



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**GEBELİKTE BAKILAN HEMOGLOBİN
KONSANTRASYONUNUN MATERNAL BAĞLANMA İLE
İLİŞKİSİ**

**Dr. Hira YAĞAN
UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**SİVAS
2024**



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**GEBELİKTE BAKILAN HEMOGLOBİN KONSANTRASYONUNUN
MATERNAL BAĞLANMA İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Hira YAĞAN
UZMANLIK TEZİ**

**Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ**

**SİVAS
2024**

ONAY SAYFASI

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İMZA

Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL

Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA

Doç. Dr. Umut GÖK BALCI

Bu tez, ...tarih ve sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile belirlenen ve yukarıda imzaları olan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hilmi ATASEVEN

Tıp Fakültesi Dekan V.



Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu tez bu yönetmelik hükümlerine göre yazılmıştır.

TEŞEKKÜR

Bilgi ve tecrübeleriyle ufhumuzu geliştiren, akademik tutumundan pek çok şey öğrendiğim ve hala öğrenmeye devam ettiğim, sabır ve hoşgörüsüyle hekimlik hayatıma yön veren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL'e,

Asistanlık sürecim boyunca desteğini hiç esirgemeyen ve üzerimde sayısız emeği olan, karşılaştığım zorluklarda bana hep yol gösteren, hekimlik adına çok şey öğrendiğim, bilgi ve tecrübesinden faydalandığım, örnek aldığım tez danışmanım çok sevdiğim saygıdeğer hocam Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA'ya,

Asistanlık sürecimin ilk gününden itibaren iyi günde kötü günde hep yanımda olan canım dostum Melek'e, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen canım Merve'ye

Bu günlere gelmemde çok büyük katkısı olan, sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim, aldığım her kararda arkamda olan canım annem ve babama,

Varlıkları ile güç bulduğum, duaları ve destekleriyle her zaman yanımda olan, her konuda engin tecrübe ve deneyimlerinden faydalandığım, yol göstericilerim canım babam Zeki Veys YAĞAN ve canım annem Demet YAĞAN'a,

Kardeş olmanın ne demek olduğunu öğreten, bana her zaman dünyanın en şanslı insanı gibi hissettiren, yanında kendimi sonsuz güven ve sevgi içerisinde bulduğum canım kardeşim Mediha Sultan YAĞAN'a,

En büyük şansım, varlığıyla hayatımı güzelleştirip anlamlandıran, yanında kendimi her zaman güçlü hissettiğim, desteğiyle her daim yanımda ve kalbimde olan yol arkadaşım çok sevgili eşim Taşkın YAĞAN'a,

Sonsuz teşekkür ederim...

Dr. Hira YAĞAN

Sivas, 2024

ÖZET
GEBELİKTE BAKILAN HEMOGLOBİN KONSANTRASYONUN
MATERNAL BAĞLANMA İLE İLİŞKİSİ

Dr. Hira YAĞAN, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Uzmanlık Tezi, Sivas, 2024

Maternal bağlanma, anne ile bebeğin karşılıklı hoşnut olduğu bir etkileşim sonucu annenin bebeğine karşı olan sevgi bağıdır. Postpartum depresyon (PPD), bu bağa zarar verebilen ciddi bir bozukluk olup; gebelik sürecinde gelişen anemi PPD riskini artırır. Bu çalışmada gebelikteki hemoglobin konsantrasyonunun maternal bağlanma üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlandı.

Kesitsel tanımlayıcı tarzda dizayn edilen araştırmamıza, Sivas ilinde aile hekimlerince takip edilen, 30-60 günlük bebeği olan 314 gönüllü anne dahil edildi. Kişisel bilgi formu (42 soru), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) (26 soru) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden (EDDÖ) (10 soru) oluşan anketler annelere yüz yüze görüşülerek uygulandı. Annelerin birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde rutin bakılan hemoglobin konsantrasyonları dosya kayıtlardan retrospektif olarak tarandı. Veriler SPSS 25.0 programı ile değerlendirilerek, yanılma düzeyi 0,05 kabul edildi.

Annelerin yaşları ortalaması 28,48 olup; anemi sıklığının birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde sırasıyla %5,7, %28 ve %22,3 olduğu belirlendi. EDDÖ ile annelerin %5,7'si depresyon açısından yüksek riskli tespit edildi. Her üç trimesterde depresyon riski yüksek olanlarda ortalama hemoglobin konsantrasyonları daha düşüktü (sırasıyla $p=0,015$, $p=0,013$ ve $p=0,010$). İkinci trimesterde anemi varlığında depresyon görülme riskinin arttığı ve aneminin derinliği arttıkça riskin de yükseldiği gözlemlendi ($p=0,001$).

Ortalama MBÖ puanı 89,46 (min-max: 60-104) idi. MBÖ puanları; eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlarda ($p<0,001$), çekirdek ailesiyle yaşayanlarda ($p=0,029$), multiparlarda ($p=0,001$), gebeliği planlı olanlarda ($p=0,012$), doğum öncesi eğitim alanlarda ($p<0,001$), mevcut gebeliklerinde takiplere düzenli gidenlerde

($p<0,001$), vitamin ($p=0,004$) ve demir takviyesi kullananlarda ($p<0,001$) daha yüksekti. Ancak her üç trimesterde bakılan hemoglobin düzeyi ile MBÖ arasında ilişki bulunmadı (sırasıyla $p=0,300$, $p=0,244$ ve $p=0,174$). Öte yandan MBÖ ile EDDÖ arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptandı ($r=-128$, $p=0,023$).

Sonuç olarak annelerin gebeliklerindeki hemoglobin düzeylerinin maternal bağlanmayı doğrudan etkilemediği, ancak özellikle 2.trimesterde anemi varlığının PPD sıklığını arttırdığı, maternal bağlanmanın da PPD ile ilişkili olduğu belirlendi. Bu nedenle aile hekimlerinin nüfuslarına kayıtlı anemili gebeleri PPD açısından yakın takip etmelerinin, zayıf maternal bağlanma açısından koruyucu olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Gebelikte anemi, maternal bağlanma, postpartum depresyon.

ABSTRACT
ASSOCIATION OF HEMOGLOBIN CONCENTRATION IN PREGNANCY
WITH MATERNAL ATTACHMENT

Hira YAĞAN, MD

Sivas 2024

Maternal attachment is the bond of affection between the mother and her baby as a result of a mutually pleasurable interaction between mother and baby. Postpartum depression (PPD) is a serious disorder that can damage this bond and anemia during pregnancy increases the risk of PPD. This study aimed to investigate the effect of hemoglobin concentration during pregnancy on maternal attachment.

In our cross-sectional descriptive study, 314 volunteer mothers with 30-60 days old babies who were followed up by family physicians in Sivas province were included. Questionnaires consisting of personal information form (42 questions), Maternal Attachment Scale (MATs) (26 questions) and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (10 questions) were administered to the mothers by face-to-face interviews. The routine hemoglobin concentrations of the mothers in the first, second and third trimesters were retrospectively reviewed from the file records. The data were evaluated with SPSS 25.0 program and the error level was accepted as 0.05.

The mean age of the mothers was 28.48 years and the prevalence of anemia was 5.7%, 28% and 22.3% in the first, second and third trimesters, respectively. Using the EDDS, 5.7% of the mothers were found to be at high risk for depression. In all three trimesters, mean hemoglobin concentrations were lower in those at high risk for depression ($p=0.015$, $p=0.013$ and $p=0.010$, respectively). In the second trimester, it was observed that the risk of depression increased in the presence of anemia and the risk increased as the depth of anemia increased ($p=0.001$).

The mean MBS score was 89.46 (min-max: 60-104). MBS scores were higher in those with university education or higher ($p<0.001$), those living with nuclear families ($p=0.029$), multiparous women ($p=0.001$), women with planned pregnancies ($p=0.012$), women who received prenatal education ($p<0.001$), women who had

regular follow-up visits in their current pregnancies ($p<0.001$), and women who used vitamin ($p=0.004$) and iron supplements ($p<0.001$). However, there was no correlation between the hemoglobin level measured in all three trimesters and the MBS ($p=0.300$, $p=0.244$ and $p=0.174$, respectively). On the other hand, a weak negative correlation was found between the MBS and the NDIQ ($r=-128$, $p=0.023$).

In conclusion, it was determined that the hemoglobin levels of mothers during pregnancy did not directly affect maternal attachment, but the presence of anemia, especially in the second trimester, increased the frequency of PPD and maternal attachment was associated with PPD. Therefore, we believe that close follow-up of pregnant women with anemia registered in their population by family physicians in terms of PPD would be protective in terms of poor maternal attachment.

Keywords: Anemia in Pregnancy, Postpartum Depression, Maternal Attachment

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ANEMİ.....	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Aneminin Prevalansı	3
2.1.3.Anemilerin Sınıflandırılması	4
2.1.3.1.Patofizyolojik Sınıflandırma	4
2.1.3.2.Morfolojik Sınıflandırma	5
2.1.4. Demir Metabolizması.....	5
2.1.5. Demir Eksikliği Anemisi	6
2.1.5.1.Demir Eksikliği Anemisinin Etiyopatogenezi	7
2.1.5.2.Demir Eksikliği Anemisi Klinik Belirti ve Bulguları	8
2.1.5.3.Demir Eksikliği Anemisi Tanı	10
2.1.6.Gebelikte Anemi (Maternal Anemi)	11
2.1.6.1.Maternal Anemide Klinik Belirti ve Bulgular	12

2.1.6.2.Gebelikte Demir Eksikliği Anemisi Profilaksisi ve Tedavisi	12
2.2. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ...	13
2.2.1.Postpartum Depresyon	14
2.2.1.1.Postpartum Depresyon Etiyolojisi	15
2.2.1.2.Türkiye’de Postpartum Depresyon Tanı ve Takibi.....	16
2.2.1.3.Postpartum Depresyondaki Anne ve Bebek İlişkisi.....	17
2.2.1.4.Gebelikte Anemi ve Postpartum Depresyon İlişkisi	18
2.3.MATERNAL BAĞLANMA.....	18
2.3.1.Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler	18
2.3.2.Maternal Bağlanma ile Postpartum Depresyon İlişkisi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1.Gerekli İzinler.....	20
3.2. Araştırmanın Tipi	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Araştırmanın Uygulanma Şekli ve Verilerin Toplanması	22
3.5. İstatistiksel Analiz	23
3.6. Araştırmanın Bütçesi	24
4. BULGULAR	25
5.TARTIŞMA	47
6.ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE ÖZGÜN DEĞERİ	68
7.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKLAR	76

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Anemilerin patofizyolojik sınıflandırılması.....	4
Tablo 2. Anemilerin Ortalama Eritrosit Hacmine (MCV) göre sınıflandırılması.....	5
Tablo 3. Demir eksiliği anemisi nedenleri	7
Tablo 4. Demir eksikliği anemisinin sistemler üzerine etkisi	9
Tablo 5. Gebelikte anemi sebepleri	11
Tablo 6. Örneklemeye dahil edilen annelerin ASM'lere göre dağılımı.....	21
Tablo 7. Annelerin sosyodemografik özellikleri	26
Tablo 8. Babaların sosyodemografik özellikleri	27
Tablo 9. Annelerin obstetrik öyküleri	28
Tablo 10. Annelerin doğum şekli ile ilgili bilgiler.....	29
Tablo 11. Bebeklerine ait genel özellikler.....	30
Tablo 12. Annelere ait doğum sonrası özellikler	31
Tablo 13. Annelerin doğum sürecinde hemogloblin değerleri	31
Tablo 14. Maternal Bağlanma Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı	32
Tablo 15. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı	33
Tablo 16. MBÖ ve EDDÖ ölçek puanlarının dağılımı.....	33
Tablo 17. Annelerin sosyodemografik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması	34
Tablo 18. Babaların sosyodemografik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 19. Annelerin gebeliklerine ilişkin bilgiler ile ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 20. Annelerin doğum anına ilişkin verilerinin ölçek puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 21. Annelerin bebeklerine ait genel özelliklerinin ölçek puanları ile karşılaştırılması	38
Tablo 22. Annelerin gebelik sürecinde anemi varlığı ile ölçekler arasındaki ilişki ..	39
Tablo 23. Annelerin sosyodemografik özellikleri ile EDDÖ karşılaştırması.....	40
Tablo 24. Babaların sosyodemografik özellikleri ile EDDÖ karşılaştırması	41
Tablo 25. Gebelik ve doğum şekli ile ilişkili değişkenlerde depresyon riski.....	42
Tablo 26. Bebeklerine ait genel özellikler ile EDDÖ karşılaştırması	43
Tablo 27. Annelerin doğum sürecinde hemogloblin değerleri ile EDDÖ arasındaki ilişki.....	44
Tablo 28. EDDÖ ile bazı değişkenler arasındaki ilişki	45
Tablo 29. MBÖ ve EDDÖ puanları ile bazı değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Annelerin yaş ve evlenme yaşlarının yaş gruplarına göre dağılımı..... 25



KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CDC: Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi

DEA: Demir Eksikliği Anemisi

DMT-1: Divalan Metil Transporter-1

DSM-4: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EDDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Hb: Hemoglobin

Hct: Hematokrit

ICD-10: International Classification of Disease-10

MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği

PPD: Postpartum Depresyon

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: United Nations International Children's Emergenc Fund

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelikte anemi, Hastalık ve Kontrol Önleme Merkezi (CDC) tarafından 1989 yılında birinci ve üçüncü trimesterde hemoglobinin (Hb) değerinin 11 g/dl ve hematokrit (Hct) değerinin %33'ün altında olması, ikinci trimesterde ise artan plazma volümünü göz önünde bulundurarak Hb değerinin 10,5 g/dl'nin ve Hct değerinin %32'nin altında olması olarak tanımlanmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 2001 yılında gebelikte anemiyi her üç trimesterde Hb değerinin 11 g/dl'nin altında olması şeklinde tanımlamıştır (2). Günümüzde bu tanımlama geçerliliğini korumaktadır. Dünyadaki gebe kadınların %41,8'i (56 milyon) anemiktir. Dünya üzerinde anemik gebelerin dağılımını DSÖ bölgelerine göre değerlendirdiğimizde anemik gebeler en sık Afrika (%57,1) ve Güneydoğu Asya bölgesinde (%48,2) görülürken; en az Avrupa (%25,1) ve Amerika'da (%24,1) görülmektedir. Türkiye'deki gebelerde anemi prevalansı DSÖ tarafından %40,2 olarak raporlanmıştır (3).

Gebelikte aneminin patofizyolojisine baktığımızda, fetal-plasental ihtiyaçların ve kan hacminin artışı gibi fizyolojik değişiklikler nedeniyle demir ihtiyacı da artar. Bu düzeylerdeki artış, hemoglobinde ve hematokrit seviyelerinde azalmaya neden olabilir. Dolayısıyla bu durum gebelikte anemi ve demir eksikliği prevalansının artmasına neden olur (4).

Gebelikte aneminin düşük doğum ağırlığı, erken doğum, peripartum kanama, sezaryen doğum, postpartum depresyon (PPD) gibi olumsuz sağlık risklerinin sıklığındaki artış ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Yakın tarihli bir meta-analizde, hamilelik sırasında ve sonrasında aneminin PPD riskini önemli ölçüde arttırdığı vurgulanmıştır (5). PPD ise anne ve bebeğinin fiziksel ve duygusal sağlığını, anne ve bebek bağlanmasını bozan ciddi bir bozukluktur (6). Nitekim Özşahin ve ark. 2020 yılında yaptıkları çalışmalarında depresyon düzeyinin maternal bağlanmayı da etkilediğini ve depresif annelerde maternal bağlanmanın zayıfladığını bildirmişlerdir (7). Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bağlanması bebeğin büyüme ve gelişmesi için önemlidir (8).

Bağlanma, çocuk ile bakımını üstlenen kişi arasında kurulan; tutarlı, süreklilik arz eden ve başlıca kaygı-gerilim durumlarında ortaya çıkan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (9). Maternal bağlanma ise; doğumdan önce başlayıp daha sonraki dönemlerde de devam eden, anne- bebek ilişkisinin devamlılığını sağlayan, bebeğin hayatı boyunca sosyal davranışlarını etkileyen ve gelişimsel devamlılık sağlayan bir süreçtir (10). Müller, anne- bebek bağlanmasını, bir kadın ve bebeği arasında gelişen ve zamanla devam eden eşsiz şefkatli bir ilişki olarak tarif etmektedir (11). Bu alanda önde gelen kuramcılardan biri olan Bowlby, bağlanmanın sağlıklı bir şekilde oluşması için bebek doğduktan hemen sonra annenin bebeğine sevgi ile yaklaşmasının oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır (12). PPD veya bu dönemde görülen depresif semptomların, zayıf anne-bebek bağlanması ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (13-16). Martins ve ark. ile Murray ve ark.'nın çalışmalarında depresyonu olan annelerin bebeklerine bağlanmalarının daha zayıf olduğu ve bebeklerine karşı daha fazla olumsuz duygu hissettikleri görülmüştür (14,15) Depresyonda olan annelerin kendi duygusal tepkilerini yönetme ve yeni kimliklerindeki zorlanmaları nedeniyle bebekleriyle yakın sıcak ilişkiyi sağlama ve sürdürmede sorun yaşamaları muhtemeldir (16). Doğum sonrası psikiyatrik hastalığı olan annelerde bağlanma bozuklukları Brockington ve ark.'nın çalışmasında %11 olarak gösterilmiştir (17). Ayrıca başka bir çalışmada PPD geçiren annelerin %29'unda bağlanma bozukluğu bildirilmiştir (18).

Tüm bu faktörler göz önünde bulundurulduğunda gebelik anemisi, anne ve bebek sağlığı üzerinde gerek fizyolojik ve psikolojik gerekse yaşamın ilerleyen yıllarında bebeğin sağlıklı bir bireye dönüşmesini engelleyebilecek problemlere yol açabilen bir durumdur. O nedenle saptanması ve tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Ancak literatürde gebelikte bakılan hemoglobinin konsantrasyonunun maternal bağlanma ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmada gebelikte bakılan hemoglobinin konsantrasyonunun maternal bağlanma ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANEMİ

2.1.1. Tanım

Anemi kandaki hemoglobin seviyesinin yaş ve cinsiyete bağlı olarak normal sınırların altında bulunması olarak tanımlanmakla birlikte DSÖ anemiyi, Hb düzeyinin erkeklerde 13g/dl ve altında, gebe olmayan kadınlarda 12g/dl ve altında olması olarak kabul etmektedir (19,20). Gebelerde anemi ise, CDC tarafından 1989 yılında birinci ve üçüncü trimester gebelikte Hb değerinin 11g/dl'nin veya Hct değerinin %33'ün altında olması, ikinci trimester için ise Hb değerinin 10,5 g/dl'nin veya Hct değerinin %32'nin altında olması olarak tanımlanmıştır. (1). 2001 yılında DSÖ gebelikte anemi tanımını, her üç trimesterde Hb değerinin 11 g/dl'nin altında olması olarak düzenlemiştir. Günümüzde bu tanım geçerliliğini korumaktadır (2).

2.1.2. Aneminin Prevalansı

DSÖ'ye göre, anemi dünya genelinde yaklaşık olarak 1,5 milyar insanı etkilemektedir. Anemi prevalansı en yüksek 5 yaş altı çocuklarda (%47), hamile kadınlarda (%42) ve üreme çağındaki kadınlardadır (%30). Anemi oranları Afrika, Asya, Hindistan, Latin Amerika, Doğu Avrupa ve Çin'de oldukça yüksek olup; gelişmiş ülkelerde de yüksek prevalans göstermektedir (21). Gebe olmayan kadınlar arasında anemi en yüksek %47,5 ile Afrika'da ve ikinci sırada %35,7 ile Güneydoğu Asya'da görülür. Gebelik döneminde ise anemin en yüksek prevalansı %57,1 ile Afrika'da gözlenirken en düşük prevalansı %6,1 ile Kuzey Amerika'da kaydedilmektedir. Türkiye'de gebelerde anemi prevalansı DSÖ tarafından %40,2 olarak rapor edilmektedir (22).

Ülkemizin değişik bölgelerinde son dönemde gebelerdeki anemi prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çeşitli araştırmalar incelendiğinde; Polat ve ark. Abdullahpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada gebelerde anemi prevalansı %43,8 (23), Erdem ve ark.'nın Diyarbakır'da polikliniğe başvuran gebelerde yaptıkları çalışmada %23,1 (24), Kaya'nın Mersin Merkez 5 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaptığı çalışmada %49,6 olarak bildirilmiştir (25). Pirinççi ve ark. Elâzığ il merkezinde yaptıkları çalışmada ise gebelerin %42,4'ünün anemik olduğu bildirilmiştir. (26). DSÖ tüm bu verileri göz önünde bulundurarak Türkiye'yi

dünya annemi haritasına yerleştirmiş ve bu çalışmalara göre Türkiye’de gebeler için anemi prevalansı ortalama %40 olarak bulunmuştur (21).

2.1.3. Anemilerin Sınıflandırılması

Anemiler patofizyolojilerine ve eritrosit morfolojisine göre 2 ana kategoriye ayrılmaktadır. Pratik kullanımda genellikle morfolojik sınıflandırma daha fazla tercih edilir (27).

2.1.3.1. Patofizyolojik Sınıflandırma

Anemiler patofizyolojik olarak 3 grupta incelenir (Tablo 1), (28).

Tablo 1. Anemilerin Patofizyolojik sınıflandırılması

I-Kan kaybı	II-Eritrosit yapımında azalma	III-Eritrosit yıkımında artma (Hemolitik anemiler)
1-Akut kanama 2-Kronik kanama	A-Hemoglobin sentezinde azalma 1-Demir eksikliği anemisi 2-Sideroblastik anemiler 3-Porfirialar 4-Kurşun zehirlenmesi B-DNA sentezinde bozukluk (Megaloblastik anemiler) 1-B12 vitamini eksikliği 2-folik asit eksikliği 3-B12 vitamini ve folik asit tedavisine refrakter anemi C-Hemapoetik multipotent kök hücre yetmezliği 1-Aplastik anemi 2-Dishemapoetik anemiler D-Eritroid ünipotent kök hücre yetmezliği 1-Saf eritrosit aplazisi 2-Kronik böbrek yetmezliği anemisi 3-Endokrin hastalıklarda görülen anemiler 4-Konjenital diseritropoetik anemiler E-Multipl veya bilinmeyen mekanizmalar 1-Kronik hastalıklarda görülen anemiler 2-Kemik iliği infiltrasyonuna bağlı anemiler 3- B12 vitamini, folik asit ve demir dışındaki nütrisyonel eksikliklere bağlı anemiler	A-İntrinsik (Eritrosit kusuruna bağlı) 1-Herediter a) Eritrosit membran bozuklukları -Herediter sferositoz -Herediter elliptositoz -Herediter stomatositoz -Akantatositoz b) Enzim eksiklikleri -Pirüvat kinaz eksikliği (favizm) -Glikoz 6 fosfat dehidrogenaz ve hekzokinaz eksiklikleri c)Hemoglobin sentezinde bozukluk -Hemoglobin S, C, D, E hastalıkları -Talasemiler 2-Edinsel: Paroksizmal nokturnal hemoglobüri B-Ekstrinsik 1-İmmün hemolitik anemiler a) İzantikorlara bağlı b) Otoimmün hemolitik anemiler c)İlaçlara bağlı (penisilin, metildopa) 2-İmmün olmayan hemolitik anemiler a) Mekanik hemolitik anemiler -Mikroanjipatik hemolitik anemi -Yürüme hemoglobüri b) Kimyasal hemolitik anemiler c) Enfeksiyonlara bağlı hemolitik anemiler d) Hipersplenizm

2.1.3.2.Morfolojik Sınıflandırma

Anemiler OEH (ortalama eritrosit hacmi = mean corpuscular volume- MCV) ve eritrosit morfolojisine göre üç morfolojik tipe ayrılır (Tablo 2), (27).

Tablo 2. Anemilerin Ortalama Eritrosit Hacmine (MCV) göre sınıflandırılması

A. Hipokrom Mikrositik Anemiler (MCV <80 fL)	B. Makrositik anemiler (MCV >100 fL)	C. Normositik Anemiler (MCV 80–99 fL)
1. Demir eksikliği anemisi 2. Kronik hastalık anemisi 3. Talasemi 4. Kronik kurşun zehirlenmesi 5. Sideroblastik anemiler	1. Megaloblastik anemiler -B12 vitamini eksikliği -Folik asit eksikliği 2.Nonmegaloblastik makrositik anemiler -Akut kanama anemisi -Hemolitik anemiler -Lösemiler -Miyelodisplastik sendromlar -Aplastik anemiler -Kemik iliğini infiltre eden hastalıklar -Alkolizm -Hipotiroidi -Skorbüt	1. Akut kanama anemisi 2. Hemolitik anemiler (talasemiler hariç) 3. Aplastik anemi 4. Saf kırmızı dizi aplazisi 5. Kemik iliğini infiltre eden hastalıklar (multipl miyeloma, miyelofibrozu vb.) 6. Endokrin hastalıklar 7. Böbrek yetmezliği 8. Karaciğer hastalığı 9. Kronik hastalık anemisi 10. Protein malnütrisyonu 11. Skorbüt

2.1.4. Demir Metabolizması

Demir vücudun dışarıdan almak zorunda olduğu temel bir elementtir ve eritropoetik yapım, oksidatif denge ve hücresel bağışıklık süreçlerinde kritik bir rol oynar (29,30). Diyetle alınan demir ferröz forma dönüştürülerek enterosit hücrelerinin apikal yüzeyinden hücre içine alınarak intraselüler şekilde depolanır veya bazolateral yüzeyden dolaşıma salınır (31). Besinler aracılığıyla alınan demirin %10'u hem formda %90'ı non-hem formda bulunur. Bu formların enterositlerden emilimi farklı mekanizmalar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Non- hem formda bulunan demir +3 değerlikli (ferrik form) olduğundan biyoyararlanımı yoktur ve bu sebeple divalant metal transporter-1(DMT-1) enzimi ile hücre içine alınmadan önce ferrik redüktaz enzimi ile +2 değerlikli (ferröz form) demire indirgenir (31). Hem formundaki demir, henüz tam olarak tanımlanmamış olan hem taşıyıcı protein-1 tarafından enterosit içine alınır. Demir enterosit hücresine girdikten sonra, ya depolanır ve kullanım için hücrede kalır ya da bazolateral membran üzerinden ferroportin-1 proteini aracılığıyla dolaşıma

salınır. Demir kanda hepaestin adlı protein tarafından oksitlendikten sonra transferin isimli proteine taşınmaktadır (32,33). Transferin başlıca karaciğer ve beyin dokusunda sentezlenmekte olan non-enzimatik bir antioksidandır. Transferin; serumdaki +2 değerlikli demir miktarını azaltarak antioksidan görevi görür (34). Vücuttaki demir depolarının doluluk miktarı transferin saturasyonu ile ters orantılıdır. Artmış transferrin miktarı vücudun artmış demir ihtiyacını göstermektedir. Transferrin, transferrin reseptörü ve DMT-1 yardımı ile taşıdığı demiri hücre içine aktarır. Hücre içine aktarılan demir endozomlar tarafından serbest kalır ve eş zamanlı olarak transferrin reseptörleri hücre membranına geri dönerler. (35). Serbest kalan demir, hücre içerisinde pek çok enzimin yapısına katılır ya da apoferritine bağlanarak ferritin şeklinde depolanır (33).

Demir, böbrekler ve karaciğer aracılığıyla vücuttan atılamaz; bununla birlikte, terleme ve idrar yoluyla atılan demir miktarı da genellikle önemsiz kabul edilecek kadar düşüktür (35). İntraselüler demir; deriden epidermal hücrelerin dökülmesi, gastrointestinal sistemden atılan hücreler ve menstrüasyon sırasında eritrositlerin kaybıyla vücuttan atılmaktadır (36,37).

2.1.5. Demir Eksikliği Anemisi

Demir eksikliği, Hb üretimini engellemeyecek şekilde vücutta bulunan demir miktarının düşük olması olarak tanımlanmaktadır. Demir eksikliği anemisi (DEA) ise demir eksikliği nedeniyle kandaki Hb seviyesinin düşmesidir (22). DEA dünyada oldukça sık görülen ve tedavi edilebilen bir halk sağlığı problemidir (38). Dünya çapında aneminin en sık sebebi olduğu düşünülmektedir (39). 2023 yılında yapılan bir analizde, 1990'dan 2021'e kadar küresel anemi yükü incelendiğinde, DEA'nın dünya genelinde annemi ve engellilik ile yaşanan yılların en yaygın nedeni olduğu belirlenmiştir (40). Tüm yaş grupları ve bütün toplum kategorileri incelendiğinde çocuklarda, gebe kişilerde ve fakir diyetle beslenenlerde daha sık gözlemlendiği görülmüştür (41). DSÖ'nün verilerine bakıldığında ise DEA'sı dünya nüfusunun ortalama %30'unda izlenmektedir. Okul öncesi çocukların ortalama %43'ü, okul çağı çocuklarının %37 si ve gebe kadınların %51'i anemik özellik taşımaktadır (42). Dünya genelinde kadınların %50 sinde ve gebelerin %90'ında henüz anemi gözlenmemiş olmasına rağmen demir depolarının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir (43). Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada farklı yaş aralıklarında DEA %30-

%78 gibi yüksek oranlarda bulunmuştur (44). DEA sıklığı; sosyoekonomik durum, inek sütünün beslenmeye eklendiği yaş, anne sütüyle beslenme süresi ve demirden zengin besinlerin tüketimi gibi sebeplerle ilişkili olarak bölgeler arasında farklılık göstermektedir.

