



**T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR  
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**POSTPARTUM DEPRESYONU OLAN HASTALARIN YETİŞKİN  
BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN, ANNE-BEBEK BAĞLANMASI  
ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Semiha SELÜK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL- 2019**





**T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR  
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**POSTPARTUM DEPRESYONU OLAN HASTALARIN YETİŞKİN  
BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN, ANNE-BEBEK BAĞLANMASI  
ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Semiha SELÜK**

**Uzm. Dr. Buket GÜNGÖR, Başasistan**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL- 2019**

## I. TEŞEKKÜR

*Sağladığı çalışma ortamı ve eğitimime olan katkılarından dolayı hastanemiz Başhekimisi Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,*

*Bilgi birikimi ve tecrübelerinden her daim yararlandığım, her konuda desteğini esirgemeyen klinik şefim Doç. Dr. Erkan AYDIN'a,*

*Asistanlık eğitimimde ufkumu genişleten, beni cesaretlendiren ve her konuda destek olan, hayatımda her anlamda örnek aldığım eski klinik şefim Prof. Dr. Nazan AYDIN'a,*

*Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocalarım Doç. Dr. Cem İLNEM, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Ekrem Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN, Doç. Dr. Ayhan KÖKSAL'a,*

*Tezimin her aşamasında engin bilgileri ile beni yönlendiren, göstermiş olduğu emek ve desteğinden dolayı tez danışmanım Uz. Dr. Buket GÜNGÖR'e,*

*Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, her birinden çok şey öğrendiğim ve paylaştığım, özellikle Doç. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN, Dr. Nalan ÖZTÜRK ve Dr. Ayça ÖNGELE ATAR başta olmak üzere tüm uzman ve asistan hekim arkadaşlarıma,*

*Başta 15. psikiyatri kliniği olmak üzere, asistanlık sürecinde çalıştığım tüm kliniklerde yardımlarını esirgemeyen sağlık ekibine,*

*Bana çok şey öğreten ve öğretmeye devam eden hastalarım,*

*Beni özveriyle yetiştiren, varlıklarından güç aldığım, her daim yanımda olan, sabırlarını ve sevgilerini esirgemeyen canım annem ve babama,*

*Çok teşekkür ederim...*

Dr. Semiha SELÜK

İstanbul, 2019

## II. İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

<b>I. TEŞEKKÜR</b> .....	<b>i</b>
<b>II. İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ii</b>
<b>III. ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>IV. ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>V. KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>VI. TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. BAĞLANMA KURAMI .....	3
2.1.1. Bebeklikte ve Çocuklukta Bağlanma Biçimleri .....	4
2.1.2. Erişkinlikte Bağlanma .....	5
2.1.3. Bağlanma ve Psikopatoloji .....	7
2.2. POSTPARTUM DEPRESYON .....	8
2.2.1. Klinik ve Tanısı .....	9
2.2.2. Görülme Sıklığı .....	10
2.2.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri .....	10
2.2.4. Anne-Bebek İlişkisi ve Çocuğun Gelişimine Etkisi .....	12
2.2.5. Tedavisi .....	13
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>14</b>
3.1. YÖNTEM .....	14
3.1.1. Çalışma Evreni .....	14
3.1.2. Örneklem .....	14
3.2. GEREÇLER .....	16
3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	16
3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu .....	16
3.2.3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I; Structured Clinical Interview for DSMIV Axis Disorders) .....	16

3.2.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	16
3.2.5. Postpartum Bağlanma Ölçeği (The Postpartum Bonding Instrument).....	17
3.2.6. İlişki Ölçekleri Anketi(Relationship Scales Questionnaire) .....	17
3.3. İŞLEM .....	18
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	19
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>20</b>
4.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	20
4.2. GRUPLARIN EVLİLİK ÖYKÜSÜ İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİ.....	23
4.3. GRUPLARIN DOĞURGANLIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ.....	26
4.4. GRUPLARIN KLİNİK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ.....	33
4.5. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	35
4.6. ÖLÇEKLERİN KENDİ İÇİNDE VE BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	39
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>44</b>
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>56</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>58</b>
<b>8. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>68</b>
<b>9. EKLER .....</b>	<b>70</b>
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....	70
EK 2 - HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU .....	71
EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU.....	73
EK 4 - POSTPARTUM BAĞLANMA ÖLÇEĞİ .....	78
EK 5 - EDİNBURGH DOĞUM SONU DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	79
EK 6 - İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ.....	81

### III. ÖZET

#### POSTPARTUM DEPRESYONU OLAN HASTALARIN YETİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN, ANNE-BEBEK BAĞLANMASI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Semiha SELÜK

**AMAÇ:** Postpartum Depresyon (PPD) tanısı olan hastalar ile postpartum (PP) dönemdeki sağlıklı kontrollerin yetişkin bağlanma biçimleri ile anne-bebek bağlanmasının karşılaştırılması; PPD ile yetişkin bağlanma biçimlerinin, anne-bebek bağlanmasını etkileyip etkilemediğinin ortaya koyulması amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlar ile güvensiz yetişkin bağlanma biçimlerinin, PPD ve anne-bebek bağlanma sorunları için bir öngördürücü olup olmadığının tespit edilmesi, PP dönemdeki annelerin ruhsal sıkıntılarını erken fark etmenin ve tedavi etmenin anne-bebek bağlanması açısından önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ayaktan izlemi ve tedavisi süren, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan ve DSM 5 tanı ölçütlerine göre PPD tanısı alan o sırada atakta olan 24 ve o sırada remisyonda olan 37 toplamda 61 hasta ile PP dönemde olan 40 tane sağlıklı kadın alındı. Uygulamada kişilere çalışma hakkında bilgi verildi, bilgilendirilmiş onam formunu dolduran gönüllü katılımcılar çalışmaya dahil edildi. SCID-I görüşmesi ile depresyon tanısı konulan hastalara Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) uygulandı. Gruplara sosyodemografik veri formu, Postpartum Bağlanma Ölçeği (PBÖ) ve İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) uygulandı. Ayrıca kontrol grubunun iyilik halinin doğum sonrası 12. aya kadar sürdüğü kontrol edildi.

**BULGULAR:** PPD atak grubunun; PP bebeğe güvensiz bağlanma, bebeği reddetmesi ve bebeğe yönelik sinirlilik oranı diğer gruplardan yüksek çıkmıştır. PPD remisyon ve kontrol grupları arasında bu değişkenler açısından fark saptanmamıştır. EDSDÖ ile PBÖ bağlanma bozukluğu, reddetme ve sinirlilik ile bebek bakımında gerginlik alt grubu puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. EDSDÖ'nün PP bağlanma bozukluğu olup olmadığını %77 olasılıkla doğru tanıdığı tespit edilmiştir. PPD atak dönemindeki hastaların bebek bakımını diğer gruplardan daha zor olarak algıladıkları; tedaviye PPD remisyon grubundan daha geç başvurdukları saptanmıştır. PPD tanısı olan hastalarda eş ile iletişimin daha kötü olduğu, plansız ve istemsiz gebelik oranının yüksek olduğu, cinsiyet tercihi varlığının daha sık olduğu ve bu hastaların uykunun önemi hakkında daha az bilgili oldukları tespit edilmiştir.

**SONUÇ:** PPD'nin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği, tedavi ile bu etkinin geçebileceği saptanmıştır. PPD'nin erken tanı ve tedavisi ile olumsuz sonuçlarının önüne geçilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Postpartum Depresyon, Anne-Bebek Bağlanması, Yetişkin Bağlanma Biçimleri

**İletişim:** semihask@hotmail.com

## IV. ABSTRACT

### INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF ADULT ATTACHMENT STYLES OF PATIENTS WITH POSTPARTUM DEPRESSION, ON MOTHER-INFANT BONDING

Dr. Semiha SELÜK

**OBJECTIVE:** The aim of the study was to compare adult attachment styles and maternal-infant bonding of postpartum depression (PPD) patients and healthy controls in postpartum (PP) period, and to determine whether PPD and adult attachment styles affect maternal-infant bonding. It was intended to determine whether insecure adult attachment styles are predictive for PPD and mother-infant bonding problems and draw attention to the importance of early detection and support mothers' mental distress in this period and the importance for mother-infant bonding.

**METHOD:** A total of 61 patients with 24 period of attack and 37 period of remission diagnosed with PPD according to DSM-5 and participate in the study criteria who had been treated in general psychiatry outpatient clinic of Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Research and Training Hospital for Psychiatry and Neurology and 40 healthy women who had in the PP period were participated in this study. In practice, the participants were informed about the study and volunteers who filled out the informed consent form were included in the study. Patients who were diagnosed with depression by the SCID-I interview had administered the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Sociodemographic data form, Postpartum Bonding Instrument (PBI) and Relationship Scales Questionnaire (RSQ) had applied to the cases. In addition, it had checked that the well-being of the control group until the postpartum 12th month.

**RESULTS:** In the PPD of attack period cases; PP period, the rate of insecure bonding to the infant, rejection of the infant and irritability rate were higher than the other groups. There was no difference between PPD of remission period and control group. A positive correlation had found between the scores of EPDS with the scores of the subgroups of PBI bonding disorders, rejection, and irritability and anxiety about infant care. It had determined that the EPDS was able to correctly identify the PP bonding disorder with a probability of 77%. It had determined that the cases in the PPD attack period perceived the infant care as more hard than the other groups. It had determined that PPD remission group applied for treatment earlier than attack group. PPD diagnosis cases, which is worse than the communication with their spouses, where there are high unplanned and unintended pregnancy rates, gender preference is more frequent and were found to be less knowledgeable about the importance of sleep in these cases.

**CONCLUSION:** It has determined that PPD negatively effects maternal-infant bonding and this effect could have achieved by treatment. Negative consequences of PPD can be avoided with early diagnosis and treatment.

**Key words:** Postpartum Depression, Maternal-Infant Bonding, Adult Attachment Style

**Contact address:** semihask@hotmail.com

## V. KISALTMALAR

- DSM-IV-TR** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
Fourth Edition Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal  
El Kitabı, Dördüncü Baskı, Metin Revizyonu)
- DSM 5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition  
(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı)
- EDSDÖ** : Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
- EKT** : Elektrokonvülsif Tedavi
- ICD-10** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health  
Problems- 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10)
- İÖA** : İlişki Ölçekleri Anketi
- IQ** : Intelligence Quotient
- N** : Denek Sayısı
- ODDS** : Odds Ratio (Tahmini Rölatif Risk)
- P** : Anlamlılık
- PBÖ** : Postpartum Bağlanma Ölçeği
- PP** : Postpartum
- PPD** : Postpartum Depresyon
- $r_s$**  : Spearman Korelasyon Katsayısı
- SCID-I** : The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (DSM-IV  
Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme)
- SPSS** : Statistical Pa

## VI. TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1:</b> Bartholomew'in Dörtlü Bağlanma Modeli .....	6
<b>Tablo 2:</b> Postpartum Duygudurum Bozuklukları: Başlangıç, Süre ve Tedavi Özeti ..	9
<b>Tablo 3:</b> Demografik Özelliklere Göre Grupların Değerlendirilmesi-1.....	21
<b>Tablo 4:</b> Demografik Özelliklere Göre Grupların Değerlendirilmesi-2.....	23
<b>Tablo 5:</b> Evlilik Özelliklerine Göre Grupların Değerlendirilmesi .....	25
<b>Tablo 6:</b> Doğurganlık Özelliklerine Göre Grupların Değerlendirilmesi.....	27
<b>Tablo 7:</b> Geçirdikleri En Son Gebelik Ve Doğum Özelliklerine Göre Grupların Değerlendirilmesi.....	30
<b>Tablo 8:</b> Postpartum Dönem Bebeğin Bakımı İle İlgili Grupların Karşılaştırılması	32
<b>Tablo 9:</b> Hastaların PPD Klinik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....	35
<b>Tablo 10:</b> PPD Atak Ve Remisyon Hastalarının EDSDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması .....	36
<b>Tablo 11:</b> Grupların Postpartum Bağlanma Ölçeği (PBÖ) Sonuçlarının Karşılaştırması .....	37
<b>Tablo 12:</b> Grupların İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) Sonuçlarının Karşılaştırması ....	38
<b>Tablo 13:</b> EDSDÖ, PBÖ, İÖA Arasındaki Korelasyon Analizi İlişkisi .....	40
<b>Tablo 14:</b> EDSDÖ Riski İle PP Bağlanma Bozukluğu Varlığı Arasındaki İlişki .....	41
<b>Tablo 15:</b> PP Bağlanma Üzerinde Etkili Olan EDSDÖ Puanının Yordanmasına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonucu .....	41
<b>Tablo 16:</b> PPD Atak Grubu Ölçek Sonuçları İle Hastaların Sosyodemografik Verilerinin İlişkisi ve Korelasyonu.....	42
<b>Tablo 17:</b> PPD Remisyon Grubu Ölçek Sonuçları İle Hastaların Sosyodemografik Verilerinin İlişkisi ve Korelasyonu.....	43

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anne ve bebek birlikteliğinde bağlanma kavramlarını açıklayan “attachment” ve “bonding” kelimeleri Türkçeye aynı kelime karşılığı ile çevrilmiştir. Bununla birlikte “attachment”, bebeğin anne ya da bakıcısına bağlanma sürecini ifade eder ve bağlanma yönü bebekten anneye doğrudur; “bonding” ise annenin bebeğine bağlanma sürecini tanımlar ve bağlanma yönü anneden bebeğe doğrudur.

Bağlanma (attachment), Bowlby ve Ainsworth’un tanımladığı çocuk ile birincil bakım veren kişi arasında gelişen ilişkide, çocuğun bakım ve yakınlık arayışı ile kendini gösteren duygu ve davranışlardır (1). Özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (1).

Tekrarlayan bağlanma bağlantılı deneyimlerin sonucu olarak bebek, biriktirilmiş kendilik bilgisi, bağlanma figürleri ve bağlanma ilişkilerini de içine alan bir ‘içsel çalışan model’ geliştirir (2). Bowlby, bu modelin benliğe ve başka kişilere ilişkin beklentilerin, çocuklukta ve yetişkinlikteki duygu, davranış ve bilişler arasındaki sürekliliğin ana kaynağı olduğunu ifade etmiş ve bunun yetişkin bağlanma biçimlerinin oluşmasında temel bir öge olduğunu öne sürmüştür (2). Bu modeller yaşamın ilk aylarında oluşmaya başlar, ileriki yıllarda da gelişmeye ve değişmeye devam eder (3). Yetişkin bağlanma biçimlerinin de temelini oluştururlar (1).

Bartholomew ve Horowitz (1991) dört boyutlu bağlanma modelini geliştirmişlerdir. *Dörtlü Bağlanma Modeli*’nde benlik ve başkaları modellerinin olumlu ve olumsuz olmasına göre güvenli, saplantılı/kaygılı, korkulu/kaçıncı ve kayıtsız/kaçıncı olmak üzere yetişkin bağlanma biçimleri tanımlanmıştır (4).

Yetişkin bağlanma biçimlerinin, yetişkin psikopatolojisini etkilediğine yönelik çok sayıda çalışma mevcuttur. Güvensiz yetişkin bağlanma biçimlerinin depresyon, kaygı ve madde kötüye kullanımı da dahil olmak üzere çeşitli psikopatolojiler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (5-7). Korkulu yetişkin bağlanma biçimi olanların, doğum sonrası dönemde depresyona girme oranı güvenli yetişkin bağlanması olanlara göre anlamlı

derecede yüksektir (8). Postpartum depresyonu (PPD) olan annelerin, sağlıklı annelere göre daha yüksek oranda güvensiz yetişkin bağlanma biçimi ve güvensiz anne-bebek bağlanmaları olduğu gösterilmiştir (9).

Gebelik ve doğum sonrası; doğal bir yaşam olayı olmakla birlikte, ruhsal bozuklukların görülmesi açısından riskli bir dönemdir (10). PP dönemde ebeveynler, bebeğin bakımını sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, bebekle ilgili problemlerle baş etmek ve yeni rollerini (anne-baba) öğrenmek zorundadırlar. Bu nedenle anneler doğum sonrası, diğer yaşam dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşamaktadırlar (11). Bu dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar postpartum hüznün, PPD ve doğum sonrası psikoz olmak üzere üç kısma ayrılmaktadır (12).

PPD, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içerisinde başlayan ve şiddetli düzeyde depresif mizaç ile kendini gösteren bir duygudurum bozukluğudur (13,14). Ortalama prevalans oranı %13'tür (15).

Yakın zamanda yapılan çalışmalarda, annenin güvensiz yetişkin bağlanma biçimi ve PPD arasında bir bağlantı olduğu gösterilmiştir. PPD tanılı kadınlarda, güvensiz yetişkin bağlanma biçimi görülme oranının daha yüksek olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır (16). Başka bir çalışmada ise güvensiz yetişkin bağlanma biçimine sahip olan kadınlarla, PPD tanısı olan annelerin anne-bebek bağlanmaları karşılaştırılmıştır. Güvensiz yetişkin bağlanma biçimi olan kadınların, güvenli anne-bebek bağlanma oranlarının PPD tanılı kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (8).

Bu tez çalışmasında da PPD tanısı alan kadınlar ile PP dönemdeki sağlıklı annelerin, yetişkin bağlanma biçimleri ile anne-bebek bağlanmaları arasında fark olup olmadığı; PPD tanısı olanların, yetişkin bağlanma biçimlerinin, anne-bebek bağlanmalarını etkileyip etkilemediğinin ortaya konması amaçlanmıştır. Aynı zamanda doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını etkileyen değişkenlerin tanımlanması hedeflenmiştir.

Elde edilen sonuçlar ile PP dönemdeki annelerin ruhsal sıkıntılarını erken fark etmenin ve sıkıntılarının giderilmesi konusunda desteklemenin anne-bebek bağlanması açısından önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BAĞLANMA KURAMI

Bağlanma (attachment), Bowlby ve Ainswort tarafından tanımlanan, yaşamın ilk günlerinden itibaren, çocuk ile birincil bakım veren kişi arasında gelişen duygusal bir bağıdır (1). Özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (1). Bowlby'e göre bağlanmanın oluşmasında; insanları ve hareket eden nesnelere tercih etmeye yönelim, daha sık görülen kişileri diğer insanlardan ayırt etmeyi öğrenmek, tanıdıklarına yakınlık kurma ve tanımadıklarından uzak durma, istenilen sonuçları oluşturan davranışları ayırt etme ve arttırma vardır (17).

Bağlanma kuramı, John Bowlby ve Mary Ainsworth'ün ortak çalışmasıdır. Bowlby'e göre zihinsel olarak sağlıklı büyümek için bebek veya çocuğun, birincil bakım veren kişi ile ikisinin de tatmin olduğu ve keyif aldığı sıcak, samimi ve sürekli bir ilişki yaşaması gerekir. Bu da bağlanmanın temelini oluşturur (17). Yaşamın erken döneminde kurulan bu bağ kişinin yeterliliğini, benlik imgesini, diğer kişilere karşı olan güveni konusunda beklentilerini belirler ve hayat boyu değişime karşı direnç gösterir (18).

Bowlby'nin bağlanma kuramı üzerine ilk yönelimi, uyum sorunu yaşayan çocukların kaldığı bir okulda çalışırken, buradaki iki çocukla ilgili erken yaştaki aile ilişkilerinin kişilik gelişimi üzerindeki etkilerini gözlemlemesi ile başlamıştır. Daha sonra bu alanda birçok çalışma yapmıştır (19).

Bebek ve anne arasındaki bağı sadece temel gereksinimleri karşılamak için olmadığı düşüncesi, Lorenz ve Harlow gibi araştırmacıların yaptıkları hayvan deneyleri ile pekiştirilmiştir. Harlow'un 1958 yılında maymunlar üzerinde yaptığı deneyde, yavru maymunların çıplak tülle kaplı anne maymun maketi tarafından beslendikten sonra, hızlıca vakit geçirmek için havlu ile kaplı maketin olduğu yere yöneldikleri gösterilmiştir (20,21). Dolayısı ile bağlanma sürecinde bebeğin temel

gereksiniminin sadece beslenme olmadığı, bakım verenin yakınlık ve sıcaklığının da önemli olduğu görülmüştür (22).

Bebeklik döneminde bağlanma aşamalar halinde gözlemlenir. Doğum sonrasında meme arama, emme, yutma, yakalama, anneye yönelme ile başlayıp, bakıcıya yönelme, gülümseme, göz teması kurma, sesler çıkarma gibi davranışlar bağlanma davranışlarıdır (23). Bu davranışların amacı hem kendisini koruma hem de çevreyi keşfetmek için gerekli güven duygusunu oluşturabilmektir (17). Bowlby'e göre bağlanmanın üç temel işlevi vardır: fiziksel ihtiyaçlarını karşılama, etraflarını keşfederken geri dönülebilecek güvenli bir üs bulma, hayata dair güvenlik duygusu geliştirebilme (24,25).

Ebeveynin davranışları (ulaşılabilirliği, ihtiyaçlara yanıt verebilirliği, güvenilirliği) ve etkileşim biçimi, daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları belirleyen “içsel çalışan modelleri” oluşturur (2). Bu modeller, yaşamın erken dönemlerinden itibaren bakım verenin gösterdiği tepkiler ile bakım verme deneyimleri sonucunda bebeğin zihninde oluşan bilişsel temsillerdir (1).

İçsel çalışan modeller, birbirini doğrulayıcı ve tamamlayıcı biçimde “değerli ben” ve “güvenilir o” kavramlarının olumlu veya olumsuz olmasına göre şekillenir. Bu iki şema yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı, mesafeyi koruma ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir. Bebeklik döneminde oluşan bu modellerin, yaşamın daha sonraki dönemlerinde kişinin ilişkilerinden beklentilerini, davranışlarını, kendisi ile ilgili algılarını belirlediğine inanılmaktadır (26).

### **2.1.1. Bebeklikte ve Çocuklukta Bağlanma Biçimleri**

Mary Ainsworth ve arkadaşları bebeklerin bağlanma biçimlerinin, annelerinin erişebilirliği ve yanıt verme konusunda tutumlarına göre oluştuğunu gözlemlemiştir. Ugandalı bebekleri gözlemleyerek, bağlanma davranışındaki bireysel farklılıkları ortaya koyduğu “Yabancı Durum Deneyi” ile bağlanma biçimlerini güvenli ve güvensiz (kaygılı/kaçınan ve kaygılı/ikircikli) şeklinde tanımlamıştır (19). “Yabancı Durum Deneyi” yirmi dakikalık bir zaman diliminde, bebek ile annenin oyun oynadığı odaya yabancı bir kişinin gelmesi, daha sonra bebek

ile yabancı kişi oyun oynarken annenin odadan çıkması, bebeğin odada yabancı ile yalnız kalması ve sonrasında, annenin odaya gelmesi şeklinde aşamalı bir deneydir. Bu deney sonucunda bebeklerin verdiği tepkilere göre bağlanma biçimleri üç gruba ayrılır (27).

