kendini toparlama gücünü artıran yönlendirici danışmanlık yapılabilir. Danışman, danışanı yaşamını kolaylaştıran, sosyal veya ekonomik destek almasını destekleyen konularda yönlendirir. Bu uygulamalar sırasında danışman çok aktif olmalıdır; fikir ve tutumlarını bağımsız olarak ifade eder. Danışanın durumunu değerlendirir ve standartlaştırılmış sorular sorar. Perspektif danışmanlığı ve danışman merkezli danışmanlık olarak da bilinen bu yöntemde danışman en önemli rolü oynamaktadır. Bilgi ve deneyim eksikliğinden danışanın kendi sorunlarını çözemeyeceği varsayımına dayanır. Bilgilendirerek, anlatarak, yorumlayarak ve önerilerde bulunarak danışanın düşüncesine yön vermeye çalışır. Önce postpartum dönemde kendini toparlama

gücünü artırması gereken danışanın genel durumu analiz edilir. Daha sonra özetlenmiş ve sentezlenmiş durumu hakkında anneye konuşulur, örneğin bebek bakımında kolaylık sağlayan öneriler verilir. Takip etme aamasında da anne ve bebeğin bağlanma durumu, annenin kendini toparlama gücü izlenir (Wickham & Wilcock, 2012).

Doğum sonunda annenin kendini toparlama gücünü artıran danışmanlık uygulamalarından biri de yönlendirici olmayan danışmanlıktır. Danışman talimat vermez, danışan bireyin işine, doğum sonu dönemdeyse kendine ve bebeğine karşı davranış ve tutumlarını gözlemler. Eğer anne hata yaparsa danışman imdadına yetişir ve hatalı olduğunu anlayarak onun davranışlarını düzeltten uygulamalar yapar. Danışmanın yardımıyla annenin kendini toparlama gücü ile ilişkili sorununa dair içgörü kazandırılır. Danışanın sorunlarını kendisinin çözmesini sağlayan yöntemler önerilir. Bu yöntemin amacı, kendini toparlama gücünü kullanamayan annelerin, kendi problemlerini çözme sorumluluğunu alabilmeleri için olgunluk ve uyum sağlamalarına yardımcı olmaktır (Biggs, 2010).

Anneye kendini nasıl hissettiği (halsiz, yorgun, mutlu) ve yakınmalarını (ağrı, üşüme, kaygı) sorulmalıdır. Doğum sonunda bebeğe ve kendine bakım ile ilgili kaygıları konuşulmalıdır. Anne ve eşi ile görüşmelerde doğum ve doğum sonrası olaylarla ilgili neler hissettikleri sorulmalı, duygu odaklı konuşmalar yapılarak rahatlama sağlanmalıdır (Taşkın, 2016).

Bazı anneler için kendini toparlama gücünü elde etmek uzun süreli bir sıkıntıya yol açsa da bazıları güçlü bir şekilde bu uygulamaları yapabilir ve amaçlı yaşamlarına geri dönebilir (Cohn vd., 2009). Danışmanlık tipik olarak olayların nasıl yorumlandığına odaklanmayı içerir. Danışmanlar, danışanlarının düşüncelerini anlayarak, iç dünyalarına dair içgörü kazanır ve zor zamanlar ve zorlu olaylarla başa çıkmalarına yardımcı olan, zarar veren veya onları engelleyen tutum ve inançları belirler (Lightsey, 2006).

Doğum sonu kendini toparlama gücünü artırmayı sağlayan tekniklerden biri annenin korkularıyla yüzleşmesini sağlamaktır. Bebek bakımı ya da kendiyile ilişkili endişelerinin doğal olduğu ama isterse cesaret ve dayanıklılık gösterebileceği konuşulur. Esnek rol modellerini taklit etmesi önerilebilir. Daha önce kendini toparlama gücünü elde etmiş olan kişilerdeki esnek davranışları benimsemek, annenin dayanıklılığına ilham verebilir.

Ayrıca anne kendi dayanıklılık gücünü yaratarak, eğitimine ve spor yapmaya zaman ayırabilir. Daha esnek bir bakış açısı benimseyerek belirsizliğe tahammül etmeyi ve özgüven kazanmayı öğrenebilir. Kendini toparlama gücü için gayret eden annelere; problemlere karşı dayanıklılık gösteren bir kişinin mutlaka aynı iyileşme sürecinden geçmeyeceği ancak dirençli bir kişinin kişisel gelişiminin mutlaka gelişip anlamlı bir hayat yaşayabileceği açıklanmalıdır (Lawson & Venart, 2005; Trippany vd., 2004).

Doğum sonu kendini toparlama için en önemli uygulama sosyal desteğin güçlendirilmesidir. Dayanıklılık yalnızca doğum yapmış olan anneye değil, aynı zamanda tüm bir destek ağına sahip olmaya da bağlıdır. Bunun yanında zihinsel, duygusal ve fiziksel eğitim, annenin kendini toparlamasını güçlendirir. Zorluklar yaşamak her zaman olumsuz değildir. Eğitimle birlikte ve desteklendiğinde, daha esnek olmayı öğrenme fırsatlarına neden olabilir (Mujika, 2012). Esnek insanlar, zorluklar hakkında nasıl düşündükleri ve strese tepkileri konusunda esnek olma eğiliminde olduklarından, bilişsel ve duygusal esnekliği artırmak bir annenin kendini toparlama gücünü artırabilir. Ayrıca yaşadıklarına anlam ve amaç bulma, hayatına yüklediği anlama güvenerek, aşırı zorluklar karşısında dirençli kalma, doğum yapmış anne için güç sağlayan bir faktör olabilir (Rothschild, 2006).

Danışmanlık yaklaşımlarından biri elektrik danışmanlıktır ve doğum sonu annelerin kendini toparlama gücünü artırmada kullanılabilir. Bu yaklaşımda danışmanın rolü ne aktif (yönlendirici danışmanlık) ne de pasif (yönlendirici olmayan danışmanlık) değildir. Bu danışma yaklaşımında danışman yönlendirici danışma yöntemleriyle başlayabilir ve bir süre sonra durumun gereği olarak yönlendirici olmayan danışma yöntemine izin verebilir. Bu nedenle, danışman ve danışan hem aktif hem de işbirlikçidirler, ancak sırayla konuşmaya katılırlar ve sorunu birlikte çözerler. Doğum sonu dönemdeki annenin ihtiyaçlarına ve kişilik özelliklerine yönelik çalışma yapılır, annenin en rahat uygulayabileceği teknikler seçilir, annenin ve onun güçlenmesine destek olabilecek bireylerin görüşleri alınır (Kabir & Rashid, 2017).

Psikodinamik danışmanlık teknikleri, doğum sonu kendini toparlama gücünü elde etme için en sık kullanılan ve en etkili yaklaşımlardandır. Geçmiş deneyimlerin şimdiki deneyimler ve duygular üzerinde bir etkisi olduğu ve belki de erken çocukluktan itibaren önemli ilişkilerin daha sonraki yaşamda diğer insanlarla tekrar yapılabileceği fikrine

dayanır. Psikanalizin ve psikanalitik psikoterapinin ilke ve anlayışları doğum sonu dönemdeki anneye konuşulur. Danışman genellikle mümkün olduğunca tarafsız bir figür olmayı amaçlar, kendisi hakkında çok az bilgi verir, önemli ilişkilerin (geçmiş veya şimdiki) danışan ile danışman arasındaki ilişkiye yansımalarını sağlar. Dolayısıyla bu ilişki, her iki taraf için de önemli bir içgörü kaynağıdır ve annenin zorluklarının üstesinden gelmesine yardımcı olur. Anneyle güvene dayalı bir ilişki geliştirmek bu iş için esastır (Kabir, 2013).

Kişisel danışmanlık; yaratıcı hayal gücünü kullanan bütünleştirici ve bütünsel bir yaklaşımdır. Hayata ve insan doğasına manevi bir boyut katar. Kişilerarası danışmanlık, kişisel yetkilendirmeyi vurgular. Danışanın geçmiş deneyimlerini hesaba katar, ancak aynı zamanda geleceğe ve onun için neyin ortaya çıkacağına, karşılaşılabileceği zorluklara ve bu zorlukların üstesinden gelmek için onda ortaya çıkması gereken niteliklere odaklanır. Temel inancı, insan deneyiminin zorlukları ne olursa olsun, özün veya ruhun hasar görmeden kalmasıdır. Bu yaklaşımın odak noktası, doğum sonu dönemdeki anneye çocukken verilen mesajları yansıtan 'yaşam planlarını' ortaya çıkarmaktır (Kabir & Rashid, 2017).

Varoluşsal danışmanlık; annelerin hayatı netleştirmelerine, düşünmelerine ve anlamalarına yardımcı olur. Annelerin hayatın olduğu gibi kabul edebilmeleri için, kendileri ve kendileri hakkında yaptıkları temel varsayımlara odaklanmaya teşvik eder. Varoluşlarını anlamlandırmalarını sağlar. Danışmanlıkta anneyi neyi yanlış yaptığına değil, hayatının kontrolünü ne kadar üstlendiğine odaklanır (Rothschild, 2006).

Kişisel yapı danışmanlığı; hiç kimsenin mutlak gerçeği bilemeyeceği fikrine dayanmaktadır. Bunun yerine, her insan kendi deneyimlerinden kendi gerçek fikrini inşa eder ve bu onların dünyayı görme şeklini etkiler. İnsanlar bir şeyleri görmenin alternatif yollarını bulamadıkları için, hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyan şeylere takılıp kalabilirler. Kişisel yapı danışmanlığı, insanların dünyayı görme biçimlerini değiştirmede faydalı olabilecek farklı davranış biçimlerine bakmalarına yardımcı olur (Kabir, 2013; Mearns vd., 2013).

Gestalt danışmanlık; Gestalt'ın düşünce, duygu ve faaliyet kalıpları üzerine odaklanan ve yönlendirici bir danışmanlık türüdür. İnsanları mevcut durumları hakkında aktif bir

farkındalığa sahip olmaya teşvik eder ve ayrıca kelimelerin ötesine geçen iletişimi içerir. Gestalt danışmanlığının önemli bir parçası, bir kişinin hayatındaki önemli çatışmaların dramatize edilmesi veya canlandırılmasıdır. Bu, örneğin, emzirme konusunda bebeğin meme reddi, meme ucu yarası gibi farklı problemlerle baş etmek için fiziksel olarak farklı pozisyonlar alabilmeleri için iki veya daha fazla yöntem kullanmayı içerebilir (Clarkson & Cavecchia, 2013).

Grup danışmanlığı; doğum sonu dönemde kendini toparlama gücünü artırma için bir araya gelen grupla danışma, bireysel danışmanlığa iyi yanıt vermeyen annelerle bile başarılı olan insanlara yardım etmenin nispeten yeni bir yoludur. Özellikle kendi gibi doğum sonu dönemde olan grupları bir araya getirerek yardım etmenin yararlı bir yoludur. Grupla danışmada, bir danışma grubunda yer alan etkileşim, öğrenciye kendi sorunlarına ilişkin içgörü ve anlayış geliştirmesi ve diğer anneleri onların zorluklarını tartışırken dinlemesi yoluyla bir araç sunar. Daha önce kabul edilemez bulunan fikirler ve değerler daha anlaşılır ve bazen daha kabul edilebilir hale gelebilir (Scott & Alonso, 1982).

Doğum sonu bir bebek yaşamını değiştirdiğinde anneler farklı duygular yaşayabilir. Bilinmeyen bir durum her bireyi korkutabildiği gibi bebeğin bakım ve eğitimi konusunda kaygı yaşayan annelerde doğum sonunda en fazla yaşanan duygulardan biri korkudur. Diğer aile üyeleriyle veya bir danışmanın yanında açıkça konuşmayabilirler ancak çoğu zaman kaygıları üst düzeydedir. Bu dönemde aile danışmanlığı hizmeti veren profesyonellerin empati yapabilmesi ve annenin demografik değişkenlerine göre psiko-eğitim vermesinin önemi büyüktür. Bu bilgiler ışığında doğum sonu depresyonu danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamalar konusu ele alınarak alanyazın çerçevesinde değerlendirmeler yapılmıştır.