2.1.5.1.Demir Eksikliği Anemisinin Etiyopatogenezi

DEA patogenezinde temelde 4 faktör rol oynar (Tablo 3), (37). Özellikle DEA vücuttaki demir dengesini olumsuz yönde etkileyen patolojik faktörlerin varlığında ortaya çıkmaktadır (39,45).

Tablo 3. Demir eksikliği anemisi nedenleri (36).

1.Yetersiz demir alımı - Diyet 2.Demir emiliminde azalma - Mide asiditesini azaltan ilaçlar (Proton pompa inhibitörleri) - Mide asiditesini azaltan hastalıklar (Otoimmün/atrofik gastrit, helicobacter pylori enfeksiyonu) - Bağırsak mukozasında disfonksiyon (çölyak hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalıkları) -Bariyatrik cerrahi -IRIDA gibi genetik bozukluklar 3.Demir ihtiyacında artış - Gebelik - Erken çocukluk ve ergenlik - Eritropoezi uyaran ajan tedavisi	4.Demir kaybı (Kan kaybı) -Özofagus: varisler, karsinom, ülserasyon, reflü özofajit -Mide: mide kanseri ve mide polipleri, mide ülseri, aspirin ve diğer nonsteroid anti inflamatuvar ilaçların kullanımı, anjiyodisplazi, telenjektazi ve gastrik antral vasküler ektazi -İnce bağırsak: kancalı kurt enfeksiyonu (Ancylostoma duodenale ve necator americanus), inflamatuvar bağırsak hastalığı, duodenal ülserler, lenfoma, kanser, polipler, anjiyodisplazi, telenjektazi, Meckel divertikülü, gastrointestinal kanama, süt proteini alerisi: 12 aydan küçük bebelerde -Kolon: kolon kanseri, polipler, divertiküller kanama, anjiyodisplazi, inflamatuvar bağırsak hastalığı, Peutz- Jeghers sendromu -Anal: Hemoroidler -Jinekolojik kanamalar: mens, rahim içi cihaz kullanımı, anjiyomlar -Üriner sistem kanaması: mesane ve böbrek kanseri
--	---

2.1.5.2.Demir Eksikliği Anemisi Klinik Belirti ve Bulguları

DEA’inde semptomların şiddeti aneminin gelişme süresi, derinliği, hastanın mevcut kronik hastalıkları, yaşı ve cinsiyeti gibi etkenlere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir.

Ayrıca anemi gelişiminde 2,3-difosfoglisarat artışı ve plazma hacminde artış vb. gibi kompanse edilebilir mekanizmalar aracılığıyla belirtilerin görülmesi gecikebilmekte, pek çok hasta asemptomatik seyredip başka nedenlerle yapılan araştırmalar sonucunda tesadüfen belirlenebilmektedir (46).

Erişkinlerde en sık görülen belirtiler halsizlik ve çabuk yorulmadır. Diğer sık rastlanan belirtiler; baş ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı, efor dispnesi, çarpıntı, kulak çınlaması, konsantrasyon bozukluğu, sinirlilik, tırnaklarda çabuk kırılma, kaşık tırnak, mavi sklera, soğuğa intolerans, ellerde ve ayaklarda soğukluk, saç dökülmesi, angular stomatit, huzursuz bacak sendromu olarak sayılabilir (Tablo 4). Anemiye sekonder oluşan bu semptomların dışında sıklıkla DEA ile görülen; topraktaki kil, cam, buz gibi gıda olmayan maddelere karşı duyulan yeme isteği/yeme olarak tanımlanan pika, hastaların %5’inde görülmektedir. Bu yeme isteğinin en az bir ay sürmesi pika olarak kabul edilmektedir. Bunlardan pagofaji olarak adlandırılan buz yemenin DEA açısından daha spesifik olduğu düşünülmektedir (47,48). Pikayla birlikte fiziksel ve cinsel gelişme geriliği, splenomegali olması durumunda akla Tayanç sendromu gelmelidir. DEA ile birlikte disfaji ve atrofik gastrit görülen vakalarda ise Plummer Vinson Sendromu (Paterson-Brown- Kelly Sendromu) olabileceği akılda tutulmalıdır (49). Depresyon, uyku ritminde düzensizlik ve mental uyanıklıkta azalma, kötü kortikal uyarlama, azalan dikkat süreleri, okullarda skolastik performansın azalması DEA’inde bildirilen bulgular içerisinde yer almaktadır (50).

Tablo 4. Demir eksikliği anemisinin sistemler üzerine etkisi (51)

1.Gastrointestinal sistem -Anoreksi (Büyüme geriliği, persentillerde gerilik) -Pika, pagofaji -Atrofik glossit, anguler stomatit -Disfaji -Özafagial webler -Mide asitinde azalma -Eksudatif enteropati (Gastrointestinal protein, albümin, immünglobülin, bakır, kalsiyum ve eritrosit kaybı) -Malabsorbsiyon (Yalnız demir veya jeneralize malabsorbsiyon) -Sitokrom oksidaz ve süksinik dehidrogenaz aktivitesinde azlık -Disakkaridazlarda azalma ve anormal laktoz tolerans testi -İntestinal permeabilite indeksinde artış 2.Santral sinir sistemi -İrritabilite, yorgunluk -Mental ve motor gelişme testlerinde gerilik -İletim bozuklukları, algılama fonksiyonlarında azalma -Nefes tutma nöbetleri -Papil ödemi 3. Kardiyovasküler sistem -Kardiyak output ve kalp atım hızında artış -Kardiyak hipertrofi -Plazma volümünde artış, kalp yetmezliği	4.Kas-iskelet sistemi -Miyoglobin ve sitokrom-C'de azalma -Fiziksel performansta azalma, egzersiz intoleransı -Radyolojik olarak diplo mesafelerinde genişleme 5.İmmünolojik sistem -Enfeksiyonlara eğilimin artması -Lökosit transformasyonunda azalma -Lökosit myeloperoksidazında ve öldürme fonksiyonlarında azalma -Cilt hipersensitivitesinde azalma 6.Hücrel değişiklikler A. Eritrositler -Etkisiz eritropoez -Eritrosit yarı ömründe azalma -Otohemolizde artış -Eritrosit rijiditesinde artış -Sülfidril inhibitörlerine artmış hassasiyet -Hem yapımında, gama ve alfa globulin sentezinde azalma -Alfa globulin monomerlerinin eritrosit membranında presipitasyonu -Glutasyon peroksidaz ve katalaz aktivitesinde azalma -Glikoliz hızında artış -NADH-methemoglobin redüktazda artış -Eritrosit glutamik oksaloasetik transaminazında artış -Serbest eritrosit protoporfirinde artış - Kemik iliği hücrelerinde DNA ve RNA sentezinde azalma B. Diğer dokular -Hem içeren enzimlerde azalma (Sitokrom C, sitokrom oksidaz) -Demir içeren enzimlerde azalma (Süksinik dehidrogenaz, akonitaz) -Monoamin oksidazda azalma -Üriner norepinefrin ekskresyonunda azalma -Tirozin hidroksilasyonunda azalma -Hücrel büyüme, DNA, RNA ve hücre proteinlerinde değişiklikler -Kısa süreli demir azlığını takiben persistan beyin demir noksanlığı -Plazma çinko düzeyinde değişiklikler
---	---

2.1.5.3.Demir Eksikliği Anemisi Tanı

Hb değerinin erkeklerde 13 g/dl, kadınlarda 12 g/dl ve gebelerde 11 g/dl'nin altında olması DEA tanısı için yeterli kabul edilmektedir. Periferik yaymada izlenen hiperemik ve mikrositer eritrositler aneminin tipik morfolojik bulgularıdır. Erken dönemlerde eritrositler normal görülebilmekte iken en erken gelişen morfolojik değişiklik anizositozudur. DEA tanısında altın standart kemik iliğindeki demir depolarının prusya mavisiyle incelenmesidir; ancak bu yöntem girişimsel olması, maliyetinin yüksekliği ve tekrar edilebilme olasılığının düşük olması nedeniyle rutin olarak kullanılmamaktadır (52).

Tanıda Hb düşüklüğüne ek olarak çeşitli laboratuvar tetkiklerinden de yararlanılabilmektedir. Bunlardan en önemlisi olan serum demirinin normal değeri 50-175 µg/dL arası kabul edilir ve DEA'sinde miktarı azalır (52).

Total demir bağlama kapasitesinin normal değeri 300-450 µg/dL'dir ve transferinin bağlandığı demir miktarını gösterir. DEA'sinde total demir bağlama kapasitesi artar (52).

Ferritin demir depolarını gösteren en iyi noninvaziv testtir. Normal referans aralığı erkeklerde 15–300 ng/mL, kadınlarda ise 15–150 ng/ml'dir. Ferritin değeri 20 ng/ml'nin altında ise ve kronik bir hastalık durumu yoksa demir eksikliği olarak kabul edilir. Ancak kronik hastalığı olanlarda ferritin 50 ng/dl'nin altında olması DEA düşündürür. Bununla birlikte ferritinin akut faz reaktanı olması nedeniyle enfeksiyonlar, akut veya kronik inflamasyon, organ ve doku hasarları, kanser gibi çeşitli durumlarda seviyelerin yükselebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Artan yaşla birlikte ferritin miktarının artmasından dolayı yaşlı bireylerde ferritin seviyesi DEA tanısı açısından güvenilir bir test değildir (52).

Transferin satürasyonu ise serum demirinin total demir bağlama kapasitesine bölünmesiyle tespit edilir. Transferrin satürasyonunun normal değeri %20-50 arasındır. Bu değerin %10'un altına düşmesi de demir eksikliğini kesin olarak göstermektedir (53).

2.1.6. Gebelikte Anemi (Maternal Anemi)

Gebelikte anemi, Hastalık ve Kontrol Önleme Merkezi (CDC) tarafından 1989 yılında birinci ve üçüncü trimesterde Hb değerinin 11 g/dl ve hematokrit (Hct) değerinin %33'ün altında olması, ikinci trimesterde ise artan plazma volümünü göz önünde bulundurarak Hb değerinin 10,5 g/dl'nin ve Hct değerinin %32'nin altında olması olarak tanımlanmıştır (1). DSÖ ise 2001 yılında gebelikte anemiye her üç trimesterde Hb değerinin 11 g/dl'nin altında olması şeklinde tanımlanmıştır (2). Gebelikte annemin şiddeti Hb değerlerine göre sınıflandırılarak belirlenmiştir. Bu sınıflama takip edilme süresinin sıklığını ve tedavi şeklinin belirlenmesinde kolaylık sağlamaktadır. Hb değeri 10,9-10,0 g/dl arası hafif, 9,9-7,0 g/dl arası orta. 7,0 g/dl altı ağır anemi olarak sınıflandırılmaktadır (54).

Aneminin gebeliğe etkisini değerlendirirken öncelikle aneminin nedenini belirlemek oldukça önemlidir. Gebelikte pek çok faktör anemiye sebep olabilmekte olup en sık görülen sebepler Tablo 5' te verilmiştir. Bunların içerisinde demir eksikliği gebelikte en sık görülen anemi sebebidir (55).

Tablo 5. Gebelikte anemi sebepleri

Edinsel	Kalıtsal
– Demir eksikliği anemisi – Akut kan kaybına bağlı anemi – İnflamasyon veya maligniteye bağlı anemi – Megaloblastik anemi – Edinsel hemolitik anemi – Aplastik veya hipoplastik anemi	– Talasemiler – Orak hücreli hemoglobinopatiler – Diğer hemoglobinopatiler – Kalıtsal hemolitik anemiler

Dünyadaki gebe kadınların %41,8'i (56 milyon) anemiktir. Dünya üzerinde anemik gebelerin dağılımını DSÖ bölgelerine göre değerlendirdiğimizde anemik gebeler en sık Afrika (%57,1) ve Güneydoğu Asya bölgesinde (%48,2) görülürken, en az Avrupa (%25,1) ve Amerika (%24,1) bölgelerinde görülmektedir. Türkiye'deki gebelerde anemi prevalansı ise %40,2 olarak rapor edilmektedir (3).

2.1.6.1. Maternal Anemide Klinik Belirti ve Bulgular

Aneminin anne ve fetüs üzerindeki etkileri aneminin şiddetine göre farklılık göstermektedir.

Maternal etkiler; artmış düşük riski, preterm doğum (%28,2), preeklampsia (%31,2) ve sepsisin ilişkili olduğu görülmüş ayrıca aneminin gebelerde enfeksiyonlara yatkınlığı arttırdığı bildirilmiştir (56,57).

Fetal etkiler; maternal Hb 11 g/dl'nin altına düştüğünde perinatal mortalitede anlamlı bir artış olurken maternal Hb düzeyi 8 g/dl'nin altına düştüğünde ise prematürite, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, fetüs doğumuna bağlı olarak perinatal mortalite arasında 2 ila 3 kat artış olduğu bilinmektedir. Hb değeri 6 g/dl'nin altına düştüğünde ise güven vermeyen fetal kalp atım paterni, amniyon sıvı miktarının azalması, fetal serebral vazodilatasyon gibi durumlar sonucunda fetal ölüm riski artabilmektedir (56–58).

2.1.6.2. Gebelikte Demir Eksikliği Anemisi Profilaksisi ve Tedavisi

Sağlık Bakanlığı'nın önerisiyle 'Gebelere Demir Destek Programı' kapsamında 1 Kasım 2005 tarihinden itibaren ülkemizdeki tüm gebelere demir profilaksisi uygulanmaktadır (59). Türkiye Cumhuriyeti (TC) Sağlık Bakanlığı'nın 'Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi' ne göre gebelikte aneminin tanınması, önlenmesi ve tedavisi için bir akış şeması geliştirilmiştir. Gebeliğin 4. ayından itibaren başvuran gebelerde palmar ve konjonktival solukluk bakılmalıdır. Semptomu olmayan gebelere günlük 40- 60 mg/gün demir başlanarak 6 ay bu profilaksi devam edilmelidir. İlk değerlendirmede solukluk saptanan gebelerde ise mümkünse Hb değeri bakılmalıdır. Hb'nin değerlendirilemediği durumlarda solukluk varlığı nedeniyle Hb değeri 7-11 g/dl kabul edilerek günlük 100-120 mg/gün demir preparatı başlanmalı, 3 ay sonra semptomlar kontrol edilmelidir. Semptomlarda düzelme var ise 40- 60 mg/gün demir preparatı ile devam edilmeli düzelme yoksa gebe ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir (60). Solukluk olan hastada Hb bakılabiliyor ve Hb değeri 11 g/dl'nin üzerindeyse 40- 60 mg/gün demir profilaksi yapılmalıdır. Hb değeri 7-11 g/dl arasında ise 100-120 mg/gün demir parasıyla tedaviye başlanmalı, 3 ay sonra kontrole çağrılmalıdır. Hb değeri 7 g/dl'nin altında ise gebe ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmeli ve 15 gün sonra tekrar izlem planlanmalıdır (59,60).

Doğum sonrasında da anemi mutlaka değerlendirilmeli ve ciddi anemisi bulunan gebeler sevk edilirken Hb değeri 7-11 g/dl arasında olan gebelere 100-120 mg/gün demir preparatı başlanmalı, Hb değeri 11 g/dl'nin üzerinde olanlara 3 ay daha 40- 60 mg/gün profilaksi devam edilmelidir.

Demir eksikliğinde profilakside ve anemide tedavi sırasında kullanılan demir preparatlarının bazı yan etkileri görülebilmektedir. Bu yan etkilerden en sık görülenleri gastrointestinal sistem ile ilişkilidir ve kişilerde bulantı, midede yanma, karın ağrısı, kabızlık ve ishal görülebilir. Gastrointestinal sistem intoleransı, hastanın tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceğinden oral demir tedavisinin kullanımında sınırlayıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir (61,62).

Oral demir preparatlarının yan etkilerini azaltmak için tedaviye düşük dozla başlamak ve dozu yavaşça arttırmak, bölünmüş dozlarla veya gıdalarla kullanmak önerilmektedir. Farklı oral demir preparatlarının biyoyararlanabilirliği ve tolere edilebilirliği açısından da farklı görüşler mevcuttur. Benzer etki düzeyi olduğunu destekleyen görüşler olduğu gibi, + 2 değerlikli demir tedavisinin daha etkili olduğunu savunan görüşlerde bulunmaktadır (61).

2.2. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Doğum sonrası dönem (postpartum dönem) ile duygu durum bozuklukları arasındaki ilişki Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. Ancak gebelik ve doğum sonrası dönemde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıktığı ilk kez Victor Luis Marce tarafından 1858 yılında ifade edilmiştir (63). Buna ek olarak günümüzdeki çalışmalar pek çok değişikliğin yaşandığı doğum sonrası dönemde psikiyatrik hastalıkların görülme oranının arttığını ve depresyonun 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğünü göstermiştir. Bu yaş aralığı doğum, gebelik, lohusalık gibi dönemleri de içine aldığından oldukça önemlidir (64).

Postpartum dönem kadının hayatında başta fiziksel, duygusal ve sosyal olmak üzere pek çok değişikliğin yaşandığı bir süreçtir. Ortalama olarak 4-6 hafta sürmekle beraber vücuttaki sistemlerin fizyolojik olarak gebelik öncesi durumuna geri dönüşü ve bu döneme psikososyal uyum 10-12 haftaya kadar sürebilmektedir. Bu dönemin bir yıla kadar devam ettiğini belirten uzmanlar bulunmaktadır (65). Bebeğine, annelik rolüne, vücudundaki değişikliklere ve yeni aile düzenine uyum sağlamaya çalışan anne

için bu dönem oldukça zorlu bir süreçtir. Doğumdan sonra pasif, yorgun ve bağımlı olan anne bebeğinin bakımını odaklanmış durumdadır. Bebeğini yeterince emzirme ve bakımını sağlama konusunda endişeleri bulunan anne yetersizlik, yorgunluk, yeni sorumluluklarla baş edememe korkusu, uyku düzenindeki bozukluk, günlük yaşam rutinin değişmesi, hormonal değişiklikler ve fiziksel görünümdeki değişiklikler gibi sorunlarla karşılaşabilir. Bu problemler annenin doğum sonrası döneme psikolojik olarak uyum sağlamasını zorlaştırabilir (66–69).

Doğum sonrası görülen duygu durum bozuklukları genel olarak 3 başlık altında incelenmektedir; bunlar postpartum blues (annelik hüznü), postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikozdur (70). Bunlardan en hafifi annelik hüznü olup doğum sonrası dönemde yaklaşık %50-80 kadında görülmektedir. Doğum sonrası depresyon ise kadınların %10-14'ünde görülmekte, en şiddetlisi olan postpartum psikoz ise yaklaşık %0,1-0,2 kadında görülmektedir (70,71).

2.2.1.Postpartum Depresyon

PPD, literatürde doğum sonrası dönemde görülen majör depresyon atağı olarak ifade edilmektedir. PPD ilk kez tanım olarak Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) tarafından duygu durum bozuklukları içerisinde postpartum başlangıçlı (doğumdan sonra 4 hafta içinde başlayan) majör depresyon olarak tanımlanmıştır. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5)'te ise PPD'nin gebelik döneminde de başlayabileceği belirtilerek, sınıflandırma “postpartum başlangıçlı” yerine “peripartum başlangıçlı” olarak değiştirilmiştir. Gebelik sırasında veya doğumdan sonraki dört hafta içinde başlayan majör depresyonun alt tipi olarak sınıflandırılmıştır (72).

International Classification of Disease (ICD-10) ise doğum sonrası 6 haftada başlayan depresif dönemi PPD olarak tanımlarken DSM-4 ve DSM-5' e göre zaman farklılığı ortaya koymaktadır (73).

Yapılan alışmalar ve klinik uygulamalara bakıldığında PPD'nin doğum sonrası ilk 2-4 haftaları arasında ortaya çıkıp bir yıla kadar uzayabilen bir süreç olarak değerlendirildiği görülmektedir (74). Yapılan çalışmaların analizinde dünyadaki doğum sonrası depresyon prevalansının düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde %7-30 arasında olduğu tahmin edilmektedir (75). PPD oranları 2015 yılında Meksika'da %10,6, İsveç'te 2008 yılında %14,9, Macaristan'da 2009 yılında %17,9 bulunmuştur (76-78). 1998-2008 yılları arasında yayınlanmış 17 ülkeden toplam 64 çalışmanın gözden geçirildiği araştırmada Asya lkelerinde PPD prevalansının %3.5 ile %63,3 gibi geniş bir aralıkta olduğu görülmüştür (79).

2000-2017 yılları arasında Türkçe yayınlanmış 39 makalenin incelendiği başka bir çalışmada lkemizde PPD prevalansı %6-%58 gibi geniş aralıkta bulunmuştur (80). Ankara ilinde farklı zamanlarda farklı yerlerde yapılan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında; 708 anne ile yapılan çalışmada %15, 2007-2008 yıllarında 141 anneyle yapılan çalışmada %35,5 ve 431 anneyle yapılan çalışmada %34,8 oranları saptanmıştır (81-83). Battaloğlu ve ark. 2007 yılında 183 anne ile yaptıkları çalışmada %30,6, Eskişehir'de 2010 yılında yapılan çalışmada da benzer olarak %27,7 bulunmuştur (84,85). Yıldıırım ve ark. 2006 yılında Erzincan'da 197 anne üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, %51,3 oranıyla Türkiye'deki en yüksek PPD oranlarından birini saptamışlardır (86). Mersin il merkezinde 0-2 aylık bebek anneleri ile yapılan çalışmada %29, Edirne merkez ilçede yapılan çalışmada %36, Ankara'da Aralık 2018-Mart 2019 tarihleri arasında 104 anne ile yapılan çalışmada ise %21,9 olarak bulunmuştur (87-89).

2.2.1.1.Postpartum Depresyon Etiyolojisi

PPD'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir (90). PPD'nin potansiyel patogenezerleri arasında hormon dengesizlikleri (stradiol, progesteron, oksitosin vb.), hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseninin fonksiyon bozukluğu, nörotransmitterlerin dengesizliği (gama-aminobütirik asit, serotonin, dopamin, glutamat vb.) gibi durumlar gösterilmektedir (91).

Gebelik sırasında, östradiol, östrojen ve progesteron gibi plasental hormonların seviyesi belirgin bir şekilde artmakta, doğumdan sonra keskin bir şekilde düşmektedir. Ayrıca, kortizol, Human Coryonik Gonadotropin ve beta-endorfin hormonları da doğum öncesi dönemde artmakta, doğumda pik yapmakta ve doğum sonrası hızla düşmektedir. Doğum sonrası dönemde bu hormonlardaki hızlı düşüşlerinin kadının duygu durumunu etkileyebileceği düşünülmektedir (92). Ayrıca gebelik süresince yüksek seyreden serum östradiol seviyesine sekonder Tiroid Bağlayıcı Globulin (TBG) de artar. TBG artışına bağlı olarak gebelikte total T3, total T4 ve TSH artar. Serbest T3, serbest T4 ise normal sınırlarda seyreder. Artan tiroid hormonları, postpartum dönemde azalarak normal düzeyine geriler. PPD gelişiminde tiroid hormonlarındaki düşüşün de önemli bir etken olabileceği düşünülmektedir (93).

2.2.1.2. Türkiye’de Postpartum Depresyon Tanı ve Takibi

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ), 03.05.2010 tarih 2010/27 sayılı Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ‘Doğum Sonu İzlem Genelgesi’ ile postpartum dönemdeki kadınların değerlendirilmesinde zorunlu kılınmıştır. Genelge 2014 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından güncellenmiş ‘Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi’ adı ile yayınlanmıştır. (94). Bu rehber önerisi ile lohusalar doğum sonrası hastanede 3 kez, evde 3 kez olmak üzere toplam 6 kez izlenmelidir.

Hastanede;

1. İzlem; 0-1 saatler içinde yapılmalı ve anne duygusal ve sosyal açıdan değerlendirilip desteklenerek gerektiğinde ilgili birimlere yönlendirilmelidir.
2. İzlem; ilk 1-6 saatler arasında yapılmalı aile içi şiddet durumu değerlendirilmelidir.
3. İzlem; ilk 6-24 saatler arasında yapılmalı, 2. izlemde sorgulanamadıysa aile içi şiddet durumu sorgulanmalı, annenin psikolojik durumu değerlendirilmelidir. Postpartum dönemde hüznün, hikayesinde ruhsal hastalık öyküsü, psikotik bozukluk (şizofreni, bipolar bozukluk) psikotik depresyon ve intihar riski varsa konsültasyon istenmelidir. Gerekiyorsa EDDÖ uygulanmalıdır. Lohusa doğum sonu depresyonu hakkında bilgilendirmelidir (94).

Evde veya sağlık kuruluşunda (Aile Hekimliğı ve Kadın Doğum polikliniklerinde);

4. İzlem; 2.- 5. günler arasında yapılmalıdır. Psikolojik durum değerlendirilmeli ve daha önce bilinen ruhsal hastalık öyküsü olanlar, psikotik bozukluklar (şizofreni, bipolar bozukluk), psikotik depresyon ve intihar riski açısından ilgili birime yönlendirilmelidir. Aile içi şiddet değerlendirilmelidir.
5. İzlem; 13.- 17. günler arasında yapılmalıdır. 4. izlemdeki ruhsal değerlendirme tekrar uygulanmalıdır
6. İzlem; 30.-42. günler arasında yapılmalıdır. Annenin psikolojik durumu değerlendirip risk tespit edilirse de EDDÖ uygulanarak gerekli olanlar sevk edilmelidir. Psikolojik risk tespit edilmiş ve yönlendirme yapılmış annelere 8. haftada EDDÖ tekrar uygulanmalıdır (94).

2.2.1.3.Postpartum Depresyondaki Anne ve Bebek İlişkisi

Günümüzde yapılan araştırmalar, PPD yaşayan annelerin bebeklerinin bilişsel ve duygusal gelişimlerinin olumsuz etkilenebileceğini ortaya koymaktadır (95).

Depresyon yaşayan annelerin, bebeklerini beslerken yüzlerine daha kısa süre baktığı ve daha az olumlu davranış sergilediği izlenmiştir. PPD, annelerin yaşam kalitesinin düşmesine, bebeğiyle bağ kurmasının engellenmesine ve temel anne bakım sorumluluklarını yerine getirmede zorluklara neden olabilmektedir (96). PPD’si olan anneler suçluluk ve yetersizlik hissetmekte, kendinden şüpheli duymaktadırlar. Bu duygular, annelerin bebeklerini uygun şekilde yetiştirme ve onlara bakım sağlama yeteneklerinden emin olmaması nedeniyle, bebeğine hassas ve duyarlı bakım verme konusunda engel oluşturabilmektedir (97).

Bebeklerin ise bilişsel ve duygusal anlamda zayıflık ve pasiflik sergilediği, bu durumun annenin çökkün duygulanımını ve annelik rolündeki yetersizlik duygularını daha da derinleştirdiği belirtilmiştir (98).

Depresif anneye sahip olan bebeklerin, zayıf sosyal beceriler, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozuklukları geliştirdikleri, antisosyal ve nevrotik hareketler gösterdikleri, davranışsal, duygusal, bilişsel alanlarda yeterli gelişim gösteremedikleri izlenmiştir (99–101).

2.2.1.4.Gebelikte Anemi ve Postpartum Depresyon İlişkisi

Çeşitli çalışmalar gebelik döneminde anemi ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Bu ilişkiyi inceleyen birden çok çalışmanın incelendiği bir metaanalizde 10 çalışmada anlamlı ilişki bulunurken, 8 çalışmada gebelik esnasındaki aneminin postpartum depresyonu önemli ölçüde arttırdığı belirlenmiştir (82).

Wassef ve ark. yaptığı bir literatür taramasında da anemik gebelerde postpartum depresyon riski daha yüksek bulunurken, doğum sonrası dönemde demir takviyesi almış olmanın PPD riskini azalttığı görülmüştür (102).

2.3.MATERNAL BAĞLANMA

Bağlanma, çocuk ile bakımını üstlenen kişi arasında kurulan; tutarlı, süreklilik arz eden ve başlıca kaygı-gerilim durumlarında ortaya çıkan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (103). Maternal bağlanma ise, anneyle bebek arasında kurulan ve iki tarafında karşılıklı olarak haz duyduğu bağlanma şekli olarak tanımlanmaktadır Anne-bebek bağlanma süreci gebeliğin başlangıcı ile ortaya çıkan, doğum sonrasında da devam eden ve annelik algısının gelişmesinde büyük katkısı olan bağlanma şeklidir. Ayrıca bebeğin yaşamı boyunca sosyal davranışlarını şekillendiren, gelişimsel devamlılık sağlayan bir süreçtir (104). Müller, anne- bebek bağlanmasını, bir kadın ve bebeği arasında gelişen ve zamanla devam eden eşsiz şefkatli bir ilişki olarak tarif etmektedir (11).

Bu alanda önde gelen kuramcılardan biri olan Bowlby, bağlanmanın sağlıklı bir şekilde oluşması için bebek doğduktan hemen sonra annenin bebeğine sevgi ile yaklaşmasının oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır. Anne ve bebek arasında duygusal iletişimi sağlayan, anne ve bebek arasındaki ilişkiyi sağlamlaştıran, güvenli bir bağ olan anne-bebek bağlanmasının oluşmasında, annenin bebeğini ilk kucağına aldığı anda, ilk temasın yaşandığı 60-90 dakikalık süre oldukça önemlidir (104,105). Anne ve bebeğin doğum sonrası göz teması kurması, temasın sürdürülmesi, emzirmek anne-bebek bağına güçlendirmektedir (106).