Güvenli bağlanma gösteren bebekler, annelerinden ayrıldıklarında biraz huzursuzluk göstermekle birlikte anneleri geri dönünce ona karşı olumlu tepkiler vermekte ve kısa süre içerisinde oyun alanına geri dönüp çevreyi keşfetmeye devam etmektedirler. Bu bebekler annelerinin her zaman yanlarında olup, her türlü stres durumunda yardımcı olacaklarını bilirler (28). Güvenli bağlanmanın gelişmesi için bebeğin daimi, tutarlı tepkileri olan, ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması gerekmektedir. Kaygılı/kaçıngan bağlanma biçimine sahip bebeklerin, anneleri gittiğinde pek fazla tepki göstermedikleri, geri döndüğünde ise annelerine ilgisiz davranıp oyun oynamaya devam ettikleri gözlemlenmiştir. Bu bebekler sürekli olarak anneleri tarafından geri çevrildikleri için ayrılığa tepkisiz kalıp, anne döndüğünde de yakın durmazlar. Kaygılı/ikircikli bağlananlar, anneleri ortamdan ayrıldığında çok fazla tepki gösterip ağlamakta, anneleri geri geldiğinde bile huzursuz davranmaya devam etmektedirler. Bu bebekler, ihtiyaçları olduğunda annelerinin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olamayan bebeklerdir (2). Daha sonra Main ve Solomon tarafından dezorganize/dağınık bağlanma biçimi eklenmiştir. Bu gruptaki bebekler yabancı durum testinde tutarsız, dağınık davranış şekilleri göstermektedirler. Bunun altında anneden korkma, ihmal edilme olduğu belirtilmektedir (29).

### **2.1.2. Erişkinlikte Bağlanma**

Bowlby'nin teorisine göre bebekler, birincil bakım veren ile olan erken deneyimlerini, içsel çalışan modeller şeklinde benimsemişlerdir. Bu modeller daha sonraki ilişkiler için prototip görevi gören bilişsel yapılardır (6). Bunlar oluştuktan sonra katılaşırlar ve genellikle değişikliğe uğramadan yaşamın sonraki dönemlerinde kişilerin kendileri ve diğerleri ile ilgili değerlendirmelerinde belirleyici rol oynarlar (30).

Hazan ve Shaver, romantik ilişkileri de bir bağlanma ilişkisi olarak ele almışlardır. Bunları bağlanma kuramı çerçevesinde açıklayarak, Ainsworth ve arkadaşlarının sınıflandırmasına benzer şekilde yetişkin bağlanma biçimlerini tanımlayıp, bu konuda bir ölçek oluşturmuşlardır (30). Güvenli bağlanma gösteren yetişkinlerin hem romantik hem de çocuklukta ebeveyn ile olan ilişkilerinde olumlu deneyim ve inançlara sahip oldukları görülmüştür (31). Kaygılı/kararsız bağlananlar ise ilişkilerinde aşırı kıskanç, terk edilme ve reddedilme korkusu yaşayan, hızlı duygusal iniş çıkışları olan kişilerdir. Kaçınan bağlanma biçimine sahip yetişkinlerde güvensizlik, ilişkileri hakkında olumsuz beklentiler, yakınlık kurmaktan kaçınma gözlemlenmiştir (32).

Daha sonra Bartholomew ve Horowitz içsel çalışan modelleri temel alarak, olumlu ve olumsuz değerlendirilen zihinsel modellere göre; güvenli, saplantılı/kaygılı, kayıtsız/kaçınmacı ve korkulu/kaçınmacı şeklinde dörtlü bağlanma biçimlerini tanımlamışlardır. Bu modelleri kendilik ve başkaları şeklinde ayırmışlardır (Tablo 1).

**Tablo 1:** Bartholomew'in Dörtlü Bağlanma Modeli

<b>BAĞLANMA</b>	<b>KENDİSİ</b>	<b>BAŞKALARI</b>
<b>Güvenli</b>	Olumlu	Olumlu
<b>Saplantılı/Kaygılı</b>	Olumsuz	Olumlu
<b>Kayıtsız/Kaçınmacı</b>	Olumlu	Olumsuz
<b>Korkulu/Kaçınmacı</b>	Olumsuz	Olumsuz

Dörtlü Bağlanma Modeline göre, güvenli yetişkin bağlanma biçimine sahip olan kişilerin hem benlik modelleri hem de başkaları modelleri kapsamında olumlu olan algılara sahip oldukları görülmüştür (33). Bu bireylerin ortak özellikleri, kendilerini sevmeye değer; diğer kişileri de destek verici, güvenilir ve iyi niyetli olarak görmeleridir. Özsaygı ve özerklik düzeyleri yüksektir, yakın ilişkilerden rahatsız olmazlar ve kolay ilişki kurabilirler (34). Ayrıca, terk edilme korkusu taşımazlar ve ciddi anlamda kişiler arası sorunla karşılaşmazlar (35). Stres kaynağı olarak gördükleri olayları daha az tehdit edici olarak değerlendiren bu kişilerin,

bunlarla başa çıkabilecekleri konusunda kendilerine güvenleri yüksektir. Sıkıntılı durumları açıkça tartışıp, çözüm bulmaya çalışırlar (36).

Saplantılı/kaygılı yetişkin bağlanma biçimine sahip olan kişilerin; kendileriyle ilgili değerlendirmeleri olumsuz, diğerleriyle ilgili değerlendirmeleri ise olumludur (37). Bu kişilerin ikili ilişkilerde kendilerini gösterme/ispat etme eğilimi içine girdikleri görülür (38). Partnerlerine karşı aşırı yakınlık eğilimleri, bazen onlara karşı bağımlı duruma gelmelerine sebep olabilmektedir. Bağımlı bir ilişki örüntüsü sergileyen bu kişiler, yakınlıktan rahatsız olmazken, terk edilme korkusu yaşarlar (39). Geçmiş hayatlarına bakıldığı zaman anne ve baba sevgisi ile onların onaylarını yeteri kadar alamadıkları görülmüştür (40).

Korkulu/kaçınmacı yetişkin bağlanma biçimi bulunan kişilerde hem benlik modeli hem de başkaları modeli olumsuzdur (30). Genel olarak kendilerini değersiz görürler. Ayrıca, bu kişiler reddedilme korkularından dolayı riskli buldukları ortamlarda bulunmamayı tercih eder ve yakın ilişkilerde de üzülmemek için kaçınarak kendilerini koruma altına alırlar (41). Sosyal olaylara karşı aşırı duyarlıdırlar ve sağlıklı ilişkiler kuramazlar (5).

Kayıtsız/kaçınmacı yetişkin bağlanma biçimine sahip olanlar ise; kendilerini değerli, sevilebilir olarak gören, bağımsızlığa önem veren, ancak yakın ilişkilerinde reddedilmemek, hayal kırıklığına uğramamak gibi nedenlerden dolayı kaçınma davranışı sergileyen, olumlu benlik algılarına zarar vermemek için yakın ilişkilerin çok da önemli olmadığına inanan kişilerdir (41).

### **2.1.3. Bağlanma ve Psikopatoloji**

Bowlby, bebeklik döneminde oluşan bağlanma biçiminin daha sonraki dönemlerde kişinin kurduğu ilişkiler ve davranışlarıyla, strese neden olan olaylarla başa çıkabilmesiyle ve oluşabilecek psikopatolojilerle yakından ilişkili olduğunu söylemiştir (28). Yetişkin bağlanma biçimlerinin, yetişkin psikopatolojisini etkilediğine yönelik çok sayıda çalışma mevcuttur. Bazı araştırmacılar, yetişkinlikte ortaya çıkan psikopatolojik sorunların temelini çocukluk çağındaki güvensiz bağlanma biçiminden (kaygılı-kaçınan) kaynaklanabileceğini ileri sürmektedir (5-7). Pielage ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, güvensiz bağlanan bireylerin

olaylara karşı daha stresli bir algılama içinde olduklarını, buna bağlı olarak da psikopatolojik semptomları yaşamaya daha yatkın olduklarını belirtmişler (7).

Güvensiz yetişkin bağlanma biçimlerinin depresyon, kaygı, kronik ağrı bozukluğu, kişilik bozuklukları, panik bozukluk, fobi, obsesif kompulsif bozukluk ve madde kötüye kullanımı gibi psikopatolojiler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (42-44). Kaygılı/saplantılı bağlanma biçimi, anksiyete ve depresif bozukluklarla; kayıtsız/kaçıngan bağlanma ise davranış bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (45).

Lise öğrencilerinin kendi bağlanmalarına ilişkin algıları; depresyon, madde kullanımı, yeme bozuklukları ve kişilik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur (46). Başka bir çalışmada ergenlikte güvensiz bağlanmanın erişkin dönemdeki ilişkiler açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir (47). Kaygılı bağlanma biçimine sahip çocukların daha sonraki dönemde anksiyete bozukluğu geliştirme açısından risk altında olduğu gösterilmiştir (45).

Korkulu yetişkin bağlanma biçimi olanların doğum sonrası dönemde depresyon tanısı alma oranı anlamlı derecede yüksektir (16,48,49). PPD; annenin, bebeğin ve ailenin bir takım güçlükler yaşamasına neden olmakta ve ebeveynlik rolüne girmesini zorlaştırmaktadır (50) . Postpartum depresyondaki (PPD) annelerin, sağlıklı annelere göre daha yüksek oranda güvensiz yetişkin bağlanma biçimine ve anne-bebek bağlanmasına sahip olduğu gösterilmiştir (9).

## **2.2. POSTPARTUM DEPRESYON**

Gebelik ve doğum sonrası, doğal bir yaşam olayı olmakla birlikte önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı bir zamandır. Aynı zamanda da ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönemdir (10). Doğum sonrası; annenin uykusuzluk, emzirme, bebek bakımını sağlama, bebeğe güvenli bir çevre kurma, evlilik ve diğer ilişkilerinde yeniden düzenlemeler yapma, sosyal izolasyon gibi birçok zorlukla baş etmesi gereken bir dönemdir (51). Bu nedenle anneler PP, diğer yaşam dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşamaktadırlar (11). PP ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar annelik hüznü, PPD ve doğum sonrası psikoz

olmak üzere üç kısma ayrılmaktadır (12). Tablo 2’de başlangıç süreleri, prevelansları ve tedavileri gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Postpartum Duygudurum Bozuklukları: Başlangıç, Süre ve Tedavi Özeti

Psikiyatrik Hastalık	Prevelans	Başlangıç	Süre	Tedavi
Annelik Hüznü	%30-75	3.veya 4. Gün	Birkaç gün	Tedavi gerektirmez
Postpartum Depresyon	%10-15	12 ay içerisinde	Haftalar-aylar	Genellikle tedavi gerekir
Postpartum Psikoz	%0,1-0,2	2 hafta içerisinde	Haftalar-aylar	Genellikle hospitalizasyon gerekir

Annelik hüznü; en sık gözlenen PP duygudurum bozukluğu olup, annelerin %30-75’ini etkilemektedir (14). Genellikle doğumdan sonraki 3. veya 4. günde başlar ve ortalama 2 hafta içerisinde geçer. Duygulanım değişiklikleri, sinirlilik, kaygı, uyku ve iştahsızlık gibi belirtiler görülür. Tedavi gerektirmez. Annelik hüznü yaşayan kadınların %20’sinde PPD geçirme riski vardır (9).

Postpartum psikoz, doğum sonrası başlangıçlı hastalıklardan en ciddi ve nadir görülenidir. %0,1-0,2 oranında görülür (11). Hızlı başlangıçlıdır, genellikle doğumdan sonraki 2 hafta içerisinde başlar. Depresif ya da hızlı duygudurum değişiklikleri, sanrılar, varsanılar ve bebeğine zarar verme düşünceleri gibi belirtilerle kendisini gösterir. Yapılan çalışmalar temel risk faktörünün genetik olduğunu düşündürmektedir. İnfantisit riski vardır ve tedavide hastaneye yatırılmaları gereklidir (10).

### 2.2.1. Klinik ve Tanısı

PPD, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içerisinde başlayan ve ciddi derecede şiddetli depresif duygulanım ile kendini gösteren bir duygudurum bozukluğudur (13,14). Başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir (13). PPD’de annenin kendini izole hissetmesi, yalnızlık duygusuna kapılması, ağlama, uykusuzluk, sinirlilik, iştahsızlık, dikkat eksikliği, kendini değersiz hissetme veya kişisel görünümüne dikkat etmeme gibi belirtiler bulunabilir. Bazı anneler bebeğin

sağlığı ve beslenme alışkanlıkları konusunda aşırı endişelenebilir ve kendilerini yetersiz ve “kötü” bir anne olarak görebilirler (51).

Doğum sonrası normal sayılabilecek uyku, iştah ve libido değişiklikleri, yorgunluk ve endişe gibi belirtilerin PPD semptomları ile benzerlik göstermesi, tanısının atlanmasına neden olabilir (52). Bunun dışında, kadınlar da ruh değişikliklerini bildirme açısından isteksiz olabilirler. Bu nedenle klinisyenlerin, gebelik ve doğum sonrası dönemde kadınların duygudurum değişikliklerini sorgulaması önemlidir (53).

PPD, DSM-IV-TR’de ilk kez duygudurum bozuklukları içerisinde PP başlangıçlı major depresyon şeklinde ele alındı. Bu klinik durumun, %50 oranında gebelik dönemi içinde başladığına değinilerek, bu belirteç daha önceki “postpartum başlangıçlı” yerine DSM-5 sınıflandırma sisteminde “peripartum başlangıçlı” olarak tanımlanmıştır ve major depresyonun alt tipi olarak sınıflandırılmıştır.

ICD-10’da ise “Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları” ana başlığında “Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” olarak sınıflandırılmıştır.

### **2.2.2. Görülme Sıklığı**

PPD görülme sıklığı ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda %6,8-36 arasında değişmektedir (50,54,55). Hastalığın sıklığının bu kadar değişken olması, hastaların PP farklı popülasyonlarda, farklı zamanlarda, farklı tanı ölçütleri ile değerlendirilmesine bağlıdır (56,57).

### **2.2.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri**

PPD tanısının konulması, tedavi edilmesi ve önlenmesi, PPD’nin anneye, evliliğe ve bebeğe olumsuz etkileri nedeniyle önemlidir (9). Tedavi edilmezse, anne için kronik veya tekrarlayan depresyonun öncüsü, çocukları için sonraki yaşamda duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilerarası problemlere neden olabilir (51). PPD’yi önlemek için risk faktörlerinin detaylıca tanımlanması gerekir.

PPD'nin en önemli risk faktörleri; prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek azlığı, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huysuzluğu, sosyoekonomik durum, gebeliğin istenme durumu, ailede depresyon öyküsü olması, doğum sayısı, annenin eğitim düzeyi, emzirememe, tiroid hastalıkları, gebelik komplikasyonları olarak sayılabilir (58).

PPD'nin nedenleri tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte birtakım biyolojik ve psikososyal faktörlerle açıklanmaktadır.

Doğum sonrası üreme hormonlarındaki hızlı düşüş PP duygudurum bozukluklarının olası bir nedeni olarak gösterilmiştir (59). Progesteron ve östrojen seviyeleri hızla düşmekte ve 3 gün içerisinde gebelik öncesi seviyelere dönmektedir. Ancak hormonal değişikliklerle PPD arasında tutarlı bir ilişki bulamayan çalışmalar da vardır (60,61).

Doğumdan sonra hipofiz hacminde, kan dolaşımında ve aktivitesinde önemli miktarda azalma olur. Gebeliğin son döneminde yüksek olan kortizol seviyeleri hızlıca düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerin psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (11,62).

Prolaktin doğum sonrası emziren annelerde artmaktadır. Emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyindeki düşüşün PPD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (63).

Geç başlangıçlı PPD, tiroid hormonlarındaki dengesizliklere bağlanmıştır. Hipotiroidizm ve miksödemde depresif belirtiler sık görülmektedir (62).

Preeklampsi, hiperemesis, acil/istemli sezaryen, erken doğum, aşırı kanama gibi doğumla ilgili komplikasyonların, PPD'yi etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalarda küçük bir etki bulunmuşsa da, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (15,55,64).

Çalışmalarda yetişkin bağlanma bozukluklarının PPD ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (15).

Gebelik sırasındaki depresif duygulanım ve anksiyete de PPD'nin önemli yordayıcılarındanndır.

Yaşam olayları ile depresyonun başlangıcı arasındaki ilişki iyi bilinmektedir (65). Sevilen birinin ölümü, ilişkilerin bozulması ya da boşanma, iş kaybı gibi deneyimlerin, strese neden olduğu bilinmektedir ve daha önce hiçbir duygusal rahatsızlık geçmişi olmayan bireylerde depresif dönemleri tetikleyebilir (66-68).

Hamilelik ve doğum genellikle kendi başlarına stresli yaşam olayları olarak kabul edilir ve depresyonu tetikleyebilir (66). Kadınların savunmasız olduğu bir zamanda ek stres oluşturduğu düşünülen bu olaylar, doğum sonrası depresyonda nedensel bir rol oynayabilir.

Stresli zamanlarda sosyal destek almanın, gelişen depresyona karşı koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir (69). Ayrıca algılanan desteğin (bireyin sosyal ağlarındaki insanların ihtiyaç duydukları zamanlarda yardım sağlayacağı yönündeki genel algısı veya inancı) düzeyi ile PPD arasında anlamlı bir bağ vardır (64,70).

Doğum sonrası dönemde, aile sistemi yeniden örgütlenir ve rol değişimleri olur. Anne genellikle ebeveynlik görevlerinden daha fazla pay alır. Ebeveynler yeni rollerinin önceki iş ve sosyal hayatlarını nasıl etkileyeceğini tam olarak kestiremezler. Eşin destekleyici olması, anne olmanın stresini hafifletmeye yardımcı olabilir. Hamilelik sırasında evlilik sorunları yaşayan kadınlarda PPD riskinde artış görülmüştür (67,71).

#### **2.2.4. Anne-Bebek İlişkisi ve Çocuğun Gelişimine Etkisi**

Anneler büyük ölçüde bebeklerin sosyal ortamını oluşturdukları ve dış dünyadaki deneyimlerine aracılık ettikleri için PPD'nin anne-bebek ve çocuk gelişimi üzerindeki etkilerini gözden kaçırmamak gerekir. Bebeğin sosyal ortamının depresif duygudurum, sosyal geri çekilme, sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu, endişe, suçluluk duyguları gibi belirtilerden etkilenmesi muhtemeldir.

PPD annelerin bakım verme davranışlarını da olumsuz etkiler. Bu annelerin %56'sının doğumdan 8 hafta sonra emzirmeyi bıraktığı, bu oranın da sağlıklı

annelere kıyasla %22.9 daha yüksek olduğu gösterilmiştir (72). Çocukları için önerilen sağlık kontrolleri, alınması gereken güvenlik önlemleri ile ilgili daha az istekli davranabilirler.

PPD tanısı olan annelerin bebeklerinin, daha az duygusal katılım gösterdiği, daha fazla ve uzun ağladığı, güvensiz bağlanma oranlarının daha yüksek olduğu, fiziksel-dil ve zeka gelişimlerinin daha yavaş olduğu çalışmalarda saptanmıştır (73-75). Bu bebeklerde daha sık sağlık sorunu geliştiği gösterilmiştir (53). Ayrıca ilerleyen dönemlerde davranışsal sorunların ve dikkat eksikliğinin ortaya çıktığı bulunmuştur (76).

### **2.2.5. Tedavisi**

Doğum sonrası görülen annelerde, öncelikle ayrıntılı öykü alınmalı, fiziksel muayene ve biyokimyasal incelemeler yapılarak Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik sebepler dışlanmalıdır (62).

PPD için psikoterapi, farmakoterapi ve non-farmakolojik tedaviler uygulanabilir. Annenin istirahat etmesi sağlanmalı, aile bireylerinden destek olmaları istenmelidir. Anne ve çocuğun mümkünse birbirinden ayrılmaması gerekir. Yapılan çalışmalarda psikoterapötik tedaviler (Bilişsel Davranışçı Terapi, Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi) ve aynı zamanda bireysel danışmanlık tedavide etkin bulunmuştur. Farmakolojik tedavi başlanacaksa SSRI'lar tedavide ilk seçenektir. Eğer hasta 6-8 haftalık bir tedaviden sonra remisyona girmişse, relapsı önlemek için 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmesi önerilmektedir. Eğer 6 haftanın sonunda yanıt alınmadı ise, tanı ve tedavi gözden geçirilmelidir (52). EKT, yoga, meditasyon, egzersiz, beslenmenin düzenlenmesi başlıca nonfarmakolojik tedavilerdir (77).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. YÖNTEM**

##### **3.1.1. Çalışma Evreni**

Bu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin etik kurulundan 12 Eylül 2017 tarihinde 65 protokol no ile onay alınmıştır.

Çalışma, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'ndeki ayaktan tedavi üniteleri ve Kadın Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi görmekte olan, araştırma kriterlerini karşılayan ve DSM 5 tanı ölçütlerine göre PPD tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubu ile yapılmıştır.

##### **3.1.2. Örneklem**

Çalışmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerinde ve Kadın Ruh Sağlığı Merkezi'nde ayaktan izlem ve tedavi edilmekte olan PPD tanılı, araştırma kriterlerini karşılayan kadın hastalar dahil edilmiştir. Kişilere çalışma hakkında bilgi verilmiştir, bilgilendirilmiş onayı alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden; o sırada atak döenminde olan 24 tane ve o sırada remiyon döneminde olan 37 tane, toplam 61 hasta ile PP dönemdeki 40 sağlıklı kadın katılmıştır. SCID-I görüşmesi ile depresyon tanısı konulan hastaların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile PPD'nin şiddeti ölçülmüştür. Çalışmada araştırmacı tarafından geliştirilen ve uygulanan yarı yapılandırılmış form ile hastaların sosyodemografik özellikleri, aile öyküleri gibi bilgiler toplanmıştır. PP dönemdeki hastaların ve sağlıklı kontrollerin anne-bebek bağlanma biçimlerini araştırmak için Postpartum Bağlanma Ölçeği (PBÖ) ve yetişkin bağlanma biçimlerini araştırmak için İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

uygulanmıştır. Ayrıca kontrol grubundaki PP dönemdeki annelerin iyilik halinin doğum sonrası 12. aya kadar sürdüğü kontrol edilmiştir.

PPD tanılı hastalar için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 18-45 yaş arasında kadın olmak,
- PP 0-12. ay arasında olmak,
- Halen sağ-sağlıklı bir bebeğe sahip olmak,
- DSM-5 kriterlerine göre “ilk atak major depresyonun postpartum depresyon alt tipi” tanısı almış olmak,
- Genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluğun bulunmaması,
- Okuma-yazma biliyor olmak,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek.

PPD tanılı hastalar için dışlama kriterleri:

- Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması,
- Mental retardasyonun olması,
- İlk atak PPD tanısı dışında başka bir ruhsal hastalık varlığı, psikoaktif madde kullanımı veya bağımlılığı olması,
- Genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluğun varlığı.

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 18-45 yaş arasında kadın olmak,
- PP 0-12. aylar arasında olmak,
- Halen sağ-sağlıklı bebeğe sahip olmak,
- SCID-1'e göre psikiyatrik bozukluk tanısı almamış olmak,
- İyilik halinin PP 12. aya kadar sürmesi,
- Okuma-yazma biliyor olmak,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Çalışmaya katılmaya engel fiziksel veya ruhsal bozukluğu olmamak,
- Genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluğun bulunmaması.