### 3. YÖNTEM

Bu araştırmada nicel araştırma türlerinden kesitsel tipte bir araştırma yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışmada gerçekleştirilen nicel araştırma yöntemi ile annelerin doğum sonu depresyonu, bebek ile bağ kurması ve aile danışmanlığı arasında ilişki olup olmadığına dair bilgi edinilebileceği öngörölmüştür. Bu yöntemin büyük resmi daha net görmeye yardımcı olacağı düşünölmüş ve öлке genelinden farklı coğrafı bölgelerdeki örnekleme gruplarına uygulanan ölçeklerle veriler elde edilmiştir. Evrenin büyüklüğü, çalışılacak alanların geniş olması ve hedef grupların tamamına ulaşılabilecek zaman veya olanakların yetersiz olması nedenleriyle evrenin tamamına erişim sınırlı düzeyde olabilmektedir (Watson, Handal, Maher & McGinty, 2017); bu nedenle gönöllü katılım temelinde, belirli bir tarih aralığında ulaşılabilen örneklemeden veriler elde edilmiştir (Luborsky ve Rubinstein, 1995).

Çalışma grubu belirlenirken kendini toplama gücünün doğasına uygun olarak amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, olası ve seçkisiz olmayan bir örnekleme yaklaşımıdır. Belli ölçütleri karşılayan veya belirlenen özelliklere sahip olan bir veya daha fazla özel durumlarda çalışılmak istenildiğinde tercih edilmektedir (Frankel, Wallen & Hyun, 2012). Aynı zamanda amaçlı örnekleme; ulaşım, katılımcılarla etkileşim gibi özellikler açısından kolay ulaşılabilir ve kolay uygulama yapılabilir ortam, kişi veya nesnelere seçilmesini kapsamaktadır (Gürif ve Astar, 2015). Bu bilgiler kapsamında doğum sonu depresyon danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toplama gücünü artıran uygulamaların belirlenmesi hedefine ulaştırabilecek olan ve çeşitliliği en iyi temsil edeceği düşünölen örnekleme grubuna ulaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri doğum sonu ilk bir ay içerisindeki neonatal dönemde bulunan ve canlı doğum yapmış olan annelerin Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne Bebek Bağlanma Ölçeği ve Kendini Toparlama Gücü Ölçeği ile bu ölçeklerin alt boyutların ortalama düzeyleri olarak belirlenmiştir.

Bağımsız değişkenler ise doğum sonu ilk bir ay içerisindeki neonatal dönemde bulunan ve canlı doğum yapmış olan annelerin yaş, öğrenim durumu, doğum sayısı, anne ve babanın çalışma durumu, annenin sosyal destek alabilme durumu, ailenin ekonomik durumu, engelli başka bir çocuğunun bulunma durumu, doğum öncesi dönemde düşük

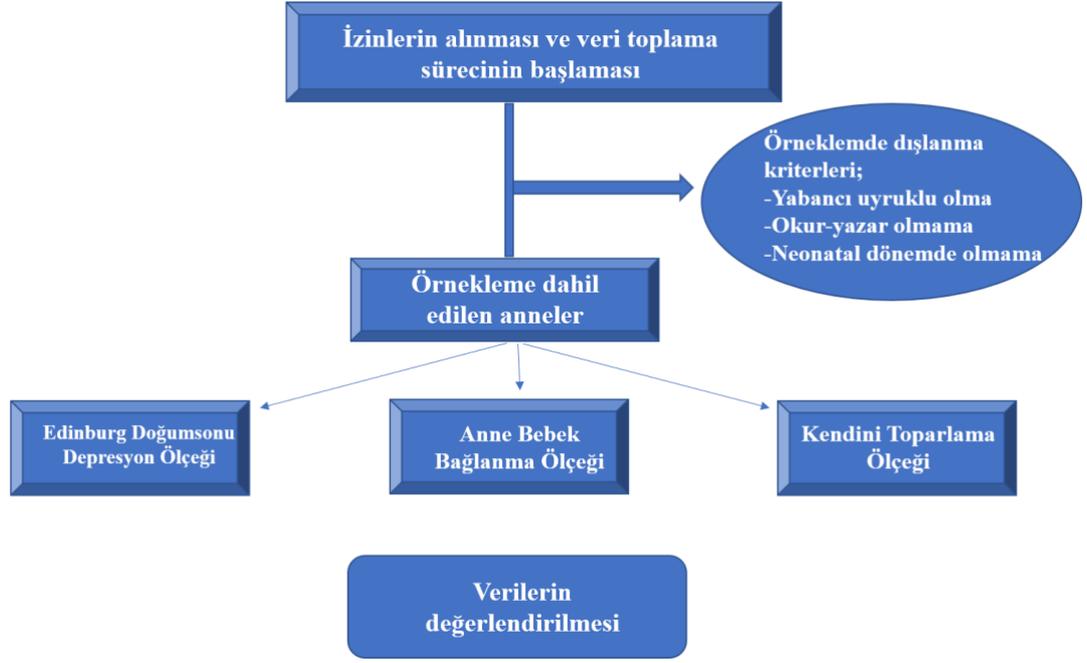
tehdidi, sigara ve alkol kullanımı, madde kullanımı, röntgen çekimi, travma, operasyon geçirme, stres, ilaç kullanımı, enfeksiyon öyküsü, beslenme yetersizliği, kimyasallara maruz kalma, kronik hastalığının bulunması, doğumu normal veya sezaryen ile yapma durumu gibi sosyodemografik özellikleridir.

### **3.1. Evren ve Örneklem**

Bu araştırmanın evreni doğum sonu ilk bir ay içerisinde bulunan, canlı bebek doğumu gerçekleşen annelerdir. Bu çalışmada ölçüt olarak canlı doğum yapmış; neonatal dönemde bulunan anneler ele alınmıştır.

### **3.2. Verilerin Elde Edilme Süreci**

Veriler Şubat 2022 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında Google form yolu ile ulaşılabilen farklı illerdeki annelerden elde edilmiştir. Veri toplama araçlarının uygulanması için üniversiteden etik kurul izinleri alınmıştır. Veri toplanması sürecinde, araştırmacı google form aracılığıyla bir form oluşturmuştur. Bu formun doğum yapan ve ilk bir ay içerisindeki dönemde bulunan anneler tarafından doldurulabilmesi için öncelikle aile sağlığı merkezleri, doğum ve çocuk hastanelerindeki sağlık profesyonelleri ile iletişime geçilerek kurumlara başvuran ve bu çalışmaya katılmaya gönüllü olan annelere formların doldurulmasına ilişkin yönergeler verilmesi istenmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü annelere aydınlatılmış onam formu da sunularak ön bilgi edinmeleri sağlanmış, ardından veri toplama araçları uygulanmıştır. Her bir katılımcının sorulara cevap verme süresi yaklaşık 15 dakika sürmüştür.



**Şekil 6. Verilerin elde edilme süreci**

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada Demografik Bilgi Formu, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne Bebek Bağlanma Ölçeği kullanılmıştır.

***Kendini Toparlama Gücü Ölçeği Kısa Formu***; Bu çalışmada Wagnild ve Young (1990) tarafından geliştirilen, daha sonra Terzi (2006) tarafından Türkçeye uyarlanan ve daha sonrasında da Işık vd. (2018) tarafından kısa form geliştirme çalışması yapılan Kendini Toparlama Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Asıl geliştirilen ölçek toplamda 24 sorudan oluşmaktadır ve 7 boyutludur. Verilen cevaplar “katılmıyorum (1) ve katılıyorum (7) şeklinde ilerleyen 7’li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin yapı geçerliği faktör analizi ile saptanmıştır. Ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .82; test-tekrar test güvenilirlik katsayısı  $r = .84$  olarak saptanmıştır. Ölçeğin madde toplam korelasyonları ise .03 ile .69 arasında bulunmuştur. Her bir maddenin puanları 1 ile 7 arasında değişmektedir. Ölçekten deneklerin işaretledikleri seçeneklerin sayısal değerleri toplanarak tek bir puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan ise 168’dir. Yüksek puan kendini toparlama gücü düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. (Işık, 2018).

Bu çalışmada Işık vd. (2018) tarafından geliştirilen yedi sorudan oluşan kısa form kullanılmıştır. Bu ölçek yedi madde ve tek faktör içermektedir. Ölçüt geçerliğini belirlemek amacıyla bu çalışmada kendini toparlama gücünün anne bebek bağlanması ve doğum sonu depresyonla ilişkisi incelenmiştir. Ölçeğin güvenirliğini test etmek amacıyla madde toplam korelasyonları, cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ve test-tekrar güvenirliği analizlerinin sonucunda, madde toplam korelasyonlarının ,63 ile ,82 arasında değiştiği ve test-tekrar güvenirliğinin ,80, iç tutarlılık katsayısının ise ,89 olduğu saptanmıştır.

***Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği:*** Bu ölçek Cox ve diğer araştırmacılar tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (Cox v 1987). Daha sonra bu ölçek Türkçeye Engindeniz ve ark. (1996) tarafından uyarlanarak geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Yakın zamanlarda bebeği doğan annenin son hafta içindeki duygularının öğrenilmesi amaçlanmaktadır. Yalnızca anket sorularının doldurulduğu an değil son yedi gün içinde annenin kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemesi istenmektedir. Toplam 10 soru vardır ve her soru dört seçenekten oluşmaktadır. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı geliştirilmiştir. Her madde 0-3 olarak derecelendirilmiş (“Evet, her zaman”, “Evet, çoğu zaman”, “Hayır, çok sık değil”, “Hayır, hiçbir zaman”) dördümlü Likert skalasına sahiptir. Ölçekteki sorular; 1., 2. ve 4. sorular 0-1-2-3 biçiminde puanlanmaktadır. 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. sorular ise 3-2-1-0 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 12 olarak hesaplanmıştır. Kesme noktası olarak 12 ve üzerindeki sonuçlar olası büyük ve küçük depresyonu göstermektedir. Toplam puan 0-30 arasında olabilmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini göstermektedir. Çalışmamızda ölçeğin cronbach’s alfa güvenirlik değeri 0,84 olarak belirlenmiştir.

***Anne Bebek Bağlanma Ölçeği:*** Ölçek soruları ilk birkaç hafta içinde, çocuğa karşı annenin duygularına ilişkindir. Taylor ve diğer araştırmacılar (2005) tarafından geliştirilmiştir. Anne Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenirliğini Aydemir ve Alparslan (2016) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin özgün adı Mother to Infant Bonding Scale’dır. Ölçek kapsamında bebekler doğduktan sonraki ilk haftalar içinde, annelerin bebeklerine karşı bazı duygularını tanımlayan birtakım sıfatlar

listelenmiştir. Anne, ilk birkaç hafta boyunca nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan, kutu içindeki her bir sözcüğün karşısına bir onay işareti koymaktadır. Ölçekte sekiz sıfattan oluşan sorulara çok fazla, çok, biraz, hiç şeklinde cevaplar verilmektedir. Ölçeğin içerik geçerliliğine ilişkin yapılan analiz sonucunda uzmanların maddelerin içeriği konusunda görüş birliğine vardıkları saptanmıştır. Ölçek annelerde daha düşük iç tutarlığa sahip olmasına rağmen, tüm maddelerin ölçeğin tutarlılığına katkı sağladıkları saptanmıştır. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği 8 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 24 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,4., ve 6. maddeler olumlu duygu ifadesi olup 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 2.,3.,5.,7. ve 8. maddeler olumsuz duygu ifadeleri olup 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. Puan azaldıkça bağlanma düzeyi artmaktadır. Araştırmamıza cronbach alfa değeri 84,3 çıkmıştır.

### **3.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Uygulanan ölçekler sonucu ulaşılan veriler SPSS-26 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğu için betimleyici(tanımlayıcı) istatistik yöntemi kullanılmış ve basıklık ve çarpıklık (skewness ve kurtosis) değerlerine bakılarak kontrol edilmiştir. Sonrasında tüm veriler için betimleyici istatistikleri yapılmıştır. Verilerin frekans, ortalama, standart sapma değerleri ayrı tablolar halinde düzenlenmiştir. Yeni doğum yapmış ve henüz neonatal dönemde yani ilk bir ay içerisinde bulunan annelerin demografik değişkenlerine göre doğum sonu depresyon, anne bebek bağlanması ve kendini toparlama gücü düzeyleri, bağımsız gruplarda t testi ile analiz edilmiştir. Gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaşmanın olup olmadığını test etmek amacıyla ANOVA testi yapılmış ve farklılığın kaynağını ortaya koymak amacı ile Scheffee testi uygulanmıştır. Çalışma grubundakilerin doğum sonu depresyon, anne bebek bağlanması ve kendini toparlama gücü ölçümleri arasında ilişki olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla, Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Demografik değişkenlere göre doğum sonu depresyon, anne bebek bağlanması ve kendini toparlama gücü düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşmanın olup olmadığı, ANOVA testi sonuçlarıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılıkları  $p < .05$  düzeyinde incelenmiştir.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde; doğum yapan ve ilk bir ay içerisindeki dönemde bulunan annelerin genel demografik özelliklerini belirlemek amacıyla “Kişisel Bilgi Formu”; doğumdan sonra problemlerle baş etme gücünün belirlenmesi için “Kendini Toparlama Gücü Ölçeği Kısa Formu”, annelerin doğumdan sonra depresyon semptomları yaşama durumlarının belirlenmesi amacıyla “Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği” ve anne ile bebeğin bağlanma özelliklerinin belirlenmesi için de “Anne Bebek Bağlanma Ölçeği”nden elde edilen verilerin istatistiksel sonuçları verilmiştir. Bu özellikleri analiz edilen bulgular ve ölçeklerden alınan puanların arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla toplanan bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyo-demografik bilgiler yer almaktadır.