2.3.1.Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Maternal bağlanma doğum öncesi, doğum ve sonrası dönemde çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir (107). Maternal bağlanmanın oluşmasında;

planlı ve istemli gebelik olması, ailenin sosyoekonomik ve kültürel durumu, eş ilişkileri, eş desteği, kadının ailesiyle ve sosyal çevresiyle olan ilişkileri, doğum süreci, zamanı, doğumun şekli, doğum korkusu, ilk günlerde annenin yaşadığı anksiyete, anne ve bebeğin sağlık durumu, çocuk bakımı konusunda annenin bilgi düzeyi, annenin çocukluğunda kendi annesiyle yaşadığı bağlanma ilişkileri gibi faktörlerin etkili olduğu gösterilmiştir (9). Annenin gebelikte veya sonrasında sosyal olarak yeterli düzeyde desteklenmesi, evlilik doyumunun ve bunun tatmin edici düzeyde olmasının maternal bağlanmayı ve postnatal depresyonu etkilediği bulunmuştur (108,109). Ayrıca bağlanmanın prenatal dönemde başlamış olması da, doğumdan sonra annelik rolüne uyum sağlamada oldukça etkilidir (110).

2.3.2. Maternal Bağlanma ile Postpartum Depresyon İlişkisi

Yapılan çalışmalarda doğum sonrası psikiyatrik hastalığı olan annelerde maternal bağlanmanın olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Brockington ve ark.'nın çalışmasında doğum sonrası psikiyatrik hastalığı olan annelerde bağlanma bozukluğu oranı %11 olarak bulunmuştur (17). Yapılan başka bir çalışmada ise PPD geçiren annelerin %29 'unda bağlanma bozukluğu bildirilmiştir (18). Ruhsal sağlık problemi olan anneler bebekleriyle ilgilenmek istememekte, bebeklerini yalnız bırakmakta, bebeğe duygusal bağlılık gösterememektedirler. Sonuç olarak da anne ve bebek arasında gelişen olumsuz duygusal ilişki maternal bağlanmanın gerçekleşmesine engel olmaktadır. Bu durum bebeğin fiziksel, zihinsel, emosyonel, sosyal ve hatta dil gelişiminde çeşitli problemler yaşanmasına sebep olmaktadır (111). Bu şekilde problemler yaşayan, fiziksel ve duygusal olarak ihtiyaçları karşılanmayan bu bebeklerin; çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde bağlanma ve güven duygusunda sorun yaşadıkları, fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda geri kaldıkları saptanmıştır (112). Tüm bu sorunlar göz önüne alındığında postpartum depresyon, risk grubundaki gebeleri ve anneleri erken tespit etmek ve etkili bir şekilde müdahale edebilmek için dikkatle ele alınmalıdır. Bu, hem anne hem de bebeğinin sağlığı için kritik öneme sahiptir (113) .

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Gerekli İzinler

Çalışma öncesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.09.2023 tarih ve 2023-09/37 Karar No ile etik kurul onayı (EK 1) ve Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler (EK 2) alındı.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız kesitsel-tanımlayıcı tarzda dizayn edildi. Gönüllü katılımcılar üzerinde anket formu aracılığıyla yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas ilinde aile hekimlerince takip edilen, 01-31 Temmuz 2023 tarihleri arasında doğum yapmış ve görüşme sırasında 30-60 günlük bebeği olan 557 kadın oluşturmaktaydı. Doğum yapan gebe kadın sayısı Nüfus Müdürlüğü aracılığıyla öğrenildi ve Sağlık Müdürlüğü Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKUS) tarafından teyit edildi. Bu evren için 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 [%45-%55] güven aralığında $N=557$ $\sigma=2,05$ $t=1,96$, $d= \pm 0,15$ alındığında evreni belli örneklem hesabına göre 314 annenin çalışmaya dahil edilmesi planlandı.

$$N = \frac{N \cdot t^2 \cdot \sigma^2}{d^2(N-1) + t^2 \cdot \sigma^2} = \frac{557 \cdot (1,96)^2 \cdot (2,05) \cdot (2,05)}{(0,15)^2(557-1) + (1,96)^2 \cdot (2,05) \cdot (2,05)} \cong 314$$

N =Evrendeki birey sayısı

$t=N-1$ serbestlik derecesindeki α yanılma olasılığındaki t tablo değeri=1,96

σ =evren standart sapması=2,05

d =olayın ortalamasına göre yapılmak istenen +- sapma miktarı = 0,15

α =yanılma düzeyi=0,05

Sivas il merkezinde 126 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olup; çalışma basit rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenen 16 ASM’de yürütüldü (Tablo 6). Çalışmaya dahil edilecek anneler bu ASM’lerden kolayda örnekleme yöntemiyle seçildi. Psikiyatrik hastalık (depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu) (n=2) ve ağır kronik hastalık öyküsü olanlar (n=5), demir eksikliği dışında farklı bir anemi türü olanlar (n=5), çoklu veya prematür (doğum kilosu <3500 gram veya doğum haftası <37 hafta) doğum yapmış olanlar (n=2), yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlar (n=10), 30 günden küçük ya da 60 günden büyük bebeği olan anneler (n=30), yönlendirilen soruları anlama ve tamamlama konusunda engeli olanlar (Türkçe bilmemek, işitme-konuşma engeli) (n=6) ve çalışmadan ayrılmak isteyen kadınlar (n=13) çalışmaya dahil edilmedi (n=73). Her ASM’den kaç annenin alındığı tablo 6’da sunuldu. Planlanan örneklem sayısına ulaşıldığı anda veri toplama aşaması sonlandırıldı.

Çalışmamızın gücü (Power Analysis); örnek büyüklüğü (n) 314, Etki büyüklüğü (d) 0,64, güven aralığı %95 olarak alındığında %72 olarak hesaplandı.

Tablo 6. Örnekleme dahil edilen annelerin ASM’lere göre dağılımı

ASM isimleri	Dahil edilen annelerin sayısı
4 Eylül ASM	24
Karşıyaka ASM	23
Yunus Emre ASM	23
Mehmet Akif Ersoy ASM	22
Kızılırmak ASM	21
Tuzlugöl ASM	20
Gültepe ASM	20
Şeyhşamil ASM	19
Mevlâna ASM	19
Kılavuz ASM	19
Alibaba ASM	18
Kardeşler ASM	18
Aydoğan ASM	18
Şehit Ömer Güney ASM	17
Fatih Şükrü Beyazıt ASM	17
Mimarsinan ASM	16

3.4. Araştırmanın Uygulanma Şekli ve Verilerin Toplanması

Araştırmacı gerekli izinlerin alınmasının ardından örneklem çeşitliliğini sağlamak amacıyla, 01 Ağustos-31 Eylül 2023 tarihleri arasında, Sivas il merkezindeki belirlenen ASM’lerde sırasıyla ikişer günlüğüne görevlendirildi. Bu süre içinde polikliniğe herhangi bir sebeple başvuran, 30-60 günlük bebeği olan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan anneler, çalışmanın amacı ve içeriği hakkında detaylı olarak bilgilendirildi. Verilerin yalnızca çalışma için kullanılacağı açıklandı. Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan yazılı onamları alınarak, çalışma gerçekleştirildi.

Tüm katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen bir veri formu yüz yüze görüşme tekniği aracılığıyla uygulandı. Veri toplama formları 3 (üç) kısımdan oluşmaktaydı. İlk kısımda kişisel bilgi formu, ikinci kısımda Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ve son olarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) yer almaktaydı.

Literatür derlemesi sonucu hazırlanan kişisel bilgi formu 42 (kırk iki) sorudan oluşmaktaydı. Bu form aracılığıyla annelerin sosyodemografik özellikleri, obstetrik öyküleri, sigara kullanım durumları, gebelik boyunca düzenli takip edilip edilmedikleri, doğum öncesi eğitim alma durumları, gebelik esnasında ve doğum sonrası eş desteği, kullanılan takviye edici ajanlar, ilk ten tene temas ve emzirmeye başlama için geçen süre ile bebekle ilgili genel sağlık bilgileri kaydedildi.

Ardından tüm annelere 26 (yirmi altı) sorudan oluşan MBÖ ve 10 sorudan oluşan EDDÖ uygulandı. MBÖ; 2009 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kavlak ve Şirin tarafından yapılan bir öz bildirim ölçeğidir (114). Okuma ve yazma bilen bütün annelere uygulanabilmektedir. Sorular 4’lü likert tarzında olup; ‘her zaman’ ile ‘hiçbir zaman’ arasında değişen cevapları içermektedir. ‘Her Zaman (a)=4’, ‘Sık Sık (b)=3’, ‘Bazen (c)=2’ ve ‘Hiçbir Zaman (d)=1’ şeklinde puanlanmaktadır.

Cevapların toplamından elde edilen en düşük puan 26 ve en yüksek puan 104'tür. Elde edilen puan ne kadar yüksekse maternal bağlanma o kadar yüksek kabul edilmektedir. Türkçe uyarlaması için Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı; 1 ve 4 aylık bebeği olan annelerde sırasıyla 0,77 ve 0,82 olarak bildirilmiştir.

EDDÖ; 1996 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz, Küey ve Kültür tarafından yapılmış, doğum sonrası depresyon riskini değerlendiren bir ölçektir (115). Engindeniz' in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,79, iki yarım güvenirliliği 0,80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0,84 ve özgüllüğü 0,88 olarak bulunmuştur. Aydın ve ark. 2004 yılında doğum sonrası ilk bir yılı içinde olan kadınlar üzerinde ölçeği değerlendirmiş ve Cronbach Alpha kat sayısını 0,72 olarak bildirmişlerdir (116). EDDÖ, bireyin son yedi gün içindeki psikolojik durumunu içeren ve 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde "Evet, her zaman", "Evet, çoğu zaman", "Hayır, çok sık değil", "Hayır, hiçbir zaman" şeklinde seçeneleştirilmiş olup; toplam puan 0-30 arasındadır. Ölçekte 1. 2. ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken; 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde tersten puanlanmaktadır. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Çalışmamızda EDDÖ'nün kesme noktası 13 olarak kabul edildi.

Ayrıca son olarak her annenin gebelik sürecinde birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde rutin bakılan hemogloblin konsantrasyonları, e-nabız ve hasta bilgi yönetim sistemleri üzerinden bakılarak kaydedildi.

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerinin analizi SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı analizler için frekans dağılımları ve yüzdeler hesaplandı, ortalamalar standart sapma değerleri ile, ortancalar minimum-maksimum değerleri ile gösterildi. Kategorik değişkenlerde bağımsız gruplar arasındaki ilişki Ki-kare testi ile değerlendirildi. Gruplar arasındaki ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında veriler normal dağılıma uymadığından (yapılan Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri neticesinde) Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Kruskal Wallis testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı çıkan sonuçlar için post-hoc testler (Mann-Whitney U testi) yapıldı ve Bonferroni düzeltmesi uygulandı. Değişkenler arasındaki korelasyon Spearman korelasyon testi ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar olarak kabul edildi.

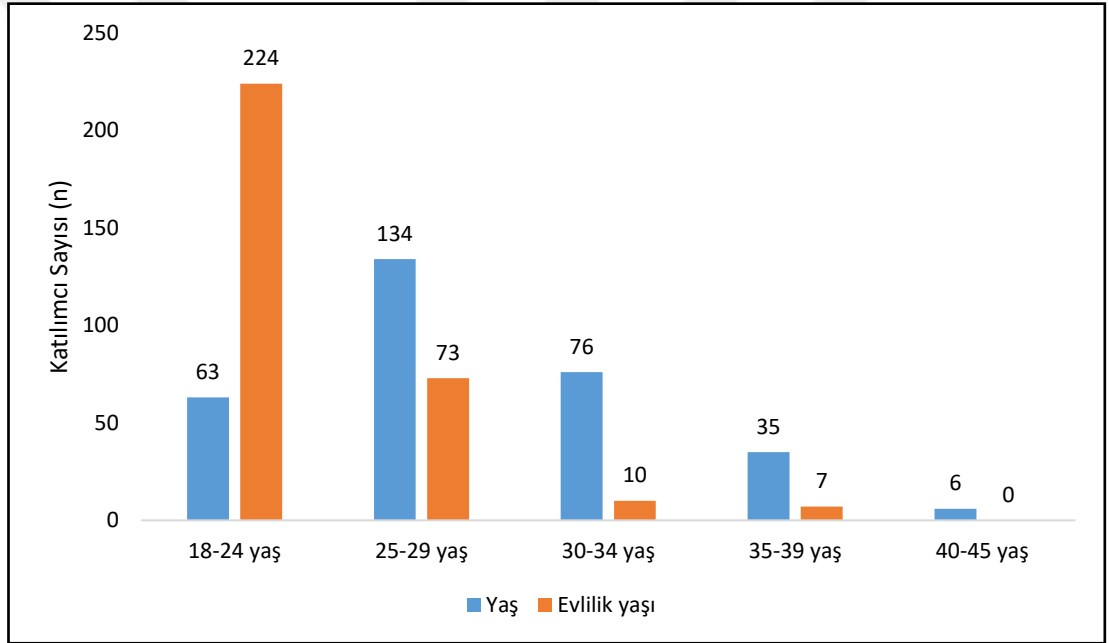
3.6. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma boyunca herhangi bir kişi veya kurumdan destek alınmadı. Kırtasiye masrafları dışında bir harcama yapılmamış olup; giderler araştırmacılar tarafından karşılandı.



4. BULGULAR

Çalışma yaş ortalaması $28,48 \pm 4,9$ (min-max: 18-45) yaş olan 314 anne ile tamamlandı. Annelerin; %47,5'i (n=149) üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahipti ve % 72'si (n= 226) ev hanımı idi. Ailelerin %77,7'si (n=244) şehir merkezinde ikamet etmekte ve %88,9'u (n=279) çekirdek aile tipine sahipti. Annelerin %34,7'si (n=109) asgari ücret ve altı gelir düzeyine sahip olduğunu beyan etti. Katılımcıların evlenme yaşı ortalaması $23,13 \pm 4,01$ yaş olup; evlilik süresi ortalama $5,34 \pm 4,74$ yıldır (Tablo 7). Analizlerde annelerin yaş ve evlenme yaşı Şekil 1'de kategorize edildiği şekliyle kullanıldı.



Şekil 1. Annelerin yaş ve evlenme yaşlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo 7. Annelerin sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-24	63	20,1
25-29	134	42,7
30-34	76	24,2
35-39	35	11,1
40-45	6	1,9
Eğitim		
Okuryazar	3	1,0
İlkokul	17	5,4
Ortaokul	43	13,7
Lise	102	32,5
Üniversite	133	42,3
Lisansüstü	16	5,1
Meslek		
Ev hanımı	226	72,0
Sağlık sektörü çalışanı	39	12,4
Kamu personeli	28	8,9
Özel sektör çalışanı	21	6,7
Gelir		
Düzenli geliri yok	3	1,0
Asgari ücret altı	13	4,1
Asgari ücret	93	29,6
Orta gelir düzeyi	196	62,4
Yüksek gelir düzeyi	9	2,9
Çok yüksek gelir düzeyi	0	0,0
Aile tipi		
Çekirdek aile	279	88,9
Geniş aile	35	11,1
Evlenme yaşı		
18-24	224	71,4
25-29	73	23,2
30-34	10	3,2
35-39	7	2,2
40-45	0	0,0
İkamet yeri		
Şehir merkezi	244	77,7
İlçe	56	17,8
Köy	14	4,5
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık		
Yok	277	88,2
Var	37	11,8
	Ortalama $\pm$SD	Ortanca (min-max)
Yaş	28,48 $\pm$ 4,9	28 (18-45)
Evlenme yaşı	23,13 $\pm$ 4,01	23 (18-38)
Evlilik süresi	5,34 $\pm$ 4,74	3 (1-23)

Babaların sosyodemografik özellikleri Tablo 7’de özetlendi. Yaş ortalamaları $32,31 \pm 5,68$ (min-max=3-45) yaş arasında değişmekte olup; %11,4’ünün (n=36) eşleri ile akraba oldukları öğrenildi (Tablo 8).

Tablo 8. Babaların sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eş yaş		
18-24	13	4,1
25-29	88	28,0
30-34	117	37,3
35-39	52	16,6
40-45	44	14,0
Eş eğitim		
Okuryazar	1	0,3
İlkokul	24	7,6
Ortaokul	35	11,2
Lise	127	40,4
Üniversite	113	36,0
Lisansüstü	14	4,5
Eş meslek		
İşsiz	-	-
Kamu personeli	96	30,6
Özel sektör çalışanı	79	25,1
Serbest meslek	139	44,3
Eş ile akrabalık		
Yok	278	88,5
Var	36	11,5
	Ortalama $\pm$SD	Ortanca (min-max)
Eş yaş	$32,31 \pm 5,68$	31 (3-45)

Annelerin %22,3’ünün (n=70) son gebeliğinin plansız olduğu, %9,2’sinin (n=29) son gebeliğinde takiplerinin düzensiz olduğu, %17,5’inin (n=17,5) gebelik esnasında gebeliğe bağlı sorun yaşadığı ve %60,1’inin (n=187’sinin) daha önce gebelik deneyimi olduğu öğrenildi. Annelerin %16,0’sının (n=50) doğum öncesi gebelik eğitimi aldığı ve eğitim alanların %68’inin (n=34) gebe okuluna katıldığı belirlendi. Annelerin %95,5’i (n=300) gebelik süresince eşlerinden destek aldığını belirtti. Gebelik sürecinde annelerin %86,9’unun (n=273) demir ve %87,9’unun (n=276) D vitamini desteği aldığı tespit edildi (Tablo 9).

Tablo 9. Annelerin obstetrik öyküleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha önce gebelik deneyimi		
Hayır	127	40,4
Evet	187	59,6
Küretaj öyküsü (n=187)		
Hayır	174	93,0
Evet	13	7,0
Gebelik kaybı (n=187)		
Hayır	135	72,2
Evet	52	27,8
Sigara kullanım durumu		
Hiç kullanmamış	250	79,6
Bir ara kullanıp bırakmış	8	2,6
Gebelik öncesi kullanıp, gebelikte kullanmamış	35	11,1
Gebelik boyunca sigara içmeye devam etmiş	21	6,7
En son gebelik planlı mı		
Hayır	70	22,3
Evet	244	77,7
Son gebeliğinde takipleri düzenli mi		
Hayır	29	9,2
Evet	285	90,8
Gebelik esnasında gebeliğe bağlı sorun yaşadı mı		
Hayır	259	82,5
Evet	55	17,5
Gebelik esnasında doğum öncesi eğitim aldı mı		
Hayır	264	84,1
Evet	50	15,9
Eğitim alınan yer (çoklu seçmeli) (n=50)		
Sağlık personeli	26	52,0
Eğitim kitapları	23	46,0
Gebe okulu	34	68,0
Sosyal medya/internet	7	14,0
Diğer	-	-
Gebelik süresince eş desteği		
Hayır	14	4,5
Evet, ancak yetersiz	40	12,7
Evet, yeterli	260	82,8
Gebelikte vitamin desteği		
Hatırlamıyor	20	6,4
Hayır	293	93,3
Evet	1	0,3
Gebelikte demir desteği		
Hatırlamıyor	41	13,1
Hayır	273	86,9
Evet	-	-
Gebelikte d vit desteği		
Hatırlamıyor	34	10,8
Hayır	4	1,3
Evet	276	87,9
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)
Gebelik sayısı	1,94 ±1,22	2 (0-7)
Canlı doğum sayısı	1,51 ±0,97	1 (0-5)
İlk gebelik yaşı	23,09 ±3,77	23 (18-34)
Küretaj sayısı	1,08 ±0,28	1 (1-2)
Gebelik kaybı sayısı	1,38 ±0,69	1 (1-4)
Gebelikte günlük sigara sayısı	6,82 ±5,07	6 (0-25)

Annelerin %64,3'ünün (n=202) sezaryen ile doğum yaptığı ve %45,0'inin (n=91) geçirilmiş/mükerrer sezaryen öyküsü olduğu belirlendi (Tablo 10).

Tablo 10. Annelerin doğum şekli ile ilgili bilgiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum şekli		
NVD	112	35,7
Sezaryen	202	64,3
Sezaryen nedeni (n=202)		
Geç/Mük C/S	91	45,0
CPD	20	9,9
Mekonyumlu mayi	17	8,4
Duruş pozisyonu	16	7,9
Preeklampsi	13	6,4
Makrozomi	13	6,4
AFD/Fetal Taşikardi	12	6,0
Maternal hastalık	12	6,0
İlerlemeyen eylem	8	4,0
Diğer	-	-
Doğum esnasında sorun yaşama		
Hayır	304	96,8
Evet	10	3,2

Bebeklerin %52,2'si (n=164) erkek idi. Annelere bebeklerinin cinsiyetleri ile ilgili beklentileri sorulduğunda; %49,0'ı (n=154) cinsiyetin fark etmediğini ve %36,0'sı (n=113) kız bebek istediklerini belirtti. Annelerin %37,3'ü (n=117) bebekleri ile ten temasının hemen doğum salonunda yapıldığını ve %66,2'si (n=208) doğum anında olumlu duygular hissettiğini ifade etti. Bebeklerin %66,2'si (n=208) şu an sadece anne sütü ile beslenmekteydi (Tablo 11).

Tablo 11. Bebeklerine ait genel özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bebek cinsiyet		
Kız	150	47,8
Erkek	164	52,2
Cinsiyet beklentisi		
Kız	113	36,0
Erkek	47	15,0
Fark etmez	154	49,0
Bebek ile ten teması ne zaman		
Hemen doğum sonrası	117	37,2
Doğum sonrası ilk yarım saat	25	8,0
Yarım saatten daha uzun	172	54,8
Emzirmeye başlama süresi		
0-15 dk	99	31,5
15-30 dk	25	8,0
30 dk ve üstü	190	60,5
Doğum anı hissedilen duygu		
Olumlu	208	66,2
Olumsuz	106	33,8
Bebeğin şu an beslenme şekli		
Sadece anne sütü	208	66,2
Anne sütü ve mama	98	31,2
Sadece mama	8	2,6
Bebekte sağlık problemi		
Hayır	294	93,6
Evet	20	6,4
Bebekte sağlık problemi (çoklu seçmeli) (n=20)		
Ortopedik hastalıklar	7	35,0
Solunum sistemi hastalıkları	3	15,0
Kan hastalıkları	2	10,0
Metabolik hastalıklar	2	10,0
Genitoüriner sistem hastalıkları	2	10,0
Enfeksiyon hastalıkları	1	5,0
Kalp ve damar sistemi hastalıkları	1	5,0
Endokrin hastalıkları	1	5,0
Deri hastalıkları	1	5,0
Alerjik hastalıklar	-	-
Göz hastalıkları	-	-
Sinir sistemi hastalıkları	-	-
Diğer	-	-
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)
Doğum haftası (hafta)	38,34 ±2,49	39 (1-41)
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)	3227 ±467	3205 (2000-5124)

Doğum sonrası dönemde annelerin %73,2'si demir takviyesi kullandığını, %6,1'i eşleri tarafından desteklenmediğini belirtti (Tablo 12).

Tablo 12. Annelere ait doğum sonrası özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum sonrası demir takviyesi		
Hayır	84	26,8
Evet	230	73,2
Doğum sonrası eş desteği (çoklu seçmeli)		
Duygusal destek	262	83,4
Çocuk bakımı destek	246	78,3
Birlikte vakit geçirerek destek	74	23,6
Ev işi destek	21	6,7
Destek olmadı	19	6,0

Annelerin gebelik sürecindeki hemoglobin değeri ortalamaları incelendiğinde birinci trimesterde $12,45 \pm 1,02$ gr/dL, ikinci trimesterde $11,57 \pm 1,09$ gr/dL ve üçüncü trimesterde $11,77 \pm 1,12$ gr/dL olarak saptandı (Tablo 13).

Tablo 13. Annelerin doğum sürecinde hemoglobin değerleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
1.trimester		
Normal	296	94,3
Hafif anemi	17	5,4
Orta anemi	1	0,3
Şiddetli anemi	-	-
2.trimester		
Normal	226	72,0
Hafif anemi	74	23,6
Orta anemi	14	4,4
Şiddetli anemi	-	-
3.trimester		
Normal	244	77,7
Hafif anemi	58	18,5
Orta anemi	12	3,8
Şiddetli anemi	-	-
	Ortalama $\pm$SD	Ortanca (min-max)
1.trimester	$12,45 \pm 1,02$	12,4 (9-15,5)
2.trimester	$11,57 \pm 1,09$	11,5 (7,6-14,9)
3.trimester	$11,77 \pm 1,12$	11,8 (8,4-14,7)

* >11 normal, $10-10,9$ hafif anemi, $7-9,9$ orta anemi, <7 şiddetli anemi

Ölçekler bazında verilen yanıtların dağılımı 14 ve 15 no'lu tablolarda sunuldu.

Tablo 14. Maternal Bağlanma Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

	Her zaman n (%)	Sık n (%)	Bazen n (%)	Hiçbir zaman n (%)
Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	203 (64,6)	109 (34,7)	2 (0,6)	0 (0)
Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	250 (79,6)	64 (20,4)	-	-
Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	143 (45,5)	159 (50,6)	12 (3,8)	-
Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	120 (38,2)	171 (54,5)	23 (7,3)	-
Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	143 (45,5)	162 (51,6)	9 (2,9)	-
Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	241 (76,8)	73 (23,2)	-	-
Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	237 (75,5)	73 (23,2)	2 (0,6)	2 (0,6)
Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	229 (72,9)	83 (26,4)	2 (0,6)	-
Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	130 (41,4)	168 (53,5)	16 (5,1)	-
Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	117 (37,3)	159 (50,6)	38 (12,1)	-
Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	79 (25,2)	188 (59,9)	47 (15)	-
Bebeğimi uyurken seyrediyorum	70 (22,3)	149 (47,5)	95 (30,3)	-
Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	195 (62,1)	108 (34,4)	11 (3,5)	-
Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	53 (16,9)	99 (31,5)	162 (51,6)	-
Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	156 (49,7)	154 (49)	4 (1,3)	-
Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	162 (51,6)	144 (45,9)	8 (2,5)	-
Bebeğimle gurur duyuyorum	171 (54,5)	136 (43,3)	7 (2,2)	-
Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	166 (52,9)	145 (46,2)	3 (1)	-
Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	75 (23,9)	194 (61,8)	45 (14,3)	-
Bebeğimin karakterini biliyorum	72 (22,9)	166 (52,9)	76 (24,2)	-
Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	231 (73,6)	81 (25,8)	2 (0,6)	-
Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	243 (77,4)	64 (20,4)	7 (2,2)	-
Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	53 (16,9)	158 (50,3)	103 (32,8)	-
Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	233 (74,2)	80 (25,5)	1 (0,3)	-
Bebeğim ağladığına onu rahatlatıyorum	251 (79,9)	63 (20,1)	-	-
Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	261 (83,1)	53 (16,9)	-	-

Tablo 15. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

Son 7 gündür...	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)
Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum	237 (75,5)	72 (22,9)	5 (1,6)	-
Geleceğe hevesle bakıyorum	271 (86,3)	38 (12,1)	5 (1,6)	-
Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum	5 (1,6)	76 (24,2)	38 (12,1)	195 (62,1)
Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum	140 (44,6)	60 (19,1)	109 (34,7)	5 (1,6)
İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum	6 (1,9)	81 (25,8)	38 (12,1)	189 (60,2)
Her şey giderek sırtıma yükleniyor	2 (0,6)	80 (25,5)	28 (8,9)	204 (65)
Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum	1 (0,3)	11 (3,5)	38 (12,1)	264 (84,1)
Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum	3 (1)	48 (15,3)	195 (62,1)	68 (21,7)
Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum	3 (1)	10 (3,2)	78 (24,8)	223 (71)
Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu	-	1 (0,3)	9 (2,9)	304 (96,8)

EDDÖ ölçeğine göre annelerin %5,7'sinin (n=18) depresyon riskinin olduğu belirlendi. Ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları ile EDDÖ ölçeğine göre riskli olan annelerin oranı Tablo 16'da gösterildi.

Tablo 16. MBÖ ve EDDÖ ölçek puanlarının dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
EDDÖ Depresyon riski yok Depresyon riski var*	296 18	94,3 5,7
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)
MBÖ toplam puan	89,46 ±10,09	91 (60-104)
EDDÖ toplam puan	4,84 ±4,21	4 (0-26)

*13 puan ve üstü alan

Annelerin sosyodemografik özellikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlarda MBÖ toplam puanı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Meslek ile MBÖ toplam puanı karşılaştırıldığında ev hanımlarında MBÖ toplam puanı daha düşük bulundu ($p<0,001$). Geliri asgari ücret ve altı olanlarda MBÖ toplam puanı anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$). Aile tipi çekirdek aile olanlarda MBÖ toplam puanı anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,029$), (Tablo 17).