Kontrol grubu için dışlama kriterleri:

- Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması,

- Mental retardasyonun olması,
- SCID-1'e göre psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak,
- PP 12 ay içerisinde psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak,
- Psikoaktif madde kullanımı veya bağımlılığı olması,
- Genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluğun varlığı.

## **3.2. GEREÇLER**

### **3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Olguları bilgilendirme ve onlara yapılacak işlemleri anlatma amaçlı olan, çalışmanın gönüllülük esası ile olduğunu belirten, kişi tarafından imzalanan formdur.

### **3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu**

Tez çalışmasının özellikleri göz önünde bulundurularak, araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik-klinik özellikleri içeren soru formudur. Bu formda; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi maddelere yer verilmiştir.

### **3.2.3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I; Structured Clinical Interview for DSMIV Axis Disorders)**

DSM-IV eksen I tanılarının konması için First ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Bu çalışmada PPD tanısının konulması için kullanılmıştır. Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır [78].

### **3.2.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)**

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Cox ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,87 olarak saptanmıştır (79). EDSDÖ'nün ilk olarak ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Toplam 10

maddeden oluşan ölçek, hastalardaki duygudurum değişikliğini ölçebilecek özellikte olup, her maddenin kendi içerisinde puanlandırılması farklıdır. 3-5-6-7-8-9 ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3-2-1-0 şeklindedir. 1-2 ve 4. maddeler ise giderek artan şiddet gösterir ve 0-1-2-3 şeklinde puanlandırılırlar. Ölçeğin puanı, bu maddelerin puanların toplanması ile elde edilir. Elde edilen puan 12 ve altı ise hasta PPD açısından risksiz grup, 13 ve üstünde ise riskli grup olarak kabul edilmiştir. Çalışmada cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak alınmıştır (80).

### **3.2.5. Postpartum Bağlanma Ölçeği (The Postpartum Bonding Instrument)**

Anne-bebek ilişkisindeki sorunları erken tanımak için Brockington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve anne tarafından doldurulmaktadır (81). Ölçek her biri “her zaman” dan “hiçbir zaman” a kadar uzanan aralığa sahip altı basamaklı bir Likert skalasına sahiptir. Ölçek 17’si ters derecelendirilmiş 25 maddeden oluşmaktadır. Pozitif yanıtlar 0: her zaman ile 5: hiçbir zaman aralığında; negatif yanıtlar 5: her zaman ile 0: hiçbir zaman aralığından derecelendirilmiştir. Ölçek “bağlanma bozukluğu” (12 madde), “reddetme ve sinirlilik” (yedi madde), “bakım konusunda gerginlik” (dört madde), “istismar riski” (iki madde) olmak üzere dört alt birimden oluşmaktadır. Bağlanma bozukluğu alt grubu 12 maddeden oluşur, en yüksek puan 60’dır. Bu maddeler; 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17. Kesim puanı 12 ve üzeridir. Reddetme ve sinirlilik alt grubu 7 maddeden oluşur, en yüksek puan 35’tir. Bu maddeler; 3, 4, 5, 11, 14, 21, 23. Kesim puanı 17 ve üzeridir. Bebek bakımında gerginlik alt grubu, çocuk odaklı kaygı ile ilişkili dört maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; 19, 20, 22, 25. Kesim puanı 10 ve üzeridir. İstismar riski alt grubu, “bebeğime zarar veriyordum gibi hissediyorum” ve “bebeğime zararlı şeyler yaptım” şeklinde iki maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; 18, 24. Kesim puanı 3 ve üzeridir. Güvenilirlik çalışması, Yalçın ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmıştır (82).

### **3.2.6. İlişki Ölçekleri Anketi(Relationship Scales Questionnaire)**

Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından güvensiz, kayıtsız, korkulu ve saplantılı olmak üzere dört yetişkin bağlanma biçimini ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. Sümer ve Güngör (1999) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır.

Anket 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt maddelerinden güvenli bağlanma biçimini ifade edenler; 3, 7, 8, 10, 17. Korkulu bağlanma biçimini ifade edenler; 1, 4, 9, 14. Saplantılı bağlanma biçimini ifade eden maddeler; 5 (ters yüklü), 6, 11, 15. Kayıtsız bağlanma biçimini ifade eden maddeler; 2, 5, 12, 13, 16. Anket 7'li likert tipinde olup 1=beni hiç tanımlamıyor, 7=tamamıyla beni tanımlıyor anlamlarına gelmektedir. Ölçeğin 5, 7 ve 17. maddeleri ters kodlanmıştır. 5. madde, anketin değerlendirilen alt boyutlarına göre hem orjinal hem de ters yüklü olarak değerlendirilir. Dört bağlanma biçimini oluşturan puanlar bu biçimleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt gruptaki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece, alt ölçeklerden alınan puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Bu yolla elde edilen puanlar katılımcıların bağlanma biçimlerini gruplandırmak için kullanılmaktadır. Gruplandırma sürecinde her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanmaktadır.

Anketin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,27 ile 0,61 arasında değişmektedir. İç tutarlılık puanları düşük gözükmemektedir. Ancak, düşük iç tutarlılığına rağmen, İÖA alt ölçeklerinin kabul edilir düzeyde test tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu saptanmıştır. Griffin ve Bartholomew (1994), İÖA alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayılarının düşük bulunmasının İÖA alt ölçeklerinin az sayıda maddeden oluşmasından veya ölçeklerin psikometrik kalitesinin yetersizliğinden değil, alt ölçeklerin hem benliğe hem de başkalarına ilişkin iki modeli birlikte içermesinden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Griffin ve Bartholomew (1994), İÖA alt ölçeklerinin faktör yapıları açısından bir karmaşıklık yaratmasına rağmen bu yolla elde edilen bağlanma stillerinin yine de yapı geçerliliğine sahip olduğunu saptamışlardır (30).

### **3.3. İŞLEM**

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ayaktan izlemi ve tedavisi süren PPD tanılı, PP 0-12. ay içerisinde olan, 18-45 yaş aralığında 24 atak, 37 remisyon dönemindeki toplam 61 hasta ile 40 tane PP dönemdeki sağlıklı kadın alınmıştır. Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra içerme kriterlerine uygun hastalar seçilmiştir. Katılımcılara,

çalışmanın herhangi bir aşamasında sebep göstermeksizin çalışmadan çekilebilecekleri hatırlatılmıştır.

Uygulamada bilgilendirilmiş onam formu okunarak doldurmaları istenmiştir. SCID-I görüşmesi ile depresyon tanısı konulan hastaların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile PPD şiddeti ölçülmüştür. Çalışmada araştırmacı tarafından geliştirilen ve uygulanan form ile hastaların sosyodemografik özellikleri, tanıları, aile öyküleri gibi bilgiler toplanmıştır. PP dönemdeki hastaların ve kontrol grubunun anne-bebek bağlanma biçimlerini araştırmak için Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği ve yetişkin bağlanma biçimlerini araştırmak için İlişki Ölçekleri Anketi uygulanmıştır. Ayrıca kontrol grubundaki gönüllülerin, iyilik halinin PP 12. aya kadar sürdüğü kontrol edilmiştir.

Ölçeklerin cevaplandırılmasında herhangi bir zaman kısıtlanmasına gidilmemiştir, kişilere anlayamadıkları bölümler hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

### **3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18.0 for Windows programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük, en büyük, frekans, yüzde olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Grupların korelasyon analizi için Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan, sürekli değişkenlerin 2'den fazla sayıda bağımsız gruplarda karşılaştırmalarında Tek Yönlü ANOVA Testi; normal dağılım uymayanların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi; anlamlı çıkan değişkenlerde alt grup karşılaştırmaları için Post-Hoc teknikleri kullanılmıştır. Hastaların PP anne-bebek bağlanma davranışını belirlemeyi öngören bağımsız değişkenleri saptamak için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel karşılaştırmalarda p değeri 0.05'in altında olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çoklu Ki-kare, Tek Yön Anova ve Kruskal Wallis testi sonrası bakılan Post-Hoc testleri için anlamlı  $p=p/\text{grup sayısı}$  şeklinde alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışma İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi üniteleri ve Kadın Ruh Sağlığı Merkezi'ne başvuran, PPD tanısı olan atak dönemindeki 24, remisyon döneminde 37 olmak üzere toplam 61 hasta ile 40 tane PP dönemdeki sağlıklı kadın ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 101 tane olgu alınmıştır.

Olguların yaşları 18 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama  $31,59 \pm 5,39$  yıldır. Gruplara göre bakıldığında PPD atak hastalarında  $31,08 \pm 4,45$ , PPD remisyon hastalarında  $33,51 \pm 5,97$ , PP kontrol grubunda  $30,12 \pm 4,90$  olarak saptanmıştır. PPD remisyon grubunun yaş ortalaması, PP kontrol ( $p=0.006$ ) grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

PPD atak grubunda eğitim süresi; en düşük 0, en yüksek 16, ortancası 12 yıldır. Hastaların %87,5'i ( $n=21$ ) çalışmıyor, %12,5'i ( $n=3$ ) çalışıyor/öğrenci olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki bütün hastalar evlidir. Bunların %54,2'sinin ( $n=13$ ) 1, %10'unun ( $n=10$ ) 2 veya 3, %4,2'sinin ( $n=1$ ) 4 veya daha fazla çocuğu olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların hepsinin kentte yaşadığı, %87,5'inin gelir düzeyinin ( $n=21$ ) 1000-5000 TL arasında olduğu, sosyal güvencelerinin %87,5'inde ( $n=21$ ) SSK olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

PPD remisyon hastalarının eğitim süresi; en düşük 4, en yüksek 16, ortancası 11 yıldır. Hastaların %81,1'inin ( $n=30$ ) çalışmıyor, %18,9'unun ( $n=7$ ) çalışıyor/öğrenci olduğu saptanmıştır. Bu grupta medeni durum değerlendirildiğinde %91,9 ( $n=34$ ) evli, %5,4 ( $n=2$ ) boşanmış, %2,7 ( $n=1$ ) boşanma sürecinde olduğu saptanmıştır. Bunların %35,1'inin ( $n=13$ ) 1, %51,4'ünün ( $n=19$ ) 2 veya 3, %13,5'inin ( $n=5$ ) 4 veya daha fazla çocuğu olduğu saptanmıştır. Gruptaki hastaların hepsinin kentte yaşadığı, gelir düzeyinin %70,3'ünde ( $n=26$ ) 1000-5000

TL arasında olduğu, sosyal güvencelerinin %86,5'inde (n=32) SSK olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 3:** Demografik Özelliklere Göre Grupların Değerlendirilmesi-1

	<b>Atak Grubu (1) n=24</b>	<b>Remisyon Grubu (2) n=37</b>	<b>Kontrol Grubu (3) n=40</b>		1 vs. 2	1 vs.3	2 vs.3
	<b>Orta±SS/min-mak(medyan)/ n%</b>	<b>Orta±SS/min-mak(medyan)/ n%</b>	<b>Orta±SS/min-mak(medyan)/ n%</b>	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>
<b>**Yaş(yıl)</b>	31,08±4,45	33,51±5,97	30,12±4,90	.018	.046	.293	.006
<b>***Eğitim Süresi(yıl)</b>	0-16(10)	4-16(11)	0-16(11)	.563			
<b>*Medeni Durumu</b>				.337			
Evli	24(%100)	34(%91,9)	39(%97,5)				
Bekar			1(%2,5)				
Boşanmış		2(%5,4)					
BoşanmaSürecinde		1(%2,7)					
<b>*Çocuk Sayısı</b>				.090			
1	13(%54,2)	13(%35,1)	17(%42,5)				
2-3	10(%41,7)	19(%51,4)	23(%57,5)				
4≤	1(%4,2)	5(%13,5)					
<b>*Mesleki Durumu</b>				.367			
Çalışıyor/Öğrenci	3(%12,5)	7(%18,9)	9(%22,5)				
DüzensizÇalışıyor			2(%5)				
Çalışmıyor	2 (%87,5)	30(%81,1)	29(%72,5)				
<b>*Gelir Düzeyi</b>				.390			
1000 TL den az	1(%4,2)	4(%10,8)	5(%12,5)				
1000-5000 arası	21(%87,5)	26(%70,3)	32(%80)				
5000 TL'den fazla	2(%8,3)	7(%18,9)	3(%7,5)				
<b>*Yaşadığı Yer</b>				.091			
Kent	24(%100)	37(%100)	35(%87,5)				
Kasaba			2(%5)				
Köy			3(%7,5)				
<b>*Sosyal Güvence</b>				.138			
Yok	1(%4,2)	1(%2,7)	8(%20)				
Emekli sandığı	2(%8,3)	3(%8,1)	4(%10)				
SSK	21(%87,5)	32(%86,5)	26(%65)				
Yeşil Kart		1(%2,7)	2(%5)				

\**Ki-Kare Testi*, \*\**Tek Yönlü Anova Testi*, \*\*\**Kruskall-Wallis Testi*, *SS: standart sapma, Orta: ortalama değer, min: bulunan en küçük değer, mak: bulunan en büyük değer, n: olgu sayısı*

PP kontrol hastalarının eğitim süresi; en düşük 0, en yüksek 16, ortancası 11 yıldır. Hastaların %72,5'inin (n=29) çalışmıyor, %22,5'inin (n=9) çalışıyor/öğrenci, %5'inin (n=2) düzensiz çalışıyor olduğu saptanmıştır. Hastaların %97,5 (n=39) evli, %2,5 (n=1) boşanmış olduğu saptanmıştır. Bunların %42,5'inin (n=17) 1, %57,5'inin (n=23) 2 veya 3 çocuğu olduğu saptanmıştır. Bunların %87,5' inin (n=35) kentte yaşadığı, gelir düzeyinin %80'inde (n=32) 1000-5000 TL arasında olduğu, sosyal

güvencelerinin %65'inde (n=26) SSK olduğu, %20'sinin sosyal güvencesinin olmadığı (n=8) saptanmıştır (Tablo 3).

PPD atak grubu hastalarının eşlerinin yaş ortalaması  $35\pm 6,02$  yıl; eğitim düzeyleri %50 (n=12) lise, %29,2 (n=7) ilkokul, %20,8 (n=5) üniversite mezunu olarak saptanmıştır. Eşlerin çalışma durumuna bakıldığında %91,7 (n=22) düzenli çalışıyor, %4,2 (n=1) düzensiz çalışıyor, %4,2 (n=1) işsiz olarak saptanmıştır. Grubun %87,5'i (n=21) eşi ve çocuğu, %8,3'ü (n=2) eşi, çocukları, kayınvalidesi ve kayınpederi, %4,2'si (n=1) eş, çocuklar ve annesi ile birlikte yaşamakta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

PPD remisyon grubu hastalarının eşlerinin yaş ortalaması  $37,16\pm 5,24$  yıl; eğitim düzeyleri %33,3 (n=12) lise, %33,3 (n=12) ilkokul, %35,5 (n=11) üniversite, %2,8 (n=1) yok olarak saptanmıştır. Remisyon grubundaki hastaların eşlerinin yaş ortalaması, anlamlı olarak PP kontrol ( $p=0,003$ ) grubundan yüksek bulunmuştur. Eşlerin çalışma durumuna bakıldığında %86,5 (n=32) düzenli çalışıyor, %10,8 (n=4) düzensiz çalışıyor, %2,7 (n=1) işsiz olarak saptanmıştır. Grubun %94,6'sı (n=35) eşi ve çocuğu, %2,7'si (n=1) eşi, çocukları, kayınvalidesi ve kayınpederi, %2,7'si (n=1) sadece çocukları ile birlikte yaşadığı olarak saptandı (Tablo 4).

PP kontrol grubu hastalarının eşlerinin yaş ortalaması  $33,39\pm 5,25$  yıl; eğitim düzeyleri %37,5 (n=15) üniversite, %30 (n=12) lise, %30 (n=12) ilkokul, %2,5 (n=1) yok olarak saptanmıştır. Eşlerin çalışma durumuna bakıldığında %87,5 (n=35) düzenli çalışıyor, %10 (n=4) düzensiz çalışıyor, %2,5 (n=1) çalışmıyor olarak saptanmıştır. Grubun %90'ı (n=36) eşi ve çocuğu, %7,5'i (n=3) anne ve babası, %2,5'i (n=1) eşi, çocukları, kayınvalidesi ve kayınpederi, ile birlikte yaşadığı saptandı (Tablo 4).

**Tablo 4:** Demografik Özelliklere Göre Grupların Değerlendirilmesi-2

	<b>Atak</b>	<b>Remisyon</b>	<b>Kontrol</b>						
	<b>Grubu (1)</b>	<b>Grubu (2)</b>	<b>Grubu (3)</b>						
	<b>n=24</b>	<b>n=37</b>	<b>n=40</b>				<b>1 vs. 2</b>	<b>1 vs.3</b>	<b>2 vs.3</b>
	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Ki-Kare</b>	<b>Tek Yönlü Anova</b>	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>
				<b>p</b>	<b>P</b>				
<b>Eşinin Yaşı(yıl)</b>	35±6,02	37,16±5,24	33,39±5,25		.014	.079	.524	.003	
<b>Eşinin Eğitim Düzeyi</b>				.695					
Yok		1(%2,8)	1(%2,5)						
İlköğretim	7(%29,2)	12(%33,3)	12(%30)						
Lise	12(%50)	12(%33,3)	12(%30)						
Üniversite	5(%20,8)	11(%30,6)	15(%37,5)						
<b>Eşinin Çalışma Durumu</b>				.697					
Düzenli çalışıyor	22(%91,7)	32(%86,5)	35(%87,5)						
Düzensiz çalışıyor	1(%4,2)	4(%10,8)	4(%10)						
İşsiz	1(%4,2)	1(%2,7)							
Çalışmıyor			1(%2,5)						
<b>Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>				.195					
Eş ve çocuk	21(%87,5)	35(%94,6)	36(%90)						
Eş, çocuklar, kayınvalide ve kayınpeder	2(%8,3)	1(%2,7)	1(%2,5)						
Eş, çocuklar ve anne	1(%4,2)								
Sadece çocuklar		1(%2,7)							
Anne-baba			3(%7,5)						

SS: standart sapma, Orta: ortalama değer, n: olgu sayısı

## 4.2. GRUPLARIN EVLİLİK ÖYKÜSÜ İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİ

PPD atak dönemi hastalarının evlenme yaşı 25,45±5,09 yıl; en küçük 17, en büyük 38 olduğu saptanmıştır. Bunların %95,8'inin (n=23) bir kez, %4,2'sinin (n=1) iki kez evlendiği; %83,3'ünün (n=20) anlaşarak, %16,7'sinin (n=4) görücü usulü ile evlendiği saptanmıştır. Bunların %83,3'ünde (n=20) akraba evliliği yoktur. Evlilik memnuniyetlerine bakıldığında %45,8 (n=11) orta, %41,7 (n=10) iyi, %8,3 (n=2) kötü, %4,2 (n=1) çok kötü olarak bulundu. Eşleri ile iletişimlerini %37,5 (n=9) orta, %37,5 (n=9) iyi, %16,7 (n=4) kötü, %8,3 (n=2) çok kötü olarak değerlendirdikleri saptandı. Atak grubunda eş ile iletişim düzeyi, kontrol (p =0.002) grubundan anlamlı olarak kötü saptanmıştır. Bu hastaların %16,4'ünün (n=4) fiziksel şiddete maruz

kaldığı saptandı. Bu hastaların %62,5'inin (n=15) sosyal desteklerinin olmadığı, %21,4'ünün (n=6) sosyal desteğinin olduğu, %12,5'inin (n=3) ise sosyal desteğinin yetersiz olduğu saptandı (Tablo 5). Sosyal destek puanları ise ortalama  $5,7 \pm 3,52$ 'dir. Sosyal destek puanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,092$ ).

PPD remisyon hastalarının evlenme yaşı  $24,54 \pm 6,29$  yıl; en küçük 16, en büyük 40 olduğu saptanmıştır. Bunların %97,3'ünün (n=36) bir kez, %2,7'sinin (n=1) iki kez evlendiği; %63,9'unun (n=23) anlaşarak, %33,3'ünün (n=12) görücü usulü, %2,8'inin (n=1) ailelerin isteği dışında evlendiği saptanmıştır. Bunların %70,3'ünde (n=26) akraba evliliği yoktur. Remisyon grubunun akraba evliliği oranı, kontrol grubundan ( $p=0,012$ ) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Evlilik memnuniyetlerine bakıldığında %64,9 (n=24) iyi, %29,7 (n=11) orta, %2,7 (n=1) kötü, %2,7 (n=1) çok kötü olarak bulundu. Eşleri ile iletişimlerini %51,4 (n=19) iyi, %43,2 (n=16) orta, %2,7 (n=1) kötü, %2,7 (n=1) çok kötü olarak değerlendirdikleri saptandı. Bu hastaların %2,7'sinin (n=1) fiziksel şiddete maruz kaldığı saptandı. Bu hastaların %59,5'inin (n=22) sosyal desteklerinin olmadığı, %37,8'inin (n=14) sosyal desteğinin olduğu, %2,7'sinin (n=1) ise sosyal desteğinin yetersiz olduğu saptandı (Tablo 5). Sosyal destek puanlarının ortalaması  $8 \pm 2,85$ 'dir.

PP kontrol olgularının evlenme yaşı  $23,46 \pm 4,41$  yıl; en küçük 16, en büyük 37 olduğu saptanmıştır. Bunların %97,5'inin (n=39) bir kez, %2,5'inin (n=1) iki kez evlendiği; %72,5'inin (n=29) anlaşarak, %25'inin (n=10) görücü usulü ile, %2,5'inin (n=1) ailelerin isteği dışında evlendiği saptanmıştır. Evlenme sayısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p=0,926$ ). Bunların %92,5'inde (n=37) akraba evliliği yoktur. Evlilik memnuniyetlerine bakıldığında %80 (n=32) iyi, %20 (n=8) orta olarak bulundu. Eşleri ile iletişimlerini %77,5 (n=31) iyi, %22,5 (n=9) orta olarak değerlendirdikleri saptandı. Bu olguların %2,5'inin (n=1) fiziksel şiddete maruz kaldığı saptandı. Bu olguların %70,3'ünün (n=26) sosyal desteklerinin olmadığı, %21,6'sının (n=8) sosyal desteğinin olduğu, %8,1'inin (n=3) ise sosyal desteğinin yetersiz olduğu saptandı (Tablo 5). Sosyal destek puan ortalaması  $5,71 \pm 2,42$ 'dir.