**Tablo 1. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri**

Kategori	Değişken	N	Yüzde (%)
Yaş	25 yaşından küçük	33	12,4
	26-35 yaş	168	63,2
	36-45 yaş	57	21,4
	46 ve daha büyük	8	3,0
En son mezun olduğu okul	İlköğretim	10	3,8
	Lise	83	31,2
	Üniversite	160	60,1
	Lisansüstü	13	4,9
Eşinin en son mezun olduğu okul	İlköğretim	7	2,6
	Lise	54	20,3
	Üniversite	193	72,6
	Lisansüstü	12	4,5
Gelir durumu	Düşük	22	8,3
	Orta	216	81,2
	Yüksek	28	10,5
Şu anda herhangi bir işte çalışma durumu	Çalışıyor	108	40,6
	Çalışmıyor	158	59,4
Doğum öncesi dönemde durumu	Sigara kullanımı	40	15,0
	Stres	111	41,7

	Enfeksiyon öyküsü	18	6,8
	Düşük tehditi	28	10,5
	İlaç kullanımı	14	5,3
	Beslenme yetersizliği	2	,8
	Sorun yaşanmadı	47	17,7
Kimyasallara maruz kalma	Var	14	5,3
	Yok	252	94,7
Doğum süreci	Sezaryen ile doğum	147	55,3
	Normal doğum	119	44,7
Bebegin cinsiyetiyle ilgili sizin/eşinin beklentisi	Var	101	38,0
	Yok	165	62,0
Doğumdan sonra destek alabileceği kişiler	Var	242	91,0
	Yok	24	9,0
Engelli çocuğu	Var	4	1,5
	Yok	262	98,5
Kaç kere doğum yaptığı	1	82	30
	2	116	43,6
	3	52	19,5
	4	16	6,8
Kronik hastalık varlığı	Yok	231	86,8
	Yok	35	13,2
	Var		
<b>Toplam</b>		<b>266</b>	<b>100</b>

Çalışmaya 266 kadın katılımcı alınmıştır. Katılımcıların yaş durumu dağılımında 33'ü (%12,4) 25 yaşından küçük, 168'i (%63,22) 26-35 yaş arası, 57'si (%21,4) 36-45 yaş arası ve 8'i (%3,0) 46 yaş üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna dağılımında 10'u (%3,8) ilköğretim, 83'ü (%31,2) lise, 160'ı (%60,2) üniversite ve 13'ü (%4,9) lisansüstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların gelir durumu dağılımında 22'si (%8,3) düşük, 216'sı (%81,2) orta ve 28'i (%10,5) yüksek gelir grubunda olduğu görülmektedir. Çalışma durumları incelendiğinde %59'unun çalışmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların 147'si sezaryen ile doğum (%55,3), 119'u (%44,7) normal doğum yaptığı görülmektedir. Katılımcıların %62'sinin bebeğin cinsiyetiyle ilgili beklentisi bulunmamaktadır. %91'i doğumdan sonra sosyal destek alabileceğini belirtmektedir. %86,8'inin kronik bir hastalığı bulunmamaktadır

Doğum öncesi dönemde %15'i sigara içmektedir. %41,7'si stres yaşadığını belirtmiştir. %6,8'i doğum öncesinde enfeksiyon semptomları yaşamış ve %10,5'i düşük tehditi geçirmiştir. Ayrıca %5,3'ü doğum öncesinde ilaç kullanmış, %0,8'i ise beslenme yetersizliği yaşadığını ifade etmiştir. (Tablo 1).

Çalışma grubundaki annelerin bebekleri ile güvenli bağlanma düzeyleri Anne Bebek Bağlanma Ölçeği ile değerlendirilerek Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2. Annelerin anne bebek bağlanma ölçeğine ilişkin sonuçları**

<b>Kategori</b>	<b>Değişken</b>	<b>N</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Sevgi dolu	Çok fazla	209	78,6
	Çok	46	17,3
	Biraz	11	4,1
	Toplam	266	100,0
Kırgın	Hiç	186	69,9
	Biraz	64	24,1
	Çok	8	3,0
	Çok fazla	8	3,0
	Toplam	266	100,0
Nötr (hiçbir şey hissetmedim)	Hiç	195	73,3
	Biraz	35	13,2
	Çok	23	8,6
	Çok fazla	13	4,9
	Toplam	266	100,0
Sevinçli	Çok fazla	205	77,1
	Çok	45	16,9
	Biraz	15	5,6
	Hiç	1	,4
	Toplam	266	100,0
Hoşlanmama	Hiç	225	84,6
	Biraz	17	6,4
	Çok	13	4,9
	Çok fazla	11	4,1
	Toplam	266	100,0
Koruyucu	Çok fazla	218	82,0
	Çok	31	11,6
	Biraz	15	5,6
	Hiç	2	,8
	Toplam	266	100,0
Hayal kırıklığı	Hiç	220	82,7
	Biraz	32	12,0
	Çok	9	3,4
	Çok fazla	5	1,9

	Toplam	266	100,0
Öfkeli	Hiç	222	83,5
	Biraz	30	11,3
	Çok	11	4,1
	Çok fazla	3	1,1
	Toplam	266	100,0

Çalışma grubundaki annelere uygulanan Anne Bebek Bağlanma Ölçeği sonuçlarına göre annelerin %78,6'sı doğumdan sonra çok fazla sevgi dolu hissettiklerini, %69,9'u hiç kırgınlık duygusu hissetmediklerini, %73,3'ü doğumdan sonra herhangi bir duyguyu tanımlayamadıklarını ve nötr olduklarını; %84,6'sı hoşlanmama duygusunu hiç yaşamadıklarını, %82'si koruyucu olduklarını, %82,7'si hayal kırıklığı duygusunu hiç yaşamadıklarını ve %83,5'i hiç öfkeli olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Çalışmaya dâhil edilen annelerin doğum sonu depresyon ölçeği puan ortalamaları yaş gruplarına göre ANOVA analizi ile karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 3'de verilmiştir.

**Tablo 3. Annelerin yaş değişkenine göre doğum sonu depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması**

Puan	Grup	N	x	S.S.	F	P	Fark
EDSDO	25 yaşından küçük <sup>a</sup>	33	1,161	0,591	4,302	,006	b<c b<d
	26-35 yaş <sup>b</sup>	168	1,027	0,493			
	36-45 yaş <sup>c</sup>	57	1,261	0,580			
	46 ve daha büyük <sup>d</sup>	8	1,463	0,450			
	Toplam	266	1,107	0,534			

Tablo 3'te görülebileceği üzere, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda yaş gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:,302; ,006). Diğer bir ifade ile katılımcıların Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapıldı. Buna göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları LSD analizine göre 36-45 yaş grubu 26-35 yaş grubundan daha yüksektir. Ayrıca 46 ve daha büyük yaş grubu 26-35 yaş grubundan daha yüksektir.

Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği toplam puanları ile annenin eğitim düzeyine göre karşılaştırılması ANOVA analizi ile değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanları ile annenin eğitim düzeyi karşılaştırılması**

Puan	Grup	N	Ort.	S.S.	F	P	Fark
EDSDO	İlköğretim <sup>a</sup>	10	1,5800	,78287	3,566	,015*	a>b,c,d
	Lise <sup>b</sup>	83	1,1602	,54076			
	Üniversite <sup>c</sup>	160	1,0537	,47277			
	Lisansüstü <sup>d</sup>	13	1,0538	,79227			
KTGO	İlköğretim <sup>a</sup>	10	5,1857	1,69573	,908	,438	
	Lise <sup>b</sup>	83	5,0482	1,28519			
	Üniversite <sup>c</sup>	160	5,3080	1,10883			
	Lisansüstü <sup>d</sup>	13	5,1099	1,03699			
ABBagO	İlköğretim <sup>a</sup>	10	,5625	,58408	2,979	,032*	b, c<d
	Lise <sup>b</sup>	83	,2831	,51542			
	Üniversite <sup>c</sup>	160	,2711	,38450			
	Lisansüstü <sup>d</sup>	13	,5673	,55343			

*Edinburg Doğumsonu Depresyon Ölçeği, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği, Anne Bebek Bağlanma Ölçeği*

Tablo 4.4'te Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamalarının annenin eğitim düzeyi gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda annenin eğitim düzeyi gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F (3,566); ,015). Diğer bir ifade ile katılımcıların Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları ile annenin eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapılmıştır. Buna göre, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları LSD analizine göre ilköğretim grubu lise, üniversite ve lisansüstü grubundan daha yüksektir. Başka bir deyişle eğitim düzeyi düştükçe depresyon düzeyi yükselmektedir.

Tabloda 4.4'te Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği aritmetik ortalamalarının annenin eğitim düzeyi gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda annenin eğitim düzeyi gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:2,979;

,032). Diğer bir ifade ile katılımcıların *Anne-Bebek Bağlanma* tutumları ile *annenin eğitim düzeyi* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Anne-Bebek Bağlanma tutumları LSD analizine göre ilköğretim grubu üniversite grubundan daha yüksektir. Ayrıca Anne-Bebek Bağlanma tutumları LSD analizine göre lisansüstü grubu lise ve üniversite grubundan daha yüksektir. Diğer yandan katılımcıların *Annenin Kendini Toparlama Gücü* tutumları ile *annenin eğitim düzeyi* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği toplam puanları ile bebeğin doğum şekline göre karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 5’te verilmiştir.

**Tablo 5. Doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanlarının bebeğin doğum şekline göre karşılaştırılması**

	<b>Değişken</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>S.S.</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
EDSDO	Sezaryen ile doğum	147	1,0993	,55190	-,252	,801
	Normal doğum	119	1,1160	,51288		
KTGO	Sezaryen ile doğum	147	5,2400	1,20001	,417	,677
	Normal doğum	119	5,1789	1,17556		
ABBagO	Sezaryen ile doğum	147	,2526	,40924	-1,930	,055
	Normal doğum	119	,3592	,49241		

*Edinburg Doğumsonu Depresyon Ölçeği, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği, Anne Bebek Bağlanma Ölçeği*

Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Annenin Kendini Toparlama Gücü tutum düzeylerinin bebeğin sezaryen ile doğum veya normal doğum şekline göre bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği toplam puanları, annenin çocuk sayısına göre karşılaştırılmış değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 6’da verilmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanları ile annenin çocuk sayısının karşılaştırılması**

Puan	Çocuk sayısı	n	Ort.	S.S.	F	p	Fark
EDSDO	0 <sup>a</sup>	6	,8333	,36148	9,146	,000	b>a,c,e d>c,e
	1 <sup>b</sup>	76	1,3329	,60540			
	2 <sup>c</sup>	116	,9319	,42561			
	3 <sup>d</sup>	52	1,2462	,55500			
	4 <sup>e</sup>	16	,9500	,32249			
KTGO	0 <sup>a</sup>	6	5,9524	,51640	5,387	,000	a>b,e c>b,d,e
	1 <sup>b</sup>	76	4,8684	1,34352			
	2 <sup>c</sup>	116	5,5333	,95439			
	3 <sup>d</sup>	52	5,0440	1,07967			
	4 <sup>e</sup>	16	4,7946	1,71585			
ABBagO	0 <sup>a</sup>	6	,6250	,96825	3,401	,010	a>c,e b>c
	1 <sup>b</sup>	76	,4243	,44678			
	2 <sup>c</sup>	116	,2241	,40597			
	3 <sup>d</sup>	52	,2837	,41871			
	4 <sup>e</sup>	16	,1953	,48941			

Tablo 6’da görülebileceği üzere, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamalarının *annenin çocuk sayısı* gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda *annenin çocuk sayısı* gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:9,146; ,000). Diğer bir ifade ile katılımcıların Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları ile *annenin çocuk sayısı* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapılmıştır. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları LSD analizine göre 1 çocuğu olan anne grubu çocuğu olmayan, 2 çocuğu olan ve 4 çocuğu olan gruptan daha yüksektir. Ayrıca 3 çocuklu grubu, 2 çocuklu ve 4 çocuklu gruptan daha yüksektir.