Tablo 17. Annelerin sosyodemografik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	MBÖ		EDDÖ	
	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)
Yaş				
18-24	88 $\pm$ 9,3	0,240	4,1 $\pm$ 2,9	0,007
25-29	91 $\pm$ 9		4,1 $\pm$ 4	
30-34	88,5 $\pm$ 11,5		5,7 $\pm$ 4	
35-39	87,8 $\pm$ 11,5		6,7 $\pm$ 6	
40-45	91,3 $\pm$ 12		7,5 $\pm$ 5,4**	
Eğitim				
Ortaokul ve altı	85,5 $\pm$ 10,4	<0,001	6,3 $\pm$ 5,2	0,042
Lise	88,2 $\pm$ 9,6		4,6 $\pm$ 3,6	
Üniversite ve üstü	92 $\pm$ 9,6**		4,4 $\pm$ 4,1	
Meslek				
Ev hanımı	87,6 $\pm$ 9,9**	<0,001	4,5 $\pm$ 3,9	0,334
Sağlık sektörü çalışanı	96,3 $\pm$ 7,9		6,3 $\pm$ 5,7	
Kamu personeli	91,3 $\pm$ 10,2		4,5 $\pm$ 3,9	
Özel sektör çalışanı	94 $\pm$ 8,8		5,8 $\pm$ 4,5	
Gelir				
Asgari ücret ve altı	85,8 $\pm$ 10,5	<0,001	4,7 $\pm$ 4,2	0,600
Orta ve üst gelir düzeyi	91,4 $\pm$ 9,3		4,9 $\pm$ 4,2	
Aile tipi				
Çekirdek aile	90,1 $\pm$ 9,7	0,029	4,8 $\pm$ 4,2	0,543
Geniş aile	84,5 $\pm$ 11,7		5,2 $\pm$ 4,2	
Evlenme yaşı				
18-24	88,7 $\pm$ 10,1	0,106	4,8 $\pm$ 4,2	0,395
25-29	91,7 $\pm$ 10		4,8 $\pm$ 4,1	
30-34	89,5 $\pm$ 9,3		3,3 $\pm$ 3,3	
35-39	91,7 $\pm$ 10,5		7,1 $\pm$ 5,3	
İkamet yeri				
Şehir merkezi	89,8 $\pm$ 10,4	0,233	4,8 $\pm$ 4,3	0,517
İlçe	89 $\pm$ 7,8		4,8 $\pm$ 3,8	
Köy	85,4 $\pm$ 12,1		5,7 $\pm$ 3,8	
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık				
Yok	89,5 $\pm$ 10,4	0,560	4,8 $\pm$ 4,2	0,659
Var	89,4 $\pm$ 7,6		5,2 $\pm$ 4,6	

*Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi, **Farkın kaynaklandığı grup

Annelerin yaş grupları ile EDDÖ toplam puanı karşılaştırıldığında; 40-45 yaş grubunda EDDÖ puanı en yüksekti ($p=0,007$). Eğitim durumu ile EDDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı. Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip annelerde EDDÖ daha yüksekti ($p=0,042$). Diğer sosyodemografik değişkenler ile EDDÖ toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 17).

Babaların sosyodemografik özellikleri ile ölçek toplam puanları karşılaştırıldığında; 25-29 ve 40-45 yaş arasındaki babaların MBÖ toplam puanı 35-39 yaş grubundan anlamlı olarak daha yüksekti. Üniversite ve üstü eğitim durumuna sahip olanlarda MBÖ toplam puanı daha fazla idi ($p<0,001$). Babaların meslekleri ile MBÖ toplam puanları karşılaştırıldığında; serbest meslek çalışanlarında MBÖ toplam puanı daha düşüktü ($p=0,025$). Eş ile akrabalık durumu olanlarda olmayanlara göre MBÖ toplam puanı daha düşüktü ($p=0,019$) ve EDDÖ toplam puanı daha yüksekti ($p=0,019$). Diğer parametreler ile EDDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Babaların sosyodemografik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	MBÖ		EDDÖ	
	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)
Eş yaş				
18-24	92,2 $\pm$ 9,6	0,011	4,7 $\pm$ 3,6	0,096
25-29	90,7 $\pm$ 9,1**		3,9 $\pm$ 3,3	
30-34	89,2 $\pm$ 10,2		4,8 $\pm$ 4	
35-39	85,4 $\pm$ 10**		6,5 $\pm$ 5,6	
40-45	91,5 $\pm$ 10,8**		4,8 $\pm$ 4,2	
Eş eğitim				
Ortaokul ve altı	85,5 $\pm$ 11,3	<0,001	6,2 $\pm$ 5,3	0,262
Lise	88,4 $\pm$ 10		4,3 $\pm$ 3,4	
Üniversite ve üstü	92,4 $\pm$ 8,7**		4,7 $\pm$ 4,2	
Eş meslek				
Kamu personeli	91,6 $\pm$ 9,4	0,025	4,4 $\pm$ 4,4	0,136
Özel sektör çalışanı	89,9 $\pm$ 9		4,4 $\pm$ 3,3	
Serbest meslek	87,7 $\pm$ 10,8		5,4 $\pm$ 4,5	
Eş ile akrabalık				
Yok	90 $\pm$ 10	0,019	4,6 $\pm$ 4,1	0,007
Var	85,1 $\pm$ 9,7		6,5 $\pm$ 4,5	

*Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi, **Farkın kaynaklandığı grup

Annelerin gebeliklerine ilişkin bilgiler ile ölçek toplam puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ilk gebeliği olanlarda ($p=0,001$), en son gebeliği planlı gerçekleşenlerde ($p=0,012$), gebelik esnasında doğum öncesi eğitim alanlarda ($p<0,001$) ve son gebeliğindeki takiplerini düzenli yaptıranlarda ($p<0,001$) MBÖ puanı anlamlı olarak daha yüksekti. Gebelik süresince eş desteği olmayanlarda ($p<0,001$), vitamin ($p=0,004$) ve demir desteği almayanlarda ($p<0,001$) MBÖ toplam puanları anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 19).

Tablo 19. Annelerin gebeliklerine ilişkin bilgiler ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	MBÖ		EDDÖ	
	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)
Daha önce gebelik deneyimi				
Hayır	91,5 $\pm$ 10	0,001	4,6 $\pm$ 4,2	0,313
Evet	88,1 $\pm$ 9,9		5 $\pm$ 4,2	
Küretaj öyküsü (n=187)				
Hayır	88,4 $\pm$ 9,6	0,259	4,9 $\pm$ 4,2	0,188
Evet	84 $\pm$ 13,9		6,2 $\pm$ 4,1	
Gebelik kaybı (n=187)				
Hayır	88,4 $\pm$ 9,8	0,449	4,8 $\pm$ 3,6	0,642
Evet	87,4 $\pm$ 10,3		5,5 $\pm$ 5,8	
Sigara kullanım durumu				
Hiç kullanmamış	90,1 $\pm$ 9,9	0,227	4,6 $\pm$ 3,9	0,041
Bir ara kullanıp bırakmış	87,5 $\pm$ 11,3		7,1 $\pm$ 3,7	
Gebelik öncesi kullanıp, gebelikte kullanmamış	87,7 $\pm$ 9,2		4,9 $\pm$ 5,1	
Gebelik boyunca sigara içmeye devam etmiş	85,8 $\pm$ 12,4		7,1 $\pm$ 5,9	
En son gebelik planlı mı?				
Hayır	86,6 $\pm$ 11,1	0,012	5,5 $\pm$ 4,2	0,075
Evet	90,3 $\pm$ 9,7		4,7 $\pm$ 4,2	
Son gebeliğinde takipleri düzenli mi?				
Hayır	83,4 $\pm$ 9,4	0,001	4,6 $\pm$ 3,3	0,964
Evet	90,1 $\pm$ 10		4,9 $\pm$ 4,3	
Gebelik esnasında gebeliğe bağlı sorun yaşadı mı?				
Hayır	89,4 $\pm$ 10,1	0,809	4,6 $\pm$ 3,7	0,506
Evet	89,8 $\pm$ 10		5,8 $\pm$ 5,9	
Gebelik esnasında doğum öncesi eğitim aldı mı?				
Hayır	88,4 $\pm$ 9,9	< 0,001	4,8 $\pm$ 4	0,743
Evet	95,1 $\pm$ 9,1		5,1 $\pm$ 5,4	
Gebelik süresince eş desteği hissetti mi?				
Hayır	73,8 $\pm$ 9,8**	< 0,001	11,2 $\pm$ 6,3	< 0,001
Evet, ancak yetersiz	86,6 $\pm$ 9,8		6,7 $\pm$ 3,3	
Evet, yeterli	90,8 $\pm$ 9,4		4,2 $\pm$ 3,8**	
Gebelikte vitamin desteği kullandı mı?				
Hayır	81,1 $\pm$ 11,9**	0,004	7,7 $\pm$ 4**	0,002
Evet	90 $\pm$ 9,7		4,6 $\pm$ 4,2**	
Hatırlamıyor	93 $\pm$ 0		7 $\pm$ 0	
Gebelikte demir desteği kullandı mı?				
Hayır	83,2 $\pm$ 10,9	< 0,001	7,1 $\pm$ 5,1	< 0,001
Evet	90,4 $\pm$ 9,7		4,5 $\pm$ 4	
Gebelikte D vitamini desteği kullandı mı?				
Hayır	85 $\pm$ 11,8	0,068	6,9 $\pm$ 5,3**	0,012
Evet	90 $\pm$ 9,8		4,6 $\pm$ 4**	
Hatırlamıyor	91,5 $\pm$ 9,7		6,3 $\pm$ 2,8	

*Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi, **Farkın kaynaklandığı grup

Gebelikte kullanılan vitamin destekleri ile EDDÖ toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı idi. Gebelikte demir takviyesi almayanlarda ($p<0,001$), multivitamin ($p=0,002$) ve D vitamini desteği almayanlarda ($p=0,012$) EDDÖ toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Gebelik süresince eş desteği sorgulandığında ise yeterli düzeyde destek aldığını belirten annelerde EDDÖ toplam puanı anlamlı olarak düşüktü ($p<0,001$). Annelerin sigara kullanım durumu ile EDDÖ toplam puanı arasındaki ilişki anlamlı idi ($p=0,041$). Ancak yapılan ileri analizde gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 19).

Annelerin doğum şekli ve doğum esnasında sorun yaşama durumları ile ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 20).

Tablo 20. Annelerin doğum anına ilişkin verilerinin ölçek puanlarının karşılaştırılması

	MBÖ		EDDÖ	
	Ortalama ±SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)	Ortalama ±SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)
Doğum şekli NVD Sezaryen	88,6 ±10,4 90 ±9,9	0,333	4,9 ±4,4 4,8 ±4,1	0,920
Doğum esnasında sorun yaşama Hayır Evet	89,9 ±10 83,9 ±9,1	0,051	4,8 ±4,2 5,9 ±2,8	0,147

*Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi

Annelerin bebeklerine ait genel özellikleri ile ölçek puanları karşılaştırıldı. Bebeklerinin şu anki beslenme şekli ile MBÖ toplam puanı arasındaki ilişki anlamlıydı ($p=0,042$). İleri analizde gruplar arasında fark bulunmadı. Diğer değişkenlerle MBÖ toplam puanları arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu gözlemlendi ($p>0,05$), (Tablo 21).

Annelerin bebek cinsiyet beklentisi ile EDDÖ toplam puanları karşılaştırıldığında; kız bebek isteyen grupta EDDÖ toplam puanı, fark etmez cevabını veren gruptan anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,002$), (Tablo 21).

Doğum anında olumlu duygu hissedenlerde ($p=0,018$) ve bebeğinde sağlık problemi olmayanlarda ($p=0,004$) EDDÖ toplam puanı daha düşüktü. Bebeğindeki sağlık problemi nedenleri ile EDDÖ toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 21).

Tablo 21. Annelerin bebeklerine ait genel özelliklerinin ölçek puanları ile karşılaştırılması

	MBÖ		EDDÖ	
	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)
Bebek cinsiyet Kız Erkek	89,6 $\pm$ 10,1 89,4 $\pm$ 10,1	0,740	4,9 $\pm$ 3,8 4,8 $\pm$ 4,6	0,320
Cinsiyet beklentisi Kız Erkek Fark etmez	89,4 $\pm$ 10,2 88 $\pm$ 9,9 89,9 $\pm$ 10,1	0,421	5,8 $\pm$ 4,6** 5 $\pm$ 3,4 4,1 $\pm$ 4**	0,002
Bebek ile ten teması ne zaman Hemen doğum sonrası Doğum sonrası ilk yarım saat Yarım saatten daha uzun	89,6 $\pm$ 10,7 87,8 $\pm$ 9,6 89,6 $\pm$ 9,8	0,587	5,3 $\pm$ 4,5 5,1 $\pm$ 6,5 4,5 $\pm$ 3,6	0,354
Emzirmeye başlama süresi 0-15 dk 15-30 dk 30 dk ve üstü	89,7 $\pm$ 10,2 90,7 $\pm$ 10,9 89,1 $\pm$ 10	0,645	5 $\pm$ 4,5 5,3 $\pm$ 3,9 4,7 $\pm$ 4,1	0,627
Doğum anı hissedilen duygu Olumlu Olumsuz	89,9 $\pm$ 10 88,5 $\pm$ 10,2	0,257	4,5 $\pm$ 4,2 5,5 $\pm$ 4,1	0,018
Bebğin şu an beslenme şekli Sadece anne sütü Anne sütü ve mama Sadece mama	90,5 $\pm$ 8,9 86,9 $\pm$ 11,8 92,9 $\pm$ 10,4	0,042	4,6 $\pm$ 3,9 5,5 $\pm$ 4,7 3,9 $\pm$ 5,9	0,128
Bebekte sağlık problemi Hayır Evet	89,6 $\pm$ 9,9 87,8 $\pm$ 12,7	0,688	4,6 $\pm$ 4 8,1 $\pm$ 6	0,004
Bebekte sağlık problemi (n=20) Enfeksiyon hastalıkları Solunum sistemi hastalıkları Kalp ve damar sistemi hastalıkları Kan hastalıkları Endokrin hastalıkları Metabolik hastalıklar Genitoüriner sistem hastalıkları Ortopedik hastalıklar Deri hastalıkları	84,4 $\pm$ 0 77 $\pm$ 6,9 87 $\pm$ 0 72,5 $\pm$ 17,7 70 $\pm$ 0 87 $\pm$ 22,6 97 $\pm$ 0 96,7 $\pm$ 6,5 93 $\pm$ 0	0,190	6 $\pm$ 0 12 $\pm$ 1 7 $\pm$ 0 14 $\pm$ 1,4 4 $\pm$ 0 18 $\pm$ 11,3 1 $\pm$ 0 5,6 $\pm$ 3,1 5 $\pm$ 0	0,053

*Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi, **Farkın kaynaklandığı grup

Annelerin gebelik sürecinde bakılan Hb değerlerine göre anemi varlığı ile ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 22).

Tablo 22. Annelerin gebelik sürecinde anemi varlığı ile ölçekler arasındaki ilişki

	MBÖ		EDDÖ	
	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)	Ortalama $\pm$ SD	İstatistiksel Analiz* (p değeri)
1.trimester Normal Hafif anemi Orta anemi	89,5 $\pm$ 10,1 88,3 $\pm$ 10,1 94 $\pm$ 0	0,770	4,8 $\pm$ 4,2 5 $\pm$ 4 5 $\pm$ 0	0,915
2.trimester Normal Hafif anemi Orta anemi	90,1 $\pm$ 9,8 88,5 $\pm$ 9,6 84,1 $\pm$ 15,4	0,208	4,7 $\pm$ 4,2 5,1 $\pm$ 4 6,6 $\pm$ 4,9	0,193
3.trimester Normal Hafif anemi Orta anemi	89,7 $\pm$ 9,9 88,4 $\pm$ 10,6 90 $\pm$ 12	0,699	4,6 $\pm$ 4 5,3 $\pm$ 4,6 6,8 $\pm$ 5,2	0,194

*Kruskal Wallis testi **>11 normal, 10-10,9 hafif anemi, 7-9,9 orta anemi, <7 şiddetli anemi

Annelerin sosyodemografik özellikleri ile EDDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş arttıkça depresyon gelişme riskinin de arttığı gözlemlendi ($p<0,001$). Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda depresyon gelişme riski daha yüksekti ($p=0,003$). Sağlık sektörü çalışanları ve özel sektör çalışanlarında depresyon gelişme riski daha yüksek oranda idi ($p=0,046$). (Tablo 23).

Tablo 23. Annelerin sosyodemografik özellikleri ile EDDÖ karşılaştırması

	EDDÖ puanına göre		İstatistiksel Analiz (p değeri) *
	Depresyon riski yok n (%)	Depresyon riski var n (%)	
Yaş 18-24 25-29 30-34 35-39 40-45	63 (100) 131 (97,8) 70 (92,1) 28 (80) 4 (66,7)	- 3 (2,2) 6 (7,9) 7 (20) 2 (33,3)	<0,001
Eğitim Ortaokul ve altı Lise Üniversite ve üstü	54 (85,7) 100 (98) 142 (95,3)	9 (14,3) 2 (2) 7 (4,7)	0,003
Meslek Ev hanımı Sağlık sektörü çalışanı Kamu personeli Özel sektör çalışanı	217 (96) 34 (87,2) 27 (96,4) 18 (85,7)	9 (4) 5 (12,8) 1 (3,6) 3 (14,3)	0,046
Gelir Asgari ücret ve altı Orta ve üst gelir düzeyi	103 (94,5) 193 (94,1)	6 (5,5) 12 (5,9)	1,000
Aile tipi Çekirdek aile Geniş aile	264 (94,6) 32 (91,4)	15 (5,4) 3 (8,6)	0,436
Evlenme yaşı 18-24 25-29 30-34 35-39 40-45	212 (94,6) 69 (94,5) 10 (100) 5 (71,4) -	12 (5,4) 4 (5,5) - 2 (28,6) -	0,059
İkamet yeri Şehir merkezi İlçe Köy	229 (93,9) 54 (96,4) 13 (92,9)	15 (6,1) 2 (3,6) 1 (7,1)	0,736
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık Yok Var	261 (94,2) 35 (94,6)	16 (5,8) 2 (5,4)	1,000

*Kikare testi

Babalara ait özellikler değerlendirildiğinde; babaların eğitim durumlarının annelerde depresyon gelişme riskini etkilediği belirlendi. Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip eşleri olan annelerin depresyon gelişme riski daha yüksek bulundu ($p=0,001$). Diğer parametreler ile depresyon gelişme riski arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$), (Tablo 24).

Tablo 24. Babaların sosyodemografik özellikleri ile EDDÖ karşılaştırması

	EDDÖ puanına göre		İstatistiksel Analiz (p değeri) *
	Depresyon riski yok n (%)	Depresyon riski var n (%)	
Eş yaş			
18-24	13 (100)	-	0,137
25-29	86 (97,7)	2 (2,3)	
30-34	111 (94,9)	6 (5,1)	
35-39	46 (88,5)	6 (11,5)	
40-45	40 (90,9)	4 (9,1)	
Eş eğitim			
Ortaokul ve altı	50 (84,7)	9 (15,3)	0,001
Lise	127 (99,2)	1 (0,8)	
Üniversite ve üstü	118 (93,7)	8 (6,3)	
Eş meslek			
İşsiz	-	-	0,142
Kamu personeli	89 (92,7)	7 (7,3)	
Özel sektör çalışanı	78 (98,7)	1 (1,3)	
Serbest meslek	129 (92,8)	10 (7,2)	
Eş ile akrabalık			
Yok	264 (95)	14 (5)	0,137
Var	32 (88,9)	4 (11,1)	

*Kikare testi

Annelerin gebeliklerine ilişkin bilgiler ile EDDÖ değerlendirildiğinde; gebelik esnasında doğum öncesi eğitim alanlarda depresyonda gelişme riski daha yüksekti ($p=0,049$). Gebelik sürecinde eş desteği almayanlarda ($p<0,001$) ve demir desteği kullanmayanlarda ($p=0,019$) depresyon gelişme riski daha yüksek saptandı. Gebelik ve doğum şekli ile ilişkili değişkenlerle EDDÖ arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 25).

Tablo 25. Gebelik ve doğum şekli ile ilişkili değişkenlerde depresyon riski

	EDDÖ puanına göre		İstatistiksel Analiz (p değeri)
	Depresyon riski yok n (%)	Depresyon riski var n (%)	
Daha önce gebelik deneyimi			
Hayır	120 (94,5)	7 (5,5)	1,000
Evet	176 (94,1)	11 (5,9)	
Küretaj öyküsü (n=187)			
Hayır	165 (94,8)	9 (5,2)	0,172
Evet	11 (84,6)	2 (15,4)	
Gebelik kaybı (n=187)			
Hayır	129 (95,6)	6 (4,4)	0,189
Evet	47 (90,4)	5 (9,6)	
Sigara kullanım durumu			
Hiç kullanmamış	238 (95,2)	12 (4,8)	0,720
Bir ara kullanıp bırakmış	7 (87,5)	1 (12,5)	
Gebelik öncesi kullanıp, gebelikte kullanmamış	33 (94,3)	2 (5,7)	
Gebelik boyunca sigara içmeye devam etmiş	18 (85,7)	3 (14,3)	
En son gebelik planlı mı			
Hayır	65 (92,9)	5 (7,1)	0,564
Evet	231 (94,7)	13 (5,3)	
Son gebeliğinde takipleri düzenli mi			
Hayır	29 (100)	-	0,391
Evet	267 (93,7)	18 (6,3)	
Gebelik esnasında gebeliğe bağlı sorun yaşadı mı			
Hayır	247 (95,4)	12 (4,6)	0,102
Evet	49 (89,1)	6 (10,9)	
Gebelik esnasında doğum öncesi eğitim aldı mı			
Hayır	252 (95,5)	12 (4,4)	0,049
Evet	44 (88)	6 (12)	
Gebelik süresince eş desteği			
Hayır	8 (57,1)	6 (42,9)	<0,001
Evet, ancak yetersiz	38 (95)	2 (5)	
Evet, yeterli	250 (96,2)	10 (3,8)	
Gebelikte vitamin desteği			
Hayır	17 (85)	3 (15)	0,179
Evet	278 (94,9)	15 (5,1)	
Hatırlamıyor	1 (100)	0 (0)	
Gebelikte demir desteği			
Hayır	35 (85,4)	6 (14,6)	0,019
Evet	261 (95,6)	12 (4,4)	
Gebelikte d vit desteği			
Hayır	29 (85,3)	5 (14,7)	0,054
Evet	263 (95,3)	13 (4,7)	
Hatırlamıyor	4 (100)	-	
Doğum şekli			
NVD	104 (92,9)	8 (7,1)	0,453
Sezaryen	192 (95)	10 (5)	
Sezaryen nedeni (n=202)			
Geç/Mük C/S	88 (96,7)	3 (3,3)	0,330
CPD	19 (95)	1 (5)	
Duruş poz	16 (100)	-	
AFD/Fetal Taşikardi	12 (100)	-	
İlerlemeyen eylem	8 (100)	-	
Preeklampsi	11 (84,6)	2 (15,4)	
Makrozomi	12 (92,3)	1 (7,7)	
Maternal hastalık	10 (83,3)	2 (16,7)	
Mekonyumlu mayi	16 (94,1)	1 (5,9)	
Diğer	-	-	
Doğum esnasında sorun yaşama			
Hayır	286 (94,1)	18 (5,9)	1,000
Evet	10 (100)	-	

Annelerin bebeklerine ilişkin bilgiler ile EDDÖ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; erkek bebeğe sahip olan annelerde daha yüksek oranlarda depresyon gelişme riski mevcuttu ($p=0,046$). Bebek ile ten teması zamanı ile depresyon olma durumu arasındaki ilişki anlamlı idi ($p=0,048$). Ancak yapılan ileri analizlerde gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildi. Bebekte sağlık problemi olanlarda depresyon olma durumu daha yüksek oranda idi ($p=0,021$). Bebeğe ait diğer değişkenler ile EDDÖ arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Bebeklerine ait genel özellikler ile EDDÖ karşılaştırması

	EDDÖ puanına göre		İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Depresyon riski yok n (%)	Depresyon riski var n (%)	
Bebek cinsiyet			
Kız	146 (97,3)	4 (2,7)	0,046
Erkek	150 (91,5)	14 (8,5)	
Cinsiyet beklentisi			
Kız	103 (91,2)	10 (8,8)	0,168
Erkek	46 (97,9)	1 (2,1)	
Fark etmez	147 (95,5)	7 (4,5)	
Bebek ile ten teması ne zaman			
Hemen doğum sonrası	107 (91,5)	10 (8,5)	0,048
Doğum sonrası ilk yarım saat	22 (88)	3 (12)	
Yarım saatten daha uzun	167 (97,1)	5 (2,9)	
Emzirmeye başlama süresi			
0-15 dk	90 (90,9)	9 (9,1)	0,221
15-30 dk	24 (96)	1 (4)	
30 dk ve üstü	182 (95,8)	8 (4,2)	
Doğum anı hissedilen duygu			
Olumlu	196 (94,2)	12 (5,8)	1,000
Olumsuz	100 (94,3)	6 (5,7)	
Bebegin şu an beslenme şekli			
Sadece anne sütü	198 (95,2)	10 (4,8)	0,505
Anne sütü ve mama	91 (92,9)	7 (7,1)	
Sadece mama	7 (87,5)	1 (12,5)	
Bebekte sağlık problemi			
Hayır	280 (95,2)	14 (4,8)	0,021
Evet	16 (80)	4 (20)	
Bebekte sağlık problemi (n=20)			
Enfeksiyon hastalıkları	1 (100)	-	0,122
Solunum sistemi hastalıkları	2 (66,7)	1 (33,3)	
Kalp ve damar sistemi hastalıkları	1 (100)	-	
Sinir sistemi hastalıkları	-	-	
Kan hastalıkları	-	2 (100)	
Endokrin hastalıkları	1 (100)	-	
Metabolik hastalıklar	1 (50)	1 (50)	
Genitoüriner sistem hastalıkları	2 (100)	-	
Deri hastalıkları	1 (100)	-	
Ortopedik hastalıklar	7 (100)	-	
Alerjik hastalıklar	-	-	
Göz hastalıkları	-	-	
Diğer	-	-	

*Kikare testi

Annelerin gebelik sürecinde bakılan Hb değerleri ile EDDÖ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ikinci trimester hemoglobin değerleri ile depresyon gelişme riski arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p=0,001$). Anemi varlığında ve şiddeti arttıkça annelerde depresyon riski daha yüksek oranlarda gözlemlendi (Tablo 27).

Tablo 27. Annelerin doğum sürecinde hemoglobin değerleri ile EDDÖ arasındaki ilişki

	EDDÖ puanına göre		İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Depresyon riski yok n (%)	Depresyon riski var n (%)	
1.trimester			
Normal	279 (94,3)	17 (5,7)	0,970
Hafif anemi	16 (94,1)	1 (5,9)	
Orta anemi	1 (100)	-	
Şiddetli anemi	-	-	
2.trimester			
Normal	217 (96)	9 (4)	0,001
Hafif anemi	69 (93,2)	5 (6,8)	
Orta anemi	10 (71,4)	4 (28,6)	
Şiddetli anemi	-	-	
3.trimester			
Normal	233 (95,5)	11 (4,5)	0,121
Hafif anemi	53 (91,4)	5 (8,6)	
Orta anemi	10 (83,3)	2 (16,7)	
Şiddetli anemi	-	-	

*Kikare testi **>11 normal, 10-10,9 hafif anemi, 7-9,9 orta anemi, <7 şiddetli anemi

EDDÖ ile bazı sürekli değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; depresyon gelişme riski yüksek olan annelerde olmayanlara kıyasla kendisinin ($p<0,001$) ve eşinin yaş ortalamalarının daha yüksek ($p=0,008$) olduğu saptandı. Ayrıca gebelik sayısı ($p<0,001$), canlı doğum sayısı ($p=0,001$) ve bebeklerinin doğum ağırlığı daha fazla ($p=0,010$) idi. Birinci ($p=0,015$), ikinci ($p=0,013$) ve üçüncü trimester ($p=0,010$) Hb düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 28).

Tablo 28. EDDÖ ile bazı değişkenler arasındaki ilişki

	EDDÖ		İstatistiksel Analiz (p değeri) *
	Depresyon yok Ortalama $\pm$ SD	Depresyon var Ortalama $\pm$ SD	
Yaş	28,2 $\pm$ 4,8	33,3 $\pm$ 5	<0,001
Eş yaşı	32,1 $\pm$ 5,6	36,2 $\pm$ 6,1	0,008
Evlenme yaşı	23,1 $\pm$ 3,9	24,1 $\pm$ 6,1	0,859
Evlilik süresi	5,1 $\pm$ 4,5	8,6 $\pm$ 6,8	0,073
Gebelik sayısı	1,8 $\pm$ 1,1	3,5 $\pm$ 1,6	<0,001
Canlı doğum sayısı	1,5 $\pm$ 0,9	2,5 $\pm$ 1,1	0,001
İlk gebelik yaşı	23,2 $\pm$ 3,8	21,6 $\pm$ 2,9	0,184
Küretaj sayısı	1,1 $\pm$ 0,3	1 $\pm$ 0	0,670
Gebelik kaybı sayısı	1,3 $\pm$ 0,7	1,8 $\pm$ 0,8	0,105
Gebelikte günlük sigara sayısı	6,5 $\pm$ 5,4	8,7 $\pm$ 2,3	0,143
Doğum haftası (hafta)	38,3 $\pm$ 2,5	38,6 $\pm$ 1,1	0,644
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)	3213,2 $\pm$ 467	3470,8 $\pm$ 408,2	0,010
1.trimester Hb düzeyi	12,5 $\pm$ 1	12 $\pm$ 0,7	0,015
2.trimester Hb düzeyi	11,6 $\pm$ 1,1	10,9 $\pm$ 1,2	0,013
3.trimester Hb düzeyi	11,8 $\pm$ 1,1	11,1 $\pm$ 1,1	0,010

*Mann Whitney U testi, Hb: Hemoglobin

MBÖ toplam puanı ile EDDÖ toplam puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptandı ($p=0,023$). Ölçek puanları ile bazı değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi incelendiğinde; MBÖ toplam puanı ile evlenme yaşı arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($p<0,001$), evlilik süresi ile negatif yönde düşük düzeyde ($p=0,004$), ilk gebelik yaşı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,023$), doğum haftası ile pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,021$) ve bebeğin doğum ağırlığı ile pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon ($p=0,012$) saptandı (Tablo 29).