**Tablo 5:** Evlilik Özelliklerine Göre Grupların Değerlendirilmesi

	Atak Grubu (1) n=24	Remisyon Grubu (2) n=37	Kontrol Grubu (3) n=40	1 vs. 2	1 vs.3	2 vs.3
	Orta±SS/min- mak(medyan)/ n%	Orta±SS/min- mak(medyan)/ n%	Orta±SS/min- mak(medyan)/ n%	p	p	p
<b>**Evllenme Yaşı(yıl)</b>	25,45±5,09	24,54±6,29	23,46±4,41	.343		
<b>*Evllenme Biçimi</b>				.564		
Anlaşarak	20(% 83,3)	23(% 63,9)	29(% 72,5)			
Görücü usulü	4(% 16,7)	12(% 33,3)	10(% 25)			
Ailenin zoruyla		1(% 2,8)	1(% 2,5)			
Ailelerin isteği dışında						
<b>***Evllenme sayısı</b>				.924		
1	23(% 95,8)	36(% 97,3)	39(% 97,5)			
2	1(% 4,2)	1(% 2,7)	1(% 2,5)			
<b>*Akraba evliliği</b>				.039	.247	.410
Var	4(% 16,7)	11(% 29,7)	3(% 7,5)			
Yok	20(% 83,3)	26(% 70,3)	37(% 92,5)			
<b>*Eşyle İletişimi</b>				.003	.163	.002
İyi	9(% 37,5)	19(% 51,4)	31(% 77,5)			
Orta	9(% 37,5)	16(% 43,2)	9(% 22,5)			
Kötü	4(% 16,7)	1(% 2,7)				
Çok kötü	2(% 8,3)	1(% 2,7)				
<b>*Evlilikten memnuniyeti</b>				.068		
İyi	10(% 41,7)	24(% 64,9)	32(% 80)			
Orta	11(% 45,8)	11(% 29,7)	8(% 20)			
Kötü	2(% 8,3)	1(% 2,7)				
Çok kötü	1(% 4,2)	1(% 2,7)				
<b>*Aile içi şiddet</b>				.051		
Yok	20(% 83,3)	36(% 97,3)	39(% 97,5)			
Fiziksel şiddet	4(% 16,7)	1(% 2,7)	1(% 2,5)			
<b>*Sosyal Destek</b>				.376		
Var	6(% 25)	14(% 37,8)	8(% 21,6)			
Yok	15(% 62,5)	22(% 59,5)	26(% 70,3)			
Yetasiz	3(% 12,5)	1(% 2,7)	3(% 8,1)			

\*Ki-Kare Testi, \*\*Tek Yönlü Anova Testi, \*\*\*Kruskall-Wallis Testi, SS: standart sapma, Orta: ortalama değer, min: bulunan en küçük değer, mak: bulunan en büyük değer, n: olgu sayısı

### 4.3. GRUPLARIN DOĞURGANLIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

PPD atak grubu hastalarının doğum sayısı; en az 1, en fazla 4, ortancası 1,5; yaşayan çocuk sayısı ortalaması en az 1, en fazla 4, ortancası 1 olarak bulunmuştur. Atak grubunun %4,2'sinde (n=1) ölü doğum, %4,2'sinde (n=1) düşük öyküsü olduğu; düşük veya ölü doğum sonrasında herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirmediği saptanmıştır (Tablo 6).

PPD remisyon grubunda doğum sayısı; en az 1, en fazla 5, ortancası 2; yaşayan çocuk sayısı en az 1, en fazla 5, ortancası 2 olarak bulunmuştur. Hastaların %18,9'unda (n=7) küretaj öyküsü, %10,8'inde (n=4) düşük öyküsü olduğu; sonrasında herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirmediği saptanmıştır (Tablo 6).

PP kontrol grubunda doğum sayısı; en az 1, en fazla 8, ortancası 2; yaşayan çocuk sayısı en az 1, en fazla 4, ortancası 2 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun %10'unda (n=4) ölü doğum, %5'inde (n=2) küretaj öyküsü, %10'unda (n=4) düşük öyküsü olduğu; sonrasında herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olmadığı saptanmıştır (Tablo 6).

**Tablo 6:** Doğurganlık Özelliklerine Göre Grupların Değerlendirilmesi

	<b>Atak Grubu (1) n=24</b>	<b>Remisyon Grubu (2) n=37</b>	<b>Kontrol Grubu (3) n=40</b>		1 vs. 2	1 vs.3	2 vs.3
	<b>min-mak (medyan) / n%</b>	<b>min-mak (medyan) / n%</b>	<b>min-mak (medyan) / n%</b>	<b>Ki- Kare p</b>	<b>Kruskall- Wallis P</b>	<b>p</b>	<b>p</b>
<b>Doğum Sayısı</b>	1-4(1,5)	1-5(2)	1-8(2)		.353		
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	1-4(1)	1-5(2)	1-4(2)		.210		
<b>Ölü doğum</b>				.127			
Var	1(%4,2)		4(%10)				
Yok	23(%95,8)	37(%100)	36(%90)				
<b>Ölü doğum sonrası psikiyatrik sıkıntı</b>				1			
Var							
Yok	1(%100)		4(%100)				
<b>Küretaj öyküsü</b>				.022	.036	.524	.079
Var		7(%18,9)	2(%5)				
Yok	24(%100)	30(%81,1)	38(%95)				
<b>Küretaj öyküsü sonrasında psikiyatrik sıkıntı</b>				1			
Var							
Yok		7(%100)	2(%100)				
<b>Düşük öyküsü</b>							
Var	1(%4,2)	4(%10,8)	4(%10)				
Yok	23(%95,8)	33(%89,2)	36(%90)				
<b>Düşük öyküsü sonrası psikiyatrik sıkıntı</b>				.641			
Var							
Yok	1(%100)	4(%100)	4(%100)				

min: bulunan en küçük değer, mak: bulunan en büyük değer, n: olgu sayısı

Çalışmaya alınan olguların en son geçirdikleri gebelik ve doğum özelliklerine göre bakıldığında, PPD atak grubu hastalarının son gebeliğe göre gebelik sayısı (gravid) ortalaması  $1,79 \pm 0,88$  bulunmuştur. Atak grubu hastalarının son gebeliklerinin %62,5 (n=15) planlı, %37,5 (n=9) plansız olduğu; %91,7 (n=22) istemli, %8,3 (n=2) istemsiz olduğu saptanmıştır. Planlı gebelik oranı, PP kontrol grubundan (p=0.12) anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Hastaların %50'sinin (n=12) cinsiyet tercihinin olduğu, bunlarında %83,3'ünün (n=10) kız çocuk istediği saptanmıştır. PPD atak grubunda, cinsiyet tercih oranı PP kontrol grubundan (p=0,006) anlamlı olarak yüksek çıkmıştır, remisyon grubu ile (p=0,605) anlamlı fark yoktur. Atak grubunun %4,3'ünün (n=1) yardımcı üreme desteği aldığı, %100 (n=24) kadın doğuma düzenli

gittiği saptanmıştır. Gebelikte %20,8'inde (n=5) sağlık sorunu ortaya çıktığı; bu sağlık sorunlarının da %40 (n=2) gebelik diyabeti, %20 (n=1) hiperkolesterolemi, %20 (n=1) kan pıhtılaşma sorunu, %20 (n=1) idrar yolu enfeksiyonu ile böbrek taşı olduğu saptanmıştır. Gebeliklerinin ilk aylarında %58,3 (n=14) olguda bulantı-kusma olduğu saptanmıştır. Atak grubunda %4,2 (n=1) olgunun gebeliğinde fetüste gelişim geriliği riski olduğu saptanmıştır. Doğum %79,2'sinde (n=19) zamanında, %12,5'inde (n=3) erken, %8,3'ünde (n=2) geç gerçekleşmiştir. Doğum şekilleri ise %4,2 (n=1) epidural ile normal doğum, %37,5 (n=9) normal doğum, %33,3 (n=8) isteğe bağlı sezaryen doğum, %25 (n=6) plansız sezaryen doğum şeklinde olduğu; %87,5 (n=21) hastanede, %12,5 (n=3) üniversitede doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 7). Bu hastaların %25'inin (n=6) doğumu korku verici olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Hastaların %91,7'sinde (n=22) doğumda sağlık sorunu gelişmemiştir. Sağlık sorunu gelişen %8,3(n=2) olgunun birinde kanama diğerinde enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır.

PPD remisyon grubunun, gebelik sayısı ortalaması  $2,45 \pm 1,26$  bulunmuştur. Remisyon grubu hastalarının son gebeliklerinin %59,5 (n=22) planlı, %40,5 (n=15) plansız olduğu; %78,4 (n=29) istemli, %21,6 (n=8) istemsiz olduğu saptanmıştır. Planlı ve istemli gebelik oranı, PP kontrol grubundan (sırası ile  $p=0,002$ ,  $p=0,012$ ) anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Hastaların %43,2'sinin (n=16) cinsiyet tercihinin olduğu; bunlarında %50'sinin (n=8) kız, %50'sinin de (n=8) erkek çocuk istediği saptanmıştır. Cinsiyet tercih oranı, PP kontrol grubundan ( $p=0,014$ ) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Remisyon grubunun %5,3'ünün (n=2) yardımcı üreme desteği aldığı, %97,3 (n=36) kadın doğuma düzenli gittiği saptanmıştır. Gebelikte %32,4'ünde (n=12) sağlık sorunu ortaya çıktığı; bu sağlık sorunlarında %50 (n=6) gebelik diyabeti, %16,7 (n=2) düşük tehtidi, %8,3 (n=1) kolestatik hepatit, %8,3 (n=1) idrar yolu enfeksiyonu, %25 (n=3) hipertansiyon, %8,3 (n=1) anemi olduğu saptanmıştır. Gebeliklerinin ilk aylarında %54,1 (n=20) olguda bulantı-kusma olduğu saptanmıştır. Remisyon grubunda %2,7'sinin (n=1) gebeliğinde fetüsün sağlığı ile ilgili sıkıntı yaşadığı saptanmıştır. Doğum %86,5'inde (n=32) zamanında, %8,1'inde (n=3) erken, %5,4'ünde (n=2) geç gerçekleşmiştir. Doğum şekilleri ise %29,7 (n=11) normal doğum, %35,1 (n=13) isteğe bağlı sezaryen doğum, %35,1 (n=13) plansız sezaryen doğum şeklinde olduğu; %86,5 (n=32) hastane, %13,5 (n=5) üniversitede

doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 7). Bu hastaların %44,4'ünün (n=16) doğumu korku verici olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Hastaların %94,6'sında (n=35) doğumda sağlık sorunu gelişmemiştir. Sağlık sorunu gelişen %5,4 (n=2) olgunun birinde kanama diğeriinde akut kolesistit görüldüğü saptanmıştır.

PP kontrol olgularında gebelik sayısı ortalaması  $2,37 \pm 1,91$  bulunmuştur. Kontrol grubu olgularının son gebeliklerinin %90 (n=36) planlı, %10 (n=4) plansız olduğu; %97,5 (n=39) istemli, %2,5 (n=1) istemsiz olduğu saptanmıştır. Olguların %17,5'inin (n=7) cinsiyet tercihinin olduğu; bunlarında %71,4'ünün (n=5) kız, %28,6'sının (n=2) erkek çocuk istediği saptanmıştır. Kontrol grubu olgularının %5'inin (n=2) yardımcı üreme desteği aldığı, %97,5'inin (n=39) kadın doğuma düzenli gittiği saptanmıştır. Gebelikte %10'unda (n=4) sağlık sorunu ortaya çıktığı; bu sağlık sorunlarının da %25 (n=1) gebelik diyabeti, %25 (n=1) gastrit, %25 (n=1) hipertiroidi, %25 (n=1) hipotansiyon olduğu saptanmıştır. Gebeliklerinin ilk aylarında %60 (n=24) olguda bulantı-kusma olduğu, %40 (n=16) olguda olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda %2,5 (n=1) olgunun gebeliğinde fetüsün sağlığı ile ilgili düşük tehtidi saptanmıştır. Doğum %87,5'inde (n=35) zamanında, %7,5'inde (n=3) erken, %5'inde (n=2) geç gerçekleşmiştir. Doğum şekillerinin ise %2,5 (n=1) epidural ile normal doğum, %15 (n=6) normal doğum, %45 (n=18) isteğe bağlı sezaryen doğum, %37,5 (n=15) plansız sezaryen doğum şeklinde olduğu; %97,5'inin (n=39) hastane, %2,5'inin (n=1) üniversitede doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 7). Bu olguların %42,5'i (n=17) doğumun korku verici olduğunu ifade ederken, %57,5'i (n=23) doğumu korku verici olarak bulmadığını ifade etmiştir. Olguların %97,5'inde (n=39) doğumda sağlık sorunu gelişmemiştir. Sağlık sorunu gelişen %2,5 (n=1) olgu da gastrik ülser görüldüğü saptanmıştır.

Gruplar arasında; gebelikte sağlık sorunu ortaya çıkması ( $p=0,053$ ), bulantı-kusma olması ( $p=0,866$ ), gebelikte bebeğin gelişimi ile ilgili sağlık sorunu varlığı ( $p=0,924$ ), doğumun korku verici olarak ifade edilmesi ( $p=0,268$ ), doğumda annede sağlık sorunu gelişmesi ( $p=0,574$ ) açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 7:** Geçirdikleri En Son Gebelik ve Doğum Özelliklerine Göre Grupların Değerlendirilmesi

	<b>Atak Grubu (1) n=24</b>	<b>Remisyon Grubu (2) n=37</b>	<b>Kontrol Grubu (3) n=40</b>			1 vs. 2	1 vs.3	2 vs.3
	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Ki- Kare P</b>	<b>Kruskal- Wallis P</b>	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>
<b>Kaçıncı gebelik</b>	1,79±0,88	2,45±1,26	2,37±1,91		.114			
<b>Planlı gebelik</b>				.005		.812	.012	.002
Evet	15(%62,5)	22(%59,5)	36(%90)					
Hayır	9(%37,5)	15(%40,5)	4(%10)					
<b>İstemli gebelik</b>				.024		.290	.551	.009
Evet	22(%91,7)	29(%78,4)	39(%97,5)					
Hayır	2(%8,3)	8(%21,6)	1(%2,5)					
<b>Yardımcı üreme desteği</b>				.976				
Var	1(%4,2)	2(%5,4)	2(%5)					
Yok	23(%95,8)	35(%94,6)	38(%95)					
<b>Kadın doğumdan düzenli takip</b>				.726				
Var	24(%100)	36(%97,3)	39(%97,5)					
Yok		1(%2,7)	1(%2,5)					
<b>Doğum zamanı</b>				.924				
Zamanında	19(%79,2)	32(%86,5)	35(%87,5)					
Erken	3(%12,5)	3(%8,1)	3(%7,5)					
Geç	2(%8,3)	2(%5,4)	2(%5)					
<b>Doğumun yapıldığı yer</b>				.185				
Hastane	21(%87,5)	32(%86,5)	39(%97,5)					
Üniversite	3(%12,5)	5(%13,5)	1(%2,5)					
<b>Doğumun şekli</b>				.410				
Normal	1(%4,2)		1(%2,5)					
doğum(epidural)								
Normal doğum	9(%37,5)	11(%29,7)	6(%15)					
Sezeryan doğum	8(%33,3)	13(%35,1)	18(%45)					
(isteğe bağlı)								
Plansız sezaryen	6(%25)	13(%35,1)	15(%37,5)					
doğum								

SS: standart sapma, Orta: ortalama değer, n: olgu sayısı

PPD atak grubunun bebekleri, ortalama 6,47±4,07 aylıktı. Doğum sonrası atak dönemi hastalarının %8,3'ünün (n=2) bebekten ayrı kaldığı; ayrı kalma süresinin ortalama 5,66±3,21 gün olduğu saptanmıştır. Bebeğin bakımının %29,2 (n=7) kolay, %25 (n=6) normal, %45,8 (n=11) güç geldiği; %50'sinde (n=12) bakıma destek veren birisinin olduğu saptanmıştır. Bakıma destek olan kişilerin %50 (n=6) kayınvalide, %33,3 (n=4) anne-baba, %16,7 (n=2) eş olduğu saptanmıştır. Desteğin yeterlilik düzeyinin %69,6 (n=16) yetersiz, %30,4 (n=7) yeterli olarak değerlendirildiği saptandı. Bu hastaların %100 (n=24) geceleri bebekleri ile kendilerinin ilgilendikleri ve %41,7'sinin (n=10) gece kendisi ilgilenmezse bebekle yeterince yakın olamayacağını düşündüğü tespit edildi. Hastaların %91,7'sinin (n=22) bebeğini emzirdiği ve emzirme süresinin en az 1, en fazla 18, ortancasının

4,75 ay olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Atak grubunun %75'inin (n=18) uykunun önemi ile ilgili bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

PPD remisyon grubunun bebekleri, ortalama  $8,37 \pm 4,81$  aylıktı. Doğum sonrası remisyon grubu hastalarının %24,3'ünün (n=9) bebekten ayrı kaldığı; ayrı kalma süresinin ortalama  $7,1 \pm 5,06$  gün olduğu saptanmıştır. Bebeğin bakımının %40,5 (n=15) kolay, %40,5 (n=15) normal, %18,8 (n=7) güç geldiği; %64,9'unda (n=24) bakıma destek veren birisinin olduğu saptanmıştır. Bakıma destek olan kişilerin %16,7 (n=4) kayınvalide, %41,7 (n=10) anne-baba, %25 (n=6) eş, %8,3 (n=2) çocuklar, %4,2 (n=1) görümce, %4,2 (n=1) kardeş olduğu saptanmıştır. Desteğin yeterlilik düzeyin %38,2 (n=13) yetersiz, %61,8 (n=21) yeterli olarak değerlendirildiği saptandı. Bu hastaların %94,6 (n=35) geceleri bebekleri ile kendilerinin ilgilendikleri ve %45,9'unun (n=17) gece kendisi ilgilenmezse bebekle yeterince yakın olamayacağını düşündüğü tespit edildi. Hastaların %86,5'inin (n=32) bebeğini emzirdiği ve emzirme süresinin en az 0, en fazla 17, ortancasının 5,5 ay olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Remisyon grubunun %54,1'inin (n=20) uykunun önemi ile ilgili bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

PP kontrol grubunun bebekleri, ortalama  $8,19 \pm 6,37$  aylıktı. Doğum sonrası kontrol grubu olgularının %72,5'inin (n=29) bebekten ayrı kalmadığı, %27,5'inin (n=11) bebekten ayrı kaldığı; ayrı kalma süresinin ortalama  $1,2 \pm 0,45$  gün olduğu saptanmıştır. Bebeğin bakımının %25 (n=10) kolay, %62,5 (n=25) normal, %12,5 (n=5) güç geldiği; %47,5'inde (n=19) bakıma destek olan birisinin olduğu, %52,5'inde (n=21) destek olmadığı saptanmıştır. Bakıma destek olan kişilerin %10,5 (n=2) kayınvalide, %68,4 (n=13) anne-baba, %5,3 (n=1) eş, %10,5 (n=2) kardeş, %5,3 (n=1) bakıcı olduğu saptanmıştır. Desteğin yeterlilik düzeyinin %41,7 (n=15) yetersiz, %58,3 (n=21) yeterli olarak değerlendirildiği saptandı. Bu olguların %95'inin (n=38) geceleri bebekleri ile kendilerinin ilgilendikleri ve %62,5'inin (n=25) gece kendisi ilgilenmezse bebekle yeterince yakın olamayacağını düşündüğü tespit edildi. Olguların %92,5'inin (n=37) bebeğini emzirdiği, %7,5'inin (n=3) emzirmedeği ve emzirme süresinin en az 0,3, en fazla 24, ortancasının 5 ay olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Kontrol grubu olgularının %65'inin (n=26) uykunun önemi ile ilgili bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 8:** Postpartum Dönemde Bebeğin Bakımı ile İlgili Grupların Karşılaştırılması

	<b>Atak Grubu (1) n=24</b>	<b>Remisyon Grubu (2) n=37</b>	<b>Kontrol Grubu (3) n=40</b>		<b>1 vs. 2</b>	<b>1 vs.3</b>	<b>2 vs.3</b>	
	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Ki- Kare P</b>	<b>Kruskal- Wallis P</b>	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>
<b>Bebeğin ayı Bebekten ayrı kalma</b>	6,47±4,07	8,37±4,81	8,19±6,37	.178	.342			
Evet	2(% 8,3)	9(% 24,3)	11(% 27,5)					
Hayır	22(% 91,7)	28(% 75,7)	29(% 72,5)			.077	.004	.156
<b>Bebeğin bakımı</b>				.007				
Kolay	7(% 29,2)	15(% 40,5)	10(% 25)					
Normal	6(% 25)	15(% 40,5)	25(% 62,5)					
Güç	11(% 45,8)	7(% 18,9)	5(% 12,5)					
<b>Bebeğin bakımına destek</b>				.274				
Var	12(% 50)	24(% 64,9)	19(% 47,5)					
Yok	12(% 50)	13(% 35,1)	21(% 52,5)					
<b>Desteğin yeterlilik düzeyi</b>				.046		.020	.036	.770
Yetersiz	16(% 69,6)	13(% 38,2)	15(% 41,7)					
Yeterli	7(% 30,4)	21(% 61,8)	21(% 58,3)					
<b>Geceleri anne ilgileniyor</b>				.520				
Evet	24(% 100)	35(% 94,6)	38(% 95)					
Hayır		2(% 5,4)	2(% 5)					
<b>Emzirme</b>				.649				
Evet	22(% 91,7)	32(% 86,5)	37(% 92,5)					
Hayır	2(% 8,3)	5(% 13,5)	3(% 7,5)					
<b>Emzirme Süresi(ay)</b>	1-18(4,75)	0-17(5,5)	0,3-24(5)		.712			

SS: standart sapma, Orta: ortalama değer, n: olgu sayısı

Gruplar arasında bebekten ayrı kalınan gün sayısı ( $p=0,937$ ), destek olan kişiler ( $p=0,115$ ), geceleri ilgilenmezse yakın olamayacağını düşünme ( $p=0,190$ ) açısından fark saptanmamıştır. Bebeğin bakımının atak grubuna, kontrol grubundan ( $p=0,004$ ) anlamlı olarak daha zor geldiği, atak ve remisyon grupları ( $p=0,077$ ) ile remisyon ve kontrol grupları ( $p=0,156$ ) arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 8). Uykunun önemi hakkında bilgi sahibi olma oranının, atak grubunda kontrol grubuna göre ( $p=0,002$ ) anlamlı olarak düşük olduğu, atak ve remisyon grupları ( $p=0,099$ ) ile remisyon ve kontrol grupları ( $p=0,093$ ) arasında fark olmadığı saptandı.

#### 4.4. GRUPLARIN KLİNİK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

PPD atak grubu hastalarının %29,2'sinin (n=7), ortalama  $9\pm 5,65$  adet/gün ve  $8,95\pm 7,15$  yıldır sigara kullandığı saptanmıştır. %4,2'sinin (n=1) özkıyım girişimi olduğu, bunun bir kez ve ilaç içerek olduğu saptanmıştır. Atak grubunun %100 (n=24) adli öyküsü yoktur. Bu gruptaki hastaların %58,3'ünün (n=14) soygeçmişinde özellik olduğu; bunların %53,3 (n=8) depresyon, %20 (n=3) panik bozukluk, %13,3 (n=2) obsesif kompulsif bozukluk, %13,3 (n=2) bipolar bozukluk tanılı olduğu saptanmıştır.

PPD remisyon grubu hastalarının %29,7'sinin (n=11), ortalama  $6,90\pm 4,92$  adet/gün ve  $12,31\pm 7,87$  yıldır sigara kullandığı saptanmıştır. %8,1'inin (n=3) özkıyım girişimi olduğu; bunların ikisinin 1 kez, birinin ise 20 kez ve hepsinin ilaç içerek olduğu saptanmıştır. Remisyon grubunun %97,3'ünün (n=36) adli öyküsü yoktur. Bu gruptaki hastaların %43,2'sinin (n=16) soygeçmişinde özellik olduğu; bunların %46,7 (n=7) depresyon, %13,3 (n=1) psikoz, %6,7 (n=1) panik bozukluk, %6,7 (n=1) uyum bozukluğu, %6,7 (n=1) obsesif kompulsif bozukluk, %6,7 (n=1) anksiyete bozukluğu, %6,7 (n=1) demans, %6,7 (n=1) şizofreni tanılı olduğu saptanmıştır.