Ayrıca *Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği* aritmetik ortalamalarının *annenin çocuk sayısı* gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda *annenin çocuk sayısı* gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:3,401; ,010). Diğer bir ifade ile katılımcıların *Anne-Bebek Bağlanma* tutumları ile *annenin çocuk sayısı* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapılmıştır.

Diğer yandan Anne-Bebek Bağlanma tutumları LSD analizine göre hiç çocuğu olmayan grubu grubu 2 çocuklu ve 4 çocuklu gruptan daha yüksektir. Ayrıca 1 çocuklu grubu 2 çocuklu gruptan daha yüksektir.

*Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği* aritmetik ortalamalarının *annenin çocuk sayısı* gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda *annenin çocuk sayısı* gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:5,387; ,000). Diğer bir ifade ile katılımcıların *Annenin Kendini Toparlama Gücü* tutumları ile *annenin çocuk sayısı* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapılmıştır. *Annenin Kendini Toparlama Gücü* tutumları LSD analizine göre hiç çocuğu olmayan grubu 1 çocuklu ve 4 çocuklu gruptan daha yüksektir. Ayrıca 2 çocuklu grubu 1 çocuklu, 3 çocuklu ve 4 çocuklu gruptan daha yüksektir.

Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği toplam puan ortalamaları annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması durumuna göre karşılaştırılmış ve Tablo 7’de sonuçlar verilmiştir.

**Tablo 7. Katılımcıların doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanlarının annenin fizyolojik bir hastalığı bulunmasına göre karşılaştırılması**

Puan	Fizyolojik	n	Ort.	S.S.	t	P
	hastalık					
EDSDO	Yok	231	1,0810	,51993	2,691	,003
	Var	35	1,1068	,53386		
KTGO	Yok	231	5,2449	1,1879	2,017	,027
	Var	2	3,2857	1,0101		
ABBagO	Yok	231	,2879	,44361	1,621	,093
	Var	2	1,1250	1,0606		

Tablo 7’de görülebileceği üzere, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamalarının *annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması* gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi

sonucunda *annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması* gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:2,691; ,003). Diğer bir ifade ile katılımcıların Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları ile *annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği aritmetik ortalamalarının *annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması* gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda *annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması* gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:2,017; ,027). Diğer bir ifade ile katılımcıların Annenin Kendini Toparlama Gücü tutumları ile *annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Diğer yandan katılımcıların *Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği* tutumları ile *annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği toplam puanları ile ailenin ekonomik durumu arasında bir ilişki olup olmadığı değerlendirilerek Tablo 8’de sonuçlar verilmiştir.

**Tablo 8. Katılımcıların doğum sonu depresyon ölçeği, anne-bebek bağlanma ölçeği ve annenin kendini toparlama gücü ölçeği toplam puanlarının ailenin ekonomik durumuna göre karşılaştırılması**

Puan	Ailenin ekonomik durumu	n	Ort.	S.S.	F	p	Fark
EDSDO	Düşük <sup>a</sup>	22	1,5818	,66593	11,408	,000	a>b,c
	Orta <sup>b</sup>	216	1,0458	,48731			
	Yüksek <sup>c</sup>	28	1,2036	,58149			
KTGO	Düşük <sup>a</sup>	22	4,3896	1,51519	5,983	,003	b,c>a
	Orta <sup>b</sup>	216	5,2890	1,13347			
	Yüksek <sup>c</sup>	28	5,2704	1,10338			
ABBagO	Düşük <sup>a</sup>	22	,8011	,55455	16,929	,000	a>b,c
	Orta <sup>b</sup>	216	,2471	,42496			
	Yüksek <sup>c</sup>	28	,3170	,29752			

Tablo 8’de görülebileceği üzere, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamalarının *ailenin ekonomik durumu* gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda *ailenin ekonomik durumu* gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:11,408; ,000). Diğer bir ifade ile katılımcıların Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları ile *ailenin ekonomik durumu* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapılmıştır. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları LSD analizine göre düşük grubu orta ve yüksek grubundan daha yüksektir. Yani gelir düzeyi düştükçe depresyon düzeyi yükselmektedir.

*Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği* aritmetik ortalamalarının *ailenin ekonomik durumu* gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda *ailenin ekonomik durumu* gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:16,929; ,000). Diğer bir ifade ile katılımcıların *Anne-Bebek Bağlanma* tutumları ile *ailenin ekonomik durumu* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapılmıştır. *Anne-Bebek Bağlanma* tutumları LSD analizine göre düşük grubu orta ve yüksek grubundan daha yüksektir.

*Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği* aritmetik ortalamalarının *ailenin ekonomik durumu* gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda *ailenin ekonomik durumu* gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:5,983; ,003). Diğer bir ifade ile katılımcıların *Annenin Kendini Toparlama Gücü* tutumları ile *ailenin ekonomik durumu* grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapılmıştır. Buna göre, *Annenin Kendini Toparlama Gücü* tutumları LSD analizine göre orta grubu düşük grubundan daha yüksektir. Yine yüksek grubu düşük grubundan daha yüksektir.

Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği toplam puanları arasında bir ilişki olup olmadığı pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9. Ölçekler ve alt boyutlarla korelasyon tablosu**

	EDSDO	KTGO	ABBagO
EDSDO	1	-,502**	,208**
<i>p</i>		,000	,001

KTGO		-,502**	1	-,295**
	<i>p</i>	,000		,000
ABBagO		,208**	-,295**	1
	<i>p</i>	,001	,000	

\*\* . Korelasyon 0,01 düzeyinde (2-kuyruklu) anlamlı.

Tablo 9'daki korelasyon analizine ilişkin bulgulara göre; araştırma kapsamındaki katılımcıların, Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği genel boyutları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır,  $r = -0,502$ ,  $p < 0,01$ . Ayrıca Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği genel boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır,  $r = 0,208$ ,  $p < 0,01$ . Bunlara ek olarak annenin Kendini Toparlama Gücü ölçeği ile Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği genel boyutları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır,  $r = -0,295$ ,  $p < 0,01$ .

## 5. TARTIŞMA

Doğum sonu depresyon danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamaların incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgular ve ilgili teorik yapı değerlendirildiğinde, doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanma stiline, annenin kendini toparlama gücüyle ilişkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA 2018) göre kentte yaşayan 15-49 yaş grubundaki kadınların %31,8'i ilkokul, %15,2'si ortaokul, %30,9'u lise ve üzeri, %22'si' ikisinin ilkokulu bitirmediği ortaya çıkmıştır. Öztürk ve Saruhan (2013) annelerin %32,1'inin 27-31 yaş grubunda olduğunu, %50,7'sinin ilkokul mezunu olduğunu ve %90'ının çalışmadığını; Demirbaş ve Kadioğlu (2014) gebelerin %42,1'inin ilkokul veya ortaokul mezunu, %30'unun çalıştığını ve %75,9'unun orta veya düşük gelirli olduğunu bulmuştur. Eğitim düzeyi ve istihdam durumu açısından bulgularımızın TNSA sonuçlarından ve Öztürk ve Saruhan'ın (2013) araştırmalarından farklılık gösterdiği görülmektedir. Eğitim düzeyi, kadınların işgücüne katılımını, gelir düzeyini ve yaşam kalitesini etkileyerek kadınların hayatındaki en önemli belirleyicilerden biri olup; gebelik, doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanmasını ve annenin annelik rolüne ilişkin algı-görüşünü ve davranışını etkileyebilir.

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. LSD analizine göre 36-45 yaş grubu 26-35 yaş grubundan daha yüksektir. Ayrıca 46 ve daha büyük yaş grubu 26-35 yaş gruplarından daha yüksektir. Karamustafaloğlu ve Tomruk (2000) ile Taşdemir ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında gebe olma yaşı düştükçe, Doğum Sonu Depresyon sıklığının yükseldiği, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtilmektedir. Bu yönüyle bu araştırma sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu bulguların farklılık göstermesi annelerin eğitim seviyesi yaşadıkları kültür sosyal destek algıları gibi faktörlerden kaynaklı olabilir.

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamalarının annenin eğitim düzeyi gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları LSD analizine göre İlköğretim grubu Lise, Üniversite ve Lisansüstü grubundan daha yüksektir. Yani eğitim düzeyi düştükçe depresyon düzeyi

yükselmektedir. Dayan'ın (2019) araştırmasında, annelerin, eğitim düzeyine göre sonuçlar incelendiğinde Üniversite mezunu olan katılımcıların, Doğum Sonu Depresyon düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yine Özkan ve arkadaşları (2013), Doğum Sonu dönemde kadınların annelik rollerini inceleyen çalışmasında, üniversite mezunu olan kadınların Doğum Sonu Depresyon puanlarının düşük olduğunu saptamıştır. Bu yönüyle araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Çünkü eğitim düzeyi yüksek olan annelerin araştırma, anlama ve uygulama konusunda daha başarılı oldukları için depresyonla başetme konusunda daha etkin yol izlemektedir. Dünder'ın (2006) çalışmasında ise, Doğum Sonu Depresyon döneminde olan annelerin eğitim düzeyi artıkça Doğum Sonu Depresyon puanlarının düştüğü saptanmıştır.

Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, tutum düzeylerinin bebeğin doğum şekline göre bir farklılık çıkmamıştır. Atasoy ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada annelerin doğum şekli ile Doğum Sonu Depresyon puanı arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Sünter ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada, annelerin doğum şekli ile Doğum Sonu Depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu iki çalışma sonuçları bizim araştırmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç annelerin duygusal bir bağ ile dokuz ay bekledikleri bebeğin doğum şeklinin ne olursa olsun kabul etme potansiyerinden ve kültürlerinde çocuğa verilen değerden kaynaklı olabilir.

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamalarının annenin çocuk sayısı gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılık 1 çocuğu olan annelerin; çocuğu olmayan, 2 çocuğu olan ve 4 çocuğu olan annelere göre depresyonları daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca 3 çocuklu annelerin depresyon düzeyleri 2 ve 4 çocuklu annelere göre daha yüksek çıkmıştır.

farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için posthoc analizlerinden LSD analizleri yapılmıştır. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon tutumları LSD analizine göre 1 çocuğu olan anne grubu çocuğu olmayan, 2 çocuğu olan ve 4 çocuğu olan gruptan daha yüksektir. Ayrıca 3 çocuklu grubu, 2 çocuklu ve 4 çocuklu gruptan daha yüksektir.

Ayvaz ve arkadaşları (2006), yaptıkları çalışmada çocuk sayısının fazla olan, birden fazla doğum yapan annelerin Doğum Sonu Depresyon riski taşıdıklarını ve istatistiksel olarak

anlamli düzeyde yuiksek puan aldiklarini saptamislardir. Bu calisma sonuclari bizim arastirmamizin bulgularıyla benzerlik gostermemektedir. Bu farkin nedeninin cocuk sayisinin artmasi annelerin yeteri kadar her cocuguna zaman ayiramayip daha fazla is yuikunun atmasindan kaynakli olduğu duisunulmektedir.

Edinburgh Dogum Sonu Depresyon Olcegi aritmetik ortalamalarinin annenin daha once psikolojik bir rahatsizlik yasaması gruplarına göre anlamli bir farklılık bulunmuştur. Sigara kullanımı, Stres, Enfeksiyon öyküsü, Düşük tehdidi ve Operasyon grupları boş belirtilen gruba göre daha yuiksek cikmiştir.