EDDÖ toplam puanı ile yaş arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,003$), eş yaşı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,033$), evlilik süresi ile pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,007$), gebelik sayısı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,028$) ve canlı doğum sayısı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,003$) anlamlı korelasyon olduğu tespit edildi (Tablo 29).

Tablo 29. MBÖ ve EDDÖ puanları ile bazı değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi

		MBÖ toplam puanı	EDDÖ toplam puanı
MBÖ toplam puan	r	-	-0,128
	p	-	0,023
EDDÖ toplam puan	r	-0,128	-
	p	0,023	-
Yaş	r	0,002	0,167
	p	0,977	0,003
Eş yaş	r	-0,070	0,121
	p	0,216	0,033
Evlenme yaşı	r	0,202	-0,018
	p	0,000	0,748
Evlilik süresi	r	-0,161	0,153
	p	0,004	0,007
Gebelik sayısı	r	-0,105	0,161
	p	0,153	0,028
Canlı doğum sayısı	r	-0,132	0,220
	p	0,073	0,003
İlk gebelik yaşı	r	0,167	-0,039
	p	0,023	0,600
Küretaj sayısı	r	0,232	0,157
	p	0,445	0,609
Gebelik kaybı sayısı	r	0,047	0,099
	p	0,742	0,485
Gebelikte günlük sigara sayısı	r	-0,407	0,133
	p	0,060	0,555
Doğum haftası (hafta)	r	0,130	-0,048
	p	0,021	0,397
Bebğin doğum ağırlığı (gr)	r	0,142	0,006
	p	0,012	0,909
1.trimester Hb düzeyi	r	0,059	-0,041
	p	0,300	0,469
2.trimester Hb düzeyi	r	0,066	-0,103
	p	0,244	0,067
3.trimester Hb düzeyi	r	0,077	-0,099
	p	0,174	0,079

*Spearman Korelasyon testi Hb: Hemoglobin

5.TARTIŞMA

Gebelikte bakılan hemoglobin konsantrasyonunun maternal bağlanma ile ilişkisi isimli çalışmamızda gebelikte birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde bakılan hemoglobin konsantrasyonlarının anne-bebek bağlanması üzerine etkisi araştırıldı.

Çağımızda yaygın olarak görülen gebelik anemisinin anne ve fetus üzerinde oldukça fazla etkisi olduğu gösterilmiştir. Annede artmış düşük riski, preterm doğum, preeklampsi ve sepsis ile; fetus üzerinde prematürite, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, fetus doğumuna bağlı perinatal mortalite riski ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (56,57). Gebelik anemisinin ülkemizdeki prevalansı %40,2 (3) olarak rapor edilmekte olup hem maternal hem fetal etkileri nedeniyle aneminin önlenmesine yönelik çalışmalar oldukça önem arz etmektedir.

Ülkemizin değişik bölgelerinde gebelerde anemi sıklığı araştırılmış; Küçükceran ve ark.'nın Ankara Akyurt bölgesindeki 200 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin trimesterlere göre anemi oranları sırasıyla birinci trimesterde % 5,7, ikinci trimesterde % 8,8 ve üçüncü trimesterde % 14,9 olarak bulunmuştur (117). Çıtıl ve ark.'nın Tokat'ta 311 gebe ile yürüttükleri çalışmada anemi oranları 1.trimesterde %22, 2. trimesterde %27,5, 3. trimesterde %22,4 olarak belirtilmiştir (118). Çalışmamızda annelerde anemi prevalansı birinci trimesterde %5,7, ikinci trimesterde %28,1 ve üçüncü trimesterde %22,3 oranında saptanmıştır. İkinci ve üçüncü trimesterde anemi prevalanslarının yüksekliği, gebeliğin ilerlemesiyle beraber artan fizyolojik ihtiyaçların yeterince karşılanamaması ile ilişkili olabilir. Gebelerin artan anemi oranları nedeniyle özellikle ikinci trimesterden itibaren daha yakından takip edilmeleri, gerekli takviyelerin hastalık gelişmeden tamamlanmasının faydalı olacağı kanaatindeyiz. Öte yandan annelerde bakılan tek bir rutin Hb değerine göre anemi kategorizasyonu yapılmış olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Bu durum bulgularımız değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır. Anemik olan anneler üzerinde yapılacak prospektif çalışmalarla elde edilen bulguların genellenebilirliği teyit edilmelidir.

Literatür taramasında gebelikte bakılan Hb konsantrasyonunun maternal bağlanma ile ilişkisini inceleyen başka bir çalışmaya rastlanılmaması nedeniyle bulgularımız kıyaslanamamıştır. Çalışmamızda da annelerin gebelik dönemlerinde bakılan Hb düzeyleri ile MBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu durumun her üç trimesterde ortalama Hb değerlerinin anemi sınırının üstünde olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışmamız bu bulgu ile literatüre katkı sağlamakta olup; geniş ölçekli çalışmalar ile verilerimizin genellenebilirliği değerlendirilmelidir.

Demir, nörotransmitter sentezinde rol alan birçok enzim için bir kofaktördür. Yeterli düzeyde demir, dopamin sentezi artışı ile kişilerin duygudurumlarının düzenlenmesine etki ederek pozitif duygulanımı desteklemektedir (119). Eksikliğinde gelişen anemi depresif duygudurumla ilişkilendirilmektedir. Japonya, İran ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmalarda aneminin doğum sonrası depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (120–122). Yapılan bir meta-analizde incelenen sekiz çalışmada gebelik esnasındaki aneminin PPD'yi önemli ölçüde arttırdığı belirlenmiştir (5). Çalışmamızda literatürle uyumlu olacak şekilde depresyon gelişme riski yüksek olan annelerde birinci ($p=0,015$), ikinci ($p=0,013$) ve üçüncü trimester ($p=0,010$) Hb düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca ikinci trimesterde anemi varlığında ve aneminin şiddeti arttıkça depresyon gelişme riski daha yüksek oranda bulunmuştur ($p=0,001$). Bu nedenle gebeler anemi açısından düzenli aralıklarla taranmalı, gerekli önlemler alınarak teşhis edilen aneminin tedavisi erken dönemlerde sağlanmalıdır. Bu bulgumuza dayanarak prekonsepsiyonel bakımın bir parçası olarak tüm kadınların anemi açısından taranmasının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Doğumdan sonraki süreç anne için zorlayıcı olup çeşitli ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu dönemde en sık görülen komplikasyonlardan biri olan (123) PPD'yi inceleyen, Keskin tarafından İstanbul'da 0-6 ay bebeği olan 382 anne üzerinden yürütülen çalışmada, PPD sıklığı %9,9 olarak bulunmuştur (124). Can ve ark.'nın Eskişehir'de 40 günlük bebeği olan 509 anne ile yaptıkları çalışmada PPD sıklığı %27,7 (125), Türkçapar ve ark.'nın Ankara'da 6-8 haftalık bebeği olan 540 annenin katıldığı çalışmada PPD risk sıklığı %15,4 bulunmuştur (126). Bizim çalışmamızda PPD sıklığı %5,7 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda Türkiye’de yapılan diğer araştırmalara göre PDD sıklığının nispeten daha düşük olmasının nedeninin çalışmaya katılan annelerin sayısı ile dışlama kriterlerinin farklılığından, popülasyonumuzun sosyokültürel değişikliğinden kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Maternal bağlanma bebeğin yeni hayatındaki güven duygusunun sağlanması, aynı zamanda annelerin annelik rolünün gelişmesi üzerinde de etkili olan önemli bir bağlanma türüdür (11). Doğum sonu dönemde yenidoğan bebek ve anne arasındaki bağın hızlı bir şekilde kurulması hem yaşamın ilerleyen yıllarında bebeğin sağlıklı bir bireye dönüşmesinde hem de annenin annelik rolünü benimsemesi noktasında oldukça önemlidir (12).

Çalışmamızda kullandığımız MBÖ toplam puan ortalaması $89,46 \pm 10,09$ puan ve ortancası 91 (min-max:60-104) puandı. Kavlak ve ark.’nın (114) 165 anne ile birinci ayda yaptıkları çalışmada MBÖ puan ortalaması 94,87, Arı’nın (127) postpartum dönemde 1-4 aylık bebeği olan annelerle yürüttüğü çalışmada 95,6, Oruç ve ark.’nın (128) postpartum 8-11. haftalardaki annelerle yaptığı çalışmasında 100,9 olarak hesaplanmıştır. Kore’de yürütülen bir başka çalışmada ise postpartum ilk 6 hafta içindeki annelerde maternal bağlanma puan ortalaması 94,26 olarak tespit edilmiştir (129). Ölçekten alınan min-max puanlar göz önünde bulundurulduğunda popülasyonumuzun MBÖ puan ortalaması nispeten iyi kabul edilebilir. Literatürle kıyasladığımızda ortalama puanı bir miktar yüksek olan çalışmaların daha büyük bebeği olan annelerle yapılmış olmasından ve bu sürenin bağlanma üzerine olumlu etkisinden kaynaklanmış olabilir.

Anne bebek arasında sağlıklı bir bağ oluşmasında annenin ruh sağlığının oldukça önemli olduğu düşünüldüğünden literatürde PPD ve maternal bağlanmayı içeren çalışmalara baktığımızda; Portekiz’de 91 kadın ile yapılan bir araştırmada katılımcılar doğumdan 3 ay önce ve 3 ay sonra değerlendirilmiş, PPD’nin anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği bulunmuştur (130). Örün ve ark.’nın yaptığı çalışmada PPD riski ile anne-bebek bağlanma bozukluğu arasında anlamlı pozitif bir ilişki gözlenmiştir (131). Özşahin ve ark.’nın 2020’de yaptıkları, PPD düzeyi ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada, depresyon düzeyi arttıkça maternal bağlanmanın azaldığı saptanmıştır (7). Dağlar ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmada

ise prenatal ve postnatal dönemdeki depresyonun, anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (132). Slomian ve ark.'nın 2019 yılında yaptıkları sistemik gözden geçirme çalışmasında 11 araştırma incelenmiş, PPD'nin anne bebek bağlanması üzerinde olumsuz etkisi olduğu raporlanmıştır (96). O'Higgins ve ark. yaptıkları çalışmayla postpartum 4. haftada EDDÖ'de >13 puan alan annelerin, bebeklerine zayıf bağlanma ihtimalinin beş kat daha fazla olduğunu göstermişlerdir (133). Çalışmamızda literatürle uyumlu olacak şekilde EDDÖ toplam puanı ile MBÖ toplam puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p=0,023$).

Maternal bağlanmada etkili faktörlerden biri olan anne yaşını inceleyen çalışmalara baktığımızda; Mutlu ve ark.(134), Keskin ve ark. (135) ile Çapuk' un (136) çalışmalarında anne yaşı ile maternal bağlanma düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. Çoban'ın yapmış olduğu çalışmada da, annelerin yaş gruplarına göre anne-bebek etkileşim toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (137). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak maternal yaş ile MBÖ toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak Çınaklı ve Arslantaş'ın adölesan olan ve olmayan annelerde yaptıkları çalışmada adölesan annelerde maternal bağlanma düzeyleri daha düşük bulunmuştur (138). Yapılan bu çalışmayı göz önünde bulundurduğumuzda; henüz kendi fiziksel ve ruhsal gelişimini tamamlamamış bireylerin annelik deneyimi yaşamalarının olumsuz sonuçlar doğurabileceği düşünüldüğünde adölesan gebeliklerin önüne geçilmesi için; okullarda çocuklara bedenini tanıma, ihmal/istismar ve gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili eğitimler verilmesi aynı zamanda ailelerin de erken yaşta evlilikler hakkında bilgilendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

PPD ile anne yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Göker ve ark.'nın Manisa'da 318 anne ile yaptıkları araştırmada, anne yaşı ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken (139), Ekuklu ve ark.'nın çalışmasında PPD görülen annelerin yaş ortalamasının, görülmeyen annelere oranla daha küçük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (88). Gereklioğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada adölesan annelerde yeni annelik rolüne uyumdaki zorlanmalar nedeniyle PPD riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (140). Dünder ve ark.'nın çalışmasında ise anne yaşı arttıkça PPD görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (141). Glavin ve

ark.'nın Norveç'te 2227 kadında yaptığı çalışmada yaş arttıkça PPD riskinin arttığı tespit edilmiştir (142). Aynı şekilde Nijeryalı annelerde yapılan başka bir çalışmada da ileri anne yaşının PPD gelişme olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (143). Bizim çalışmamızda annelerin yaş grupları ile EDDÖ toplam puanı karşılaştırıldığında; 40-45 yaş grubunda EDDÖ puanı en yüksek olarak bulunurken ($p=0,007$); anne yaşı arttıkça PPD görülme riskinin arttığı saptanmıştır. Anne yaşı ve PPD riski arasındaki ilişkinin yapılan çalışmalarda farklılık göstermesinin nedenleri arasında; PPD riskinin farklı ölçekler ile değerlendirilmesi, şehirler arası gelişmişlik düzeylerindeki farklılıklar ve PPD için diğer risk faktörlerinin de etkisi olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca yaş ilerledikçe annelerin fiziksel ve ruhsal yorgunlukla baş etme kapasitelerinin düşebileceği ve çocuk bakımı ile ilgili sorumlulukların annede daha fazla ruhsal yüke neden olabileceği akılda tutularak anneye stresi azaltmaya yönelik gerekli danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önem arz etmektedir.

Yüksek eğitim düzeyleri, bebek bakım becerileri konusunda annenin yeterliliğinin artmasına katkı sağlar. Böylece bebek bakımı konusunda annenin kendini güvende hissetmesini sağlayarak bebekleri ile daha olumlu etkileşimler kurmasında etkili olur (144). Yılmaz ve Beji tarafından yapılan çalışmada öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların maternal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (145). Cuijlits ve ark. (146) ile Durualp ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda (147) yüksek eğitim düzeyinin doğum sonrası bağlanmayı olumlu yönde etkileyen faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olacak şekilde eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan annelerde lise, ortaokul ve altı olanlara göre MBÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Eğitim düzeyleri ile PPD arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara baktığımızda; Wang ve ark.'nın çalışmasında düşük eğitim seviyesi ile PPD arasında ilişki saptanmıştır (148). Başka bir çalışmada 1033 anne çalışmaya dahil edilmiş, eğitim/öğrenim seviyesi daha yüksek olan annelerin PPD riskinin daha düşük olduğu saptanmış bu durum bilgiye erişimi daha yüksek olanların anneliğe uyumunun daha kolay sağlanmasıyla açıklanmıştır (149). Aderibigbe ve ark.'nın Nijeryalı kadınlarda yaptıkları çalışmada öğrenim durumu düştükçe annelerin EDDÖ puanlarının arttığı saptanmıştır (150). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olacak şekilde ortaokul ve altı

eğitim düzeyine sahip annelerde EDDÖ toplam puanları daha yüksek iken ($p=0,042$); PPD gelişme riski oranı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,003$).

Annenin çalışma durumunun maternal bağlanmaya etkisiyle ilgili farklı sonuçlar içeren çalışmaları incelediğimizde; Aydın'ın 2020 yılında yürüttüğü çalışmada; çalışmayan annelerin maternal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (151). Çınar ve ark. (152) yaptığı çalışma ile Kayacı' nın (153) çalışmalarında, annenin çalışma durumunun maternal bağlanmaya anlamlı düzeyde etki etmediği sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşın Figueiredo ve ark. ise çalışmayan annelerin bebeklerine karşı olumsuz duygular gösterebileceklerini saptamışlardır (130). Keskin ve Yağmur'un maternal bağlanmayı etkileyen faktörleri belirlemek için yaptıkları çalışmada ise kadının çalışmasının maternal bağlanmayı arttırdığı belirtilmiştir (135). Bizim çalışmamızda ise ev hanımlarında MBÖ toplam puanı daha düşük olarak saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışmayan bir kadının evdeki görevleri, sahip olduğu düzeni ve annelik gibi farklı roller arasında kalarak zaman zaman kendini çaresiz ve yalnız hissedebileceği düşünüldüğünde bu durumun anne bebek bağlanmasına etkisi olabileceği kanaatindeyiz.

Annenin çalışma durumu ile PPD gelişme riski arasındaki ilişki incelendiğinde literatürde farklı çalışmalar mevcuttur. Nur ve ark.'nın Sivas'ta 2004 yılında 750 kadın üzerinde yürüttüğü çalışmada annenin çalışmıyor olmasının PPD sıklığını arttırdığı bildirilmiştir (154) Atasoy ve ark. Zonguldak'ta 97 kadın üzerinde postpartum 1. ve 6. haftalarda yaptığı çalışmada ise annenin çalışmasının PPD sıklığını arttırdığı saptanmıştır (155). Benzer şekilde çalışmamızda da annelerin çalışıyor olması durumunda PPD gelişme riskinin yükseldiği gözlenmiştir. Ayrıca sağlık sektörü çalışanlarında anlamlı sonuç çıkmasa da EDDÖ toplam puanları yüksek bulunmuştur. Nitekim kesme puanına göre yapılan karşılaştırmada sağlık sektörü ve özel sektör çalışanlarında depresyon gelişme riski daha yüksek gözlenmiş olması bu kanaatimizi destekler niteliktedir. Sağlık sektöründe ve özel sektörde çalışmanın getirdiği zorluklar ve bu zorlukların kişide yarattığı stresin, PPD gelişimi üzerinde etkisi olduğuna inanmaktayız. Öte yandan çalışmamızda sağlıkçı annelerde yüksek EDDÖ puanlarının gözlenmesi, onların bilgili ve yetkin oldukları düşünülerek depresyon açısından taramalarının ihmal edilmemesi gerektiğini bir kez daha vurgulamaktadır. Toplum ve

ruh sağığı alanında çalışan akademisyenlerin bu konuya daha fazla eğilmelerinin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Etkili anne bebek ilişkisinde ailelerin temel gereksinimlerini karşılayacak düzeyde sosyal ve ekonomik kaynaklara sahip olması oldukça önemlidir (147). Çimen ve Varol'un çalışmasında geliri gidere dengeli olan ailelerin maternal bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunurken (156), Şahin ve Bingöl'ün 2021 yılında yaptıkları çalışmada; düşük gelir düzeyinin doğum sonu posttravmatik stres ve maternal bağlanma için risk olduğu belirtilmiştir (157). Çalışır (10) ve Uçar (158) ise iyi gelir düzeyine sahip annelerin annelik rol kazanımı puanlarının diğer gruptaki annelerden yüksek olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda literatürü destekleyecek şekilde geliri asgari ücret ve altı olanlarda, orta ve üst gelir grubuna kıyasla MBÖ toplam puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Örneklemimizin %34,7'sinin bu gelir düzeyine sahip olduğu göz önünde bulundurulduğunda; annelere destekleyici yaklaşımların anne-bebek bağlanmasını güçlendireceğı kanaatindeyiz.

Gelir düzeyinin PPD gelişme riskine etkisini inceleyen çalışmalara baktığımızda; Gülseren ve ark.'nın çalışmasında, gelir düzeyi düşük olan bireylerde EDDÖ puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (71). Kettunen ve Hintikka'nın Finlandiya'da PPD risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, düşük sosyoekonomik düzey ile PPD arasında anlamlı ilişki saptandığı belirtilmiştir (159). Akçalı ve ark. (160) ile Park ve ark. 'nın (161) yaptığı çalışmalarda da aylık hane geliri düşük olan annelerde PPD görülme riski yüksek saptanmıştır. İnandı ve ark.'nın (162) çalışmasında, ailenin düşük gelirli olması durumunda daha fazla PPD görüldüğü saptanmıştır. Bu sonuçlara bakıldığında sosyoekonomik düzeyi yetersiz olan ailelerde anneler, bebeklerinin geleceğı için endişe duyup, daha huzursuz ve mutsuz olabilirler. Bu türde stres ve kaygı PPD gelişimine yatkınlık yaratabilir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak gelir düzeyi ile EDDÖ toplam puanı ve PPD riski arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışmamızda çekirdek ailesiyle yaşayan annelerde geniş ailelere kıyasla MBÖ toplam puanı anlamlı şekilde daha yüksek gözlenmiştir ($p=0,029$). Engin ve Ayyıldız'ın çalışmasında çekirdek ailesiyle yaşayan annelerin anne-bebek bağlanma düzeylerinin, geniş aile olarak yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir

(163). Kırca ve Savaşer ise çalışmalarında, aile tipinin anne-bebek bağlanma düzeyini etkilemediğini bildirmiştir (164). Çekirdek ailelerde anneler bebeğinin bakımıyla ilgilenirken bebeği ile daha çok baş başa vakit geçirebilmektedirler. Ancak geniş ailelerde bebeğin bakımına aile büyüklerinin dahil olması, annenin bebeği ile daha az vakit geçirmesine, anne kimliğinin içselleştirilememesine ya da sahiplenilmemesine yol açarak anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkiliyor olabilir.

Literatürde aile tipinin PPD üzerine etkisini değerlendiren çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalarda aile tipi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (88,95,165–167). Gülnar ve ark.'nın Ankara'da kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran postpartum 1-24. haftalarında olan 141 kadın üzerinde yaptığı tanımlayıcı kesitsel çalışmada da çekirdek ailede yaşama ile PPD arasında bir ilişki saptanmamıştır (165). Ekuklu ve ark.'nın Edirne'deki (88), Danacı ve ark.'nın Manisa'daki çalışmasında (166), aile tipi ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kırkpınar ve ark. Erzurum'da postpartum 6. haftasında olan 479 kadında yaptığı prospektif çalışmada ise geniş aile ile yaşamının PPD riskini arttırdığı gösterilmiştir (168). Sonuçlarımız aile tipinin EDDÖ toplam puanı ve PPD riskini etkilemediği bulgularla uyumlu çıkmıştır ($p>0,05$). Ancak geniş ailelerde EDDÖ toplam puanının ve depresyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Farklılık anlamlı bulunmamış olsa da bu durumun aile dinamiklerini etkileyebilme ihtimali nedeniyle göz önünde bulundurulmasının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Evlenme yaşının maternal bağlanma üzerindeki etkileri birçok sosyolojik ve psikolojik faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Çalışmamızda MBÖ toplam puanı ile evlenme yaşı arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon ($p<0,001$) bulundu. Evlenme yaşı arttıkça maternal bağlanma artmaktaydı. Arga' nın 250 anne ile yaptığı çalışmasında da evlenme yaşı ile maternal bağlanma arasında pozitif yönde bir ilişki saptamıştır (169).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 verilerine göre ülkemizde kadınların ilk evlenme yaşı ortalama 25,7 olarak bildirilmiştir (170). Çalışmamızda da 23,13 ile benzer bulunmuştur. Çağımızın bir getirisi olarak yıllar içinde ileri yaş evliliklerin de sıklığı artmıştır. Her ne kadar çalışmamızda evlenme yaşı EDDÖ toplam puanı

üzerinde anlamlı farklılık yaratmamış olsa da 35-39 yaş aralığında evlenen annelerin %28,6'sında depresyon gelişimi açısından risk tespit edilmiştir. Bu oran diğer gruplardaki annelerden oldukça yüksek olup; bulgumuzun geniş ölçekli çok merkezli çalışmalarla teyit edilmesi uygun olacaktır.

Ülkemizde yapılan bir başka incelemede ise köy/kırsal bölgede ikamet eden annelerde PPD riski şehirde yaşayanlara nazaran anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (162). Ayvaz ve ark.'nın 316 hastadan oluşan incelemesinde, yerleşim yeri ile PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (171). Çalışmamızda ikamet yeri ile EDDÖ toplam puanı ve PPD gelişme riski açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmaya katılan annelerden ilçe ve köyde yaşayanların oranının düşük olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Maternal bağlanmayı etkileyen önemli etkenlerden biri de annenin eşiyle olan ilişkisi ve evliliğinden aldığı doyumdur. Anne ve babanın sevgi ve saygıya dayalı bir ilişki içinde olmaları, birbirlerine karşı sorumluluklarını yerine getirmeleri ve evlilikten doyum aldıkları bir evlilik süreci yaşamaları sağlıklı bir anne-bebek bağlılığının gelişmesine zemin hazırlamaktadır (147). Kavlak (114) , Akyüz (172) ile Mutlu ve ark.'nın (134) çalışmalarında evlilik süresi ve maternal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda ise literatürden farklı olarak evlilik süresi ile MBÖ toplam puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde korelasyon ($p=0,004$) saptanmıştır. Evlilik süreciyle ilişkili değişkenlerin aileler arasında farklılık göstermesi ve bu değişkenlerin maternal bağlanmaya etkisindeki farklılıklar çalışmamızdaki sonucun nedenleri olabilir.

Altınay ve ark. ile Ege ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda evlilik süresi ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (173,174). Akbaş ve ark.'nın çalışmasında 5 yıldan uzun evliliklerde PPD riskinin arttığı raporlanmıştır (175). Çalışmamızda EDDÖ toplam puanı ile evlilik süresi arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,007$) anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bebeğin sağlıklı bağlanma davranışı geliştirebilmesinde her iki ebeveyn de anahtar rol oynamaktadır. Bowlby, bebeklik döneminde kurulan bağlanma davranışının çocuğun gelecekteki ilişkilerinde önemli bir işlevi olduğunu ifade etmektedir (12). Bu nedenle babanın aile içindeki konumu ve rolü oldukça önemlidir.

Çalışmamızda eşleri 35-39 yaş grubunda olan annelerin MBÖ toplam puanları anlamlı olarak daha düşüktü. Bu yaştaki babaların çok aktif bir şekilde hayatın içinde olmaları ve sorumluluklarının fazlalığı, aile içi ilişkilerde destekleyici tutum sergileyememelerine neden oluyor olabilir. Nitekim eşleri serbest meslek sahibi olan annelerin MBÖ puanlarının istatistiksel olarak daha düşük olması bu kanaatimizi destekler niteliktedir. Ayrıca üniversite ve üstü eğitimi olan babaların eşlerinin MBÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Literatürde babaların sosyodemografik özellikleri ile maternal bağlanmayı karşılaştıran çalışmaya rastlanılmamış olmakla birlikte babanın eğitim durumu ve mesleği paternal bağlanma üzerinde etkilidir (176). Dündükcü ve Aslan'ın çalışmasında; babanın eğitim durumu, mesleği ve çalışma durumu ile paternal bağlanma arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (177). Sonuç itibarıyla maternal bağlanmada babanın sosyodemografik özelliklerinin de etkisi olabileceği göz ardı edilmemeli, bu konuyla ilgili daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Ülkemiz coğrafyasında daha sık rastladığımız akraba evliliği kavramı, toplum tarafından, bireylerin sosyo-kültürel ve ekonomik durumlarını devam ettirmek için uyguladıkları bir gelenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Batur'un 2021 yılındaki tez çalışmasında akrabalık durumu ile maternal bağlanma puanı karşılaştırıldığında eşiyle arasında akrabalık olmayan annelerin bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (178). Benzer şekilde çalışmamızda eşiyle arasında akrabalık durumu olanlarda olmayanlara kıyasla MBÖ toplam puanı daha düşük saptanmıştır ($p=0,019$). Literatürde akrabalık durumunun anne-bebek bağlanmasını etkilediğine dair başka bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu durumun eşiyle akraba olan annelerin genellikle daha geniş aileye sahip olmaları ve geniş ailede annenin üzerinde hissettiği baskıdan kaynaklanabileceğine inanıyoruz.

Ülkemizde eş ile akrabalık durumunun PPD üzerine etkisini araştıran çalışmalarda bölgesel olarak farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bingöl'de 2016 yılında postpartum 354 kadın üzerinde yürütülmüş ve akraba evliliğinin PPD için bir risk faktörü olmadığı saptanmıştır (179). Öztürk ve ark.'nın Konya'da yürüttükleri çalışmalarında ise eş ile akraba olmanın depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (180) Bizim çalışmamızda da akraba evliliği olanlarda olmayanlara göre EDDÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,007$). Bu durumun eşiyle akraba olan kadınların toplumsal baskının

etkisiyle aile ve akrabalarla ilgili hissettiği duygu ve düşüncelerini kolaylıkla ifade edememesinden, etkin baş etme yöntemlerini kullanamamalarından kaynaklanmış olabileceği kanaatindeyiz. Ayrıca TÜİK verilerine göre 2023 yılında ülkemizde akraba evliliği oranı %3,2 olarak bildirilmiştir (181). Çalışmamızda akraba evliliği oranı %11,4 olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Bu nedenle özellikle bölgemizde görev yapan aile hekimleri başta olmak üzere gebelere hizmet veren tüm hekimler gebelik düşünen ve gebe olarak başvuran her annede eş ile akrabalık durumunu araştırmalı, akrabalık saptanması durumunda hem PPD riski hem de anne-bebek bağlanma sorunları açısından dikkatli olmalıdır.