PP kontrol olgularının %10'unun (n=4), ortalama  $6,50\pm 4,94$  adet/gün ve  $8\pm 4,35$  yıldır sigara kullandığı saptanmıştır. Kontrol grubu olgularında özkıyım girişimi saptanmamıştır. Kontrol olgularının %97,5'inin (n=39) adli öyküsü yoktur. Bu gruptaki olguların %7,5'inin (n=3) soygeçmişinde özellik olduğu; bunların %50 (n=1) depresyon, %50 (n=1) mental retardasyon tanısı olduğu saptanmıştır.

Gruplar arasında sigara kullanımı ( $p=0,067$ ), günlük sigara miktarı ( $p=0,598$ ), sigara kullanım süresi ( $p=0,548$ ), özkıyım girişimi ( $p=0,190$ ), özkıyım girişim sayısı ( $p=0,564$ ), adli öykü ( $p=0,726$ ) ve soygeçmiş tanıları ( $p=0,142$ ) açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Soygeçmişte özellik olması oranı, PPD atak ve remisyon grubu arasında farklı bulunmazken ( $p=0,249$ ); her iki grupta kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır (atak-kontrol grubu;  $p\leq 0,001$ , remisyon-kontrol;  $p\leq 0,001$ ).

PPD atak grubunda şikayetlerin, doğumdan en erken 0,03, en geç 4, ortalama  $0,6\pm 1,14$  ay sonra başladığı; sıkıntılar başladıktan en az 0,25, en fazla 8, ortalama  $3,19\pm 2,72$  ay sonra tedavi için başvurdukları; en az 0, en fazla 17,5, ortalama  $2,73\pm 4,31$  aydır tedavi gördükleri saptanmıştır (Tablo 9). Bu gruptaki hastaların %58,3'ünün (n=14) ilaç tedavisi gördüğü; bu tedavinin de %78,6 (n=11) sertralin, %7,1 (n=1) mirtazapin, %7,1 (n=1) essitalopram, %7,1 (n=1) duloksetin olduğu tespit edilmiştir. İlaç tedavisi görenlerin %21,4'ünün (n=3) tedavisine sedatize edici etkilerinden dolayı düşük doz mirtazapin, hidroksizin, olanzapin ilave edildiği saptanmıştır.

PPD remisyon grubunda şikayetlerin, doğumdan en erken 0,03, en geç 6, ortalama  $0,83\pm 1,3$  ay sonra başladığı; sıkıntılar başladıktan en az 0,03, en fazla 10, ortalama  $1,56\pm 2,52$  ay sonra tedavi için başvurdukları; en az 0,75, en fazla 23, ortalama  $6,27\pm 4,57$  aydır tedavi gördükleri saptanmıştır. Remisyon grubunun sıkıntılar başladıktan sonra tedavi için başvurma süreleri, PPD atak grubundan anlamlı olarak kısa olduğu ( $p=0,001$ ) ve daha uzun süredir tedavi gördükleri ( $p\leq 0,001$ ) saptanmıştır (Tablo 9). Remisyon grubundaki hastaların %94,5'inin (n=35) ilaç tedavisi gördüğü; bu tedavinin de %65,7 (n=23) sertralin, %25,7 (n=9) paroksetin, %2,9 (n=1) mirtazapin, %2,9 (n=1) essitalopram, %2,9 (n=1) fluoksetin olduğu tespit edilmiştir. Tedavi görenlerin %28,5'inin (n=10) tedavisine sedatize edici etkilerinden dolayı düşük doz mirtazapin, ketiyapin ilave edildiği saptanmıştır. Remisyon grubunun; en az 0,33, en fazla 12 (ortanca; 2 ay), ortalama  $3,16\pm 2,76$  aydır iyilik halinde oldukları tespit edilmiştir.

**Tablo 9:** Grupların PPD Klinik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

	<b>Atak Grubu</b>	<b>Remisyon Grubu</b>	
	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	
	<b>n=24</b>	<b>n=37</b>	
	<b>Min-Mak(ortanca)</b>	<b>Min-Mak(ortanca)</b>	<b>Mann Whitney U</b>
			<b>p</b>
<b>PP sıkıntılarının başlama zamanı (ay)</b>	0,03-4(0,03)	0,03-6(0,25)	.092
<b>Sıkıntılar başladıktan sonra tedaviye başvurma zamanı (ay)</b>	0,25-8(2,25)	0,03-10(0,5)	.001
<b>Tedavi Süresi</b>	0-17,5(1)	0,75-23(6)	≤.001

*Min: bulunan en küçük değer, Mak: bulunan en büyük değer, n: olgu sayısı*

#### 4.5. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) puan ortalamaları, PPD atak grubu hastalarının 17,12±5,9; PPD remisyon grubu hastalarının 8,43±6,83 olarak bulunmuştur. Atak grubunun puan ortalamasının, remisyon grubunun puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p \leq 0,001$ ). EDSDÖ puan ortalamasının artması PPD riskini artırır. EDSDÖ puanının, 13 ve üzeri olması PPD riskinin arttığını gösterir. Klinik olarak PPD tanısı konulan PPD atak grubunda, EDSDÖ ile kesme puanına göre PPD olma riski değerlendirildiğinde %83,3 (n=20) olgunun PPD olma riski olduğu, %16,7 (n=4) olgunun ise riskinin olmadığı tespit edilmiştir. Klinik görüşmeye göre, artık remisyonunda olduğu değerlendirilen PPD remisyon grubunda ise EDSDÖ'ye göre %32,4 (n=12) olguda PPD olma riskinin olduğu, %67,5 (n=25) olguda olmadığı saptanmıştır. Atak grubunda, EDSDÖ'ye göre PPD olma riski, remisyon grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ( $p \leq 0,001$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10:** PPD Atak ve Remisyon Gruplarının EDSDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması

	<b>Atak Grubu</b>	<b>Remisyon Grubu</b>		
	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>		
	<b>n=24</b>	<b>n=37</b>		
	<b>Min-Mak(medyan)</b>	<b>Min-Mak(medyan)</b>	<b>Ki-Kare</b>	<b>Mann</b>
	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>p</b>	<b>Whitney U</b>
				<b>P</b>
<b>EDSDÖ puanı</b>	4-26(17) 17,12±5,9	0-27(6) 8,43±6,83		≤.001
<b>PPD olma riski</b> (EDSDÖ 13≤)			≤.001	
Var	20(%83,3)	25(%67,5)		
Yok	4(%16,7)	12(%32,4)		

*Min: bulunan en küçük değer, Mak: bulunan en büyük değer, n: olgu sayısı, SS: standart sapma, orta: ortalama değer*

PPD atak grubunun Postpartum Bağlanma Ölçeği (PBÖ) sonuçlarına göre, %50'sinin (n=12) bebeğe güvensiz bağlanması olduğu; güvensiz bağlanma oranının PPD remisyon (p=0.005) ve PP kontrol (p≤0,001) grubundan anlamlı olarak yüksek çıktığı saptanmıştır. PPD atak grubunun, PBÖ bağlanma bozukluğu alt grubunun puan ortalamaları 13,2±8,54 (en az 3, en fazla 34, ortanca 11,5 puan) olarak saptandı; puan ortalamasının, remisyon (p=0.002) ve kontrol (p≤0,001) gruplarından anlamlı olarak yüksek çıktığı bulunmuştur. Puanların yüksek olması güvensiz bağlanma lehinedir. Bebeğin reddedilmesi ve bebeğe karşı patolojik sinirlilik alt grubunun puan ortalamasının 4,87±5,09 (en az 0, en fazla 19, ortanca 2,5 puan) olduğu ve kontrol grubundan (p≤0,001) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Reddetme ve sinirlilik alt grubu puanının yüksek olması, bebeği reddetme ve bebeğe sinirlenme riskini artırır. Bebek bakımında gerginlik alt grubunun puan ortalaması 3,62±3,06 (en az 0, en fazla 12, ortanca 0 puan); istismar riski alt grubunun puan ortalaması 0,79±1,79 (en 0, en fazla 8, ortanca 0 puan) olarak saptanmıştır (Tablo 11). Bebek bakımında gerginlik ve istismar riski alt gruplarının puanlarının yüksek olması riski artırır.

PPD remisyon grubunun PBÖ sonuçlarına göre, hastaların %83,8'inin (n=31) bebeğe güvenli bağlanması olduğu; bağlanma bozukluğu alt grubunun puan ortalamalarının 6,72±6,76 (en az 0, en fazla 27, ortanca 4 puan) olduğu saptanmıştır.

Reddetme ve sinirlilik alt grubunun puan ortalaması  $2,48 \pm 2,95$  (en az 0, en fazla 12, ortanca 2 puan); bebek bakımında gerginlik alt grubunun puan ortalaması  $2,51 \pm 3,42$  (en az 0, en fazla 12, ortanca 0 puan); istismar riski alt grubunun puan ortalaması  $0,24 \pm 0,72$  (en az 0, en fazla 3, ortanca 0 puan) olarak saptanmıştır (Tablo 11).

PP kontrol grubunun PBÖ sonuçlarına göre, %97,4'ünün (n=37) bebeğe güvenli bağlanması olduğu; bağlanma bozukluğu alt grubunun puan ortalamalarının  $4,81 \pm 3,24$  (en az 0, en fazla 12, ortanca 4 paun) olduğu saptanmıştır. Reddetme ve sinirlilik alt grubunun puan ortalaması  $1,07 \pm 1,5$  (en az 0, en fazla 6, ortanca 0 puan); bebek bakımında gerginlik alt grubunun puan ortalaması  $2,65 \pm 2,45$  (en az 0, en fazla 10, ortanca 2 puan); istismar riski alt grubunun puan ortalaması  $0,15 \pm 0,53$  (en az 0, en fazla 3, ortanca 0 puan) olarak saptanmıştır (Tablo 11).

**Tablo 11:** Grupların Postpartum Bağlanma Ölçeği (PBÖ) Sonuçlarının Karşılaştırması

	<b>Atak Grubu (1) n=24</b>	<b>Remisyon Grubu (2) n=37</b>	<b>Kontrol Grubu (3) n=40</b>		<b>1 vs. 2</b>	<b>1 vs.3</b>	<b>2 vs.3</b>
	<b>Min-Mak (medyan)/n%</b>	<b>Min-Mak (medyan)/n%</b>	<b>Min-Mak (medyan)/n%</b>	<b>Ki- Kare P</b>	<b>P</b>	<b>p</b>	<b>p</b>
<b>Postpartum bağlanma bozukluğu puanı</b>	3-34(11,5)	0-27(4)	0-12(4)	$\leq .001$	.001	$\leq .001$	.505
Var	12(%50)	6(%16,2)	1(%2,6)	$\leq .001$	.005	$\leq .001$	.056
Yok	12(%50)	316(%83,8)	37(%97,4)				
<b>Reddetme ve sinirlilik puanı</b>	0-19(2,5)	0-12(2)	0-6(0)	$\leq .001$	.060	$\leq .001$	.022
Var	1(%4,2)			.198			
Yok	23(%95,8)	36(%100)	40(%100)				
<b>Bebek bakımında gerginlik puanı</b>	0-12(0)	0-12(0)	0-10(2)	$\leq .001$	.089		
Var	1(%4,2)	3(%8,1)	1(%2,5)	.515			
Yok	23(%95,8)	34(%91,9)	39(%97,5)				
<b>İstismar riski puanı</b>	0-8(0)	0-3(0)	0-3(0)	$\leq .001$	.157		
Var	2(%8,3)	1(%2,7)	1(%2,5)	.453			
Yok	22(%91,7)	36(%97,3)	39(%97,5)				

*Min: bulunan en küçük değer, Mak: bulunan en büyük değer, n: olgu sayısı*

PPD atak grubu hastalarının İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) sonuçlarına göre %25'i (n=6) güvenli, %33,3'ü (n=8) kayıtsız/kaçınmacı, %20,8'i (n=5) saplantılı/kaygılı, %20,8'i (n=5) korkulu/kaçınmacı erişkin bağlanma biçimine sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların %75 (n=18) güvensiz bağlanma gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 12).

**Tablo 12:** Grupların İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) Sonuçlarının Karşılaştırması

	<b>Atak Grubu</b>	<b>Remisyon Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>		
	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>		
	<b>n=24</b>	<b>n=37</b>	<b>n=40</b>		
	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Orta±SS/n%</b>	<b>Ki-Kare</b>	<b>Tek Yönlü Anova P</b>
				<b>p</b>	
<b>Erişkin bağlanma türü</b>				.840	
Güvenli	6(%25)	8(%23,5)	10(%26,3)		
Kayıtsız	8(%33,3)	10(%29,4)	14(%36,8)		
Saplantılı	5(%20,8)	4(%11,8)	4(%10,5)		
Korkulu	5(%20,8)	12(%35,3)	10(%26,3)		
<b>Erişkin güvenli bağlanma</b>				.929	
Var	6(%25)	8(%21,6)	10(%25)		
Yok	18(%75)	29(%78,4)	30(%75)		
<b>Güvenli bağlanma puanı</b>	3,73±1,43	3,71±1,52	3,92±0,94		.743
<b>Kayıtsız bağlanma puanı</b>	4,38±1,6	4,2±1,39	4,44±1,07		.720
<b>Saplantılı bağlanma puanı</b>	3,95±0,88	4,06±0,85	3,58±0,87		.043
<b>Korkulu bağlanma puanı</b>	4,340±1,28	4,45±1,40	4,19±1,06		.661

*Orta: ortalama değer, SS: standart sapma, n: olgu sayısı*

PPD remisyon grubu hastalarının İÖA sonuçlarına göre %23,5'i (n=8) güvenli, %29,4'ü (n=10) kayıtsız/kaçınmacı, %11,8'i (n=4) saplantılı/kaygılı, %35,3'ü (n=12) korkulu/kaçınmacı erişkin bağlanma biçimine sahip olduğu saptanmıştır. Remisyon grubunda, kontrol grubuna göre saplantılı bağlanma puanı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0,042, posthoc tukey testi). Hastaların %78,4 (n=29) güvensiz bağlanma gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 12).

PP kontrol grubu olgularının İÖA sonuçlarına göre %26,3'ü (n=10) güvenli, %36,8'i (n=14) kayıtsız/kaçıncı, %10,5'i (n=4) saplantılı/kaygılı, %26,3'ü (n=10) korkulu/kaçıncı erişkin bağlanma biçimine sahip saptanmıştır. Olguların %75 (n=30) güvensiz bağlanma gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 12).

#### **4.6. ÖLÇEKLERİN KENDİ İÇİNDE VE BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hastaların (atak-remisyon grubu), EDSDÖ puanı ile (ölçeğin puanı arttıkça, PPD olma riski artar) PBÖ bağlanma bozukluğu (alt grubun puanı arttıkça güvensiz bağlanma riski artar) ( $r=0,577$ ;  $p\leq 0,001$ ), reddetme ve sinirlilik (bu alt grubun puanının artması ile bebeği reddetme ve sinirlilik riski artar) ( $r=0,417$ ;  $p=0,01$ ), bebek bakımında gerginlik alt grupları puanlarını (bu alt grubun puanının artması ile bebek bakımında gerginlik riski artar) ( $r=0,488$ ;  $p\leq 0,001$ ) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo 13).

PBÖ alt gruplarından PP bağlanma bozukluğu ile bebeği reddetme ve sinirlilik ( $r=0,731$ ;  $p\leq 0,001$ ), bebek bakımında gerginlik puanları ( $r=0,377$ ;  $p\leq 0,001$ ) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Reddetme ve sinirlilik ile bebek bakımında gerginlik alt gruplarının puanları ( $r=0,384$ ;  $p\leq 0,001$ ) arasında pozitif korelasyon saptandı (atak, remisyon, kontrol grupları) (Tablo 13).

Bütün grupların (atak, remisyon ve kontrol grubu) erişkin bağlanma biçimlerini ölçmek için kullandığımız İlişki Ölçekleri Anketin (İÖA); tüm bağlanma biçimleri için ayrı ayrı puanları hesaplarken, olguları sadece bir bağlanma biçimine dahil ederek diğerlerini göz ardı eder. İÖA alt gruplarının puanları ile diğer ölçeklerin korelasyonunu değerlendirerek, her bir bağlanma biçiminin diğer değişkenlerle ilişkisini inceledik. Olguların kayıtsız bağlanma puanı ile EDSDÖ puanı ( $r=0,253$ ;  $p=0,050$ ), PBÖ istismar riski alt grubu puanı ( $r=0,322$ ;  $p=0,001$ ) ile pozitif; İÖA güvenli bağlanma puanı ( $r=-0,230$ ;  $p=0,021$ ) ile arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Korkulu bağlanma puanı ile EDSDÖ ( $r=0,260$ ;  $p=0,045$ ), PBÖ bağlanma bozukluğu ( $r=0,235$ ;  $p=0,20$ ), bebek bakımında gerginlik ( $r=0,201$ ;  $p=0,045$ ), istismar riski ( $r=0,216$ ;  $p=0,031$ ), kayıtsız bağlanma puanları ( $r=0,379$ ;  $p\leq 0,001$ ) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo 13).

**Tablo 13:** EDSÖ, PBÖ, İÖA Arasındaki Korelasyon Analizi İlişkisi

	PP bağlanma bozukluğu puanı	Reddetme ve sinirlilik puanı	Bebek bakımında gerginlik puanı	İstismar riski puanı	Güvenli bağlanma puanı	Kayıtsız bağlanma puanı	Saplantılı bağlanma puanı	Korkulu bağlanma puanı
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
	p	p	p	p	p	p	p	p
<b>EDSDÖ puanı</b>	.622 ≤.001	.417 .001	.488 ≤.001			.253 .050		.260 .045
<b>PP bağlanma bozukluğu puanı</b>							.252 .012	.235 .020
<b>Reddetme ve sinirlilik puanı</b>	.731 ≤.001							
<b>Bebek bakımında gerginlik puanı</b>	.377 ≤.001	.384 ≤.001						.201 .045
<b>İstismar riski puanı</b>						.322 .001		.216 .031
<b>Güvenli bağlanma puanı</b>						-.230 .021		
<b>Kayıtsız bağlanma puanı</b>								.379 ≤.001

Sperman's rho Korelasyon analizi,  $r_s$  : Spearman korelasyon katsayısı

PPD riski var olan olguların, doğum sonrası güvensiz anne-bebek bağlanması olma riskinin istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14:** EDSDÖ Riski ile PP Bağlanma Bozukluğu Varlığı Arasındaki İlişki

	<b>PPD riski var (13≤) n=32 n%</b>	<b>PPD riski yok (13&gt;) n=29 n%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>PP bağlanma bozukluğu</b>			<b>23,141<sup>a</sup></b>	<b>&lt;.001</b>
Var	18(%56,3)			
Yok	14(%43,8)	29(%100)		

Ki-kare testi,  $\chi^2$  değeri, n: olgu sayısı

PP bağlanma üzerine etki eden, EDSDÖ puan değişimlerinin etkisini lojistik regresyon analizi ile değerlendirmeye tabi tuttuk. Lojistik regresyon ile incelendiğinde, modelin anlamlı bulunduğu ve modelin açıklayıcılık katsayısının (PP güvenli bağlanma olan olguları doğru tahmin etme oranı %88,4; PP güvensiz bağlanma olan olguları doğru tahmin etme oranı %50; genel tahmin oranı %77) iyi düzeyde olduğu görüldü. EDSDÖ puanının, PP bağlanma üzerine etkisinin ODDS oranı 1.227 (%95 CL: 1.083-1.391) kat fazla olarak saptanmıştır (Tablo 15).

**Tablo 15:** PP Bağlanma Üzerinde Etkili Olan EDSDÖ Puanının Yordanmasına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonucu

<b>Bağımsız Değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>ODDS</b>	<b>P</b>	<b>%95 Güven Aralığı</b>	
				<b>Alt</b>	<b>Üst</b>
<b>Sabit</b>	-3.732	.024	≤.001		
<b>EDSDÖ puanı</b>	.205	1.227	.001	1.083	1.391

PPD atak grubunda gebeliğinde bulantı-kusma olmayanlarda, PPD riski varlığı (EDSDÖ puanı  $13 \leq$  olması) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,020$ ). Atak grubunda, bulantı-kusma olanları %100'ünde ( $n=14$ ) PPD riski olduğu; olmayanların %60'ında ( $n=6$ ) risk olduğu, %40'ında ( $n=4$ ) olmadığı saptanmıştır. Atak grubunda, gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan hastaların, PP anne-bebek güvensiz bağlanma sıklığının (PBÖ güvenli bağlanma alt grubu puanının  $12 \leq$  olması, PP annenin bebeğe güvensiz bağlanması olduğunu gösterir) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu ( $p=0,037$ ) saptanmıştır. Gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin %100'ünde ( $n=5$ ) PP bağlanma bozukluğu olmadığı; sağlık sorunu yaşamayanların ise %36,8'inin ( $n=7$ ) bağlanma bozukluğu olmadığı, %63,2'sinin ( $n=12$ ) bağlanma bozukluğu olduğu saptanmıştır (Tablo 16).

**Tablo 16:** PPD Atak Grubu Ölçek Sonuçları ile Hastaların Sosyodemografik Verilerinin İlişkisi ve Korelasyonu

	<b>Bulantı-kusma</b>	<b>Gebelikte annede sağlık sorunu</b>
	<b>p</b>	<b>p</b>
<b>PPD riski (EDSDÖ <math>13 \leq</math>)</b>	.020	
<b>PP bağlanma bozukluğu</b>		.037

*Ki-Kare testi*

PPD remisyon grubunda sosyal desteği olmayan ( $p=0,010$ ) ve soygeçmişinde özellik olan ( $p=0,046$ ) hastaların, PPD riski varlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Sosyal desteği olan hastaların, %7,1'inde ( $n=1$ ); desteği olmayan hastaların ise %47,8'inde ( $n=11$ ) PPD riski olduğu saptanmıştır. Remisyon grubunda soygeçmişte özellik olan hastaların %50'sinde ( $n=8$ ), özellik olmayanların %19'unda ( $n=4$ ) PPD riski olduğu saptanmıştır. EDSDÖ puanı ile hastaların tedavi ( $r=-0,362$ ;  $p=0,028$ ) ve emzirme süresi ( $r=-0,376$ ;  $p=0,022$ ) arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Remisyon grubunda eşleri düzensiz çalışan kadınların, PP bebeğe bakım konusunda gerginlik riskinin istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Eşi düzenli çalışan hastaların %100 ( $n=32$ ) bakım konusunda gerginliğinin olmadığı saptanmıştır. Eşi düzensiz çalışanların %50'sinde ( $n=2$ ), işsiz olanların %100'ünde ( $n=1$ ) bakım konusunda gerginlik olduğu tespit edilmiştir. PBÖ bağlanma bozukluğu puanı ile hastaların eğitim süreleri arasında ( $r=-0,391$ ;  $p=0,017$ )

negatif korelasyon saptanmıştır. PBÖ istismar riski alt grubu puanı ile PP sıkıntılarının başlama zamanı ( $r=0,341$ ;  $p=0,039$ ) arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Korkulu bağlanma puanı ile bebeğin ayı ( $r=-0,371$ ;  $p=0,024$ ) arasında negatif korelasyon saptanmıştır (Tablo 17).