Yücesoy'un (2017) arastirmasında gebelik öncesi ruhsal sorunu olan annelerin Edinburgh Dogum Sonu Depresyon puanlarının ruhsal sorunu olmayan annelere göre daha yuiksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu belirlenmiştir. Öte yandan, calismanın bulgularına benzer şekilde; Türkçapar ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları calışmada, daha önce psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda dogum sonrası depresyon oranının böyle bir öyküsü olmayan kadınlara göre daha yuiksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde Tahaoğlu ve arkadaşları (2015) önceki depresyon öyküsünün dogum sonrası depresyonu etkileyen önemli bir değişken olduğunu bulmuşlardır. Danacı ve arkadaşları (2002), kadınlardaki önceki psikiyatrik bozukluk öyküsünün Edinburgh Dogum Sonu Depresyon puanı üzerinde anlamli bir etkisi olduğunu ve dogum sonrası depresyon sıklığını artırdığını belirtmişlerdir. Arslantaş ve arkadaşlarının (2009), Dogum Sonrası Depresyonu olan kadınların %55,6'sının gebelik öncesi ruhsal sorunlar yaşadığını ve bu durumun dogum sonrası dönemde depresyon görülme sıklığını 9,867 kez etkilediğini bildirmiştir. Nur ve arkadaşlarının (2004), gebelik öncesi ruhsal hastalığı olan ve birinci derece akrabalarında ruhsal hastalığı olanlarda dogum sonrası prevalansın 2,87 kat daha yuiksek olduğunu bulmuşlardır. Bu sonucler arastirmamizin sonuclari ile benzerlik göstermektedir.

Edinburgh Dogum Sonu Depresyon Olcegi aritmetik ortalamalarinin annenin fizyolojik bir hastalığın bulunmasına göre anlamli bir farklılık bulunmuştur. Edinburgh Dogum Sonu Depresyon Olcegi aritmetik ortalamalarinin ailenin ekonomik durumu gruplarına göre anlamli bir farklılık bulunmuştur. Edinburgh Dogum Sonu Depresyon tutumları LSD analizine göre düşük grubu orta ve yuiksek grubundan daha yuiksektir. Yani gelir düzeyi düştükçe depresyon düzeyi yükselmektedir.

Annenin Kendini Toparlama Gücü tutumları analizlere göre hiç çocuğu olmayan grubu 1 çocuklu ve 4 çocuklu gruptan daha yüksektir. Ayrıca 2 çocuklu grubu 1 çocuklu, 3 çocuklu ve 4 çocuklu gruptan daha yüksektir. Onat (2010) kardeş sayısı 2 ve 5 arasında olan bireylerin, kardeş sayısı 0-2 ve 5'ten fazla olan bireylere göre kendini toparlama gücü düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bu sonuçlar, araştırmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği aritmetik ortalamalarının annenin daha önce psikolojik bir rahatsızlık yaşamaması gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Stres, Enfeksiyon öyküsü ve Düşük tehdidi grupları boş gruba göre daha düşük çıkmıştır. Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği aritmetik ortalamalarının annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Annenin Kendini Toparlama Gücü Ölçeği aritmetik ortalamalarının ailenin ekonomik durumu gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ayrıca Annenin Kendini Toparlama Gücü tutumları LSD analizine göre orta grubu düşük grubundan daha yüksektir. Yine yüksek grubu düşük grubundan daha yüksektir.

Annelik bağı, anne ile bebeği arasındaki duygusal ve karşılıklı bir ilişkidir. Bowlby'nin bağlanma teorisi, erken dönem yakın anne-bebek ilişkileri ile ruh sağlığı ve kişilik desteği için psikososyal faktörler arasındaki, ayrıca işlevsel etkileşimler ile duygusal, bilişsel, sosyal ve diğer etkileşimler dâhil olmak üzere temel nörobiyolojik süreçler arasındaki ilişkinin önemini yansıtır. Bir anne ve çocuğu arasındaki bağlanma, sosyoekonomik durum, aile geçmişi, destek sistemleri, kültürel faktörler ve son olarak doğum deneyimi dâhil olmak üzere çok sayıda faktörden etkilenir. Bebek-ebeveyn ilişkisi, çocuğun yaşamı boyunca olumlu sosyal ve duygusal uyumunu kolaylaştırmada önemli bir rol oynamaktadır. Güvenli bağlanma, çocuğun zihinsel ve bedensel sağlığı için çok önemli bir faktördür (Fuchs vd., 2016).

Kavlak (2004), anne ile bebek arasındaki tensel bağı oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır. Araştırmacı, annenin/babanın bebeğini kucaklamasıyla, bağlanma arasında olumlu yönde bir ilişki olabileceğini ileri sürmüştür. Bu nedenle, doğumu izleyen ilk 45-60 dakikalık dönemde bebek uyanık ve alıcı durumda olduğunda anne ve baba ile olan teması oldukça önemlidir. Bebek ile temasın fazla olması bağlanma davranışlarını artırır. Karakulak'ın (2009) araştırmasında, annelerin %70.9'u bebeklerin

cinsiyeti konusunda tercihte bulunmazken, % 71,3'ü eşlerinin de aynı görüşte olduklarını belirtmişlerdir. Babaların %72.5'inin de bebeklerin cinsiyeti konusunda tercihte bulunmazken, %71.'i eşlerinin de aynı görüşte olduğunu belirtmişlerdir.

Bizim araştırmamızda bebeğin cinsiyetiyle ilgili sizin/eşinizin beklentisi var mıydı? sorusuna katılımcıların %38'inin var olduğunu ancak çoğunluğunun (%62) olmadığını belirtmişlerdir.

Kavlak'ın 2004 yılında yaptığı çalışmada, bebeklerin %50.3'ünün cinsiyetinin kız, %72.1'inin istenen cinsiyette doğduğu, Şen'in (2007) çalışmasında bebeklerden %52.1'inin kız, %47.9'unun erkek olduğu, %90.0'ı bebeklerinin istediği cinsiyette doğduğunu belirtmiştir. Araştırma bulguları, ülkemizde son yıllarda doğum sonrası dönemdeki anne/babalarla yapılan çalışmalardaki bulgularla paralellik göstermektedir.

Ancak, Çoban'ın (2003) çalışmasında, yeni doğan bebeklerin %50.3'ünün cinsiyeti 72 erkek iken, %49.7'sinin cinsiyeti kız olarak saptanmıştır. Annelerin %36.5'i bebeklerinin olmasını istediği cinsiyet tercihinde bulunmazken, %39.0'unun eşi bebeğin cinsiyetinin erkek olmasını istediği saptanmıştır. Araştırma bulguları, Çoban'ın (2003) anne-bebek etkileşimini incelediği çalışmasındaki bulgu ile uyuşmamaktadır. Çünkü anne ve babaların bebekleri doğduktan sonra kız ya da erkek olsaydı gibi bir ifadeden kaçınıp sağlıklı olsun yeter diyip hastane ortamındaki durumdan etkilenerek söylendiği düşünülmektedir. Yani yoğun bakım sürecinin aileler üzerinde oluşturduğu korku sebebiyle cinsiyet beklentilerini söylememe konusunda etkisinin olduğu çalışmamız sırasında gözlemlediğimiz durumlardandır.

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği aritmetik ortalamalarının annenin eğitim düzeyi gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Anne-Bebek Bağlanma tutumları LSD analizine göre ilköğretim grubu üniversite grubundan daha yüksektir. Ayrıca Anne-Bebek Bağlanma tutumları LSD analizine göre Lisansüstü grubu Lise ve Üniversite grubundan daha yüksektir.

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği tutum düzeylerinin bebeğin Sezaryen ile doğum veya Normal doğum şekline göre bir farklılık çıkmamıştır. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği aritmetik ortalamalarının annenin çocuk sayısı gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre Anne-Bebek Bağlanma tutumları LSD analizine göre hiç çocuğu

olmayan grubu 2 çocuklu ve 4 çocuklu gruptan daha yüksektir. Ayrıca 1 çocuklu grubu 2 çocuklu gruptan daha yüksektir.

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği aritmetik ortalamalarının ailenin ekonomik durumu gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Diğer yandan Anne-Bebek Bağlanma tutumları LSD analizine göre düşük grubu orta ve yüksek grubundan daha yüksektir.

Annenin sosyal güvencesi değişkeni bakımından Anne-Bebek Bağlanma puan ortalamasının farklılaşma düzeyleri incelendiğinde puan ortalamalarının, katılımcıların sosyal güvencesi olup olmaması durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur. Bu sonuç araştırma sonucumuz ile uyuşmamaktadır. Ancak Şen (2007), yaptığı çalışmada farklı olarak, annelerin sosyal güvencesi Anne-Bebek bağlanma puanlarının, sosyal güvencesi olmayan annelerin Anne-Bebek bağlanma puanlarından daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu sonuç araştırma sonucumuz ile tam tersi şeklinde çıkmıştır. Araştırma sonuçlarıyla uyuşmamasının sebebi olarak, araştırmamıza katılan annelerin birçoğu aynı hastanede ve gelir düzeyleri birbirine yakın olan annelerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Doğum sonu depresyon, anne-bebek bağlanması ve annenin kendini toparlama gücü birbirleriyle ilişkili çıkmıştır. Doğum Sonu Depresyon ile Annenin Kendini Toparlama Gücü genel boyutları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunurken Anne-Bebek Bağlanma arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yine Annenin Kendini Toparlama Gücü ile Anne-Bebek Bağlanma arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmaktadır. Kendini toparlama gücü hisseden annelerin doğum sonu depresyonları azalmaktadır.

Diğer yandan Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği genel boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır,  $r = 0,208$ ,  $p < 0,01$ . Yalçın ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında, Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile Anne-Bebek Bağlanma ölçeği arasında zayıf korelasyon (0.38) tespit etmişlerdir. Høivik ve arkadaşları (2013), 76 İsveçli annede 10 maddelik “Anne Bebek İlişkisi Ölçeği” ile EPBÖ ile orta derecede (0.49) korelasyon gösterdiğini bildirmiştir. Yoshida ve arkadaşları (2012) “Kumar Anne Bebek Bağlanma Anketi”ni kullanarak ABBÖ’nin Japan (ABBÖ-J) formunu hazırlamışlardır. Ölçek doğum sonrası beşinci günde ve 1-4. aylarda doldurulmuştur. Her üç dönemde de ABBÖ-J ile EPDÖ puanlarının uyumlu olduğu

saptanmıştır. Bu yönüyle araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Ancak Bienfait ve arkadaşları (2011) anne bebek bağlanma ölçeği ile EPDÖ arasında korelasyon saptamamıştır. Bu sonuç araştırma bulgularımızla uyuşmamaktadır.

Kayacı'nın (2008) yaptığı araştırmada, annelerin depresyon durumlarına göre anne-bebek bağlanma puan ortalamalarının dağılımı incelenmiş ve annelerin anne-bebe bağlanma puan ortalamaları ile doğum sonrası depresyon geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuçlar bizim araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Alan yazında yer alan kuramsal ve ampirik çalışmalar incelenerek, doğum sonu dönemde depresyon semptomlarının anne-bebek bağlanmasını etkilediği ve annenin kendini toplama gücünün bu araştırmada ele alınan değişkenler arasındaki ilişkilerde farklılık gösterebileceği vurgulanmıştır. Dolayısıyla, değişkenler arasındaki etkileşimler bu çalışmada uygulanan Demografik Bilgi Formu, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Anne Bebek Bağlanma Ölçeği gibi veri toplama araçlarında ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Dolayısıyla, çalışma grubundan elde edilen bulgular farklı başlıklar altında tartışılmıştır.

Doğum sonu depresyon, anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toplama gücü ölçeklerinin birbiriyle ilişkili çıkmıştır. Doğum sonu depresyon ile annenin kendini toplama gücü arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca Annenin Kendini Toparlama Gücü ile Anne-Bebek Bağlanma arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. Diğer yandan doğum sonu depresyon ile anne-bebek bağlanma arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki ortaya çıkmıştır. Elde edilen sonuçlar kendini toplama gücünün, doğum sonu depresyonla negatif, anne bebek bağlanması durumuyla ise pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeğine göre; 36 yaş ve üstü anneler 26-35 yaş arası annelere göre daha yüksek depresyon çıkmıştır. Annenin eğitim düzeyi yüksek olanların depresyonu daha az çıkmıştır. Yani eğitim düzeyi düştükçe depresyon düzeyi yükselmektedir. Bebeğin Sezaryen doğum veya Normal doğumla dünyaya gelmesi sonuçları anlamlı düzeyde etkilememiştir. Yine annenin çocuk sayısına göre depresyonda farklılık oluşmuştur. Annenin daha önce psikolojik bir rahatsızlık olarak sigara kullanımı, stres, enfeksiyon öyküsü, düşük tehdidi ve daha önce bir ameliyat geçirmiş olması veya cerrahi operasyon yaşaması depresyon sebebi olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer yandan ailenin ekonomik durumu düşük ise depresyon sebebi olarak görülmektedir. Diğer bir ifade ile ekonomik durumu orta ve yüksek olan daha az depresyon yaşamaktadır.