Anneliğe geçiş süreci, değişimi beraberinde getiren hayat evrelerinden birisidir. Kırca ve ark.'nın çalışmasında primipar annelerin maternal bağlanma puan ortalamasının, multiparlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum primipar annelerin ilk bebeklerinde daha istekli olmaları ve annelik rolünü daha çok arzulamalarına bağlanmış, maternal bağlanma puanlarının yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğu vurgulanmıştır (164). Çalışmamızda da daha önce gebelik deneyimi olmayanlarda multiparlara kıyasla MBÖ puanları daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Multipar annelerin MBÖ'den aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olması antenatal bakımda annenin kendisine yeterince vakit ayıramaması, yeni bebekle birlikte diğer çocukların sorumlulukları ve ihtiyaçları ile ilgilenirken zaman kısıtlılığı gibi nedenlere bağlanabilir.

Bingöl ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada çocuk sayısı ile PPD arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu çocuk sayısı arttıkça PPD'nin arttığı saptanmıştır (182). Dindar ve Erdoğan'ın çalışmasında çocuk sayısının fazla olması ile PPD riski arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (183). Aslan ve ark.'nın 2014 yılında Erzurum'da yaptıkları çalışmada da 3 ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda postpartum depresyon riski daha yüksek saptanmıştır (160). Bunun yanı sıra Tachibana ve ark.'nın Japonya'da yaptıkları kohort araştırmasında ise ilk doğumu olan kadınlarda PPD risk sıklığı diğerlerine göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (184). Çalışmamızda EDDÖ toplam puanı ve gebelik sayısı arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,028$) ve canlı doğum sayısı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($p=0,003$) anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yapılmış olan çalışmalardan çıkardığımız sonuca göre; çocuk sayısının artması anne üzerinde maddi ve duygusal stresin artmasına neden olabilmekte ve kendi

deneyimlerine dayanarak karşılaşılabileceği sorunları önceden tahmin etmesi nedeniyle daha yüksek psikolojik yük hissedebilmekte bu da PPD riskini arttırabilmektedir. Diğer taraftan ilk bebeği olan annelerin bebek bakımı ile ilgili yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmaması da PPD riskini arttırabilecek faktörler arasında yer alabilmektedir.

İrlanda, Norveç, İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık'ta yapılan kesitsel bir araştırmada hamilelik ve emzirme döneminde sigara alışkanlığı olan kadınlarda PPD belirtilerinin diğerlerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur (185). Örün ve ark.'nın doğum sonrası 2. ayda maternal psikopatolojileri araştırdıkları çalışmalarında sigara kullanan annelerde PPD riski sigara kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunurken (131), Lee ve ark. ile Filha ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda sigara içme öyküsü ile PPD sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (186,187). Farklı olarak Lin ve ark. yaptığı çalışmaya göre sigara kullanımı ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (188). Çalışmamızda annelerin sigara kullanım durumu ile EDDÖ toplam puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p=0,041$) Ancak yapılan ileri analizlerde gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmazken gebeliği boyunca sigara içmeye devam etmiş annelerde hiç sigara kullanmamış annelere göre EDDÖ toplam puanı daha yüksek seyretmiştir. Nikotin beyin nörotransmitterlerini etkileyerek ruh hali değişikliklerine sebep olabilmekte, stres ve anksiyeteyi arttırarak annenin ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (189). Sigara içen gebelerde PPD görülme riskinin yüksek olmasını bununla ilişkilendirebiliriz. Ayrıca sigaranın anne ve bebeğe olan diğer zararlarını düşündüğümüzde gebelere, sağlık personeli tarafından yargılayıcı ve suçlayıcı olmayan yaklaşımlarla sigara bırakma danışmanlık hizmeti verilmesi, gebeliğe özel eğitim materyalleri ile annenin en kısa sürede sigara bırakma programlarına dahil edilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Çalışmamıza katılan annelerin isteyerek ve planlı gebe kalma oranı %77,7 olarak saptanmıştır. 2018 yılı TNSA'ya göre, son 5 yılda anne olan kadınların % 14,8'i istemeden gebe kalmış, % 74,6'lık isteyerek ve planlayarak gebe kalmıştır ve bu veriler çalışmamız ile uyumludur (190). Backhausen ve ark.'nın çalışmasında da gebeliklerin %77'si planlı, %21'i ambivalan, %2'si plansız olarak belirtilmiştir (191). Doğumdan sonraki dönemde anne-bebek ilişkisinin gelişmesi ve duygusal farklılıklarla beraber, plansız gebeliklerin daha az olacak şekilde bildirilmesi ve prevalansın gerçeğe göre daha az bulunması ihtimali de akıllarda tutulmalıdır.

Öztürk ve ark.'nın çalışmasında planlı gebelik sonrası çocuk sahibi olan annelerin MBÖ skor ortalamaları, istenmeyen gebeliği olan annelerin ortalamalarından istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (192). Shreffler ve ark.'nın çalışmasında, gebelik planlama düzeyi düştükçe hem prenatal hem de postnatal maternal bağlanmanın azaldığı görülmüştür (193). Ayrıca yapılan çalışmalarda istenmeyen gebeliklerin, anne tarafından daha yüksek reddetme ve daha düşük seviyede bağlanma oluşturma riski taşıyabileceği bildirilmiştir (194). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde en son gebeliği planlı olan annelerde olmayanlara göre MBÖ puanı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,012$).

Annenin bebeğine karşı olan duyguları ve bebeğine bağlanması gebelik dönemi boyunca gelişmektedir. Gebeliğin anlaşıldığı andan itibaren kadın içgüdüsel olarak kendini anneliğe hazırlar. Gebelik esnasında düzenli kontrollere gelen annenin bebeğini görüp, kalp atışını duyması bağlanma sürecini olumlu yönde etkilemektedir (195). Çalışmamızda annelerin en son gebeliklerinde takiplerine düzenli olarak gelme oranı %90,8 olarak saptanmıştır. Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada düzenli kontrole gitme oranları %62,5 (196) iken Sözeri ve ark. 2006'da yaptığı çalışmada düzenli kontrole gitme oranı %76,8 olarak belirtilmiştir (197). Çalışmamızda literatürden farklı olarak düzenli takiplere gelme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum çalışmaya katılan annelerin bilinç düzeyinin yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca çalışmamızda son gebeliğindeki takipleri düzenli olan annelerde olmayanlara göre MBÖ puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Sonuç olarak annenin bebeğinin gelişimini düzenli aralıklarla takip etmesi gibi genel sağlık davranışlarına karşı tutumunun, anne-bebeğinin bağlanma sürecini etkileyebileceği kanaatindeyiz.

Gebe eğitimleri; gebelerin doğum hazırlığında, doğum süreciyle baş etmesinde, ağrı yönetimi ve doğum deneyiminin pozitif olarak hatırlanmasında yardımcıdır (198). Çalışmamızda annelerin %16'sı doğum öncesi eğitim aldığını bildirmiştir. Doğum öncesi eğitim alanların %68'i gebe okulunda, %52'si sağlık personelinden, %46'sı ise eğitim kitaplarından eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Taş ve ark.'nın çalışmasında kadınların %56,5'i gebelikle ilgili eğitim almış, bunların da %57,4'ü eğitimi doktordan aldığını belirtmiştir (196). Başka bir araştırmada gebelik döneminde kadınların %65,4'ünün bilgi edinme gereksinimi duyduğu, %81,2'sinin sağlık kuruluşu dışında

bir kaynaktan bilgi edindiği görülmüştür (199). Cwiek'in (200) doğum öncesi eğitim alan annelerde yaptığı çalışmada gebelik ile ilgili bilgi edinme kaynakları arasında en fazla tercih edilen yöntem sağlık personeli olarak gösterilmiştir. Çalışmamızda doğum öncesi eğitim alan annelerin oranının nispeten düşük olduğuna inanmakla birlikte ülkemiz için karşılaştırma yapabileceğimiz literatür bilgisine ulaşamamıştır. Bunun yanı sıra annelerin eğitim kaynaklarına baktığımızda 2. en sık oranda sağlık personeli tarafından bilgi alınması diğer çalışmalarla benzerlik göstermesine rağmen ilk sırada gebe okulunun yer almasının gebe okullarının yaygınlaştırılması açısından oldukça önemli olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca Öztürk ve Erci'nin çalışmasında doğum öncesi eğitim verilen gruptaki annelerin maternal bağlanma düzeylerinin önemli düzeyde arttığı bulunurken (201), çalışmamızda da gebelik esnasında doğum öncesi eğitim alan annelerde almayanlara kıyasla MBÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Doğumdan sonra annelerle yapılan görüşmeleri içeren çalışmalarda; anneler en fazla doğum sonrası dönemde bebeklerine bakım vermede ve onlara yetebilme konusunda sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (202). Bu da doğum öncesi eğitimin; annelere doğumdan sonra karşılaşılabilecekleri durumlara karşı ön bilgi vermede ve sahip oldukları endişe ile korkuların giderilmesinde ne kadar önemli olduğu düşüncemizi desteklemektedir.

Karabulut ve ark. yaptığı çalışmada doğum ve sonrasında yaşanacak fizyolojik ve patolojik durumların bilinmezliği nedeniyle kaygı seviyesi yüksek olan kadınlarda PPD'nin yüksek olduğu saptanmıştır (203). Şeker ve ark. yaptığı çalışmada doğuma hazırlık sınıfına katılanlarda bebeklerini olumlu algılamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (202). Çalışmamızda ise doğum öncesi eğitim alan annelerde depresyon gelişme riski almayanlara göre daha yüksek oranda bulunmuştur ($p=0,049$). Her ne kadar p değeri sınırda anlamlı çıkmış olsa da alınan eğitim annelerde yetememe, başaramama gibi korkuları tetiklemiş olabilir ya da depresyona meyilli olduğunu bilen annelerin eğitim aracılığıyla bu riski bertaraf etme niyeti ve yardım arayışından kaynaklanmış olabilir.

Eş desteği, gebelik döneminde kadının yaşam kalitesini etkileyebilen ve stres faktörü sayılabilen gebelik semptomlarıyla baş etmesinde oldukça önemlidir (204). Çalışmamızda gebelik süresince eş desteği olmayanlarda MBÖ toplam puanları anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Çankaya ve ark. (111) ile Alpar ve

Bilgin'in (205) yaptıkları çalışmalarda eş desteği alan ve eşi ile arasındaki ilişkiyi iyi olarak ifade eden annelerin bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Durualp ve ark.'nın çalışmasında da çocuğun sorumluluğunun paylaşıldığı, ev işlerinin birlikte yapıldığı evliliklerde hem maternal bağlanma hem de evlilik doyumu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (147). Literatürdeki araştırmaların ve çalışmamızın sonuçlara göre eşiyle ilişkisi iyi olan ve her konuda eş desteği alan annelerin kendilerini daha iyi, daha rahat ve daha güvende hissetmelerinin anne bebek bağlanmasını arttırmış olabileceğine inanıyoruz.

Kadının annelik rolüne uyum sağlama ve yaşayacağı zorluklarla başa çıkma yeteneğinde etkili en önemli faktörlerden biri olan eş desteği ile PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara baktığımızda; ülkemizde 2003 yılında 728 gönüllü kadın ile gerçekleştirilen çalışmada yetersiz eş desteğinin PPD riskini yaklaşık 2 kat artırdığı raporlanmıştır (206). Kara ve ark.'nın çalışmasında eş ile iletişim kötüleştikçe EDDÖ puanının doğru orantılı olarak yükseldiği ve anlamlı olduğu saptanmıştır (207). Gümüş ve ark. eş ile ilişkisi olumsuz olanların ve ailede yer alan diğer bireylerden de bu açıdan destek görmeyen kadınların depresyon semptom sıklığının daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (208). Çalışmamızda da gebelik sürecinde eş desteği almayan annelerde yeterli ya da yetersiz düzeyde alanlara kıyasla depresyonda olma oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu da bize eş desteğinin, annenin yaşadığı fiziksel ve ruhsal değişikliklerle baş etmesini kolaylaştırdığını, annenin stres düzeyini azaltarak genel ruh halini iyileştirdiğini düşündürmektedir.

Çakır ve ark.'nın İstanbul Adalar'da yaptığı bir çalışmada gebelerin %85,3'ünün demir ve %77,2'sinin D vitamini kullandığı bildirilmiştir (209). Başka bir araştırmada gebelerin %74,5'inin D vitamini, %67,2'sinin demir ve %58'inin multivitamin kullandığı belirtilmiştir (210). TNSA 2018 verilerine göre kadınların %81'i en son gebelikleri boyunca demir (hap veya şurup) takviyesi aldıklarını beyan etmiştir(190). Çalışmamızda annelerin %93,3'ünün multivitamin, %86,9'unun demir ve %87,9'unun D vitamini desteği aldıkları belirlenmiştir. Literatürde vitamin kullanım durumu üzerinden maternal bağlanmayı irdeleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak D vitamini ve demir eksikliğini PPD ile ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır (211–213). Bu nedenle her ne kadar multivitamin ($p=0,004$) ve demir ($p<0,001$) desteği kullanmayan annelerde MBÖ toplam puan daha düşük tespit edilmiş olsa da literatür

ile karşılaştırma yapılamamıştır. Buna rağmen çalışmamızda PPD'nin maternal bağlanma ile ilişkili olduğu gözlemlendiğinden, takviye kullanımının PPD üzerinden anne-bebek bağlanmasını etkileyebileceği düşünülmüştür. Annelerin başlangıçtaki D vitamini düzeyi bilinmediğinden bu konu netleştirilememiştir. Vitamin kullanım durumu üzerinden maternal bağlanmayı irdeleyen geniş kapsamlı çalışmalar yapılarak konunun aydınlatılması gerektiğine inanmaktayız.

Gebelikte vitamin kullanımı ile PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar vitaminlere spesifik olarak araştırılmış ve demir takviyesi DEA üzerinden sunulmuştur. Gür ve ark.'nın ülkemizde yürüttüğü çalışmada düşük D vitamini seviyeleri yüksek EDDÖ skoru ile ilişkilendirilmiştir (214). Avustralyalı 796 kadın üzerinde yapılan bir kohort çalışmasında; Serum D vitamini seviyesi en düşük çeyrekte olan kadınlarda doğum sonrası depresif semptomların anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (213). Benzer şekilde çalışmamızda da D vitamini desteği almayan ($p=0,012$) annelerin EDDÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Amerika'da gerçekleştirilen kapsamlı bir araştırmada DEA'nın PPD için önemli bir risk etmeni olduğu, PPD tanılı hastalarda demir replasmanı sonrası %25 iyileşme olduğu vurgulanmıştır (211). Çalışmamızda da gebelikte multivitamin ($p=0,002$) ve demir desteği almayan ($p<0,001$) annelerin EDDÖ toplam puanının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca ölçek puanı cut-off değerine göre kategorize edildiğinde gebelikte demir desteği almayan annelerde PPD gelişme riski daha yüksek oranda saptanmıştır ($p=0,019$). Bu nedenle kadınların gebelik öncesi dönem de dahil olmak üzere demir eksikliği anemisi açısından değerlendirilmesi, gebelikleri boyunca ve doğum sonu dönemde vitamin eksikliği açısından semptomlarının iyi irdelenmesi, riskli olanlarda gerekli taramaların yapılmasının PPD açısından oldukça önemli olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda annelerin ilk gebelik yaşı ortalaması $23,09 \pm 3,77$ olarak bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre ilk gebelik yaşı ortancası 23,3' tür (190). Çalışmamız 2018 TNSA verileri ile uyum göstermektedir. Eswi & Khalil'in yaptıkları çalışmada ileri yaş annelerin daha esnek kişiliğe sahip olduğu, ebeveynlik rolünden daha fazla doyum aldıkları, role katılımın daha fazla olduğu ve annelik davranışlarına daha kolay uyum sağladıkları belirtilmiştir (215). Bizim çalışmamızda da ilk gebelik yaşı ile MBÖ toplam puanı arasında pozitif

yönde düşük düzeyde korelasyon ($p=0,023$) bulunmuştur. Artan gebelik yaşı, annelik kimliğini kazanmayı kolaylaştırabilir. Bu durumun da anne bebek bağlanmasına olumlu katkı sağlayabileceği kanaatindeyiz.

Doğum şeklindeki farklılıklar ve sonrasında yaşadıkları anne bebek bağlanmasında etkili olabilmektedir. Doğum şekli ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara baktığımızda; Kavlak ve Şirin (114), Mutlu ve ark.(134), Selçuki ve ark. (216) çalışmalarında doğum şeklinin maternal bağlanmayı etkilemediğini belirtmişlerdir. Bazı çalışmalar ise normal vajinal yolla doğan bebeklere karşı daha yüksek maternal bağlanma geliştirildiğini, çünkü sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonrası yorgunluklarının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (217). Çalışmamızda annelerin doğum şekli ile MBÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Doğum şeklinin PPD ile ilişkisini inceleyen çalışmalara baktığımızda; Ekuklu ve Atasoy'un gerçekleştirdikleri araştırmalarda, normal vajinal doğum ve sezaryenin PPD açısından risk faktörü olmadığı tespit edilmiştir (88,155). Patel ve ark.'nın sezaryen doğum ile PPD arasındaki ilişkiyi araştırdıkları kohort çalışmasına 10.934 kadın dâhil edilmiş ve doğum şeklinin PPD üzerine etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır (218). Carter ve ark.'nın 2006 yılında yayınladıkları 24 çalışmayı içeren meta analizlerinde ise sezaryen doğum ile PPD gelişimi arasında bir ilişki bulunmamıştır (219). Ancak Adewuya ve ark.'nın Nijeryalı kadınlarla yaptığı çalışma (143) ile Koutra ve ark.'nın yaptığı çalışmada (220) sezaryen ile doğum yapan annelerde PPD oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda literatürün büyük kısmıyla benzer şekilde doğum şekli ile EDDÖ toplam puanı ve PPD riski arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Sezaryenle doğum sonrası PPD riskinin yüksek olduğu çalışmalara baktığımızda bu durum, annelerin sezaryen sonrası yaşadığı ağrı, gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle annenin kendini toplama sürecinin uzaması ile bebeğini emzirmede yaşayabileceği gecikmelerin depresif semptomların görülme riskini arttırmasından kaynaklanmış olabilir. Doğum şekli ne olursa olsun hemşireler ve ebeler, annelere doğum sonrası gerekli bakım ve desteği sağlamalı, annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalıdır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 verilerine baktığımızda; sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %60,1 olup bu oran 2021 yılındaki verilere göre %1,7 artış göstermiştir. 2022 yılı itibarı ile sezaryen ve primer sezaryen oranlarına bakıldığında, sırasıyla %46,4 ve %18,5 ile en düşük oran Sağlık Bakanlığı'ndadır. Özel sektörde ise bu oran en yüksek seviyededir ve sırasıyla %78,1 ve %46,2'dir. Üniversitelerde bu oran özel sektöre oldukça yakın olarak gerçekleşmiştir ve sezaryen ameliyatının hastane doğumları içinde genel oranı %62,8 olarak çıkmıştır (221). Bizim çalışmamızda da Türkiye ortalaması ile uyumlu olarak %64,3 sezaryen doğum, %35,7 normal vajinal yolla doğum gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı ve uzmanlar tarafından yürütülen sezaryen oranlarını düşürmeye yönelik çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının ve özellikle ebelerin iş birliğinin oldukça önemli olduğu akılda tutulmalıdır. Her kontrolde gebelerle yakın iletişim içerisinde olunmalı ve normal vajinal doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesi desteklenmelidir.

Doğum bir kadının hayatında yaşadığı en özel deneyimlerden biridir. Doğum esnasında yaşanan sorunlar kadınların doğum sonu psikososyal sağlığını bozarak anneliğe geçiş rolünü ve postpartum sürece uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde yer alan bir çalışmada doğum esnasında komplikasyon gelişmesinin doğum sonu posttravmatik stres ve maternal bağlanma için risk olduğu belirtilmiştir (157). Ancak bizim çalışmamızda doğum esnasında sorun yaşama durumu ile MBÖ puanı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı.

Ülkemizin farklı coğrafyalarından bebek cinsiyetine dair beklentinin karşılanma ya da karşılanmama durumu ile PPD riskinin değerlendirildiği çalışmalara baktığımızda; istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (222,223). Çalışmamızda literatürden farklı olarak kız bebek isteyen grupta EDDÖ toplam puanı daha yüksek izlenmiştir ($p=0,002$). Bu farkın nedeni örneklemimizdeki kız bebek beklentisi içinde olan annelerin yapısal olarak depresyona yatkınlığından kaynaklanmış olabilir. Öte yandan annelerimizin kendi yaşantılarına dair karşılanmamış olumlu beklentilerini çocukları üzerinden yaşama isteği, olumsuz yaşam deneyimlerini çocuklarının yaşamasından duydukları kaygı da etkili olmuş olabilir. Ayrıca cinsiyet beklentisinden bağımsız erkek bebeğe sahip annelerde kız bebek annelerine kıyasla depresyon gelişme riski daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu annelerimizin cinsiyete dair beklentilerinin karşılanmamış olma ihtimali ile ilişkili

olabilir. Ancak çalışmamızda beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığına dair veri toplanmadığı için bu hipotez araştırılamamış, çalışmamızın kısıtlılığını oluşturmuştur.

Kadının hayatındaki en önemli yaşam olaylarından biri de doğum deneyimidir. Doğum eylemi sırasında deneyimlediği ağrı, doğum sırasında yaşadığı kendine ve bebeğine zarar gelecek korkusunun büyüklüğü, doğumun gerçekleştiği koşullar annenin doğum anında hissettiği duyguları etkilemektedir (224). Çalışmamızda doğum anında olumlu duygu hissedenlerde olumsuz duygu hissedenlere kıyasla ($p=0,018$) EDDÖ toplam puanı daha düşük ve PPD gelişme riski daha düşük saptanmıştır ($p=0,021$).

Danacı ve ark.'nın Manisa ilinde birinci basamakta 0-6 aylık bebeği olan annelerde yaptıkları çalışma (166) ile Demir ve ark.'nın Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptıkları çalışmada (83) bebekte sağlık sorunu olmasının PPD riskini arttırdığı bulunmuştur. Demir ve ark. çalışmasında bebekte görülen sağlık sorunlarının PPD gelişme riskini arttırdığı, bebeği yoğun bakım ünitesinde yatış yapmış annelerin PPD açısından en riskli grupta olduğu belirlenmiştir (83). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde bebeğinde sağlık problemi olmayanlarda olanlara kıyasla ($p=0,004$) EDDÖ toplam puanı daha düşük ve PPD gelişme riski daha düşük oranda saptanmıştır.

Emzirme bebeğin anne ile sevgi bağı kurabilmesi için en iyi iletişim yollarından biridir. Emzirme gerçekleşirken anne ve bebeğin temas etmesi, bebeğin kokusu, ısısı annenin stres ve anksiyete düzeyine etki ederek, kadının gevşemesini sağlamak ve anne ile bebek psikolojisini pozitif yönde etkileyen bağlanmaya dönüşmektedir (225). UNICEF'in emzirme raporuna göre anne sütü ile beslenme yüzdeleri Madagaskar'da %99, Türkiye'de %97,7, ABD'de %74, İrlanda'da %55 olarak tespit edilmiştir (226). Çalışmamız 30-60 günlük bebeği olan anneler üzerinde yapılmış olup anne sütü ile beslenme oranı %97,4, sadece anne sütü ile beslenme oranı %66,2 olarak saptandı. TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde sadece anne sütü alma oranı %41'dir. Ülkemizde sadece anne sütü alma oranları 0-1 ay arası bebeklerde %59,2 iken, 2-3 ay arası bebeklerde %45,1, 4-5 ay arası bebeklerde %14,4 olarak saptanmıştır (190). Çalışmamızın 1-2 aylık bebek annelerine yapıldığı düşünüldüğünde sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı TNSA 2018 raporu ile benzerlik göstermektedir. Doğum

sonrası anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması oldukça önem arz etmektedir. Bu konuda emzirme danışmanlığı, gebeliğin son aylarında başlayarak annenin ve bebeğin gereksinimi olduğu her anda yapılmalıdır. Emzirmenin devamlılığı için bebek sağlığı izleminin her muayenesinde emzirme konusu anneye konuşulmalı ve sorun varsa erkenden uygun şekilde çözülmelidir. Unutmamalıdır ki 2 yaşına kadar anne sütüyle beslenme oranlarımızı yükseltmek, biz aile hekimleri tarafından emzirme danışmanlığının kesintisiz ve ihtiyaç duyulan her anda yapılmasıyla mümkün olacaktır.

Postpartum dönemde emzirme, bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun beslenme yöntemidir. Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi için öncelikle kendi beden ve ruh sağlığının yerinde olması gerekir. 2014 yılındaki bir çalışmada PPD ile emzirme arasında ilişki bulunamamıştır (227). Gülnar ve ark. (165) ile Sünter ve ark. (228) tarafından yürütülen çalışmalarda da emzirme ve postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 14,609 kişinin katıldığı bir meta-analizde, emzirmemenin PPD için bir risk etmeni olmadığı, ancak PPD tanısı alan kadınların çoğunun emzirmeyi bıraktığı sonucuna varıldı. Bu nedenle, emzirmemenin PPD' nin bir sonucu olduğu düşünülmüştür (229). Ancak literatürde emzirme ve PPD arasında ilişki olduğunu gösteren farklı sonuçlara sahip çalışmalar da mevcuttur. Yapılan bir çalışmada emzirmedeki güçlükler nedeniyle emzirmenin daha fazla depresif şikâyet ve daha yüksek PPD oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (230). Avustralya'da 159 anne üzerinde yürütülen çalışmada doğumdan itibaren annelerin %91'inin sadece anne sütü vermeye başladığı ancak 6 ayın sonunda yalnızca %49,6'sının sadece anne sütüne devam ettikleri; anne sütü vermeye devam edenlerde depresif belirti düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (231). Başer ve ark.'nın çalışmasına göre de emzirme süresi arttıkça PPD sıklığında azalma olduğu bildirilmiştir (232). Çalışmamızda bebeğin beslenme durumu ile EDDÖ toplam puanı ve PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken bebeğini sadece anne sütü ile besleyen annelerde PPD riski %4,8, bebeğini emzirmeyip sadece mama ile besleyen annelerde bu oran %12,5 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bebeğini sadece mama ile besleyen anne sayısının oldukça az olmasının bu konudaki sonuçları etkileyebileceğini düşünmekteyiz. Her ne kadar sayısal olarak baktığımızda dengesiz

bir dağılım olsa da bu durum sadece mama ile bebeklerini besleyen annelerin duygusal olarak aşırı telafisi şeklinde yorumlanabilir. İleri çalışmalarla desteklenmelidir.

Ülkemizde farklı merkezlerde yürütülen çalışmalarda bebeğin doğum kilosu ile maternal bağlanma düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (114,136,153). Başdaş ve ark.'nın çalışmasında ise bebeğinin doğum ağırlığı ≥ 2501 gr olan annelerin maternal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (233). Bizim çalışmamızda bebeğin doğum ağırlığı ile MBÖ toplam puanı arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon ($p=0,012$) saptanmıştır.

Öztürk ve Saruhan'ın çalışmasında bebeğin doğum haftasıyla annenin maternal bağlanma puanı arasında bir ilişki bulunmazken (192), Uludağ'ın çalışmasında ise bebeklerin doğum haftası ile annelerin depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, bebeklerinin doğum haftası azaldıkça annelerin depresyonlarının artış gösterdiği ortaya konmuştur (234). Borghini'nin çalışmasında, erken doğan bebeği olan annelerin bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiş, bu annelerin daha az uyumlu ve değişime daha az açık oldukları, bebeğin güvenliğine ilişkin korkularının daha fazla ve ilişki güçlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (235). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde doğum haftası ile MBÖ toplam puanı arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon saptanmıştır ($p=0,021$). Tüm bu çalışmalar bize bebeğin gestasyon haftaları ve doğum kiloları arttıkça maternal bağlanmanın pozitif yönde etkilendiğini göstermektedir. Anne-bebek arasındaki etkileşimin pozitif yönde ilerlemesi için bağlanmayı etkileyebilecek faktörleri bilmek, erken doğum riski olan gebelere yönelik gerekli girişimlerde bulunmak ve gebelik döneminden itibaren kadınların bağlanma düzeylerini değerlendirmek, bağlanma sorunlarının çözülmesinde yardımcı olabilir. Maternal bağlanmanın arttırılması için özellikle riskli grupların taranması, gebelik döneminde ve sonrasında ailelerin desteklenmesi, grup ya da bireysel eğitimlerin yapılması oldukça önem arz etmektedir.

6.ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE ÖZGÜN DEĞERİ

Araştırmamız; Sivas il merkezindeki ASM'lere başvuran 30-60 günlük bebeği olan anneler üzerinden yürütülmüş olup daha kırsaldaki annelere dair verileri içermemektedir. Ancak annelerin ASM'lerden seçilmiş olması ile toplum temsiliyeti sağlanmaya çalışılmıştır.

Bazı verilerimiz annelerin sözel beyanlarına dayalı olarak elde edildiğinden verilerin güvenilirliği, annelerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır. Ancak çalışmanın ana hipotezleri ile ilgili tüm veriler yasal hasta bilgi yönetim sistemleri üzerinden edinilmiştir. Ölçek soruları tek bir araştırmacı tarafından, her bir hastayla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Her trimesterde tek Hb değerinin bakılmış olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Anemik olan anneler üzerinde yapılacak olan prospektif çalışmalarla elde ettiğimiz bulgularımızın genellenebilirliği teyit edilmelidir.