**Tablo 17:** PPD Remisyon Grubu Ölçek Sonuçları ile Hastaların Sosyodemografik Verilerinin İlişkisi ve Korelasyonu

	*Sosyal destek	*Soygemişte özellik	*Eşinin çalışma durumu	**Tedavi süresi	**Emzirme süresi	**Eğitim yılı	**PP sıkıntılarının başlama zamanı	**Bebeğin ayı
	p	p	p	$r_s$ p	$r_s$ p	$r_s$ p	$r_s$ p	$r_s$ p
EDSDÖ puanı				-.362 .028	-.376 .022			
PPD riski	.010	.046						
PP bağlanma bozukluğu puanı					-.379 .021	-.391 .017		
Bakım konusunda gerginlik varlığı			<0,001					
İstismar riski puanı						.341 .039		
Korkulu bağlanma puanı								-.371 .024

\*Ki-Kare testi \*\*Sperman's rho Korelasyon analizi,  $r_s$  : Spearman korelasyon katsayısı

Kontrol grubunda ölçekler ile sosyodemografik veriler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, PP dönemdeki, PPD tanısı alan kadınlar ile sağlıklı kadınların anne-bebek bağlanması ile yetişkin bağlanma biçimlerinin karşılaştırılması, PPD'nin ve erişkin bağlanma biçimlerinin anne-bebek bağlanmasını ne oranda etkilediği araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar ile bu dönemdeki annelerin ruhsal sıkıntılarını erken fark etmenin ve tedavi etmenin, anne-bebek bağlanması açısından önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Gebelik ve doğum sonrası gibi stresli dönemler bir kadının ruh sağlığını kolayca etkileyebilir. PPD, tüm annelerin %6,8-36'sını etkiler (54). PPD'nin kadının sosyal ve kişisel uyumu, evlilik ilişkisi ve anne-baba etkileşimi üzerine olumsuz etkisi olabilir. Annede PPD varlığı, farklı açılarla çocuğun zihinsel ve psikolojik gelişimini etkileyebilir (83).

Çalışmamızdaki sosyodemografik veriler olan yaş, eğitim süresi, medeni durum, çocuk sayısı, mesleki durum, gelir düzeyi, yaşadığı yer, sosyal güvence gibi faktörlerin PPD varlığını etkilemediği bulunmuştur. Bu sonuç literatür ile uyumludur (84-86). O'Hara ve Swain'in 1996 yılında yaptıkları çalışmada annenin yaşının, medeni durumunun, partneri ile ilişki süresinin, eğitiminin, çocuk sayısının, çalışma durumunun PPD'yi anlamlı şekilde öngöremediği bildirilmiştir (15). Bazı makalelerde anne yaşının küçük olması ile riskin arttığı söylenmekle birlikte bunun ekonomik sıkıntılar, istenmeyen gebelik ve eşin olmaması ile açıklanabileceği saptanmıştır (87). Gelir düzeyi düşüklüğünün, artmış PPD prevalansı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olsa da yaptığımız çalışmada gruplar arasında gelir düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı (88). Bu durum hastaneye başvurabilen, takiplere düzenli gelebilen hastaların sosyoekonomik düzeyinin iyi olması ile alakalı olabilir. Barnet ve arkadaşları, anne yaşı ve sosyoekonomik durumun maternal depresyon semptomları ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını saptamıştır (89).

Grupların eşlerinin; yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumları arasında fark saptanmamıştır. Nur ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları çalışmada, eşleri üniversite düzeyinin altında eğitim almış kadınların PPD olma risklerinin, eşleri eğitilmiş olanlara göre 2,21 kat daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Bununla birlikte risk faktörü olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (54, 90, 91). Olguların evde birlikte yaşadığı kişilerin riski arttırmadığı saptanmıştır. Ülkemizde yapılan birçok çalışmanın sonucu da bu durumu desteklemektedir (92-94). Birçok etnik kökeninin bulunduğu popülasyonda, gebelikte depresyon risklerini araştıran bir çalışmada aile büyükleriyle birlikte yaşamının depresyon riskini arttırmadığı aksine koruyucu bir faktör olduğu gösterilmiştir (95).

Gruplar arasında evlenme yaşı, evlenme biçimi ve evlenme sayısı ile evlilikten memnuniyet arasında fark saptanmamıştır. Evlenme biçimi dışındakilerin, PPD risk faktörü olmadığını destekleyen çalışmalar vardır (96). Evlenme biçimi ile ilgili Irak'ta yapılan bir çalışmada görücü usulü evlenen kadınlarda, anlaşarak ve zorla evlendirilen kadınlara göre PPD riskinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (97). Bu durum beklentilerin düşük olması ile ilgili olabilir. Akraba evliliği, remisyon grubunda kontrol grubundan yüksek çıkmıştır. Çalışmamızın tersine Türkiye'de yapılan çalışmalarda, akraba evliliğinin PPD için risk faktörü olmadığı saptanmıştır (98). Akraba evliliğinin risk faktörü olup olmadığını, aile içi ilişkilerin durumu belirleyebilir. Akrabaları destekleyici, hoşgörülü olanların ya da uzakta yaşayanların PPD riski azalabilir. Aksine çatışmalar mevcut, aynı evde yaşıyor ise risk artabilir.

Aile içi ilişkileri zayıf ve evlilik uyumu düşük olan kadınlarda, PPD riskinin yüksek olduğu literatürde gösterilmiştir (15, 99, 100). Bizim çalışmamızda da atak grubundaki hastaların eşleri ile iletişiminin kontrol grubundan kötü olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan remisyon ve kontrol grubu arasında fark bulunmamıştır. Bu durum hem gebelik ve doğum sonrası dönemde yeni rollere uyum sağlarken hem de PPD'nin tedavi süreci içinde eş desteğinin çok önemli olduğunu göstermektedir.

Sosyal destek açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Bizim kültürümüzde aile bağlarının yakın ve fazla olması nedeniyle, sosyal desteğin diğer toplumlara göre daha iyi olduğu yorumu yapılabilir. Literatürde Orta Doğu'da yapılan bir çalışmada, sosyal destek olmamasının risk faktörü olmadığı ileri

sürülmüştür (101). Bizim çalışmamızda bebeğin bakımına desteğin olup olmadığı sorulduğunda gruplar arasında fark saptanmamıştır. Diğer taraftan desteğin yeterliliği sorgulandığında, PPD atak ve remisyon dönemindeki hastaların, kontrol grubuna göre desteğin yeterlilik düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu literatürle uyumludur (10, 102,103). Yapılan bir çalışmada, bebek bakımında anneye destek olan birinin olmamasının, PPD riskini 2,21 kat arttırdığı saptanmıştır (93). Anneye hem sosyal hem de bebek bakımında destek verilmesi, stres etkenleri ve kaygı ile daha rahat baş etmesine yardımcı olup, doğum sonrası annelik rolüne uyum sağlamasını kolaylaştırır.

Doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum ve küretaj, düşük öyküsü, gebelik sayısı ortalaması, yardımcı üreme tekniği olması, gebelikte kadın doğumda düzenli takip edilme, gebelikte sağlık sorunu ile bulantı ve kusma olması, doğum zamanı, doğumun yapıldığı yer, doğum şekli, doğumda sağlık sorunu olması, doğum sonrası bebekten ayrı kalma varlığı, ayrı kalınan gün sayısı, bebeğin ayı, geceleri kimin ilgilendiği, annenin kendisi ilgilenmezse yakın olmayacağını düşünme, emzirme varlığı ve emzirme süresi açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Bu değişkenlerin risk faktörü olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (15, 49, 77, 103-107). Bazı çalışmalarda çocuk sayısının fazla olması, PPD ile ilişkilendirilmiştir. Pakistan'da yapılan bir çalışmada 5 ve üzeri çocuk sahibi olmanın riski yükselttiği saptanmıştır (108). Çalışmamızda çocuk sayısı ortalaması  $1,95 \pm 0,99$  saptandı, Pakistan'da bahsi geçen çalışmadaki 5 çocuk sayısından az olması, ilişki saptanmamasının nedeni olabilir. Diğer taraftan çocuk sayısından çok fiziki şartlar ve sosyal destek, PPD riski için önemli olabilir. Son gebeliğin plansız ve istemsiz olma durumu, PPD tanısı olan hastalarda yüksek çıkmıştır. Gebeliğin istemsiz ve plansız olması, annenin bebek bakımı ve annelik rolü için hazır olmadığını, güçlük yaşayabileceğini gösterir (55, 77, 103, 109). Vajinal yolla doğum yapanlarda, sezaryen ile doğum yapanlara göre PPD riskinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (101).

Cinsiyet tercihi, PPD atak grubunda remisyon grubundan yüksek saptanmıştır. Batı toplumlarında yapılan çalışmada, çocuğun cinsiyeti ile PPD arasında ilişki bulunmamıştır (110). Çin, Hindistan ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda, özellikle bebeğin kız olması durumunda, bebeğin cinsiyeti ile ilgili

hayal kırıklığının oluştuğu ve PPD gelişmesi ile önemli derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (111-113). Bu nedenle ebeveynin bebeğin cinsiyetine tepkisi bazı kültürlerde risk faktörü olabilir.

Emzirme, anne ve bebek arasında hem fiziksel hem de duygusal bir beraberliğin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde, bebeğini emziremeyen anneler suçluluk ve yetersizlik duyguları yaşayabilirler (15). Emzirmeyi bırakma, anneler üzerinde sosyal bir baskı oluşmasına neden olarak PPD için risk faktörü oluşturabilir. Diğer yandan da PPD tanısı alan kadınların, kullandıkları farmakolojik tedavi nedeniyle emzirmeyi kesme eğilimleri olabilir (114). Bizim çalışmamızda, emzirme varlığı ve süresi ile PPD arasında ilişki saptanmamış olmakla birlikte literatürde bununla ilgili makaleler mevcuttur (115). Çalışmamızda fark olmaması, yapılan poliklinik kontrollerinde, annelere ilaç kullanırken emzirebilecekleri konusunda bilgilendirme yapılması ile ilişkili olabilir.

Uyku kalitesinin bozulması (uykuda bölünme, uykuya dalmakta zorlanma, sık sık uyanma), hem PPD riskini hem de semptomların şiddetini arttırabilir (116). Yapılan bir çalışmada, zaman içerisinde Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanlarındaki her bir puanlık artışın, PPD rekürrensi riskini %25 arttırdığı saptanmıştır (117). Bizim çalışmamızda da doğum sonrası dönemde atak grubunun uykunun önemi hakkında, diğer gruplara göre bilgi düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Bu durum hem uyku kalitesini arttırmak için müdahalede bulunmak gerektiğini hem de hastaları bilgilendirmek gerektiğini gösteriyor. Remisyon grubundaki hastaların, uykunun önemi konusunda bilgilendirildikleri ve bu konuda destek aldıkları için iyileşme süreçleri hızlanmış olabilir.

Olgulara, bebek bakımının zorluk derecesi sorulduğunda, PPD tanısı olan annelerin kontrol grubuna göre bebek bakımını daha zor olarak nitelendirdikleri saptandı. Bu durum annenin depresyonunun, bebeği olduğundan daha olumsuz algılaması ile ya da 'zor' bebekle uğraşmanın depresyonu arttırması ile ilişkili olabilir (15, 118). PPD; işlevsellikte azalma, ilgi-istek kaybı ile giden bir hastalık olduğu için anneler, bebek bakımında zorlanıp, kendilerini yetersiz hissediyor olabilirler. Bu yüzden erken tanı ve tedavi önemlidir.

Gruplar arasında; sigara kullanımı, kullanılan miktar, kullanım süresi, özkıyım girişimi varlığı, adli öykü olup olmaması açısından fark saptanmadı. Bunların, PPD için risk faktörü olmaması literatür ile uyumludur (77, 119). Bazı çalışmalarda sigara içen annelerde, EDSÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (120). Atak ve remisyon grubunun, ailelerinde psikiyatrik öykü varlığının daha yüksek olduğu saptandı. Johnstone ve arkadaşları, 2001 yılında ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınlarda, PPD için daha yüksek risk olduğunu saptamışlardır (121). Bunu desteklemeyen bazı çalışmalar olmakla birlikte bu sonuçların, akrabalarının ruhsal durumlarıyla ilgili farkındalıklarının olmaması ya da bunu gizlenecek bir şey olarak düşünmeleri ile ilişkisi olabileceği düşünüldü.

Atak ve remisyon grupları arasında, şikayetlerin başlama zamanı açısından fark yok iken, remisyondaki hastaların tedaviye daha erken başvurduğu saptandı. DSM-5'te PPD, hamilelik sırasında ve doğumdan sonraki dört hafta içerisinde başlayan bir hastalık şeklinde tanımlanmıştır. Bizim alışmamızda da hastaların ortalama bir ay içerisinde şikayetlerinin başladığı saptanmıştır. Genellikle yapılan çalışmalar, bu sürenin doğum sonrası bir yıla kadar uzatılmasının kadın ruh sağlığı açısından daha kapsayıcı olabileceğini öngörüyor (13). PPD'nin ortalama prevalansı %13 olmasına rağmen, on kadından sadece birinin tıbbi tedavi alabileceği gösterilmiştir (15,122). Biz çalışmamızı tedavi gören PPD tanılı hastalar ile yapmamıza rağmen, atak grubunun tedaviye geç başvurması ve literatürde bazı hastaların tedavi alamaması çeşitli nedenlerle açıklanmıştır. Birincisi ailenin ve hatta bazen psikiyatri dışı hekimlerin, depresyon semptomlarını (depresif ruh hali, ağlama, uykusuzluk, iştahsızlık gibi) "normal" bir annelik deneyimi ya da bir uyum süreci olarak yorumlaması ile ilgili olabilir. İkincisi kadınlar, aileleri ve çevreleri tarafından psikiyatrik tanı almış olmaktan dolayı damgalanacaklarını ve "yetersiz anne" olmakla suçlanacaklarını düşünebilirler (123). Bu nedenle şikayetlerini gizleyebilir ve çevresindekilere "normal" görünmeye çalışabilirler. Bazen aile de damgalanmaktan korktuğu için inkâr içerisinde olup, kadınların tedavi arayışını engelleyebilir (124). Birinci basamak sağlık hizmetleri verilirken, PPD'nin tanınması yetersiz kalabilir. Semptomlar sorgulanmayabilir ya da ilaç kullanılmayacağı (emzirme, bebeğe olası yan etkiler nedeniyle) düşünülp psikiyatri hekimine yönlendirilemeyebilirler. Eğer tedavi edilmezse, kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık

olabilmekte, kadının ve ailesinin yaşam kalitesini düşürüp, intihar ve bebeğine zarar verme risklerini arttırmaktadır (92) Ayrıca, PPD tanısı alan annelerin, bebeklerini emzirirken yüzlerine daha az baktıkları ve emzirme konusunda daha isteksiz oldukları saptanmıştır (125). Bebeklerin, ilk 3 yıl içerisindeki gelişimlerinin yaşatlarının gerisinde kaldığı ve bu bebekler için acil servise başvuru sayısının artıp, aşı gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanımlarının azaldığı saptanmıştır (126). PPD'nin, kadın ve ailesini olumsuz yönde etkilemesini önlemek için erken dönemde tanı konması ve müdahale edilmesi gerekmektedir.

PPD atak grubunun, EDSÖ puanlarının remisyon grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. PPD tanısı, klinik görüşme ile konulmakla birlikte, önemli bir sağlık sorunu olduğu için daha az zaman alan ve daha pratik olan EDSÖ gibi tarama ölçekleri geliştirilmiştir (79, 80). EDSÖ hem PPD riskini hem de şiddetinin öngören bir ölçektir. Ölçeğin puanı arttıkça, PPD riski de artmaktadır. Bizde klinik görüşme ve SCID ile atak dönemde olduğunu tespit ettiğimiz hastalar da EDSÖ puanının daha yüksek olduğunu tespit ettik.

PP bebeğe güvensiz bağlanma oranı ile PBÖ bağlanma bozukluğu alt grubunun puan ortalamasının atak grubunda, remisyon ve kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunduğu saptanmıştır. Yine gruplardan bağımsız, EDSÖ puanı ile PBÖ bağlanma bozukluğu alt grubunun puanları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Annenin ruh sağlığı, anne-bebek ilişkisini ve aralarındaki etkileşimi etkiler. Brockington ve arkadaşları, PPD tanısı alan annelerin %29'unun bebeğe güvensiz bağlanması olduğunu göstermişlerdir (81). EDSÖ puanı ile PBÖ puanı arasında pozitif korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (127-129). PPD tanısının varlığının, bebeğin bağlanmasını da (attachment) olumsuz etkilediği bildirilmiştir. PPD'den güvensiz bebek bağlanmasına giden mekanizma tam olarak açık değildir. Annenin içe kapanık ya da aşırı müdahaleci davranışları, çocukla etkileşimlerinde daha az duyarlı olmaları, duygu dışı vurumunun azalması ile ilişkili olabilir (130-132). Yapılan araştırmalar, ebeveynleri daha az duyarlı olan çocukların, güvensiz bağlanma ilişkileri geliştirme konusunda daha fazla risk altında olduklarını gösteriyor. Doğum sonrası erken dönemdeki depresif semptomların, neredeyse bir yıl sonra bile anne-bebek bağlanmasını etkilediği, bununda doğum sonrası 8 yıla kadar

görülen gelişimsel bozulmaları açıkladığı gösterilmiştir (133). Yapılan bir çalışma bebek bağlanmasının, annenin PP 14. aydaki depresif duygudurumundan çok ilk 4 ay içerisindeki etkileşimden daha çok etkilendiğini, bu yüzden yaşamın ilk aylarındaki anne-bebek ilişkisinin çok önemli olduğunu göstermiştir (131). Remisyon ve kontrol grupları arasında ise PBÖ bağlanma bozukluğu grubu puanları ve PP anne-bebek bağlanma bozukluğu sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu da PPD'nin erken tanı ve tedavi ile anne ve bebeği arasındaki ilişkideki olumsuz etkilerinin en aza indirilebileceğini göstermektedir. Yapılan bir vaka bildiriminde, tedavi ile birlikte EDSDÖ ve PBÖ puanlarının azaldığı gösterilmiştir (134). Kişide bağlanma bozukluğu olması, bireyin hayatının her alanını etkileyen bir durumdur ve kişinin başta psikiyatrik bozukluklar olmak üzere birçok durum için risk taşımasına neden olur. PPD tanısının konması ve tedavi edilmesi, önce annenin kendi bebeği olmak üzere, ilerleyen süreçte nesiller boyu olumlu bir etki oluşturabilir.

PPD atak ve remisyon gruplarının, PBÖ bebeğin reddedilmesi ve sinirlilik alt grubu puan ortalaması kontrol grubundan yüksektir. Puanların yüksek olmasının nedeni, annelerin depresif dönemlerinde görülen isteksizlik, tahammülsüzlük ve yetersizlik düşünceleri ile ilişkili olabilir. Yapılan bir tez çalışmasında, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olan annelerin bebeği reddetme ve sinirlilik yanında bebek bakımında gerginlik puanlarının da sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (135). Çalışmamızda bebek bakımında gerginlik ve istismar alt grubu puanları ve riski açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Brockington yaptığı çalışmada, bebek bakımında gerginlik puanlarının yüksek olmamasını psikiyatri servisine başvuran annelerin daha çok sinirli ve duygusal açıdan kısıtlı olması ile ilişkilendirmiştir. Bu gerginliğin, annenin kaygı durumu ile alakalı olabileceğini belirtmiştir. Kaygı daha çok anksiyete bozukluğu olan annelerde görülmekte olduğundan, bakım konusunda gerginliğin bu gruptaki anneler için kullanılabilir bir ölçek alt grubu olduğunu vurgulamıştır. Bu yüzden, PBÖ bebek bakımında gerginlik alt grubu puanları açısından farklılık tespit edilemeyebilir. Yine aynı çalışmada, bebeğin istismarı konusunun çok hassas olduğu ve bunu araştırma konusunda PBÖ'nün yeterliliğinin düşük olabileceğinden bahsedilmiştir (81). Bütün gruplara genel olarak bakıldığında ise EDSDÖ puanı ile PBÖ bebek bakımında gerginlik, reddetme ve sinirlilik alt grubu puanları arasında pozitif korelasyon

saptanmıştır. Bu durumda bütün annelerin, depresif şikayetleri arttıkça bebeğe alışma, ona bakım verme, yeni rollere adapte olma sürecinde patolojik boyutta olmasa da kaygısının artabileceği; sinirliliğin, bebek bakımı konusuna da yansıma riskinin olabileceği düşünülebilir.

Grupların, erişkin bağlanma biçimleri ve İÖA puanları arasında fark saptanmadı. Bu tezin hipotezlerinden biri, güvensiz bağlanan annelerde PPD sıklığının artmış olabileceğini göstermekti. Bu bağlamda da anne-bebek ruh sağlığını korumak için PPD erken tanı ve teşhisinde, annenin bağlanma biçiminin göz önünde bulundurulmasının önemini vurgulamaktı. Erişkin güvenli bağlanma biçimi, stresli yaşam olaylarına uyum sağlamayı kolaylaştıran ve bireylerin depresif semptomlar yaşamalarını önleyen bir iç kaynak olarak hizmet eder (136). Pek çok çalışmada, PPD ile annenin güvensiz bağlanma biçimi, EDSÖ puanları ile erişkin güvensiz bağlanma puanlarının ilişkili olduğu gösterilmiştir (16,49,137). PPD annenin, ailesinin ve bebeğin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olup; anne-bebek bağlanmasını, annenin bebeğe bakım vermesini ve değişen rollere uyum sağlamasını etkilemektedir. Ayrıca PPD'nin, güvensiz anne-bebek bağlanması ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (138). Kaçınan bağlanma biçimine sahip kadınların, yakın bağlar kurma ve yakın ilişkilere devam etme konusunda sıkıntıları göz önüne alındığında, hamileliğin kendisini müdahale edici olarak algılayabilirler. Bu nedenle gebelik sırasında şikayetleri mevcut iken, doğumdan sonra sınırlar yeniden belirleneceği için şikayetlerinde azalma olabilir. Buna karşılık saplantılı bağlanma biçimine sahip kadınlar, doğum sonrası bebekten kısa süreli bir ayrılığı bile tehdit olarak algılayıp, depresif şikayetlerinde artış tarifleyebilirler. Yapılan bir çalışmada korkulu bağlanma biçimine sahip olma ile PPD başlangıcı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yine aynı çalışmada kaygılı bağlanma biçiminin, PPD'yi öngördüğü gösterilmiştir (16). Literatürde bağlanma biçimleri ile PPD arasında ilişki bulunmuş olması, farklı bağlanma ölçekleri kullanılması ile ilgili olabilir. İÖA, olgular açısından anlaması zor bir ölçek olabilir ya da bazı sorulara yargılanacaklarını düşünerek objektif cevap vermekten kaçınmış olabilirler. Diğer taraftan yapılan bir araştırmada, erişkin bağlanma türlerinin oranlarına bakıldığında %38 güvenli, %7 korkulu/kaçınmacı, %33 saplantılı/kaygılı, %22 kayıtsız/kaçınmacı şeklinde saptanmıştır (30). Tez çalışmamızda elde ettiğimiz verilere baktığımızda,

atak, remisyon ve kontrol grubunun erişkin bağlanma biçimi yüzdeleri ve puan ortalamalarının literatür ile uyumsuz olduğu ve kendi aralarında farklı olmadığı saptanmıştır. Bu erişkin bağlanma biçimlerini ölçtüğümüz ölçeğin iç tutarlılığının düşük ya da soruların olgular tarafından anlaşılmasının zor olması ile alakalı olabilir. İlişkiler, terk edilme korkusu ya da bağımsız hissetme ile ilgili sorular sadece eş göz önünde bulundurularak cevaplanması sonuçları etkileyebilir. Kişilerin ilk özel ilişkisinin eşi ile olması ya da diğer ilişkilerini saklama eğilimi sonuçlarda tutarsızlığa yol açabilir.