Annenin kendini toplama gücünü annenin eğitim düzeyi değiştirmemektedir. Bebeğin Sezaryen ile doğum veya Normal doğum şekline göre bir farklılık çıkmamıştır. Diğer yandan annenin çocuk sayısı fazlalığına göre kendini toplama gücü değişmektedir. Hiç çocuğu olmayan (ilk kez doğum yapan) 1 çocuklu ve 4 çocuklu annelere göre daha hızlı

kendini toparlayabilmektedir. Ani çocuk sayısı arttıkça kendini toparlama gücü azalmaktadır. Annenin daha önce psikolojik bir rahatsızlık yaşamasında stres, enfeksiyon öyküsü ve düşük tehdidi kendini toparlama gücünü etkilemektedir.

Ailenin ekonomik durumu orta seviyede olanlar düşük seviyede olanlara göre daha fazla kendini toplama gücüne sahiptir. Yani gelir seviyesi yükseldikçe kendini toparlama gücü artmaktadır. Diğer yandan ilköğretim mezunları üniversite mezunlarına göre daha fazla kendini toparlama gücüne sahip çıkmıştır. Ayrıca Lisansüstü mezunları da Lise ve Üniversite mezunlarına göre kendini toparlayabilme gücü daha yüksek çıkmıştır.

Anne-Bebek Bağlanma düzeyi bebeğin sezaryen veya normal doğum şekline göre bir farklılık göstermemektedir. Ancak çocuk sayısı ne kadar az ise anne-bebek bağlanması o derece yüksek olmaktadır. Annenin daha önce psikolojik bir rahatsızlık yaşaması Anne-Bebek Bağlanmasını engellememektedir. Yine annenin fizyolojik bir hastalığı bulunması Anne-Bebek Bağlanmasını engellememektedir.

Ancak ailenin ekonomik durumu düşük olanlar orta ve yüksek olanlara göre anne-bebek bağlanması daha yüksek çıkmıştır. Gebelik öncesi ruhsal sorunları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresyon görülme olasılığı yükselmektedir. Bu nedenle gebelik öncesi ruhsal sorunları olan kadınların doğum sonrası dönemde daha yakından izlenmesi gerekmektedir.

### **Öneriler**

Görevliler (ebeler) tarafından doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde aile ve yenidoğana bilinçli bir yaklaşım ile bağlanma sürecinde sevgi oluşumunu başlatması ve sürdürülebilir.

Anne ve babanın, aile bütünlüğünün korunması ve eşler arasında oluşabilecek sorunların önlenmesi için birbirlerini desteklemesi sağlanabilir.

Yenidoğanda herhangi bir rahatsızlık yoksa doğumdan hemen sonra yenidoğanı annenin göğsünde tutması, emzirmesinde yardımcı olması, uygun ortam bulunuyorsa ya da uygun bir ortamı kendisi oluşturarak babayı da mutlaka bu birlikteliğe katılabilir.

Bebek bakımı, bebeğin ihtiyaçları, duyguları, mümkün olduğunca bire bir ilgilenmeleri konusunda anne ve babaların ikisini birlikte bilinçlendirmesi yapılabilir.

Göz göze ve tensel temasla, bağlanmayı ifade eden sevgi, hoşlanma, koruyuculuk ve sevinç ifadelerini kullanarak, aile yenidoğan arasındaki ilişkiyi başlatabilir.

Anneleri ve babaları bebeğe yönelik olumlu duygular geliştirme konusunda desteklenebilir.

Ebeler, ailelerin bir bütün olarak görerek Anne-bebek bağlanması ve baba-bebek bağlanmasının önemi konusunda hizmet içi eğitimler düzenlemesi ve katılması önerilebilir.

Doğum sonrası depresyon, anneler dışında tüm aileyi etkileyebilen bir sağlık sorunu olup, sağlık sistemi üzerinde de önemli bir yük teşkil etmektedir. Bu nedenle Doğum sonrası depresyon riski taşıyan kadınların belirlenmesi, gereksinime göre uygun yönlendirmelerin yapılması ve depresif belirtilerin tedavisi ile ciddi çalışmalar yapılara önlenir.

## KAYNAKLAR

- Açıköz, M. (2016). Çukurova üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik sağlamlık ile mizah tarzları ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Adhikari, C., Yadav, R. K., Timilshina, P., Ojha, R., Gaire, D., & Ghimire, A. (2016). Proportion and factors affecting for post-natal care utilizat in developing countries: a systematic review. *Journal of Manmohan Memorial Institute of Health Sciences*, 2, 14-
- Ahnert, L. ve Lamb, M. E. (2003). Shared care: establishing a balance between home and child care settings. *Child Development*, 74 (4), 1044-1049.
- Aksakallı, M., Çapık, A., Ejder, S.A., Pasinlioğlu, T. & Bayram, S. (2012). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 129-135. doi:10.5505/phd.57441
- Alan H. (2011). Doğum sonrası dönemde sosyal desteğin anne bebek bağlılığına etkisi. Yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi Hemşirelik ABD. Konya.
- Alexopoulou, A., Batsou, A. & Drigas, A. (2019). Resilience and academic underachievement in gifted Students: Causes, consequences and strategic methods of prevention and intervention. *Int. J. Online Biomed.* 15(1), 78–86.
- Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E. & Akwasi, A. (2018). Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals Of General Psychiatry*, 17(1), 312-338. doi: 10.1186/s12991-018-0188-0
- Anthony, W. A. (2000) A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 159–168.
- Arslantaş, H., Ergin, F., & Balkaya, N. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13-22.

- Aslan, Y. (2016). Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Konya.
- Ayala, J. C. ve Manzano, G. (2014). The resilience of the entrepreneur. Influence on the success of the business - A longitudinal analysis. *Journal of Economic Psychology*, 42, 126-135.
- Atasoy, N., Bayar, Ü., Sade, H., Konuk, N., Atik, L., Barut, A., . . . Kaya, E. (2004). Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 252-257.
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., & Tiryaki, A. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 243-251.
- Balkaya, A.N. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe hemşirenin rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 6(1), 42-49
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *BEÜ SBE Derg.*,7(1), 231-274.
- Bayyemat, S., Hashemi, G., Amirhosein, S., Purbaferani, A., Saeidi, M., Khodae, G.H. (2014). The importance of breastfeeding in Holy Quran. *Int J Pediatr*. 2(4.1), 339-347
- Bear, H.A., Edbrooke-Childs, J., Norton, S, Krause, K.R., Wolpert, M. (2019). Systematic review and meta-analysis: outcomes of routine specialist mental health care for young people with depression and/or anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 59(7), 810-841
- Bernier, A., Carlson, S.M. & Whipple, N. (2010). From external regulation to selfregulation: early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Dev*. 81(1), 326-339
- Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Affairs* 33(1), 2106-2115. [https://doi: 10.1377/hlthaff.2014.0914](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0914)

- Biggs, D. (2010). *Management consulting: a guide for moms*, Andover: South-Western Cengage Learning
- Bienfait, M., Maury, M., & Haquet, A. (2011). Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. *Early Hum Dev*, 281-287.
- Biller HB (1993) *Fathers and Families Paternal Factors in Child Development*. London, Auburn House.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., Easterbrooks, M.A. (2014). Emotional availability (EA): theoretical background, empirical research using the EA scales, and clinical applications. *Dev Rev*. 34(2), 114–167.
- Blampied, N.M. (2017). Analyzing therapeutic change using modified brinley plots: history, construction, and interpretation. *Behav Ther*. 48(1), 115-127
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*, NY and London, Jason Aronson
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Attachment*. 2nd ed. New York: Basic Books. Inc.
- Bowlby, J. (1986). *The nature of the child's tie to his mother. Essential papers on object relations*. 1th ed. Buckley P (ed), New York University press
- Buttner, M. M., O'hara, M. W. & Watson, D. (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 19(2), 247-256.
- Çağlayan, Ebru (2005). "Türkiye'de Taylor Kuralının Geçerliliğinin Ekonometrik Analizi", *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt XX, 1.
- Carlson, T.S., McGeorge, C.R. & Toomey, R.B. (2014). Establishing the validity of the spirituality in clinical training scale: Measuring the level of integration of spirituality and religion in family therapy training. *Contemporary Family Therapy*, 36(2), 310-325
- Chandrasekaran, N., De Souza, L., Urquia, M., Young, B., Mcleod, A., Windrim, R. & Berger, H. (2018). Is anemia an independent risk factor for postpartum depression in women who have a cesarean section? A prospective observational study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 18(1), 48-57. doi: 10.1186/s12884-018-2032-6

- Clarkson, P. & Cavecchia, S. (2013) *Gestalt counselling in action* (4th ed.). London: Sage
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361-368. <https://doi.org/10.1037/a0015952>
- Cosco, T.D., Howse, K. & Brayne, C. (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 26(6):579–83.
- Cox, J.L., Holden, J.M. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Daniel Ebert, D., Koole, S.L., Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders.* 149(1), 1-13.
- Cupples, M.E., Stewart, M.C., Percy, A., Hepper, P., Murphy, C., Halliday, H.L. (2011). Peer-mentoring for first-time mothers in socially disadvantaged areas (the moments Study). *Arch Dis Child.* 96(3), 252–258.
- Curry, S.J., Krist, A.H., Owens, D.K. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA.* 321(1), 580-587.
- Çoban, A. (2003). *Doğum sonrası Anne-yenidoğan etkileşimini etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi.* Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Danacı, A., Dinç, G., Deveci, A., Şen, F., & İçelli, I. (2002). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 125-129.
- Dazzi, F., Shafer, A., Lauriola, M. (2016). Meta-analysis of the Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded (BPRS-E) structure and arguments for a new version. *J Psychiatr Res.* 81, 140–151
- Dayan, G. (2019 ). *Postpartum Depresyonda Maternal Bağlanma Ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* . Lefkoşa : Yakın Doğu Üniversitesi.

- Demirbaş, H., & Kadioğlu, H. (2014 ). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *MUSBED* , 200- 206.
- Dennis, C.L., Hodnett, E., Kenton, L. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high-risk women: multisite randomized controlled trial. *BMJ*. 338(1), 1–9.
- Dodson, F. (1995) Çocuk yaşken eğilir: doğumdan altı yaşa kadar çocuk bakımı ve eğitimi. (Çev. S Selvi), İstanbul, Özgür Yayınları.
- Doucet, S., Jones, I., Letourneau, N., Dennis, C. L., & Blackmore, E. R. (2011). Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 14(2), 89- 98.
- Dündar, C. (2006). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *TJOD*, 26-31.
- Engindeniz, A.N., Küey, L., Kültür, S., (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 51 -52
- Engle, W.A. (2004). American Academy of Pediatrics Committee on fetus and newborn. Age terminology during the perinatal period. *Pediatrics*. 114(1), 1362-1364.
- Enlow, M.B., Egeland, B., Carlson, E., Blood, E. & Wright, R.J. (2014). Mother-infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder. *Development and Psychopathology*, 26, 41–65
- Erdoğan, A. ve Hocaoğlu, Ç. (2020). Doğum sonrası depresyonun tanı ve tedavisi: bir gözden geçirme. *MKÜ Tıp Dergisi*. 11(39), 31-37
- Fredriksen, E, Von Soest, T., Smith, L., Moe, V. (2018). Parenting stress plays a mediating role in the prediction of early child development from both parents' perinatal depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 47(1), 1–16.
- Freeman, M.P. (2009). Breastfeeding and antidepressants: clinical dilemmas and expert perspectives. *J Clin Psychiatry*. 70(2), 291–292.
- Filges, T., Andersen, D., & Jorgensen, A. M. K. (2016). Functional family therapy (FFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: A systematic review.