Çalışmamızda PPD, EDDÖ üzerinden değerlendirilmiştir. Bu ölçek tanı testi olmayıp PPD taraması ve risk değerlendirilmesinde kullanılan kuvvetli bir araçtır. Annelerin subjektif ifadelerini içermesi nedeniyle kesin tanı amaçlı kapsamlı uzman muayenesi gerekmektedir. Bu nedenle çalışmamızda depresyon riski sunulmuş, riski yüksek tespit edilen anneler bilgilendirilmiş ve bir uzman muayenesine yönlendirilmiştir.

Öte yandan Sivas il merkezinde bulunan birinci basamakta takip edilen gebelerle gerçekleştirilen toplum temelli bir araştırma olması ve literatürde gebelerde bakılan hemoglobin konsantrasyonunun maternal bağlanmaya etkisini bütün yönleri ile değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamış olması özgün değerimizi artırmaktadır. Ayrıca çalışmamız koruyucu hekimlik açısından oldukça önemli verilerle literatüre katkı sağlamıştır.

7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Sivas il merkezinde bulunan aile hekimlerince takip edilen, 30-60 günlük bebeği olan 314 gönüllü anne ile yapılan çalışmamızda; annelerin gebelikleri süresince her üç trimesterde rutin bakılan Hb konsantrasyonlarının maternal bağlanma ile ilişkisi araştırılmış ve özet olarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmamızda annelerin gebelik dönemlerinde bakılan Hb düzeyleri ile maternal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak bu durum her üç trimesterde Hb konsantrasyon aralığının genişliğinden ve ortalama Hb değerlerinin anemi sınırının üstünde olmasından kaynaklanmış olabilir. Literatürde gebelikte bakılan hemoglobin konsantrasyonun maternal bağlanma ile ilişkisini inceleyen başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamız bu bulgu ile literatüre katkı sağlamakta olup; geniş ölçekli çalışmalar ile verilerimizin genellenebilirliği değerlendirilmelidir.
- Çalışmamızda annelerin gebelik sürecinde bakılan ortalama Hb değerleri birinci trimesterde $12,45 \pm 1,02$ gr/dL, ikinci trimesterde $11,57 \pm 1,09$ gr/dL ve üçüncü trimesterde $11,77 \pm 1,12$ gr/dL olarak saptanmıştır. Ayrıca annelerin %5,7'sinde birinci, %28,1'inde ikinci ve %22,3'ünde üçüncü trimesterde anemi varlığı gözlenmiştir. Çalışmamızda ikinci trimester ve üçüncü trimesterde anemi prevalansları yüksek görülmüştür. İkinci trimesterden itibaren artan anemi oranları nedeniyle gebelerin anemi açısından daha yakından takip edilerek gerekli takviyelerin zamanında yapılması oldukça önemlidir.
- Çalışmamızda EDDÖ kesme puanı 13 ve üzeri olarak kabul edilmiş olup PPD gelişme sıklığı %5,7 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda depresyon gelişme riski yüksek olan annelerde birinci, ikinci ve üçüncü trimester Hb düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca ikinci trimesterde anemi varlığında ve aneminin şiddeti arttıkça depresyon gelişme riski daha yüksek oranda bulunmuştur. Bu nedenle gebeler anemi açısından düzenli aralıklarla taranmalı, gerekli önlemler alınarak teşhis edilen aneminin tedavisi erken dönemlerde sağlanmalıdır. Bu bulgumuza dayanarak prekonsepsiyonel

bakımın bir parçası olarak tüm kadınların anemi açısından taranmasının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

- Çalışmamızda MBÖ toplam puan ortalaması $89,46 \pm 10,09$ ve ortancası 91 (min-max:60-104) olarak hesaplanmıştır. EDDÖ toplam puanı ile MBÖ toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, negatif yönde düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Maternal bağlanma, bebeğin iyi oluş haline ve dünyaya adaptasyonuna zemin hazırlayan biyolojik, davranışsal ve psikolojik öğeleri içeren karmaşık bir süreçtir. Anne bebek arasında sağlıklı duygusal bir bağ oluşmasında annenin ruh sağlığının büyük önem taşıdığı aşıkardır. Bu nedenle lohusalık döneminde sağlık kuruluşuna her başvuruda annenin duygudurumu ve depresyon açısından risk faktörleri değerlendirilmelidir. Riskli grupta olanlar veya EDDÖ skalasında yüksek puan alan annelere ve aile fertlerine gerekli bilgilendirme yapılarak gerekli durumlarda psikiyatri kliniklerine en kısa zamanda sevki sağlanmalıdır.
- Çalışmamızda anne yaşı arttıkça EDDÖ toplam puanı ve PPD gelişme riski artmaktayken, anne yaşı ile MBÖ toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Yaşın ilerlemesiyle annelerin fiziksel ve ruhsal yorgunlukla baş etme kapasitelerinin düşebileceği ve çocuk bakımı ile ilgili sorumlulukların annede daha fazla ruhsal yüke neden olabileceği akılda tutularak anneye stresi azaltmaya yönelik gerekli danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önem arz etmektedir.
- Çalışmamızda ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda PPD riski oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguyu besler şekilde eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlarda lise, ortaokul ve altı olanlara kıyasla MBÖ toplam puanı daha yüksek gözlenmiştir. Annenin eğitim düzeyi hem PPD hem de maternal bağlanmayı etkileyen risk faktörleri arasında yer almıştır. Bu durum uzun vadede kız çocuklarının eğitim ve öğretim hayatının desteklenerek okullaşma oranlarının artırılması gerektiğini bir kez daha vurgulamaktadır. Yüksek eğitim düzeyleri ileride kadının fiziksel ve ruhsal gelişimini daha kolay tamamlamasını sağlayarak annelik deneyimine adaptasyonunu kolaylaştıracaktır.

- Çalışmamızda sağlık sektöründe ve özel sektörde çalışan annelerde PPD riski daha yüksek oranda gözlenmiştir. Sağlık camiasındaki anneler bilgili ve donanımlı olarak değerlendirilmekte ve örtük depresyon açısından riskli gibi görünmektedir. Aile hekimlerinin nüfuslarına kayıtlı bireylere kişisel bakım sunmaları gerekmektedir. Bu durumdan yola çıkarak farklı meslek gruplarında çalışmanın getirdiği zorluklar ve bu zorlukların kişide yarattığı stres göz önünde bulundurulmalı, ailelere danışmanlıkta annelerin üzerindeki yükü azaltmaya yönelik çözümlere odaklanılmalıdır.
- Çalışmamızda asgari ücret ve altı gelir düzeyine sahip olanlarda MBÖ toplam puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Ayrıca ev hanımlarında da MBÖ toplam puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmayan bir kadının evdeki görevleri ve annelik gibi farklı roller arasında kalmasından dolayı zaman zaman kendini çaresiz ve yalnız hissedebileceği akılda tutulmalıdır.
- Çalışmamızda ilk evlenme yaş ortalaması 23,13 olup evlenme yaşı EDDÖ toplam puanı üzerinde anlamlı farklılık yaratmamıştır. Ancak ölçek puanlarının ileri yaş grubunda evlenen annelerde diğer gruplardan önemli derecede yüksek çıkması bu durumun geniş ölçekli çok merkezli çalışmalarla teyit edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.
- Çalışmamızda MBÖ toplam puanı ile evlenme yaşı arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon bulunmuştur. Evlenme yaşı arttıkça maternal bağlanma artmaktadır.
- Ebeveynler bebeğin sağlıklı bağlanma davranışı geliştirebilmesinde anahtar rol oynamaktadır. Çalışmamızda üniversite ve üstü eğitimi olan babaların eşlerinde MBÖ toplam puanı daha yüksek gözlenmiştir. Ayrıca serbest meslek çalışanı olan babaların eşlerinin MBÖ toplam puanı daha düşük bulunmuştur. Literatürde babaların sosyodemografik özellikleri ile maternal bağlanmayı karşılaştıran çalışmaya rastlanılmamıştır. Maternal bağlanmada babanın sosyodemografik özelliklerinin de etkisi olabileceği göz ardı edilmemeli, bu konuyla ilgili daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.
- Çalışmamızda akraba evliliği oranı %11,4 olup; TÜİK 2023 verilerine kıyasla oldukça yüksektir. Ayrıca akrabasıyla evli annelerde EDDÖ toplam puanı daha

yüksek, MBÖ toplam puanı daha düşük saptanmıştır. Aile hekimlerinin kayıtlı nüfuslarının demografik yapısına ve bağlamına uygun hizmet sunmaları çekirdek yeterlilikleri arasındadır. Bu nedenle akraba evliliği ilk sağlık kontrollerinden itibaren özellikli olarak değerlendirilmelidir.

- Çalışmamızda EDDÖ toplam puanı ve gebelik sayısı arasında pozitif yönde düşük düzeyde ve canlı doğum sayısı ile pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ailelerde çocuk sayısının artması anne üzerinde maddi ve duygusal stresin artmasına neden olmuş olabilir. Klinik pratikte multipar olan annelerde PPD görülme ihtimali göz önünde bulundurulmalı, gereklilik halinde gebelik döneminde veya sonrasında annenin hem sosyal hem psikolojik olarak desteklenmesi sağlanmalıdır.
- Çalışmamızda annelerin sigara kullanım durumu ile EDDÖ toplam puanı karşılaştırıldığında gebeliği boyunca sigara içmeye devam etmiş annelerde hiç sigara kullanmamış annelere göre EDDÖ toplam puanı daha yüksek seyretmekteydi. Nikotin beyin nörotransmitterlerini etkileyerek ruh hali değişikliklerine sebep olabilmekte, stres ve anksiyeteyi artırarak annenin ruhsal sağlığını etkileyebilmektedir. Gebelere, sağlık personeli tarafından yargılayıcı ve suçlayıcı olmayan yaklaşımlarla sigaranın bırakılması yönünde danışmanlık hizmeti verilmeli, gebeliğe özel eğitim materyalleri ile annenin en kısa sürede sigara bırakma programlarına katılımı teşvik edilmelidir.
- Çalışmamıza katılan annelerin isteyerek ve planlı gebe kalma oranı %77,7 olarak saptanmıştır. En son gebeliği planlı olan annelerin olmayanlara kıyasla MBÖ puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aile hekimlerinin; çiftlerin çocuk sahibi olabilmesini desteklemek, doğum ve sonrası dönemde kadın sağlığını korumak, toplumu üreme sağlığı konusunda bilinçlendirmek, riskli gebelikleri kontrol etmek, beklenmeyen gebelikleri önleyerek planlı gebeliği desteklemek ve sağlıklı çocuklardan oluşan sağlıklı bir toplum oluşturmak amacıyla aile planlaması danışmanlık hizmeti vermesi önem arz etmektedir.
- Çalışmamızda annelerin %90,8'i son gebeliklerinde takiplerine düzenli olarak gittiğini beyan etmiştir. Bu oran literatüre kıyasla daha yüksektir. Bunun yanı sıra son gebeliğinde takiplerini düzenli yaptıran annelerde MBÖ puanları daha

yüksek bulunmuştur. Annenin bebeğinin gelişimini düzenli aralıklarla takip etmesi gibi genel sağlık davranışlarının, anne-bebek üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır. Ailelere annenin sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesi için gebelik takiplerinin önemi hakkında bilgi verilmeli ve gebeler aile hekimlerince düzenli takiplere davet edilmelidir.

- Çalışmamızda annelerin %16'sının doğum öncesi eğitim aldığı öğrenilmiştir. Doğum öncesi eğitim alanların %68'i gebe okulunda, %52'si sağlık personelinde, %46'sı ise kitaplardan eğitim aldıklarını ifade ettiler. Doğum öncesi eğitim alan annelerin MBÖ puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Doğum öncesi eğitim; annelere doğumdan sonra karşılaşılabilecekleri durumlara karşı ön bilgi verme ve sahip oldukları endişe ile korkuların giderilmesinde oldukça yardımcı olmaktadır. Bu amaçla, tüm gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemle ilgili konularda bilgi sahibi olmalarını sağlamak, anne adaylarını doğuma hazırlamak, anne adaylarının doğum korkularını gidermek, anne adaylarının bilinçli doğum yapmalarını sağlamak, normal doğum eylemi, ağrı yönetimi ve yeni rollerini benimsemeleri konularında bilgi ve beceri kazandırmak amacıyla gebe okullarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- Çalışmamızda gebelik sürecinde eş desteği almayan annelerde depresyon gelişme riski daha yüksek ve MBÖ toplam puanları daha düşük izlenmiştir. Eş desteği, gebelik döneminde kadının yaşam kalitesini etkileyebilen ve stres faktörü sayılabilen gebelik semptomlarıyla baş etmesinde oldukça önemlidir. Bu sayede doğumdan sonraki dönemde de eşlerin çocuğun sorumluluğunu anneye paylaşmasına, ev işlerinde anneye yardım etmesine, annenin ruhsal ve fizyolojik değişimlerine aşina olmasına ve sürece adaptasyonun hızlanmasına yardımcı olabilir. Özellikle risk tespit edilen ailelerde gebe izlemlerinde ziyaretlerin eş ile yapılması teşvik edilmeli, eş desteğinin önemi konusunda babalar bilinçlendirilmelidir.
- Çalışmamızda annelerin; multivitamin desteği alma oranı %93,3, demir desteği alma oranı %86,9, D vitamini desteği alma oranı %87,9 olarak saptanmıştır. D vitamini ve demir desteği almayan grupta EDDÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra multivitamin ve demir desteği

almayanlarda MBÖ toplam puanları daha düşük izlenmiştir. Literatürde D vitamini ve demir takviyesi PPD riski ile ilişkilendirilmiş olup; maternal bağlanma açısından risk oluşturan depresyonun anne bebek bağlanması üzerinde de dolaylı yoldan etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle birinci basamakta kontrole gelen gebelere, gebelikleri boyunca ve doğum sonu dönemde gerekli taramalarının yapılması, uygun vitamin takviyelerinin uygun zamanlarda, yeterli süre ve etkin dozda verilmesi oldukça önem taşımaktadır.

- Çalışmamızda annelerin ilk gebeliklerindeki yaş ortalaması 23 olup; MBÖ toplam puanları ile pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon tespit edilmiştir. Geç evlenme ve artan ilk gebelik yaşı, annelik kimliğini kazanmayı kolaylaştırarak anne bebek bağlanmasına olumlu katkı sağlayabilmektedir.
- Çalışmamızda Türkiye ortalaması ile uyumlu olarak doğumların %64,3'ü sezaryen ve %35,7'si normal vajinal yolla gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı ve uzmanlar tarafından yürütülen sezaryen oranlarını düşürmeye yönelik çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının ve özellikle ebelerin iş birliğinin oldukça önemli olduğu akılda tutulmalıdır. Her kontrolde gebelerle yakın iletişim içerisinde olunmalı ve gebelerin normal vajinal doğuma yönelik olumlu tutum geliştirmesine yardım edilmelidir.
- Çalışmamızda literatürden farklı olarak kız bebek isteyen grupta EDDÖ toplam puanı daha yüksek izlenmiştir. Bu farkın nedeni örneklemimizdeki kız bebek beklentisi içinde olan annelerin yapısal olarak depresyona yatkınlığından kaynaklanmış olabilir. Öte yandan annelerimizin kendi yaşantılarına dair karşılanmamış olumlu beklentilerini çocukları üzerinden yaşama isteği, olumsuz yaşam deneyimlerini çocuklarının yaşamasından duydukları kaygı da etkili olmuş olabilir. Ayrıca cinsiyet beklentisinden bağımsız erkek bebeğe sahip annelerde kız bebek annelerine kıyasla depresyon gelişme riski daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu annelerimizin cinsiyete dair beklentilerinin karşılanmamış olma ihtimali ile ilişkili olabilir. Ancak çalışmamızda beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığına dair veri toplanmadığı için bu hipotez araştırılamamıştır.
- Çalışmamızda doğum anında olumlu duygu hisseden annelerde olumsuz duygu hissedenlere kıyasla EDDÖ toplam puanı daha düşük olup; PPD riski

daha düşük oranda belirlenmiştir. Ayrıca bebeklerinde sağlık problemi olmayanlarda EDDÖ toplam puanı ve PPD gelişme riski daha düşük oranda bulunmuştur. PPD riskini etkileyen faktörlerin belirlenmesi koruyucu hekimlik açısından müdahale alanlarını aşikâr hale getirmekte olup oldukça önemlidir.

- Çalışmamızda annelerin %97,4'ünün bebeklerinin beslenmesinde anne sütü kullandığı belirlenmiştir. Sadece anne sütü ile beslenme oranı %66,2 olup; 30-60 günlük bebekler için bu oran nispeten düşük kabul edilmiştir. Bebeğini sadece mama ile besleyen sekiz annenin %12,5'inde depresyon riski yüksek bulunmuştur. Oysa bu oran sadece anne sütü ile besleyen annelerde %4,8'dir. Her ne kadar anlamlı bir farklılık yaratmamış olmasına karşın annelerin emzirmesi depresyondan koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkmıştır. Bu nedenle doğum sonrası anne sütü ile beslenme oranlarının artırılması oldukça önemlidir. Emzirme danışmanlığı, gebeliğin son aylarında başlayarak annenin ve bebeğin gereksinimi olduğu her anda yapılmalıdır. Emzirmenin devamlılığı için sağlıklı bebek izlemlerinde her görüşmede emzirme konusu anneye konuşulmalı, sorun varsa erkenden uygun şekilde müdahale edilmelidir.
- Çalışmamızda bebeklerin doğum haftası ve doğum ağırlığıyla maternal bağlanmanın pozitif yönde etkilendiği belirlenmiştir. Anne-bebek arasındaki etkileşimin pozitif yönde ilerleyebilmesi için bağlanmayı etkileyebilecek faktörleri bilmek, erken doğum riski olan gebelere yönelik gerekli girişimlerde bulunmak ve gebelik döneminden itibaren kadınların bağlanma düzeylerini değerlendirmek, bağlanma sorunlarının çözülmesinde yardımcı olabilir. Maternal bağlanmanın artırılması için özellikle riskli gruplar taranmalı, gebelik döneminde ve sonrasında aileler desteklenmeli, grup ya da bireysel eğitimler yapılarak anne bebek bağlanmasının artırılması teşvik edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Breyman C. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. *Semin Hematol.* Ekim 2015;52(4):339-47.
2. Archived: Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention And Control [İnternet]. [Erişim Tarihi: 30 Ocak 2024].
3. Bruno B, Erin M, Mary C. WHO Global Database on Anemia Worldwide Prevalence of Anemia 1993-2005. WHO Geneva. 2006;
4. Kangalgil M, Sahinler A, Kırkibir IB, Özçelik AO. Associations Of Maternal Characteristics And Dietary Factors With Anemia And Iron-Deficiency İn Pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021;50(8):102137.
5. Azami M, Badfar G, Khalighi Z, Qasemi P, Shohani M, Soleymani A, Vd. The Association Between Anemia And Postpartum Depression: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Casp J Intern Med.* 2019;10(2):115.
6. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. Postpartum Depresyonun Gebelikte Alınan Kilo Ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. *J Turgut Ozal Med Cent.* 2012;19(4):256-63.
7. Özşahin Z, Akça E, Gökbulut N. Postpartum Depresyon Düzeyi İle Maternal Bağlanma Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Derg. 2020;8(3):715-24.
8. İşler A. Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü. *Perinatoloji Derg.* 2007;15(1):1-6.
9. Steele M, Steele H, Johansson M. Maternal Predictors Of Children's Social Cognition: An Attachment Perspective. *J Child Psychol Psychiatry.* Ekim 2002;43(7):861-72.
10. Çalışır H, Karaçam Z, Akgül F, Kurnaz D. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği 'nin Türkçe Formunun Geçerliği Ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Derg.* 2009;12(1):1-8.
11. Müller ME. A Questionnaire To Measure Mother-To-İnfant Attachment. *J Nurs Meas.* 1994;2(2):129-41.
12. Bowlby J, Ainsworth M, Bretherton I. The Origins Of Attachment Theory. *Dev Psychol.* 1992;28(5):759-75.
13. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek Ve Maternal Bağlanma İle İlişkisi. *Düşünen Adam J Psychiatry Neurological Sci.* 2014;27(1):15-20.
14. Martins C, Gaffan EA. Effects Of Early Maternal Depression On Patterns Of İnfant-Mother Attachment: A Meta-Analytic Investigation. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000;41(6):737-46.
15. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The Impact Of Postnatal Depression And Associated Adversity On Early Mother-Infant Interactions And Later Infant Outcome. *Child Dev.* Ekim 1996;67(5):2512.
16. Uğurlu Z, Güre MDP. Postpartum Depresyona Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları: Vaka Sunumu. *Sosyal Çalışma Derg.* 2022;6(2):153-69.
17. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: A Validation. *Arch Womens Ment Health.* 08 Eylül 2006;9(5):233-42.

18. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Vd. A Screening Questionnaire For Mother-Infant Bonding Disorders. Arch Womens Ment Health. 15 Mart 2001;3(4):133-40.
19. Eisenstaedt R, Penninx BWJH, Woodman RC. Anemia In The Elderly: Current Understanding And Emerging Concepts. Blood Rev. Temmuz 2006;20(4):213-26.
20. Nandigam V, Nandigam K, Badhe BA, Dutta TK. Is Adult Definition Of Anemia Applicable To A Geriatric Population? Study Of Erythrocyte Parameters In Indian Geriatric Inpatients. J Am Geriatr Soc. 2004;52(9):1589-90.
21. Api O, Breyman C, Çetiner M, Demir C, Ecder T. Diagnosis And Treatment Of Iron Deficiency Anemia During Pregnancy And The Postpartum Period: Iron Deficiency Anemia Working Group Consensus Report. Turk J Obstet Gynecol. Eylül 2015;12(3):173-81.
22. Mclean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, De Benoist B. Worldwide Prevalence Of Anaemia, WHO Vitamin And Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. Public Health Nutr. Nisan 2009;12(4):444-54.
23. Polat S, Ozan A, Açık Y, Güngör Y. Abdullahpaşa Eğitim Ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Gebelerde Anemi Prevalansı Ve Gebelerin Anemi Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. J. Exp. Clin. Med. 23 Aralık 2009;18(4).
24. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Kara İH. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Demir Eksikliği Anemisi Ve Gestasyon Öyküsü İlişkisi. Dicle Tıp Derg. 2009;36(2):123-126
25. Kaya D. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebelerde Anemi Görülme Sıklığının İncelenmesi.
26. Pirinççi E, Açık Y, Bostancı M, Eren S, Beritanlı H. Elâzığ İl Merkezinde Yaşayan Gebelerde Anemi Prevalansı. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2001;3:449-54.
27. Akman N. Erişkinde Anemilere Genel Yaklaşım. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Anemiler Sempozyumu. 2001;9-16.
28. Molvalılar S. İç Hastalıkları:(Semiyojoloji). Alfa; 1997.
29. Bainton DF, Finch CA. The Diagnosis Of Iron Deficiency Anemia. Am J Med. 1964;37(1):62-70.
30. Who J, Consultation FE. Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Diseases. World Health Organ Tech Rep Ser. 2003;916(I-Viii):1-149.
31. Uysal Z. Hepsidin Ve Demir Metabolizması. VI Hematol İlk Basamak Kursu Ank S [İnternet]. 2008
32. Muñoz M, Villar I, García-Erce JA. An Update On Iron Physiology. World J Gastroenterol WJG. 2009;15(37):4617.
33. Yenerel, M.N., Anemi Fizyopatolojisi. Klinik Gelişim, 2011: S. 65-70.
34. Karabulut H, Gülay MŞ. ANTİOKSİDANLAR. Vet J Mehmet Akif Ersoy Univ. 23 Haziran 2016;1(1):65-76.
35. Bolaman Z. Demir Eksikliği Anemisi. 6. Ulusal İç Hastalık Kongresi Kongre Program Ve Bildiri Özet Kitabı. 2004;50-7.
36. Waldvogel-Abramowski S, Waeber G, Gassner C, Buser A, Frey BM, Favrat B, vd. Physiology of iron metabolism. Transfus Med Hemotherapy. 2014;41(3):213-21.
37. Çifci A, Özkan M. Demir Fizyopatolojisi Ve Demir Eksikliği Anemisine Yaklaşım: Yeni Tedavi Stratejileri. J Health Sci Med. 2018;1(2):40-4.

38. Çipil H, Demircioğlu S. Demir eksikliği anemisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med- Special Top. 2016;7(3):34-7.
39. Karakuş V, Giden A, Soysal DE, Bozkurt S, Kurtoğlu E. Erişkin hastalarda anemi etiyolojisi, risk faktörleri ve nüksün değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Derg. 2016;3(1):1-6.
40. Collaborators G 2021 A. Prevalence, Years Lived With Disability, And Trends İn Anaemia Burden By Severity And Cause, 1990–2021: Findings From The Global Burden Of Disease Study 2021. Lancet Haematol. 2023;10(9):E713-34.
41. Çalık, K.Y, Aktaş, S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(1):142-162
42. Vural T, Özcan A, Sancı M. Güncel Bilgiler Işığında Gebelikte Demir Eksikliği Anemisi: Demir Destegi Kime? Ne Zaman? Ne Kadar? Van Tıp Derg. 2016;23(4):369-76.
43. Yılmaz E, Yılmaz Z, Çakmak B, Gültekin İB, Çekmez Y, Mahmutoglu S, Vd. Relationship Between Anemia And Depressive Mood İn The Last Trimester Of Pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 18 Nisan 2017;30(8):977-82.
44. Derneği TH. Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisi Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Ulusal Tedavi Kılavuzu. 2011;2.
45. Pasricha SR, Tye-Din J, Muckenthaler MU, Swinkels DW. Iron Deficiency. The Lancet. 2021;397(10270):233-48.
46. Dilek İ, Altun S, Tuncer İ, Uygan İ, Topal C, Aksoy H. Demir Eksikliği Anemisinde Hemoglobin, Hematokrit Değerleri, Eritrosit İndeksleri Ve Etiyolojik Nedenlerin Değerlendirilmesi. Van Tıp Fak Derg. 2000;7(2):51-6.
47. Barton JC, Barton JC, Bertoli LF. Pica Associated With Iron Deficiency Or Depletion: Clinical And Laboratory Correlates İn 262 Non-Pregnant Adult Outpatients. BMC Hematol. Aralık 2010;10(1):9.
48. Fourn L, Salami L. Diagnostic Value Of Tegument Pallor İn Anemia İn Pregnant Women İn Benin. Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. 2004;16(1):123-32.
49. Lopez A, Cacoub P, Macdougall IC, Peyrin-Biroulet L. Iron Deficiency Anaemia. The Lancet. 2016;387(10021):907-16.
50. Mehta BC, Thatte S. Mental Alertness Improves With Iron Therapy İn Iron Deficiency Anemia Before Hemoglobin Rise. Indian J Hematol. 1989;7:7-9.
51. Ünal S, Yetkin S. Demir Eksikliği Anemisi. Katkı Pediatri Derg. 2004;16(3):327-45.
52. Goddard AF, James MW, McIntyre A.S, Scott B.B. Guidelines For The Management Of Iron Deficiency Anaemia. Gut. 2011; 2011 Oct;60(10):1309-16.
53. Mast A.E, Blinder M.A, Dietzen D.J. Reticulocyte Hemoglobin Content. Am J Hematol. Nisan 2008;83(4):307-10.
54. Api O, Bayer F, Akıl A, Bektaş M, Api M, Dabak R, vd. İstanbul'da Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesine Başvuran Gebelerde Anemi Prevalansını Etkileyen Etiyolojik Ve Demografik Faktörler. Perinatoloji Derg. 2009;17(1):28-33.
55. Bilgin Z, Demirci N. Gebelikte Demir Ve Folat Eksikliği Anemisinde Kanıta Dayalı Güncel Yaklaşımlar. Zeynep Kâmil Tıp Bül. 15 Eylül 2019;50(3):167-74.
56. Prakash S, Yadav K. Maternal Anemia İn Pregnancy: An Overview. Ijppr Hum. 2015;4(3):164-

57. Uçar MG, Uçar RM, Çelik Ç. Gebelerde Anemiye Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Top. 2016;7(3):17-24.
58. Daru J, Zamora J, Fernández-Félix BM, Vogel J, Oladapo OT, Morisaki N, vd. Risk Of Maternal Mortality In Women With Severe Anaemia During Pregnancy And Post Partum: A Multilevel Analysis. Lancet Glob Health. 2018;6(5):e548-e554.
59. Gebelerde Demir Destek Programı Uygulaması Genelgesi 2007 / 6 [İnternet]. [Erişim Tarihi: 15 Şubat 2024].
60. T.C. Sağlık Bakanlığı | e-Kütüphane - Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi [Erişim Tarihi:15 Şubat 2024].
61. Yıldız A. Erişkinlerde Demir Eksikliği Anemisi Tedavisi. Türkiye Klinikleri J Hematol-Spec Top. 2017;10(3):182-7.
62. Santiago P. Ferrous Versus Ferric Oral Iron Formulations For The Treatment Of Iron Deficiency: A Clinical Overview. Scientific World Journal. 2012;2012:846824.
63. Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatri Psikol Psikofarmakol 3P. 2004; 12(4):3-6.
64. Stewart D. Depression During Pregnancy. Can Fam Physician. 2005;51(8):1061.
65. Sevil Ü, Ertem G. Perinatoloji Ve Bakım. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul. 2016;1-35
66. Bilgin N.Ç, Potur D. Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar Ve Hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşire Bilim Ve Sanatı Derg. 2010;3(3):80-7.
67. SÜTÇÜ S, Çatak B. Burdur İlinde Postpartum Depresyon Prevalansı Ve Etki Eden Faktörler. Kafkas J Med Sci. 2017;7(3):220-4.
68. Tezel A, Gözüm S. Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler Ve Hemşirelik Bakımı. Hacet Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg. 2005;12(2):62-8.
69. Taşkın L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi; 2019
70. Beydağ K.D. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum Ve Hemşirenin Rolü. TSK Koruyucu Hekim Bül. 2007;6(6):479-84.
71. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Derg. 1999 [Erişim Tarihi: 15 Şubat 2024];
72. Dilbaz N, Enez A. Kadın Ve Depresyon: Doğum Sonrası Görülen Duygudurum Bozuklukları. Türkiye Klinikleri J Intern Med-Science. 2007;3(47):32-40.
73. Organization WHO. The ICD-10 Classification Of Mental And Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria For Research
74. Özyön E. Doğum Eyleminde İndüksiyon Kullanım Sıklığı Ve Postpartum Depresyon Skoruyla İlişkisi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019
75. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying The Women At Risk Of Antenatal Anxiety And Depression: A Systematic Review. J Affect Disord. 2016;191:62-77.
76. De Castro F, Place JMS, Billings DL, Rivera L, Frongillo EA. Risk Profiles Associated With Postnatal Depressive Symptoms Among Women In A Public Sector Hospital In Mexico: The Role Of Sociodemographic And Psychosocial Factors. Arch Womens Ment Health. Haziran 2015;18(3):463-71.