Erişkin bağlanma biçimleri açısından, gruplar arasında (PPD atak-remisyon ve kontrol) fark olmamakla birlikte; PPD atak ve remisyon gruplarında, EDSDÖ puanı; tüm gruplarda, PBÖ alt gruplarının puanları ile arasında korelasyonlar saptanmıştır. Bağlanma biçiminin, ebeveynlik davranışında ve anne ruh sağlığında önemli bir rolü vardır (139). Hamilelik ve doğum süreci; annenin bağlanma biçimini aktif hale getirip, bebeği ile kendi içsel çalışan modellerinin yansıması dolayısıyla iletişim kurduğu bir dönemdir (140). Güvenli bağlanma stresi hafifleten, stresör durumlara uyum sağlamaya ve bu durumlar ile başa çıkmaya katkıda bulunan, etkili duygudurum düzenlemesinin temelini oluşturur (141). Güvensiz bağlanma biçimine sahip annelerin, güvenli bağlananlara kıyasla PPD riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Tez çalışmanızda da kayıtsız ve korkulu erişkin bağlanma puanları yükseldikçe, EDSDÖ puanının yükseldiğini saptadık. Nonnenmacher ve arkadaşları, güvensiz bağlanma biçimleri olan kadınların, anne-bebek bağlanmasının daha yüksek oranda güvensiz olduğunu bildirmişler (48). Kaygılı bağlanma biçimi ile bebek bakımında gerginlik; kaçınan bağlanma biçimi ile bebeğe karşı öfke ve reddetme arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (142). Kaygılı bağlanma biçimine sahip anneler, kendi ebeveynliklerinin yeterliliği konusunda daha fazla kaygı yaşayabilirler. Bu çalışmada da saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma puanı ile PBÖ alt grup puanları arasında pozitif korelasyon saptadık.

PPD atak grubunda, gebelikte hiperemezis gravidarum olması ile EDSDÖ puanının yükseldiğini saptadık. Literatürde hiperemezis gravidarumun, PPD'yi etkileyen faktörler arasında olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (86, 115). Bu durum, gebeliğe bağlı kaygılar, hormonal değişikliklerle ya da depresif şikayetlere bağlı somatizasyonla ilişkili olabilir (138).

PPD atak grubunda gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan annelerin, anne-bebek güvensiz bağlanma sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan annelerin, gebelik sürecinde hazırlıksız yakalanmaları, desteklerinin az olması ya da talep etmekte zorlanmaları, bilinç dışı bebeklerini suçlamaları sebebiyle olabilir. Gebelik sürecinde annenin bebeğin hareketlerini takip etmesi, karnını sevmesi gibi durumların anne-bebek bağlanmasını pozitif yönde etkilediği gösterilmiştir. Gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan hamile kadınlar kendi durumları ile çok ilgili olduklarından, fiziksel temasta bulunmadıkları ya da gelecek hayalleri kuracak kadar iyi hissetmedikleri için gebelik döneminde bağlanma süreci sekteye uğramış olabilir. Literatürdeki çalışmalar annenin sağlık sorunlarının, bağlanmayı etkilemediğini ya da iyi yönde etkilediğini göstermektedir (158-160). Yapılan bir tez çalışmasında, daha önceden hipertansiyon, hipotiroidi gibi fiziksel sağlık sorunu olmayan annelerde PBÖ bağlanma bozukluğu alt grubu puanlarının yüksek olduğu saptanmış, çalışmanın üniversite hastanesine başvuran hasta grubunda olması (bilinçli hasta, istemli gebelik) nedeniyle böyle bir sonuç ortaya çıktığı yorumu yapılmıştır (135). Araştırmalar yine de bu konuda yetersizdir; genellikle annenin ruhsal sağlığı ile ilgilidirler. Literatürde bu konu hakkında detaylı araştırmalar bulunamamıştır.

PPD remisyon grubunda, EDSDÖ puanı ile tedavi ve emzirme süresi arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Tedavi süresi uzadıkça ile EDSDÖ puanın azalması beklediğimiz bir sonuçtur. PPD hem anneyi hem de ailesini etkileyen ruhsal bir hastalıktır. Erken dönem anne-bebek etkileşiminin kalitesini, bebeğin gelişimini, eş ile iletişim gibi annenin hayatının bütün yönlerini etkiler. Bu yüzden erken tanı ve tedavi önemlidir. Depresif annelerin, bebeğini emzirme konusunda daha fazla kaygılandıkları ve sütlerinin yetersiz olduğu ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip oldukları gösterilmiştir (145). Annelerin emzirmeye başlama ve devam ettirmekte zorlandıkları saptanmıştır (146). Emzirme ile ilgili çevreden yapılan yorumlar, emziremeyen annelerin yetersizlik düşüncelerine kapılıp daha fazla depresif belirtiler göstermesine neden olabilir. Biz de remisyon grubundaki annelerin, depresif şikayetleri arttıkça emzirme sürelerinin kısaldığını saptadık. Remisyon grubunda sosyal desteği olmayan ve soygeçmişinde özellik olan hastaların, PPD riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal destek olmamasının PPD riskini arttırdığını

gösteren çalışmalar mevcuttur (10, 93). Sosyal desteği olan annelerin, olmayanlara göre daha sağlıklı hissettikleri ve annenin iyilik halinin de bebeğe olumlu yönde etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu durum, gebelik ve PP dönemde kadının rol geçişlerine uyumunu olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını arttırmaktadır (149). Annelerin sıkıntılarla başa çıkmasını kolaylaştırıp, PP dönemde psikiyatrik hastalıkların sıklığının azalmasına katkı sunmaktadır. Doğum sonrası dönemdeki kadınlar, toplumdaki yaftalamalardan dolayı herhangi bir zorluk yaşadıklarında profesyonel destek almadan önce çevrelerindeki insanlara danışır (150). Sosyal destek varlığı, annenin dinlenmesine aracılık ettiği, bebek bakımında tereddütte kaldığı ve kendini yetersiz gördüğü konularda bilgilendirici ve destekleyici olduğu için, daha sağlıklı ve sakin bir bakım hizmeti vermesini sağlar. Soygeçmişte özellik olması, bütün psikiyatrik hastalıklarda riski arttıran bir durumdur. PPD tanısı olanlarda, ailede özellikle major depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalık öykülerinin olması riski artırır (119).

PPD remisyon grubunda, annenin eğitim düzeyi yükseldikçe, PP güvenli anne-bebek bağlanma oranının arttığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, daha eğitilmiş annelerin, prenatal bebeğe bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (147). Bu hastalarda, emzirme süresi ile PP bağlanma bozukluğu sıklığı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Annenin bebeğini emzirmesi, hem birlikte vakit geçirme süresini hemde fiziksel teması artırarak, anne-bebek bağlanmasının oluşumunda rol oynar (161). Emzirmenin annenin depresif duygudurumunu da azalttığı gösterilmiştir (162). Yapılan bir çalışmada emziren annelerin, doğum sonrası 4. ayda daha fazla bağlandığını ve bebeği desteklediği ama 12. ayda bu farkın ortadan kalktığını göstermektedir (163). Bununla birlikte literatürde emzirme süresi ve bebek bağlanmasını konu edinen inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastaların eşlerinin işsizlik oranı arttıkça, remisyon grubunda bebek bakımında gerginlik riskinin arttığı saptanmıştır. Hastaların çoğunun çalışmadığı göz önünden bulundurulduğunda, ekonomik durumun direkt eşlerinin iş durumu ile bağlantılı olduğu açıktır. Bebeğin doğumu ve sonrası, maddi harcamaların artacağı bir dönem olduğu için annenin kaygılanması doğaldır. Gelir düzeyi düşük olan annelerin, kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (135). Bizim çalışmamızda PPD semptomlarının başlama zamanının uzamasının, istismar riskini

arttırdığı saptanmıştır. Depresyonun sinirlilik, ilgi-istek kaybı gibi bulgularının, bebeğin bakımını ve ihtiyaçlarına karşılayamamak, bebeğe şiddet uygulamak gibi sonuçları olabilir. Literatürde bu konuyla ilişkili çalışma olamamakla beraber, bu durum PPD tanı süresinin geniş tutulması ile önlenabilir.

PPD remisyon grubunda, bebeğin ayı arttıkça korkulu bağlanma puanının azaldığı saptanmıştır. Bebeğin doğumu ve büyümesi ile annenin erişkin bağlanma biçiminin değişebileceğini gösteren herhangi bir çalışma literatürde bulunamamıştır.



## 6. SONUÇLAR

Daha önceki çalışmalarda, güvensiz yetişkin bağlanma biçimlerinin PPD için risk faktörü olduğu ve PPD'deki kadınlarda anne-bebek bağlanmasının etkilendiği saptanmıştır. Çalışmamızda PPD atak grubunun; PP bebeğe güvensiz bağlanma oranı ve bebeğin reddedilmesi ve sinirlilik puanı diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Remisyon ve kontrol grupları arasında fark saptanmamıştır. Yine EDSDÖ ile PBÖ bağlanma bozukluğu, reddetme ve sinirlilik ile bebek bakımında gerginlik alt grubu puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. EDSDÖ'nün, PP bağlanma bozukluğu olup olmadığını %77 olasılıkla doğru tanıdığı tespit edilmiştir. PPD atak dönemindeki hastaların, bebek bakımını diğer gruplardan daha zor olarak algıladıkları saptanmıştır. Bu durum PPD tedavi edilmez ise anne-bebek bağlanma bozukluğu sıklığının, bakım konusunda ihmalin arttığını ve tedavi edildiğinde riskin sağlıklı gruptan farklı olmadığını göstermektedir. PPD'nin erken tanı ve tedavisi hem annenin hem ailenin hayatını birçok yönden olumlu etkilemektedir. Yine bunu destekler şekilde, PPD remisyon grubunun tedaviye, atak grubundan daha erken başvurduğu saptanmıştır. Bilgilendirmenin yetersiz oluşu, toplumsal damgalanma gibi faktörlerden dolayı, psikiyatri hastalarının doktora başvurularının hem az hem de geç olduğu bilinmektedir.

Çalışmamızın hipotezlerinden biri ise PPD tanılı hastalarda, sağlıklı annelere göre güvensiz yetişkin bağlanma biçiminin daha sık görüldüğü ve güvensiz yetişkin bağlanması olan annelerin, güvenli yetişkin bağlanması olanlara göre güvenli anne-bebek bağlanma düzeylerinin daha düşük olup olmadığını göstermekti. PPD atak, remisyon ve PP kontrol grupları arasında yetişkin bağlanma biçimleri açısından farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç olgu sayısının yetersizliği ya da İÖA'nın düşük iç tutarlılığı ile ilişkili olabilir. Gruplar arasında farklılık olmamasına rağmen, yetişkin bağlanma biçimleri ile EDSDÖ puanı ve PBÖ puanları arasında anlamlı korelasyonlar saptandı. Kayıtsız ve korkulu bağlanma puanları yükseldikçe, EDSDÖ

puanının yükseldiği tespit edildi. Saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma puanı ile PBÖ alt grupları arasında pozitif korelasyon saptandı. Literatürde bununla ilgili çalışma olmamakla birlikte, çalışmanın daha büyük bir olgu grubunda ya da farklı bir yetişkin bağlanma ölçeği ile yapılması daha anlamlı sonuçların elde edilmesini sağlayabilir.

PPD tanısı olan hastalarda; eş ile iletişimin daha kötü olduğu, plansız ve istemsiz gebelik oranının yüksek olduğu, cinsiyet tercihi varlığının daha sık olduğu ve bu hastaların uykunun önemi hakkında daha az bilgili oldukları saptanmıştır. Kadınlar ile ailelerine evlilik, doğum kontrol yöntemleri, gebelik ve doğum sonrası dönem hakkında bilgi verilerek; doğum sonrası dönemde rol geçişlerine daha rahat uyum sağlamalarını, olası PPD durumlarında tedaviye erken başvurmalarını sağlayabiliriz.

Tezimize, PPD atak ve remisyon grupları dahil edilerek, tedavi sonrası anne-bebek bağlanmasının seyri ile ilgili bilgi edinebilmemiz çalışmamızın üstün tarafıdır. Bu çalışma daha fazla sayıda hasta alınarak ve farklı bir yetişkin bağlanma ölçeği kullanılarak tekrarlanabilir. PPD ile ilgili daha fazla araştırma yapılması, hastalıkla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmamızı, gebelik öncesi riskli grupların belirlenmesini, bu kişilere destek verilmesini, erken tanı ve tedavi olanaklarının artmasını sağlayarak daha sağlıklı bireyler yetiştirilmesine katkı sağlayabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2005; 8: 88–99.
2. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 2: 321-342.
3. Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS, Labouvie-Vief G. Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 74(6): 1656-1669.
4. Bartholomew K, Horowitz, LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990; 61(2): 226-24.
5. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S N. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ Lawrence Erlbaum Assoc. 1978.
6. Surcinelli P, Rossi N, Montebrocci O, Baldaro B. Adult attachment styles and psychological disease: examining the mediating role of personality traits. *J Psychol*. 2010.
7. Şahin NH, Yaka Aİ. Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri'nin (YİYE-I), kendilik algısı, olumsuz otomatik düşünceler ve psikopatolojik belirtiler bağlamında incelenmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2010; 13(26): 64–76.
8. Nonnenmacher CRN, Noe D, Ehrental JC. Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19(5): 927-35.
9. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 2008; 8 (24).
10. Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008; 45 (1): 9–13.
11. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2009; 29 (1); 206–214.
12. Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2004;6 (1); 188-202.
13. Segre LS, Davis WN. Postpartum depression and perinatal mood disorders in the DSM. *Postpartum Support International*. 2013; June: 1–6.
14. O'Hara M, McCabe J. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Reviews Clinical Psychol*. 2013; 9: 379-407.
15. O'Hara M, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996; 8 (1): 37–54.
16. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N, Gorman LL, Hayes S, Muzik M, Glatigny-Dallay E, Valoriani V, Kammerer MH, Henshaw CA. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *Br. J. Psychiatry*. 2004; 184 (46): 31–37.

17. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume 1 Attachment. 1969.
18. Carver CS, Scheier MF. Perspectives on psychology. Cambridge University Press. 2012; 281–282.
19. Bretherton I., The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992; 28: 431–471.
20. Harlow HW, Zimmerman RR. Affectional response in the infant monkey. *Science*. 1959; 130: 421–432.
21. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2015, 566–570.
22. Karen BYR. *Becoming Attached*. Press, p.6. Oxford University Press, 1998, 17–24,41,43,94,107.
23. Kaplan RM, Saccuzzo DP. *Psychological Testing Principles, Applications and Issues*. California, Brooks/Cole Publ. Company, 1989.
24. Bowlby J. *Child Care And The Growth Of Love*. Gt. Britain Hazell Watson Viney Ltd., Gt. Britain., 1953.
25. Ünal G. Bir grup üniversiteli gençte çekingenlik, aleksitimi ve benlik saygısının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7: 215–222.
26. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 2. Separation: Anxiety and Anger*. Basic Books, New York, 1973.
27. Ainsworth M. Infant- Mother Attachment. *Am Psycholgy*.1979; 34 (10): 932–937.
28. Bowlby J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Tavistock Publish, London, 1979.
29. Lamb ME, Thompson RA, Gardner WP, Charnow EL. Security of infantile attachment as assessed in the ‘strange situation’: Its study and biological interpretation. *Behavioral and Brain Sciences*. 1984; 7: 127–147.
30. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemi üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999; 14 (43): 71–106.
31. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality Social Psychoogy*.1987; 52 (3): 511–524.
32. Hazan C, Shaver P. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*. 1994; 5 (1): 1–22.
33. Collins NL. Working Models Of Attachment: İmplications For Explanation, Emotion And Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 71 (4): 810–832.
34. Collins N, Read S. *Cognitive Representations Of Attachment: The Content And Function Of Working Models*. Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal Process, 1994: 53–90.
35. Dönmez a. Bağlanma: yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve. *Türk Psikoloji Bülteni*. 2000; 16 (17): 29–50.

36. Belsky J. Developmental origins of attachment styles. *Attachment and Human Development*. 2002; 4 (2): 166–170.
37. Crain W. *Theories of Development: Concepts and Applications*. 6th Edition. Prentice-Hall, 1992.
38. Cooper ML, Shaver P, and Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 74 (5): 1380–1397.
39. Hazan C, Shaver P. Love and work: an attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 59 (2): 270–280.
40. Turanlı P. Orta yetişkinlikte evlilik uyumu ile benlik saygısı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2010.
41. Gökmen D. Kadın sığınma evinde yaşayan şiddet görmüş kadınlar ile eşleriyle birlikte yaşayan şiddet görmüş kadınlar arasındaki psikolojik dayanıklılık ve bağlanma durumlarının karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji İnsan Bilimleri ve Felsefe Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.
42. Eng W, Heimberg Rg, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*. 2001; 1 (4): 365–380.
43. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41 (10): 796–805.
44. Marazziti D, Dell'Osso B, Catena Dell'Osso M, Consoli G, Del Debbio A, Mungai F, Vivarelli L, Albanese F, Piccinni A, Rucci P, Dell'Osso L. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr*. 2007; 12 (10): 751–756.
45. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *The American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 1997; 36 (5): 637–644.
46. Çetin FÇ. Gelişimsel Psikopatolojinin Temel Kavramları. Çocuk ve Ergen Kitabı, Temel, Hekimler Yayın Birliği. 2008: 141–142.
47. Van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment- a metaanalysis on the predictive-validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*. 1995; 117 (3): 387–403.
48. Nonnenmacher N, Noe D, Ehrenthal JC, Reck C. Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Archives Womens Mental Health*. 2016; 19 (5): 927–935.
49. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17 (4): 252–258.
50. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17 (4): 243–251.
51. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 2004; 363 (9426): 2092–2093.

52. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*. 2000; 2: 64–70.
53. Stewart DE, Robertson E, Edennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions. University Health Network Women's Health Program. 2003, Toronto Public Health.
54. Durukan E, İlhan MH, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J*. 2011; 28: 385–393.
55. Warner R, Appleby K, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*. 1995; 168 (5): 607–611.
56. Bashiri N, Spielvogel AM. Postpartum depression: a cross-cultural perspective. *Primary Care Update for OB/GYNs*. 1999; 6 (3): 82–87.
57. Georgiopoulos AM. Population-based screening for postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*. 1999; 93 (5): 653–657.
58. Beck C. A meta analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*. 1996; 45 (5): 297–303.
59. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*. 2002; 347: 194–199.
60. Harris B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *The British Journal Psychiatry*. 1994; 164: 288–292.
61. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*. 1998; 39 (2): 93–101.
62. Parry B. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Kaplan and Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th edition. 1995; 1059–66.
63. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, Riad-Fahmy D. The hormonal environment of post-natal depression. *The British Journal Psychiatry*. 1989; 154: 660–7.
64. Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000; 107: 1210–1217.
65. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. New York Free Press. 1978.
66. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967; 11 (2): 213–21.
67. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *The British Journal Psychiatry*. 1984; 144: 35–47.
68. Paykel Es, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. *The British Journal Psychiatry*. 1980; 136: 339–346.
69. Brugha TS, Sharp HM, Cooper SS, Weisender C, Britto D, Shinkwin R. The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*. 1998; 28: 63–79.

70. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*. 1999; 26: 157–163.
71. Braverman J, Roux JF. Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*. 1978; 52: 731–736.
72. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *Journal of Psychosomatic Research*. 1993; 37: 171–176.
73. Jones NA, Field T, Fox NA, Davalos M, Gomez C. EEG during different emotions in 10-month-old infants of depressed mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2001;19: 295–312.
74. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Tein A, Cooper P. The cognitive development of 5-yearold children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1996; 37: 927–935.
75. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1992; 33: 543–561.
76. Patel V, DeSouza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa India. *Archives of Disease in Childhood*. 2003; 88: 34–37.
77. Gülnar D, Sunay D, Çaylana A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri*. 2010; 20 (3): 141–148.
78. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen-Danacı A. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve tedavi Dergisi*. 1999, 12 (4): 233–6.
79. Cox V, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 150: 782–786.
80. Engindeniz A, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*. 1997; 1: 51–52.
81. Brockington I, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Womens Mental Health*. 2001; 3: 133–140.
82. Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2014; 57 (4): 246–251.
83. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: Implications for health care research. *Science*. 1995; 269 (5225): 799–801.
84. Abdollahi F, Sazlina S, Zain AM, Zarghami M. Postpartum depression and psycho-socio-demographic predictors. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2014; 6.
85. Hobfoll SE, Lavin J. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63 (3): 445–453.
86. Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström GM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology*. 2002; 99 (2): 223–228.

87. Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Abramns A, Harlow BL, Mclaughlin T, Joffe H, Gillman MW. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006; 60 (3): 221–227.
88. Wang L, Wu T, Anderson JL, Florence JE. Prevalence and risk factors of maternal depression during the first three years of child rearing. *Journal of Women's Health*. 2011; 20 (5): 711–718.
89. Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1996; 150 (1): 64-9.
90. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 26 (2): 55–59.
91. Arslantaş H, Ergin F, Akdolun Balkaya N. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009; 10 (3): 13–22.
92. Yaman Efe Ş, Taşkın Li, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *Journal of Turkish German Gynecol. Assoc*. 2009; 10: 14–20.
93. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008; 7 (5): 391–398.
94. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berbereoğlu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *The Journal of Reproductive Medicine*. 2004; 49 (11): 908–914.
95. Shakeel N, Eberhard-Gran M, Sletner L, Slinning K, Martinsen WE, Holme I, Jenum AK. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15 (5): 1–11.
96. Aydın N, Inandi 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.
97. Ahmed HM, Alalaf SK, Al-Tawil NG. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 285: 1249–1255.
98. Bulut A, Yiğitbaş Ç, Bulut A, Tuncay S. Postpartum süreçte kadının kendi sağlığını etkileyen durumlara ilişkin bilgi ve tutumları. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2. 2016; 2 (2): 90–99.
99. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *British Journal of Psychiatry*. 1997; 171: 65–68.
100. Kuşçu M, Akman I, Karabekiroğlu A. Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: the impact of maternal attachment styles and family support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*. 2008; 29 (1): 33–38.
101. Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Womens Mental Health*. 2002; 5 (2): 65–72.
102. Stein A, Cooper PJ, Campbell E, Day A. Social adversity and geri-natal complications: their relation to postnatal depression. *BMJ Clinical Research*. 1989; 298 (6680): 1073–74.