*Research on Social Work Practice*, 28, 131–145.  
Doi:10.1177/1049731516629802

- Fitelson, E., Kim, S., Baker, A. S. & Leight, K. (2010). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health*, 3(1), 1-14. doi: 10.2147/IJWH.S6938
- Fletcher, D. ve Hanton, S. (2003). Sources of organizational stress in elite sport performers. *The Sport Psychologist*, 17, 175-195. Retrieved from <http://journals.humankinetics.com> 26 /tsp
- Fletcher, D. ve Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience. *European Psychologist*. 18 (1), 12–23
- Fritz, J., de Graaff, A. M., Caisley, H., Van Harmelen, A. L. & Wilkinson, P. O. (2018). A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 230. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00230>
- Fuchs, A., Möhler, E., Reck, C., Resch, F., Kaess, M. (2016). The early mother-to-child bond and its unique prospective contribution to child behavior evaluated by mothers and teachers. *Psychopathology* 49(4), 211–216. Doi: 10.1159/000445439.
- Gass, M.A., Gillis, H.L. & Russell, K.C. (2012) *Adventure therapy theory, research, and practice*. Florence, Taylor and Francis.
- Gianesini, C. (2011). Resilience as a relational construct: Theoretical and empirical evidences Doctoral Thesis. University of Padua. [http://paduaresearch.cab.unipd.it/4432/2/PH\\_thesis\\_2012\\_\\_\(in\\_stampa\\_24-01-2012\).pdf](http://paduaresearch.cab.unipd.it/4432/2/PH_thesis_2012__(in_stampa_24-01-2012).pdf)
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J. (2009). A systemic review of studies validating the Edinburgh postnatal depression scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*. 119(5), 350–364
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir Karimi A, khadivzadeh T, Bagheri S. Effect of immediate and continuous motherinfant skin to skin contact on breastfeeding selfefficacy of primiparous

- women. *Women and birth* 2014; 27:37-40. derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Gladding, S. T. (2015). Aile terapisi Tarih, Kuram ve Uygulamaları (Çev. İ. Keklik & İ. Yıldırım), (5. Baskı). Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları.
- Gressier, F., Rotenberg, S., Cazas, O., Hardy, P. (2015). Postpartum electroconvulsive therapy: a systematic review and case report. *Gen Hosp Psychiatry* 37(4), 310–314
- Gurman, A. S. ve Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process*, 41(2), 199-260.
- Hakala, M., Kaakinen, P., Kariainen, M., Bloigu, R., Hannula, L. & Elo, S. (2020). Implementation of step 7 of the baby-friendly hospital initiative (BFHI) in Finland: Rooming-in according to mothers and maternityward staff. *European Journal of Midwifery*, 2(1), 35-47
- Hanna, L. (2012) A psychotherapeutic foundation for adventure therapy. In *adventure therapy: Theory, Research, and Practice* (Eds MA Gass, A Michael, HL Gillis, KC Russell, C Keith): 69-92. New York, Taylor and Francis.
- Hasto, J., Janovicova, G., & Rasmanova, M. (2014). Diskusia o význame popôrodného kontaktu matky a dieťaťa. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, 21(2), 39– 41.
- Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family process*, 46(2), 229-241. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.200700206.x>
- Høivik, M., Burkeland, N., Linaker, O., & Berg-Nielsen, T. (2013). The Mother and Baby Interaction Scale: a valid broadband instrument for efficient screening of postpartum interaction? A preliminary validation in a Norwegian community sample. *Scand J Caring Sci*, 733-739.
- Hornor, G. (2017). Resilience. *Journal of Pediatric Health Care*. 31(3), 384-392 <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>

- Höbek-Akarsu, R., Tuncay, B. & Yüzer-Asaç, S. (2017). Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(4), 275-279.
- Jacobson, N. ve Greenley, D. (2001) What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482–485
- Johnson, Z., Howell, F. & Molloy, B. (1993). Community mothers' programme: randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *BMJ*. 306(6890), 1449–1452
- Jones, T.L. ve Prinz, R.J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clin Psychol Rev*. 25(3), 341–363.
- Jung, E., Hwang, W., Kim, S., Sin, H., Zhao, Z., Zhang, Y., & Park, J. H. (2020). Helicopter Parenting, Autonomy Support, and Student Wellbeing in the United States and South Korea. *Journal of Child and Family Studies*, 29(2), 358-373. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01601-7>
- Kabir, S.M. (2013). Positive attitude can change life. *Journal of Chittagong University Teachers' Association*, 7, 55-6
- Kabir, S.M & Rashid, U.K. (2017). Interpersonal values, inferiority complex, and psychological well-being. *Jagannath University Journal of Life and Earth Sciences*, 3(182), 127-135
- Kara Elitok, G., Bülbül, L., Çelik Erden, S., Beşirli, A., Bülbül, A. (2020). Effect of postpartum depression and anxiety on infant development at 12 months: A one-year follow-up study. *İstanbul Med J* 21(6), 423-429
- Karakulak, H. (. (2009). *Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması (Aydın Örneği)* . Sivas : Cumhuriyet Üniversitesi .
- Karamustafalıoğlu, N., & Tomruk, N. (2000). Postpartum hüznün ve depresyonlar. *Duygu Durum Dizisi*, 64-70.
- Karimi, A., Khadivzadeh, T., Bagheri, S. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin to skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women. *Women and Birth*. 27, 37-40

- Kavlak, O. (2004). *Maternal Bağlanma leğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Kadın sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik anabilim Dalı Doktora Tezi*. İzmir.
- Kayacı, M. (2008). *Maternal Bağlanmayı Etki Eden Faktrlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi*. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi.
- Kettunen, P. (2019). Postpartum depression, Time of onset, severity, symptoms, risk factors and treatment. Tampere University Press. <https://core.ac.uk/download/pdf/250156823.pdf>
- Kirkpatrick, L. A. ve Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1 (2), 123-142.
- Kothari, C.L., Liepman, M.R., Shama Tareen, R. & Curtis A. (2016). Intimate partner violence associated with postpartum depression, regardless of socioeconomic status. *Matern Child Health J.* 20, 1237–1246. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1925-0.4>
- Kurth, E., Krahenbuhl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Folmli, L., Conzelmann, C. (2018). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Serv Res.* 16(1), 82-91
- Lawson, G. & Venart, B. (2005). Preventing counselor impairment: Vulnerability, wellness, and resilience. Retrieved from [http://www.counseling.org/wellness\\_taskforce/index.htm](http://www.counseling.org/wellness_taskforce/index.htm)
- Lazarus, K. ve Rossouw, P.J. (2015). Mother’s expectations of parenthood: the impact of prenatal expectations on self-esteem, depression, anxiety, and stress post birth. *Int J Neuropsychotherapy.* 3(2), 102–123
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: prevalence, mothers’ perspectives, and treatments. *Arch Psychiatr Nurs* 21(2), 91–100
- Lightsey, O. R. (2006). Resilience, meaning, and well-being. *The Counselling Psychologist*, 34, 96-107. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000005282369>
- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, C., Alden, K. & Olshansky, E. (2016). Maternatiy & Women’s Health Care (12. Baskı). Unit 5-6, 473-600.

- Luborsky, M. R. ve Rubinstein, R. L. (1995). Sampling in qualitative research: rationale, issues, and methods. *Research on Aging*, 17(1), 89-113.
- Lutkiewicz, K., Bieleninik, Ł., Cieślak, M., Bidzan, M. (2020). Maternal-infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress and anxiety in the early postpartum period in a polish sample. *Int J Environ Res Public Health* 17(15), 5427. Doi: 10.3390/ijerph17155427
- Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M. & Preis, K. (2016). Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska*, 87(6), 442- 447.
- Manber, R., Schnyer, R.N., Lyell, D. (2010). Acupuncture for depression during pregnancy a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. 115(3), 511–520.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A. (2008). Depression, antidepressant medication, and functioning outcomes among pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet*, 100, 248-51.
- Marterella, M.K. & Brock, L.J. (2008). Religion and spirituality as a resource in marital and family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 19(4), 330-344
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(1), 227–238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- McGlone, C., Hollins-Martin, C.J. & Furber, C. (2016). Midwives’ experiences of asking the Whooley questions to assess current mental health: a qualitative interpretive study. *J Reprod Infant Psychol*. 34(4), 383–93.
- Mearns, D., Thorne, B. & McLeod, J. (2013) *Person-centred counselling in action* (4th ed.). London: Sage
- Mizuno, K., Mizuno, N., Shinohara, T., Noda, M. (2004). Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odor. *Acta Paediat*. 93(12), 1560-1562

- Moore, E.R., Anderson, G.C. (2007). Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Women Health*. 52(2), 116-125
- Mujika, I. (2012). Endurance training - science and practice. *SAJSM* 24(4), 131-145
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., Howell, E.A. (2018). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J*. 17(4), 616–623
- Netsi, E., Pearson, R.M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M.G., Stein, A. (2018). Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry* 75(3), 247–253
- Nur, N., Çetinkaya, S., & Bakır, D. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 55-59.
- O'Connell, M. J., Tondora, J. & Evans, A. C. (2005) From rhetoric to routine: assessing recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 378–386.
- O'Hara, M.W. ve McCabe, J.E. (2013). Postpartum depression, current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 9(1), 379–407.
- Oktan, V. (2008). Üniversite sınavına hazırlanan ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Onat, G. (2010). *Demokratik ve otoriter olarak algılanan ana-baba tutumlarının lise birinci sınıf öğrencilerinin yılmazlık düzeyine etkilerinin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Onnis, L. (2017). Caregiver communication to the child as moderator and mediator of genes for language. *Behav Brain Res*. 325(1), 197–202.
- Özkan, H., Kanbur, A., Apay, S., Kılıç, M., Ağapınar, S., & Özorhan, E. Y. (2013). Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 117-121.

- Öztürk, R., & Saruhan, A. (2013 ). 1-4 Aylık prematüre bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 32-47.
- Payne, J.L. (2007). Antidepressant use in the postpartum period: practical consideration. *Am J Psychiatry*. 164(9), 1329–1332
- Patterson, J. E., Williams, L., Edwards, T. M., Chamow, L., Grauf-Grounds, L. C., Sprenkle, D. (2013). Essential skills in family therapy: from the first interview to termination. Toronto: JWQ Publishing.
- Prezza, M. ve Pacilli, M. G., (2002). Perceived social support from significant others, family and friends and several socia-demographic characteristics. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 422-429.
- Pickard, J. G. ve Nelson-Becker, H. (2011). Attachment and spiritual coping: Theory and practice with older adults. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13(2), 138–155. Doi:10.1080/1934963 7.2011.565239
- Pieper, D., Beuchter, R., Jerinic, P., & Eikermann, M. (2012). Overviews of reviews often have limited rigor: A systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65, 1267–1273. Doi:10.1016/ j.clinepi.2012.06.015
- Porter, R.H., Winberg, J. (1999). Unique salience of maternal breast odors for newborn infants. *Neurosci Biobehav Rev*. 23(3), 439-449
- Post, B. C. ve Wade, N. G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 65(2), 131–146. doi:10.1002/jclp.20563
- Preda A (Ed.). (2020). Postpartum depression. Health Library: Evidence-Based Information
- Prezza, M. ve Pacilli, M. G., (2002). Perceived social support from significant others, family and friends and several socia-demographic characteristics. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 422-429.

- Roes, M. ve Galea, L.A. (2016). The maternal brain: short-and long-term effects of reproductive experience on hippocampus structure and function in adulthood. *Sex Differences in the Central Nervous System*. Academic Press. pp. 197-220.
- Rothschild, B. (2006). Help for the helper: the psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. New York, NY: Norton
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78
- Salehi, K. ve Kohan, S. (2017). Maternal-fetal attachment: what we know and what we need to know. *Int J Pregn Chi Birth* 2(5), 146-148. Doi: 10.15406/ipcb.2017.02.00038.
- Schiller, C.E., Meltzer-Brody, S., Rubinow, D.R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectr* 20(1), 48–59
- Scott, R. & Alonso, A. (1982) Group therapy, individual therapy or both. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32(3), 267-282 <http://dx.doi.org/10.1080/00207284.1982.11492053>
- Segers, E., Ockhuijsen, H., Baarendse, P., Eerden, I., Hoogen, A. (2019). The impact of family centred care interventions in a neonatal or paediatric intensive care unit on parents' satisfaction and length of stay: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 50, 63–70. doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.008
- Sexton, T. L. (2002). Family-based empirically supported interventions. *The Counselling Psychologist*, 30, 238–261. Doi:10.1177/ 0011000002302003
- Shrestha, S., Adachi, K., Petrini, M.A., Shrestha, S. (2014). Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers. *Int Nurs Rev*. 61(3), 427–434
- Sipahioğlu, Ö. (2008). Farklı risk gruplarındaki ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya
- Simon, G. M. (2004). An examination of the integrative nature of emotionally focused therapy. *The Family Journal*, 12(3), 254-262.