77. Hildingsson I, Tingvall M, Rubertsson C. Partner Support In The Childbearing Period—A Follow Up Study. *Women Birth*. 2008;21(4):141-8.
78. Bödecs T, Horváth B, Kovács L, Diffellné Németh M, Sándor J. Prevalence Of Depression And Anxiety In Early Pregnancy On A Population Based Hungarian Sample. *Orv Hetil*. 2009;150(41):1888-93.
79. Klainin P, Arthur DG. Postpartum Depression In Asian Cultures: A Literature Review. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(10):1355-73.
80. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum Depresyon Ve Etkileyen Faktörler: 2000–2017 Araştırma Sonuçları. 2018;9(3):147-152
81. Durukan E, İlhan MN, Bumin M.A, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi. *Balk Med J*. 2011;2011(4):385-93.
82. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum Depresyon İle İlişkili Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2010;20(3):141-8.
83. Demir S, Şentürk M.B, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı Ve İlişkili Faktörler. *Med Bull Haseki*. 2016;54:83-9.
84. Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması Ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. *Medical Journal of Bakırköy*- 2012;8(1):12-21
85. Can R. Sezaryen Ve Normal Doğum Yapmış Kadınlarda Postpartum Depresyon Ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. Yayın Yüksek Lisans Tezi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü, Eskişehir;2010
86. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum Depresyon İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası İnsan Bilim Derg*. 2011;8(1):31-46.
87. Budaycı R, Şaşmaz T, Öner STH. Mersin’de doğum sonu depresyon sıklığı saha araştırması. *Journal of Womens*. 2005;13:40-54.
88. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence Of Postpartum Depression In Edirne, Turkey, And Related Factors. *J Reprod Med*. 2004;49(11):908-14.
89. Doğan G, Kızıltan G. Annelerin Postpartum Depresyon Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg*. 2019;4(2):105-21.
90. Aoyagi S, Tsuchiya KJ. Does Maternal Postpartum Depression Affect Children’s Developmental Outcomes? *J Obstet Gynaecol Res*. Eylül 2019;45(9):1809-20.
91. Zhu J, Jin J, Tang J. Inflammatory Pathophysiological Mechanisms Implicated In Postpartum Depression. *Front Pharmacol*. 2022;13:955672.
92. Thul TA, Corwin EJ, Carlson NS, Brennan PA, Young LJ. Oxytocin And Postpartum Depression: A Systematic Review. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;120:104793.
93. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine Factors In The Etiology Of Postpartum Depression. *Compr Psychiatry*. 2003;44(3):234-46.
94. Bakanlığı TS. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Halk Sağlığı Kurumu Kadın Ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı,925 Ankara;2018
95. Uyar S. Postpartum Depresyon Oluşumunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005
96. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences Of Maternal

- Postpartum Depression: A Systematic Review Of Maternal And Infant Outcomes. *Womens Health*. Ocak 2019;15:174550651984404.
97. Saharoy R, Potdukhe A, Wanjari M, Taksande AB. Postpartum Depression And Maternal Care: Exploring The Complex Effects On Mothers And Infants. *Cureus*.2023 Jul; 15(7): e41381.2023
98. Askın R. Depresyon El Kitabı 2. baskı. Konya Atlas Kitabevi. 1999;100:22.
99. Beck CT. Postpartum Depression Stopping the Thief That Steals Motherhood. *AWHONN Lifelines*. Ağustos 1999;3(4):41-4.
100. Sylvén SM, Thomopoulos TP, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A. Correlates Of Postpartum Depression In First Time Mothers Without Previous Psychiatric Contact. *Eur Psychiatry*. 2017;40:4-12.
101. Brummelte S, Galea LA. Postpartum Depression: Etiology, Treatment And Consequences For Maternal Care. *Horm Behav*. 2016;77:153-66.
102. Wassef A, Nguyen QD, St-André M. Anaemia And Depletion Of Iron Stores As Risk Factors For Postpartum Depression: A Literature Review. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 02 Ocak 2019;40(1):19-28.
103. Babaroğlu A. Overview Of The Attachment Process. *Health Sciences Research Globalizing World*. 2018;567.
104. Bowlby J. Attachment And Loss, Vol. II: Separation. Basic Books; 1973.
105. Özkan H, Polat S. Annelik Davranışını Öğrenme Süreci Ve Hemşirelik Desteği. *Bozok Tıp Derg*. 2011;1(3):5-9.
106. Öztürk H, Demir Ü. Erken Devrede Emzirmenin Anne-Bebek Sağlığı Açısından Yararları. *Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Derg*.
107. Walsh T.B, Tolman R.M, Davis R, Palladino C.L, Romero V.C, Singh V. Moving Up the" Magic Moment": Fathers' Experience of Prenatal Ultrasound. *Fathering: A Journal of Theory, Research & Practice about Men as Fathers*. 2014;12(1).
108. Ohara M, Okada T, Aleksic B, Morikawa M, Kubota C, Nakamura Y, vd. Social Support Helps Protect Against Perinatal Bonding Failure And Depression Among Mothers: A Prospective Cohort Study. *Sci Rep*. 2017;7(1):9546.
109. Maternal Identity Development Education on Maternity Role Attainment and My Baby Perception of Primiparas - Science Direct
110. Siddiqui A, Hägglöf B. Does Maternal Prenatal Attachment Predict Postnatal Mother–Infant Interaction? *Early Hum Dev*. 2000;59(1):13-25.
111. Çankaya S, Yılmaz SD, Can R, Kodaz ND. Postpartum Depresyonun Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi. *ACU Sağlık Bil. Derg*. 2017(4):232-240.
112. Kınık E, Özcan H. Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler Ve Primiparlarda Maternal Bağlanma Durumu. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Derg*. 2020;2(1):47-53.
113. Eren T. Postpartum Depresyon Prevalansı Ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. *Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekim Uzmanlık Tezi İstanbul*; 2007
114. Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması. *Uluslar İnsan Bilim Derg* 2009;6(1).
115. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Bahar Sempozyumları*. 1996;1(1):51-2.

116. Aydın N, İnandi T, Yiğit A, Nalan Sahin Hodoglugil N. Validation Of The Turkish Version Of The Edinburgh Postnatal Depression Scale Among Women Within Their First Postpartum Year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Jun;39(6):483-6.
117. Küçükceran H, Başer D.A, Ağadayı E, Alsancak A.D, Kahveci R. Ankara İli Akyurt Bölgesindeki Gebelerde Demir Eksikliği Anemisi Prevalansı Ve Demir Eksikliğine Sebep Olan Faktörler. *Konuralp Med J.* 2018;10(1):13-9.
118. Çıtlı R, Barut SY, Eğri M, Önder Y. Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. *Çağdaş Tıp Derg.* 2014;4(2):76-83.
119. Etebary S, Nikseresht S, Sadeghipour HR, Zarrindast MR. Postpartum Depression And Role Of Serum Trace Elements. *Iran J Psychiatry.* 2010;5(2):40.
120. Maeda Y, Ogawa K, Morisaki N, Tachibana Y, Horikawa R, Sago H. Association Between Perinatal Anemia And Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study Of Japanese Women. *Int J Gynecol Obstet.* Ocak 2020;148(1):48-52.
121. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association Between Maternal Anaemia And Postpartum Depression In An Urban Sample Of Pregnant Women In Iran. *J Health Popul Nutr.* 2013;31(3):398.
122. Abdulghani H, Alharbi A. Risk Factors Associated With Postpartum Depression In The Saudi Population. *Neuropsychiatr Dis Treat.* Şubat 2014;311.
123. Bener A, Sheikh J, Gerber L.M. Prevalence Of Psychiatric Disorders And Associated Risk Factors In Women During Their Postpartum Period: A Major Public Health Problem And Global Comparison. *Int J Womens Health.* 2012; 4: 191–200.
124. Keskin N. İstanbul'un Bir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi İstanbul 2018.
125. Can R, Sayiner FD, Ünsal A, Ayrancı Ü. Postpartum Dönemdeki Kadınların Depresyon Ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Sağlık Bilim Üniversitesi Hemşire Derg.* 2020;2(2):73-80.
126. Türkçapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic And Clinical Features Of Postpartum Depression Among Turkish Women: A Prospective Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* Aralık 2015;15(1):108.
127. Arı S. Anne Bebek Bağlanması İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul-2012
128. Oruç M, Kukulu K. The Relationship Between Maternal Function And Maternal Attachment Of Women During The Postpartum Period. *J Reprod Infant Psychol.* 2022 Jul;40(3):288-298
129. Shin H, Kim YH. Maternal Attachment Inventory: Psychometric Evaluation Of The Korean Version. *J Adv Nurs.* Ağustos 2007 Aug;59(3):299-307.
130. Figueiredo B, Costa R. Mother's Stress, Mood And Emotional Involvement With The Infant: 3 Months Before And 3 Months After Childbirth. *Arch Womens Ment Health.* 2009 Jun;12(3):143-53.
131. Örün E, Yalçın S.S, Mutlu B. Relations Of Maternal Psychopathologies, Social-Obstetrical Factors And Mother-Infant Bonding At 2-Month Postpartum: A Sample Of Turkish Mothers. *World J Pediatr.* 2013 Nov;9(4):350-5.
132. Daglar G, Nur N. Level Of Mother-Baby Bonding And Influencing Factors During Pregnancy And Postpartum Period. *Psychiatr Danub.* 2018;30(4):433-40.

133. O'Higgins M, Roberts ISJ, Glover V, Taylor A. Mother-Child Bonding At 1 Year; Associations With Symptoms Of Postnatal Depression And Bonding İn The First Few Weeks. Arch Womens Ment Health. 2013 Oct;16(5):381-9.
134. Mutlu C, Yorbik Ö, Tanju IA, Çelikel F, Sezer RG. Doğum Öncesi, Doğum Sırası Ve Doğum Sonrası Etkenlerin Annenin Bağlanması İle İlişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2015; 16:442-450
135. Keskin F, Yagmur Y. The Factors Affecting Maternal Attachment İn Eastern Turkey. Int J Caring Sci. 2020;13(2):858-66.
136. Çapuk H. 1-8 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirme Ve Doğum Şeklinin Maternal Bağlanmaya Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-2018
137. Çoban A. Doğum Sonrası Anne-Yenidoğan Etkileşimini Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir;2003.
138. Çınaklı Ş, Arslantaş H. Adölesan Olan Ve Olmayan Annelerde Çocukluk Çağı Travmaları, Postpartum Depresyon Ve Maternal Bağlanma. Çukurova Med J. 2021;46(2):789-800.
139. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yıldırım Y, Koyuncu FM. Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor? ISRN Obstet Gynecol. Dec 13 2012;2012:1-6.
140. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Postpartum psychiatric problems of mothers: review. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2007;17(2):126-33.
141. Dağlı E. How Do Birth Satisfaction, Perceived Stress, And Some Factors Affect The Risk Of Postpartum Depression? Black Sea J Health Sci. March 01 2024;7(2):80-7.
142. Glavin K, Smith L, Sörum R. Prevalence Of Postpartum Depression İn Two Municipalities İn Norway. Scand J Caring Sci. Aralık 2009;23(4):705-10.
143. Adewuya AO. The Maternity Blues İn Western Nigerian Women: Prevalence And Risk Factors. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(4):1522-5.
144. Arslan F. Primipar Annelere Gebelikte Ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık Ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. (Doktora Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Ana Bilim Dalı, 2001-Ankara.
145. Yılmaz S.D, Beji N.K. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon Ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Ve Bunları Etkileyen Faktörler. 2010
146. Cuijllits I, Van De Wetering AP, Endendijk JJ, Van Baar AL, Potharst ES, Pop VJM. Risk And Protective Factors For Pre- And Postnatal Bonding. Infant Ment Health J. 2019 Nov;40(6):768-785.
147. Durualp E, Kaytez N, Girgin BA. Evlilik Doyumu Ve Maternal Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(2):129-138
148. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, vd. Mapping Global Prevalence Of Depression Among Postpartum Women. Transl Psychiatry. 2021;11(1):543.
149. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence And Correlates Of Postpartum Depression İn First-Time Mothers. J Abnorm Psychol. 1991;100(4):594.
150. Aderibigbe YA, Riley W, Lewin T, Gureje O. Factor Structure Of The 28-Item General Health Questionnaire İn A Sample Of Antenatal Women. Int J Psychiatry Med. 1996;26(3):263-9.
151. Aydın C.M. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Postpartum Depresyon Hakkında

- Bilgilerinin İncelenmesi.(Yüksek Lisans Tezi) Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Kars;2020.
152. Çınar N, Yalınzoğlu Çaka S, Topal S, Uslu Yuvacı H. Relationship Between Prenatal And Maternal Attachment: A Longitudinal Study From Turkey. J Obstet Gynaecol. 2022Feb;42(2):220-7.
153. Kayaci M. Maternal Bağlanmayı Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi(Yüksek Lisans Tezi) Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, Türkiye;2008
154. Nur N, Çetinkaya S, Bakır D.A, Demirel Y. Prevalence Of Postnatal Depression And Risk Factors İn Women İn Sivas City. Cumhuriyet Tıp Derg. 2004;26(2):55-9.
155. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Vd. Clinical And Sociodemographic Risk Factors Effecting Level Of Postpartum Depressive Symptoms During Postpartum Period. Türkiye Klin J Gynecol Obst. 2004;14(5):252-7.
156. Çimen K, Varol H. Maternal Bağlanma Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Derg. 2021;4(3):126-35.
157. Şahin B, Bingöl FB. The Relation Between Postpartum Maternal Traumatic Stresss And Bonding. Psikiyatri Hemşireliği Derg. 2021;12(3):227-36.
158. Uçar H. Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları İle Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Sağlık Bilim Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi) Atatürk Üniversitesi,Erzurum-2014
159. Kettunen P, Hintikka J. Psychosocial Risk Factors And Treatment Of New Onset And Recurrent Depression During The Post-Partum Period. Nord J Psychiatry. 2017 Jul;71(5):355-361.
160. Akçalı Aslan P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy AN, Kirkan T.S, Daloglu GA. Prevalence Of Depressive Disorders And Related Factors İn Women İn The First Trimester Of Their Pregnancies İn Erzurum, Turkey. Int J Soc Psychiatry. 2014Dec;60(8):809-17.
161. Park J hwan, Karmaus W, Zhang H. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms in Korean women throughout pregnancy and in postpartum period. Asian Nurs Res. 2015;9(3):219-25.
162. İnandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk Factors For Depression İn Postnatal First Year, İn Eastern Turkey. Int J Epidemiol. 2002;31(6):1201-7.
163. Engin N, Ayyıldız T. Anne-Bebek Bağlanmasının Annelik Algısı Ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2021;5(3):583-96.
164. Kırca AŞ, Savaşer S. Doğum Sayısının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisi. Sağlık Bilim Ve Meslekleri Derg. 2017;4(3):236-43.
165. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum Depresyon İle İlişkili Risk Faktörleri. J Clin Obstet Gynecol. 2010;20(3):141-8.
166. Danacı EA, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli İ. The Prevalence Of Postpartum Depression İn Manisa Province And Influencing Factors. Turk Psikiyatri Derg. 2000;11(3):204-11.
167. Özdemir S. Konya İlinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Sosyodemografik Etmenler.(Uzmanlık Tezi) Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Konya;2007
168. Kirpınar İ, Gözümlü S, Pasinlioğlu T. Prospective Study Of Postpartum Depression İn Eastern Turkey Prevalence, Socio-Demographic And Obstetric Correlates, Prenatal Anxiety And Early

- Awareness. J Clin Nurs. Şubat 2010;19(3-4):422-31.
169. Arga Z. Adölesan Olan Ve Olmayan Annelerde Maternal Bağlanma, Emzirme Öz Yeterlilik Ve Yetersiz Süt Algısının Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum; 2019
170. TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın,(24 Eylül 2024).
171. Ayvaz S, Hocaoglu C, Tiryaki A, Ismail AK. The Incidence Of Postpartum Depression İn Trabzon Province And The Risk Factors During Gestation. Turk J Psychiatry. 2006;17(4):1-8.
172. Akyüz Y. Doğum Yapan Kadınların Maternal Bağlanma Ve Emzirme Öz-Yeterliliği İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi) Okan Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Hemşire Anabilim Dalı İstanbul;2017 Bw
173. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi Ve Sosyal Destek İle İlişkisi. Kriz Derg. 2004;011-8.
174. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social Support And Symptoms Of Postpartum Depression Among New Mothers İn Eastern Turkey. J Obstet Gynaecol Res. Ağustos 2008;34(4):585-93.
175. Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arş.2008; 45(1), 9–13.
176. El-Hage W, Léger J, Delcuze A, Giraudeau B, Perrotin F. Amniocentesis, Maternal Psychopathology And Prenatal Representations Of Attachment: A Prospective Comparative Study. Plos One. 2012;7(7):E41777.
177. Dündükcü Ft, Arslan Ft. Paternal-İnfant Attachment And Determination Of Factors Affecting Attachment. Arch Health Sci Res Online. 2020;7(1):43-9.
178. Batur,G. Birinci Basamakta Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Sosyal Ve Ruhsal Faktörlerin Araştırılması (Uzmanlık Tezi) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Ve Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; Adana; 2021.
179. Bulut A, Yiğitbaş Ç, Bulut A, Tuncay S. Pospartum Süreçte Kadının Kendi Sağlığını Etkileyen Durumlara İlişkin Bilgi Ve Tutumları. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Derg. 2016;2(2):90-9.
180. Uyar M, Öztürk Yıldırım E.N, Duman H, Şahin T.K. Konya İli Meram İlçesinde Yaşayan 18 Yaş Ve Üzeri Gebe Kadınların Depresyon Riski Sıklığının Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Jinekoloji-Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Derg. 2021;18(3):894-900.
181. TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Aile,(15 Mayıs 2024).
182. Bingöl TY, Tel H. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek Ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Derg. 2007;10(3):1-6.
183. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish Women For Postpartum Depression Within The First Postpartum Year: The Risk Profile Of A Community Sample. Public Health Nurs. Mart 2007;24(2):176-83.
184. Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, Vd. Antenatal Risk Factors Of Postpartum Depression At 20 Weeks Gestation İn A Japanese Sample: Psychosocial Perspectives From A Cohort Study İn Tokyo. Plos One. 2015;10(12):e0142410.
185. Ceulemans M, Foulon V, Ngo E, Panchaud A, Winterfeld U, Pomar L, vd. Mental Health Status Of Pregnant And Breastfeeding Women During The COVID-19 Pandemic—A Multinational Cross-Sectional Study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021Jul;100(7):1219-29.

186. Lee YJ, Yi SW, Ju DH, Lee SS, Sohn WS, Kim IJ. Correlation Between Postpartum Depression And Premenstrual Dysphoric Disorder: Single Center Study. *Obstet Gynecol Sci.* 2015;58(5):353-8.
187. Filha MMT, Ayers S, Da Gama SGN, Do Carmo Leal M. Factors Associated With Postpartum Depressive Symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord.* 2016;194:159-67.
188. Lin PY, Chiu TH, Ho M, Chang JPC, Chang CHC, Su KP. Major Depressive Episodes During Pregnancy And After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study In Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2019;118(11):1551-9.
189. Taşpınar A, Pakyürek G. Sigara Kullananlarda Depresyon Düzeyinin Dikkat Performansına Etkisi. *Bağımlılık Derg.* 21(1):34-43.
190. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019), Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Cumhurbaşkanlığı Strateji Ve Bütçe Başkanlığı Ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye;2018.
191. Backhausen Mg, Ekstrand M, Tydén T, Magnussen Bk, Shawe J, Stern J, Vd. Pregnancy Planning And Lifestyle Prior To Conception And During Early Pregnancy Among Danish Women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2014Feb;19(1):57-65.
192. Öztürk R, Saruhan A. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Depresyon Ve Maternal Bağlanma İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı İzmir;2010
193. Shreffler Km, Spierling Tn, Jespersen Je, Tiemeyer S. Pregnancy Intendedness, Maternal–Fetal Bonding, And Postnatal Maternal–Infant Bonding. *Infant Ment Health J.* Mayıs 2021;42(3):362-73.
194. Gipson Jd, Koenig Ma, Hindin Mj. The Effects Of Unintended Pregnancy On Infant, Child, And Parental Health: A Review Of The Literature. *Stud Fam Plann.* 2008March;39(1):18-38.
195. Güneş E, Işık C. Maternal-Paternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler Ve Ebelik Yaklaşımları. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Derg.* 2023;5(1):89-95.
196. Taş F, Gülpak M, Oktay A.A, Demir N. Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 15 Mart 2019;14(1):24-30.
197. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi Ve Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2006;1(2):92-104.
198. Yazıcıoğlu B, Yavuz E. Gebe Okulu Eğitimlerinin Doğum Korkusu Üzerine Etkisi. *Türkiye Aile Hek Derg.* 2022;26(1):12-6.
199. Gürel SA, Kemik VD. Gebeliğe İlişkin Bilgi Düzeyi, Etkenleri Ve Bunun Doğum Öncesi Bakım Üzerine Etkisi. *J Clin Obstet Gynecol.* 2007;17(2):101-9.
200. Cwiek D, Grochans E, Sowińska-Gługiewicz I, Wysiecki P. Analysis Of Some Pro-Health Behaviors Of Pregnant Women After A Childbirth Education Class. *Wiadomosci Lek Wars Pol* 1960. 2004;57:48-51.
201. Öztürk S, Erci B. Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa Ve Yenidoğan Bakım Eğitimi Maternal Bağlanmayı Arttırdı: Son Test Kontrol Gruplu Eğitimsel Araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilim Derg.* 2016;5(3):129-34.
202. Şeker S, Sevil Ü. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna

- Ve Bebeğini Algılamasına Etkisi. Turk Klin Obstet-Womens Health Dis Nurs-Spec Top. 2015;1(1):1-9.
203. Karabulut G. Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü/ Psikoloji Bölümü/ Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul;2014.
204. Tosun Güleroğlu F, Onat T. Gebelerde Algılanan Eş Desteği Ve Gebelik Semptomları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg. 18 Haziran 2023;12(2):416-24.
205. Alpar Ş. Kadınların Maternal Bağlanma Algısı Ve Anneliğe İlişkin Görüşleri. HSP 2018;5(1):6-15.
206. Aydın N, İnandi T, Karabulut N. Depression And Associated Factors Among Women Within Their First Postnatal Year In Erzurum Province In Eastern Turkey. Women Health. 2005;41(2):1-12.
207. Kara Şç. Denizli Pamukkale İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Eşlik Eden Risk Faktörleri.(Uzmanlık Tezi)Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli;2016.
208. Babacan G. A, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. New Symposium , vol.50, no.3, 145-154.
209. Çakır EÖ, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. Evaluation of Prenatal Care Services in Istanbul Adalar District. Turk J Fam Med Prim Care. 2019;13(2):111-8.
210. Kutlu R, Uzun L, Karaoğlu N, Görkemli H. Awareness of Pregnant Women About Routine Applied Screening Tests and Supportive Treatments in a University Hospital. Istanbul Med J 2020;21(1):71-72.
211. Beard J.L, Hendricks M.K, Perez E.M, Murray-Kolb L.E, Berg A, Vernon-Feagans L, vd. Maternal Iron Deficiency Anemia Affects Postpartum Emotions And Cognition. J Nutr. 2005;135(2):267-72.
212. Accortt EE, Schetter CD, Peters RM, Cassidy-Bushrow AE. Lower Prenatal Vitamin D Status And Postpartum Depressive Symptomatology In African American Women: Preliminary Evidence For Moderation By Inflammatory Cytokines. Arch Womens Ment Health. 2016 April;19(2):373-83.
213. Robinson M, Whitehouse AJO, Newnham JP, Gorman S, Jacoby P, Holt BJ, Vd. Low Maternal Serum Vitamin D During Pregnancy And The Risk For Postpartum Depression Symptoms. Arch Womens Ment Health. 2014Jun;17(3):213-9.
214. Gur Eb, Gokduman A, Turan Ga, Tatar S, Hepyilmaz I, Zengin Eb, Vd. Mid-Pregnancy Vitamin D Levels And Postpartum Depression. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;179:110-6.
215. Eswi A, Khalil A. Prenatal Attachment And Fetal Health Locus Of Control Among Low Risk And High Risk Pregnant Women. World Appl Sci J. 2012;18(4):462-71.
216. Selcuki Nft, Bahat Py, Turan G, Aksoy U, Bagci K, Ozdemir I. Postpartum Evaluation Of The Role Of Maternal Characteristics And Mode Of Delivery On Maternal Attachment, Anxiety And Depression; A Study Conducted In Turkey. Acta Biomed.2022Mar14;93(1):e2022011.
217. Lai YL, Hung CH, Stocker J, Chan TF, Liu Y. Postpartum Fatigue, Baby-Care Activities, And Maternal-Infant Attachment Of Vaginal And Cesarean Births Following Rooming-In. Appl Nurs Res. 2015;28(2):116-20.
218. Patel Rr, Murphy Dj, Peters Tj. Operative Delivery And Postnatal Depression: A Cohort Study.

Bmj. 2005;330(7496):879.

219. Carter Fa, Frampton Cm, Mulder Rt. Cesarean Section And Postpartum Depression: A Review Of The Evidence Examining The Link. *Psychosom Med.* 2006;68(2):321-30.
220. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Chatzi L, Vd. Antenatal Maternal Mental Health As Determinant Of Postpartum Depression İn A Population Based Mother–Child Cohort (Rhea Study) İn Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Mayıs 2014;49(5):711-21.
221. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022, Bora Başara B.,Soytutan Çağlar İ., Aygün A.,Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü,Sağlık Bakanlığı,88-89.
222. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry.* 2002 Jan;159(1):43.
223. Taştekné F. Postpartum Depresyonun Gelişimindeki Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler(Yüksek Lisans Tezi). İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul;2019.
224. Altun E, Kaplan S. Doğum Travmasının Anne Ve Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi. *Türkiye Sağlık Bilim Ve Araştırmaları Derg.* 2020;4(1):54-66.
225. Annagür BB, Annagür A. Doğum Sonrası Ruhsal Durumun Emzirme İle İlişkisi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* 2012;4(3):279-92.
226. WHO U. Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi Ve Desteklenmesi. *Ank Ajans-Türk Matbaacılık S.* 1998;10-2.
227. Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. Erken Postpartum Dönemde Emzirme Ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bül.* 2014;48(2):124-31.
228. SÜNTER AT, GÜZ H, CANBAZ S, DÜNDAR C. Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *Uzmanlık Sonrası Eğitim Ve Güncel Gelişmeler Derg.* 2006;3(1):26-31.
229. Gross KH, Wells CS, Radigan-Garcia A, Dietz PM. Correlates Of Self-Reports Of Being Very Depressed İn The Months After Delivery:Resultsfrom The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System *Matern Child Health J.* 2002;6(4):247-53.
230. Xia M, Luo J, Wang J, Liang Y. Association Between Breastfeeding And Postpartum Depression: A Meta-Analysis. *J Affect Disord.* 2022;308:512-9.
231. Turner CT, Papinczak TA. An Analysis Of Personal And Social Factors İnfluencing İnitiation And Duration Of Breastfeeding İn A Large Queensland Maternity Hospital. *Breastfeed Rev.* 2000;8(1):25-33.
232. Başer DA. Postpartum Depresyon İle Emzirme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Ankara Med J.* 2018;18(3):276-85.
233. Başdaş Ö, Efe YS, Erdem E, Özdemir A, Güneş T, Öztürk A. Anne Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler. *YOBÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 2022;3(2):130-6.
234. Uludağ A, Uludağ A, Ünlüoğlu İ. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkma Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi. *Konuralp Med J.* 2012;4(3):19-26.
235. Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovitch R, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Mother's Attachment Representations Of Their Premature İnfant At 6 And 18 Months After Birth. *Infant Ment Health J.* Eylül 2006;27(5):494-508.