- Sit, D., Rothschild, A. J. & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15(4), 352-368. doi: 10.1089/jwh.2006.15.352
- Smith, C.A. ve Cochrane, S. (2009). Does acupuncture have a place as an adjunct treatment during pregnancy? A review of randomized controlled trials and systematic reviews. *Birth*. 36(3), 246–253.
- Snarey, J.R. & Dollahite, D.C. (2001). Varieties of religion-family linkages. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 646–651
- Soltani, F., Maleki, A., Shobeiri, F., Shamsaei, F., Ahmadi, F., & Roshanaei, G. (2017). The limbo of motherhood: Women's experiences of major challenges to cope with the first pregnancy. *Midwifery*, 55, 38-44.
- Soundy, A.S., Roskell, C., Williams, S.E., Fox, A., Vancampfort, D. (2015). Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. *J Ment Health*. 24(2), 103–110.
- Spiby, H., Green, J.M., Darwin, Z., Willmot, H., Knox, D., McLeish, J., Smith, M. (2015). Multisite implementation of trained volunteer doula support for disadvantaged childbearing women: a mixed-methods evaluation. *Health Serv Deliv Res*. 3(8), 261-235.
- Sünter, A., Güz, H., & Ordulu, F. (2002). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktorleri. *VIII. Ulusal halk sağlığı kongresi*, 855-858.
- Şahbaz, G. (2019). Doğum sonu stres etkenleri ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek lisans tezi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.
- Şen, S. (2007). *Anneanne – Anne – Bebek Bağlanmasının İncelenmesi. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. İzmir.
- Tanyeri, E. (2016). 23 yaş ve üzeri heteroseksüel ve homoseksüel bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarının ilişkilerde yüklenme tarzları ve psikolojik sağlamlık üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Taşkın, L. (2016). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, Ankara: Akademisyen Tıp Kitap Evi.
- Tahaoğlu, A., Toğrul, C., Külahçioğlu, M., Öztürk, B., Balsak, D., & Bademkiran, H. (2015). Factors affecting postpartum depression in Diyarbakır. *Perinatal Journal*, 26-29.
- Taşdemir, S., Kaplan, S., & Bahar, A. (2006). Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 105-111.
- Terzi, Ş., (2006). Kendini Toparlama Gücü Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışmaları, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, III(26), 77-84
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, 297-306.
- Thompson, G., McBride, R. B., Hosford, C. C. & Halaas, G. (2016). Resilience among medical students: the role of coping style and social support. *Teaching and Learning in Medicine*, 28(2), 174-182. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1146611>
- Tobon, A. L., Condon, E., Sadler, L. S., Holland, M. L., Mayes, L. C. ve Slade, A. (2020). School age effects of minding the baby—An attachment-based homevisiting intervention—On parenting and child behaviors. *Development and Psychopathology*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000905>.
- Trevarthen, C. (2011). What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant Child Dev.* 20(1), 119–135.
- Trippany, R.L., White Kress, V.E., & Wilcoxon, S.A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82, 31-37
- TNSA. (2018). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe.
- Türkçapar, A., Kadioğlu, N., Aslan, E., Tunç, S., Zayıfoğlu, M., & Mollamahmutoğlu, L. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among

- Turkish women: a prospective study. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 1-8.
- Wagnild, G. M. ve H. Young (1990). Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship*. 22 (4), 252-255
- Walsh, F. (Ed.). (2012). Normal family processes: Growing diversity and complexity. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2009). Religion, spirituality, and the family: Multifaith perspectives. In F. Walsh (Ed.), *Spiritual resources in family therapy* (2nd ed.) (pp. 3-30). New York: Guilford Press
- Warfa, N. Harper, M., Nicolais, G. & Bhui, K. (2014). Adult attachment style as a risk factor for maternal postnatal depression: A systematic review. *BMC Psychology*, 2(1), 1-11.
- Watson, K., Handal, B., Maher, M. & McGinty, E. (2017). Globalising the class size debate: myths and realities. *Journal of International and Comparative Education (JICE)*, 1, 72-85.
- Weisz, J. R., Hawley, K. M., & Jensen Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 729–815. Doi:10.1016/j.chc.2004.05.006
- Wickham P. A. & Wilcock, J. (2012), *Management consulting: delivering an effective project* (4th edn), London: FT Prentice Hall.
- Wisner, K. L., Parry, B. L. & Piontek, C. M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *N.Engl.J.Med.*, 347(1), 194-199.
- Yalçın, H. (2010). *Çocuk Gelişimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Yalçın, S. S., Örün, E., Özdemir, P., Mutlu, B., & Dursun, A. (2014). Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 246-251.
- Yawn, B. P., Olson, A. L., Bertram, S., Pace, W., Wollan, P. & Dietrich, A. (2012). Postpartum depression screening, diagnosis, and management programs 2000

through 2010. *Depression Research and Treatment*. 9(1), 18-32. doi: 10.1155/2012/363964

Yılmaztürk, Y. (2010). Postpartum dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir.

Yoshida, K., Yamashita, H., Conroy, S., Marks, M., & Kumar, C. (2012). A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Arch Womens Ment Health* , 343-352.

Yücel, U. (2018). Doğum sonrası dönem ve bakımı. Yeşilçiçek Çalık, K., Çetin Coşar F.(Ed). Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Doğum Sonrası Dönem içinde (ss 223-238) İstanbul Tıp Kitap Evleri.

Yücesoy, H. (2017). *Premenstruel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon Ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi* . Ordu : Ordu Üniversitesi .

Zeifman, D.M. ve St James-Roberts, I. (2017). Parenting the crying infant. *Curr Opin Psychol* 15(1), 149–154. Doi: 10.1016/j. copsy.2017.02.009.

Xiaohuan, J., Xinyuan, X., Junjan, Q., Zexun, X., Lixue, S., Zhilin, W., Ling, S. (2021). Psychological Resilience of SecondPregnancy Women in China: A Cross-sectional Study of Influencing Factors. *Asian Nursing Research*, 15 (2), 121-128.

## EKLER

### EK 1

#### DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**Yaşınız:**

(..)25 yaşından küçük ve daha büyük (..)26-35 yaş (..)36-45 yaş (..)46

**En son mezun olduğunuz okul:**

(..)İlköğretim (..)Lise (..)Üniversite (..)Lisansüstü

**Eşinizin en son mezun olduğu okul:**

(..)İlköğretim (..)Lise (..)Üniversite (..)Lisansüstü

**Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**

(..)Çalışmıyorum (..)Çalışıyorum

**Hangi şehirde yaşıyorsunuz?.....**

**Aylık gelir açısından algıladığınız sosyo-ekonomik düzeyiniz:**

(..)Düşük (..)Orta (..)Yüksek

**Doğum öncesi dönemde:**

**Düşük tehdidi** (..) Var (..) Yok

**Sigara kullanımı** (..) Var (..) Yok

**Röntgen** (..) Var (..) Yok

**Operasyon** (..) Var (..) Yok

**Stres** (..) Var (..) Yok

**İlaç kullanımı** (..) Var (..) Yok

**Enfeksiyon öyküsü** (..) Var (..) Yok

**Beslenme yetersizliği** (..) Var (..) Yok

**Kimyasallara maruz kalma** (..) Var (..) Yok

**Doğum süreci:**

(..)Normal doğum (..) Sezaryen ile doğum

**Kronik (kalıcı) herhangi bir hastalığınız var mı?**

(..)Hayır (..)Şu hastalığım var:

**Kaç kere doğum yaptınız: .....**

**Bebeğin cinsiyetiyle ilgili sizin/eşinizin beklentisi var mıydı?** (..) Vardı (..) Yoktu

**Doğumdan sonra destek alabileceğiniz kişiler var mı?** (..) Var (..) Yok

**Engelli çocuğunuz var mı?** (..) Var (..) Yok

## EK 2

### EDİNBURGH DOĞUM SONU DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

1. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

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

- Evet, çoğu zaman  Hayır, çok değil  
 Evet, bazen  Hayır, hiç bir 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 çıkıyorum ( ) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.

Evet, çoğu zaman

Çok sık değil

Evet, bazen

Hayır, hiç bir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

Evet, çoğu zaman

Çok sık değil

Evet, oldukça sık

Hayır, hiç bir zaman

9. Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.

Evet, çoğu zaman

Çok seyrek

Evet, oldukça sık

Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık

Hemen hemen hiç

Bazen

Asla

**EK 3****KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜ ÖLÇEĞİ- KISA FORM**

<b>No</b>	<b>Madde</b>	<b>Katılmıyorum Katılıyorum</b>						
		1	2	3	4	5	6	7
<b>1</b>	İşlerin bir şekilde üstesinden gelirim	1	2	3	4	5	6	7
<b>2</b>	Gerektiğinde kendi başıma ayakta kalabilirim	1	2	3	4	5	6	7
<b>3</b>	Zaman içinde birçok şeyi yapabileceğimi düşünürüm	1	2	3	4	5	6	7
<b>4</b>	Kararlı biriyim	1	2	3	4	5	6	7
<b>5</b>	Genellikle bir duruma değişik açılardan bakabilirim	1	2	3	4	5	6	7
<b>6</b>	İstesem de istemesem de bazen yapmak istediğim/ istemediğim şeylere kendimi ayarlarım	1	2	3	4	5	6	7
<b>7</b>	Yapmak zorunda olduklarım için yeterli enerjiye sahibimdir	1	2	3	4	5	6	7

## EK 4

### ANNE-BEBEK BAĞLANMA ÖLÇEĞİ (ABBÖ)

Bu sorular ilk birkaç hafta içinde, çocuğunuza karşı duygularınıza ilişkindir.

Bebekler doğduktan sonra, ilk haftalar içinde, annelerin bebeklerine karşı bazı duygularını tanımlayan birtakım sıfatlar aşağıda liste edilmektedir. Lütfen, ilk birkaç hafta boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan, kutu içindeki her bir sözcüğün karşısına bir onay (X) işareti koyunuz.

	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç	Puan
Sevgi dolu					
Kırgın					
Nötr (hiçbirşey hissetmedim)					
Sevinçli					
Hoşlanmama					
Koruyucu					
Hayal kırıklığı					
Öfkeli					

## EK 5

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

*Bu çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.*

#### **Çalışmanın Konusu ve Amacı:**

Bu çalışmanın amacı, doğum sonu depresyon danışmanlığında anne-bebek bağlanmasını güçlendiren ve annenin kendini toparlama gücünü artıran uygulamaların incelenmesidir.

#### **Çalışma İşlemleri:**

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; anketteki sorulara cevap vermeniz istenecektir. Size ve bebeğinize herhangi bir müdahale yapılmayacak olup sadece anket sorularına cevap vermeniz istenecektir.

#### **Çalışmaya Katılmamanın Olası Yararları Nelerdir?**

Yapılan çalışmaya katılmanız, kullanılan anketin doldurulmasının sonrasında alınan sonuçlar, otizm tanılı diğer çocuklara yönelik gelişimsel ve eğitsel destek programlarının oluşturulmasına ışık tutacaktır. İstenmesi durumunda katılımcı ile anket sonuçları paylaşılacaktır.

#### **Çalışmaya Katılmamanın Olası Riskleri Nelerdir?**

Yapılan çalışmaya katılımın ya da kullanılan anketin doldurulmasında herhangi bir kimlik bilgisi istenmemektedir; herhangi bir müdahale yapılmamaktadır, dolayısıyla bir risk oluşması söz konusu değildir.

“Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız. Bununla birlikte kimlik bilgileriniz çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Doldurduğunuz anketlere verdiğiniz cevaplar yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

“Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir”

<i>Annenin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		
<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Fatoş Gül

### EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : 2013, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik PR.

Yüksek Lisans Öğrenimi : 2022, KTO Karatay Üniversitesi, Disiplinler Arası Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans Programı.

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri : Gül, F, Yalçın H. (2022). Doğum Sonu Depresyon Danışmanlığında, Anne-Bebek Bağlanmasını Güçlendiren ve Annenin Kendini Toparlama Gücünü Arttıran Uygulamalar. XI. International Conferance on Social Research and Behavioral Sciences. June 10-12,2022, Antalya, Türkiye. (Sözel Bildiri)

### İŞ DENEYİMİ

Stajlar :

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar :2014-2016, Hemşire, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi.

: 2019-Devam, Hemşire, Özel Ortadoğu Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi.

Tarih: 28 Ekim 2022