103. Inandi T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*. 2002; 31 (6): 1201–1207.
104. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri JinekolojiObstetrik*. 2004; 14 (5): 252–7.
105. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011; 8 (1): 31–46.
106. Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infant Survey. *BMC Family Practice*. 2002; 3 (1): 1–7.
107. Burt V, Stein K. Epidemiology of depression through the female lifecycle. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 63 (7): 9–15.
108. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *Journal of Affect Disorders*. 2007; 100: 115–121.
109. Sünter A, Güz H, Ordulu F. Postpartum depression prevalence and risk factors in the city center of Samsun. VII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Diyarbakır Dicle Üniversitesi Basımevi, 2002, 855–8.
110. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004; 26 (4): 289–295.
111. Lee D, Yip A, Leung T, Chung T. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal*. 2000; 6 (4): 349–54.
112. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 1987; 150: 782–6.
113. Dindar İ, Erdoğan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*. 2007; 24: 176–183.
114. Swartz L, Cooper P, Molteno C. Social factors and postpartum depression in Khayelitsha Cape town. *South African Journal of Psychology*. 2004; 34 (3): 409–420.
115. Kakyo TA, Muliira JK, Mbalinda SN, Kizza IB, Muliira RS. Factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in a rural district in Uganda. *Midwifery*. 2012; 28 (3): 374–379.
116. Posmontier B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2008; 37 (6): 722–737.
117. Okun ML, Hanusa BH, Hall M, Wisner KL. Sleep complaints in late pregnancy and the recurrence of postpartum depression. *Behavioral Sleep Medicine*. 2009; 7 (2): 106–117.
118. Baker J, Mancosa M, Montenegro M, Lyons B. Treating postpartum depression. *Phys Asist*. 2002; 26: 37–44.

119. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler. *Haseki Tıp Bülteni*. 2016; 54 (2): 83–89.
120. Örün E, Yalçın SS, Mutlu B. Relations of maternal psychopathologies, social-obstetrical factors and mother-infant bonding at 2-month postpartum: a sample of Turkish mothers. *World Journal of Pediatrics*. 2013; 9 (4): 350–355.
121. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001; 35 (1): 69–74.
122. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in postnatal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *British Journal of General Practice*. 1996; 46 (408): 427–8.
123. Holden J. The role of health visitors in postnatal depression. *International Review of Psychiatry*. 2009; 8 (1): 79–86.
124. Lee D, Chung T. What should be done about postnatal depression in Hong Kong? *Hong Kong Med J*. 1999; 5 (1): 39–42.
125. Dönmez HB. Postpartum depresyonun annelerin bebeklerini emzirmeleri ve bebek büyümesi üzerine olan etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 2007.
126. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, Swartz K. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life." *Pediatrics*. 2005; 115: 306–315.
127. Reck C, Klier CM, Pabst K, Stehle E, Steffenelli U, Struben K, Backenstrass M. The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of Womens's Mental Health*. 2006; 9 (5): 265–271.
128. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Honjo S. Depression in the mother and maternal attachment- results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology*. 2003; 36: 142–151.
129. Edhborg M, Matthiesen AS, Lundh W, Widström AM. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum- a study of new mothers and fathers. *Archives Womens's Mental Health*. 2005; 8 (4): 221–231.
130. Cohn J, Caampbell S, Matias R, Hopkins J. Face-to-face interaction of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*. 1990; 26 (1): 15–23.
131. Campbell S, Brownell C, Hungerford A, Spiker S, Mohan R, Blessing J. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months," *Developmental Psychopathology*. 2004; 16: 231–252.
132. Field T, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions," *Developmental Psychology*. 1985; 21: 1152–1156.
133. Ainsworth M, Bell S. Infant crying and maternal responsiveness: a rejoinder to Gewirtz and Boyd. *Child Development*. 1977; 48: 1208–1216.

- 134.Klier CM. Mother-infant bonding disorders in patients with postnatal depression: The Postpartum Bonding Questionnaire in clinical practice. *Archives Womens's Mental Health*. 2006; 9: 289-291.
- 135.Akkoca Y. Doğum sonrasında anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 2009.
- 136.Mikulincer M. Attachment working models and the sense of trust: an exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 74 (5): 1209–1224.
- 137.McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*. 2005; 84 (1): 15–24.
- 138.Dağlar G. Gebelik ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. Doktoraz Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2014.
- 139.Jones JD, Cassidy J, Shaver PR. Parents' self-reported attachment styles: a review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. *Personality and Social Psychology Review*. 2015; 19 (1): 44–76.
- 140.Alhusen JL, Hayat MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives Womens's Mental Health*. 2013; 16 (6): 521–529.
- 141.Shaver PR, Mikulincer M. Adult Attachment Strategies And The Regulation of Emotion. *Handbook of Emotion Regulation*. Second edition. The Guilford Press, New York, 2007, 446–465.
- 142.Hairston IS, Handelzalts JE, Assis C, Kovo M. Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. *Infant Mental Health Journal*. 2018; 39 (2): 198–208.
- 143.Yali A, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1999; 20 (1): 39–52.
- 144.Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen S, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106: 426–433.
- 145.Dennis C, Janssen P, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110: 338–346.
- 146.Pippins J, Brawarsky P, Jackson R, Fuentes-Afflick E, Haas J. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. *Journal of Womens Health*. 2006; 15: 754–762.
- 147.Üstünsüz A, Güvenç G, Akyüz A, Oflaz F. Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*. 2012; 26: 1–9.
- 148.Çalışır M. Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009; 1: 240–255.
- 149.Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1 (2): 71–76.

150. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile prenatal maternal becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4 (2): 98–105.
151. Baor L, Soskolne V. Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Human Reproduction*. 2010; 25: 1490–1496.
152. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi*. 2010; 17 (3): 108–113.
153. Kozłowska K, Hanney L. The network perspective: an integration of attachment and family systems theories. *Family Process*. 2002; 41: 285–312.
154. Kobak RR, Sreery A. Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*. 1988; 59 (1): 135–146.
155. Peck SD. Measuring sensitivity moment-by-moment: a microanalytic look at the transmission of attachment. *Attachment & Human Development*. 2003; 5 (1): 38–63.
156. Çamurlu Keser C. Annenin bağlanma düzeyi ve çocuk yetiştirme sürecinin çocuğın bağlanma düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Gelişim Psikolojisi Bilim Dalı, Bursa, 2006.
157. Şafiq M. Anne çocuk bağlanması ve aile durumu. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
158. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. 2008; 37:315-328.
159. Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer RG. Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16:442-450.
160. Dereli Yılmaz S. Prenatal anne-bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013; 10 (3):28-33.
161. Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bullentin*, 2013;12 (2): 177-182.
162. Mezzacappa ES, Katkin E. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*, 2002; 21: 187-193.
163. Else-Quest NM, Hyde JS, Clark R. Breastfeeding, bonding, and the mother-infant relationship. *Merrill-Palmer Quarterly*. 2003; 49 (4): 495-517.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

### I-Bireysel Bilgiler:

Adı Soyadı: Semiha SELÜK  
Doğum Yeri ve Tarihi: Bakırköy, 03 Ağustos 1988  
Uyruğu: T.C.  
Medeni Durumu: Bekar  
İletişim Adresi: Başakşehir 4. Etap 1. Kısım D:38/3 Başakşehir/İstanbul  
Telefonu ve E-Posta: 05445750588 semihask@hotmail.com  
Yabancı dili: İngilizce

### II-Eğitimi:

2006-2012: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
2002-2006: Adnan Menderes Anadolu Lisesi  
1994-2002: Medeni Berk İÖO

### III-Ünvanları:

2012: Hekim

### IV-Mesleki Deneyimleri:

2014-2019: İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
2012-2013: Ordu Korgan Devlet Hastanesi Acil Servisi, Pratisten Hekim

### V-Üyesi Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türkiye Psikiyatri Derneği

### VI- Bilimsel İlgi Alanları

#### Yayınlar ve poster bildirileri

Pınar Çetinay Aydın, Semiha Selük, Gökşen Yüksel, Ayça Öngel Atar, Nazan Aydın. Lorazepam Induced Delirium. Antalya, Nisan. 2015.

Semiha Selük, Hatice Melek Başar, Gökşen Yüksel, Nazan Aydın. Worsening Of Psychosis With Aripiprazole Add-On Treatment. Antalya, Nisan. 2015.

Semiha Selük, Furkan Bahadır Alptekin, Hatice Melek Başar, Nazan Aydın. Supersensitivity Pychosis Syndrome (SPS) Re-visited: Results of Systematic Analysis And Suggested Bakırkoy Diagnostic Criteria. Antalya, Nisan. 2016.

Semiha Selük, Hatice Melek Başar, Nazan Aydın. Dissociation And Disordered Eating After Sexual Abuse: A Case Report. Antalya, Nisan. 2016.

Pınar Çetinay Aydın, Musa Turhan, Semiha Selük, Zeliha Kıncır, Nazan Aydın. Skin Picking Disorder. Antalya, Nisan. 2016.

Furkan Bahadır Alptekin, Semiha Selük, Hale Yapıcı Eser, Nazan Aydın. Frequency of Menstrual Cycle Related Psychiatric Disorders In Inpatients. Antalya, Nisan. 2016.

Semiha Selük, Hatice Melek Başar, Nazan Aydın. Psikojenik Pruritus Mu İdiyopatik Pruritus Mu? Antalya, Kasım. 2016.

Semiha Selük, Nalan Öztürk, Nazan Aydın. Frontotemporal Demans Mı

Bipolar Bozukluk Manik Epizod Mu? Bursa, Ekim. 2017.

Hatice Melek Başar, Semiha Selük, Nazan Aydın. Travmatik Beyin Hasarı Sonrası Gelişen İkinci Psikotik Mani: Vaka Sunumu. Journal of Mood Disorders. 2016; 6 (2): 79-81.

Semiha Selük, Nalan Öztürk, Nazan Aydın. Spinocerebellar Ataksi Tanılı Hastada Antipsikotiklerin Şiddetlendirdiği Denge Bozukluğu: Bir Vaka. Antalya, Ekim. 2017.

## **VII- Diğer Bilgiler**

### **Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri**

Kabul ve Kararlılık Terapisi (Doç. Dr.K. Fatih Yavuz)

BAP Masterclass İn Bipolar Disorder (British Association for Psychopharmacology)

Bilişsel ve Davranışçı Terapi Eğitimi (Prof. Dr. Hakan Türkçapar-POEM)

Modül-1; Kanıta Dayalı Bilişsel Davranışçı Hipnoterapi Temel Eğitimi (Prof. Dr. Atilla Soykan)

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (Prof. Dr. Nazan Aydın)

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Grup Süpervizyonu (Uzm. Dr. Oğuz Omay)

An Introduction to the Clinical Practise of Interpersonal Psychotherapy (IPT) (Oguz Omay MD, Ellen Frank MD, Paula Ravitz MD, Holly Swartz PhD)

Interpersonal Psychotherapy (IPT) Advanced Skills Workshop 13 Hours (Oguz Omay MD, Ellen Frank MD, Paula Ravitz MD, Holly Swartz PhD)

Atelier de Perfectionnement Clinique en Psychiatrie Perinatale (APCPP), Rencontre avec 3 figures mondiales de la PTI en français (Oguz Omay MD, Ellen Frank MD, Paula Ravitz MD, Holly Swartz PhD)

Aile Terapisi eğitimi ve süpervizyonu (İlişki Psikoterapileri Enstitüsü)

## 9. EKLER

### EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN  
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SAUM



12.09.2017

#### TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Semiha SELÜK'ün 24.08.2017 tarih ve 29517- 51803171 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKİRAN, Eğitim Koordinatörü Doç. Dr. Bekir TUĞCU ve üyeler Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI, Doç. Dr. Gül KARACETİN'in katılımları ile 12.09.2017 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Semiha SELÜK'ün, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Başasistan Uz. Dr. Buket Belkız GÜNGÖR'ün eşliğinde yürütülecek olan "Postpartum Depresyonu Olan Hastaların Erişkin Bağlanma Biçimlerinin Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkilerinin İncelenmesi" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 65 protokol no ile onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan  
Doç. Dr. Murat ERKİRAN

Üye  
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Üye  
Doç. Dr. Bekir TUĞCU

Üye  
Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI

Üye  
Doç. Dr. Gül KARACETİN

## EK 2 - HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Çalışmada postpartum depresyon tanısı alan kişilerde yetişkin bağlanma biçimleri ile annenin doğum sonrası ilk altı ay içerisinde bebeğe bağlanma biçiminin ilişkisine bakılması amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılmanız halinde sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, Doğum sonrası bağlanma ölçeği, İlişki ölçekleri anketi, DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme formu uygulanacaktır. Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Dr. Semiha Selük, Uzm. Dr. Buket Güngör tarafından yürütülecektir. Çalışma ile ilgili sormak ya da danışmak istediğiniz bir konu olursa 0 212 4091515-1316 numaralı telefonu arayarak sorumlu araştırmacılara başvurabilirsiniz.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı:

İmzası:

Tanık olanın;

Adı Soyadı:

İmzası:

## GÖNÜLLÜLER İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahiptir. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Çalışmada doğum sonrası sağlıklı gönüllülerde yetişkin bağlanma biçimleri ile annenin doğum sonrası ilk altı ay içerisinde bebeğe bağlanma biçiminin ilişkisine bakılması amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılmanız halinde sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, Doğum sonrası bağlanma ölçeği, İlişki ölçekleri anketi, DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme formu uygulanacaktır. Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayımlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Dr. Semiha Selük, Uzm. Dr. Buket Güngör tarafından yürütülecektir. Çalışma ile ilgili sormak ya da danışmak istediğiniz bir konu olursa 0 212 4091515-1316 numaralı telefonu arayarak sorumlu araştırmacılara başvurabilirsiniz.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı:

İmzası:

Tanık olanın;

Adı Soyadı:

İmzası:

### EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU

**Tarih:**

1. Adı Soyadı:

2. Telefon no:

3. Adres:

4. Yaşınız:

5. Kaç yıl eğitim gördünüz?

6. Mesleki durumu:

a) çalışıyor/öğrenci b) emekli (malulen...../emekli.....) c) düzensiz çalışıyor d) çalışmıyor

7. Medeni durum:

a) bekar b) evli c) boşanmış d) dul e) ayrı f) birlikte yaşıyor

8. Çocuk:

a) yok b) var(sayısı.....)

9. Gelir Düzeyi:

a) 1000 TL den az b) 1000-5000 TL arası c) 5000 TL den fazla

10. Yaşadığı yer:

a) kent 2.kasaba 3.köy

11. Sosyal Güvence:

a) yok b) emekli Sandığı c) SSK d) yeşil kart

12. Evde kiminle birlikte yaşıyor?

a) anne-baba b) eş+çocuk c) sadece eş d) sadece çocuklar e) arkadaş  
f) partner g) yalnız. h) kardeş i) akraba i) kurumda kalıyor

13. Sosyal Destek:

a) yok b) var b) yetersiz

-varsa kim?

-Sosyal desteğini 0 ile 10 arasında puan versen kaç puan verirsin

**14. Özkıym girişimi:**

a) yok b) var (sayısı.....)

-var ise biçimi, zamanı.....

**15. Sigara kullanımı:**

a) yok b) var (miktar.....süresi.....)

**16. Adli öykü:**

a) yok b) var

**17. Ailede bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü:**

a) yok b) var (tanısı.....)

**18. Evlenme sayısı:**

**19. Evlenme biçimi:**

a) anlaşarak b) görücu c) ailenin zoruyla d) ailelerin isteği dışında

**20. Akraba evliliği:**

a) yok b) var

**21. Evlenme yaşı:**

**22. Eşyle İletişimi:**

a) iyi b) orta c) kötü d) çok kötü

**23. Evlilikten memnuniyeti:**

a) iyi b) orta c) kötü d) çok kötü

**24. Aile içi şiddet:**

a) yok b) fiziksel c) cinsel d) her ikisi

**25. Eşinin yaşı:**

**26. Eşinin eğitimi:**

a) yok b) okur-yazar c) ilköğretim d) lise e) üniversite

**27. Eşinin Çalışma Durumu:**

a) düzenli çalışıyor b) düzensiz çalışıyor c) işsiz d) çalışmıyor e) emekli

**28. Doğum sayısı:**

**29. Yaşayan çocuk sayısı:**

**30. Ölü doğum:**

a) yok b) var (.....Kez)

**31. Ölü Doğum Sonrasında psikiyatrik problem tanımlanıyor mu?**

a) evet (.....) c) hayır

**32. Kürtaj öyküsü:**

a) yok b) var (.....kez)

**33. Kürtaj Sonrasında psikiyatrik problem tanımlanıyor mu?**

a) hayır b) evet (.....)

**34. Düşük öyküsü:**

a) yok b) var

**35. Düşük öyküsü sonrasında psikiyatrik problem tanımlanıyor mu?**

a) yok b) var (.....)

**36. Gebelik:**

a) planlanmış b) planlanmamış

**37. Gebelik:**

a) istemli b) istemsiz

38. Bebeğin cinsiyeti ile ilgili tercih:

a) yok b) var (varsa neydi.....)

39. Kaçınıcı gebelik: .....

**40. Yardımcı üreme desteği (ovulasyon indüksiyonu, tüp bebek):**

a) yok b) var

**41. Gebelikte kadın doğumda düzenli takip:**

a) yok b) var

**42. Gebelikte annenin sağlık sorunu:**

a) yok b) var (varsa .....

**43. Gebeliğin ilk aylarında şiddetli buluntu-kusma (hiperemesis gravidarum) olmuş mu?**

a) evet b) hayır

**44. Gebelikte anne karnındaki bebeğin gelişimi ya da başka bilinen sağlık sorunu?**

a) yok b) var (varsa.....)

**45 Doğumun zamanı:**

a) zamanında b) erken c) geç

**46. Doğum şekli:**

a) normal doğum (epidural) b) normal doğum c) forseps/vakum d) sezaryen doğum (isteğe bağlı) e) plansız sezaryen doğum

**47. Doğum veya sezaryen eylemini korku verici olarak hatırlıyor musunuz?**

a) evet b) hayır

**48. Doğumda annede sağlık sorunu:**

a) yok b) var (.....)

**49. Doğumun yapıldığı yer:**

a) ev b) birinci basamak c) hastane d) doğumda zorluk nedeniyle ikinci basamak/üniversiteye sevk

**50. Herhangi bir sebeple doğum sonrası dönemde bebeğinizden ayrı kaldınız mı?**

a) hayır b) evet

**51. Bebeğin bakımı:**

a) kolay b) normal c) güç

**52. Bebeğin bakımında destek:**

a) yok b) var(kim?.....)

**53. Aldığınız destek yeterli mi?**

a) yetersiz b) kısmen yeterli c) yeterli d) oldukça iyi e) çok iyi

**54. Geceleri bebeğinizle kendiniz mi ilgileniyorsunuz?**

a) hayır b) evet

**55. Geceleri bebeğinizle ilgilenmezseniz bebeğinizle yeteri kadar yakın olamayacağımızı düşünüyor musunuz?**

a) hayır b) evet

**56. Doğum sonrası dönemde uykunun önemi hakkında bilgi sahibi misiniz?**

a) hayır b) evet

**57. Bebeği emzirdiniz mi?**

a) hayır b) evet (ne kadar süre: ....., ne kadar sıklıkta?.....)

**58. Doğum sonrası kaçınıcı haftada psikiyatrik sıkıntılarınız başladı?.....**

**59. Psikiyatrik sıkıntılarınız başladıktan ne kadar süre sonra doktora başvurduunuz?.....**

**60. Ne kadar süredir psikiyatrik tedavi görüyorsunuz?.....**

**61. Hangi ilaçları, ne kadar süredir kullanıyorsunuz?**

-.....süresi.....

-.....süresi.....

-.....süresi.....

**62. Ne zamandır iyilik halindesiniz?.....**

**62. Bebek şu an kaç aylık/günlük.....**

#### EK 4 - POSTPARTUM BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

	Her zaman	Çok sık	Oldukça sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Kendimi bebeğime yakın hissediyorum						
2. Bebeğimin olmadığı eski günlere geri dönmek istiyorum.						
3. Kendimi bebeğimden uzak hissediyorum						
4. Bebeğimi kucaklamaya bayılıyorum.						
5. Bu bebeğe sahip olduğum için pişmanım.						
6. Bu bebek benim değilmiş gibi geliyor.						
7. Bebeğim beni heyecanlandırıyor.						
8. Bebeğimi her şeyi ile seviyorum. /her zerresini seviyorum.						
9. Bebeğim güldüğünde ya da gülümsediğinde kendimi mutlu hissediyorum.						
10. Bebeğim beni kızdırıyor/huzursuz ediyor.						
11. Bebeğimle oynamaktan hoşlanıyorum.						
12. Bebeğim çok fazla ağlıyor.						
13. Bir anne olarak kendimi köşeye sıkışmış hissediyorum.						
14. Bebeğime karşı kızgın hissediyorum.						
15. Bebeğimi içerliyorum.						
16. Benim bebeğim dünyanın en güzel bebeğidir.						
17. Bebeğimin bir şekilde gitmesini isterdim.						
18. Bebeğime zarar verecek şeyler yaptım.						
19. Bebeğim beni endişeli hissettiriyor.						
20. Bebeğimden korkuyorum.						
21. Bebeğim beni sinirlendiriyor.						
22. Bebeğim bakımı konusunda kendime güveniyorum.						
23. Bebeğime bir başkasının bakmasının tek çözüm olduğunu hissediyorum/düşünüyorum.						
24. Bebeğime zarar verecekmişim gibi hissediyorum.						
25. Bebeğim kolayca rahatlatılabiliyor.						

## EK 5 - EDİNBURGH DOĞUM SONU DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilmiş olan maddelerle sizin son bir hafta içerisindeki yaşamış olduğunuz duyguları öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen soruları yanıtlarken yalnızca bugün değil son yedi (7) gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi seçiniz ve cevapları boş bırakmayınız.

### 1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

0. Her zaman olduğu kadar
1. Artık pek o kadar değil
2. Artık kesinlikle o kadar değil
3. Artık hiç değil

### 2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

0. Her zaman olduğu kadar
1. Her zamankinden biraz daha az
2. Her zamankinden kesinlikle daha az
3. Men hemen hiç

### 3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Çok sık değil
0. Hayır hiçbir zaman

### 4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

0. Hayır, hiçbir zaman
1. Çok seyrek
2. Evet, bazen
3. Evet, çoğu zaman

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

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

### 6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

3. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
  1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
  0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
- 7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.**

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

**8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.**

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

**9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.**

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Çok seyrek
0. Hayır, hiçbir zaman

**10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.**

3. Evet, oldukça sık
2. Bazen
1. Hemen hemen hiç
0. Asla

## EK 6 - İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ

Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7		
Beni hiç	Beni kısmen	Tamamıyla
Tanımlamıyor	tanımlıyor	beni tanımlıyor

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.
5. Başkalarıyla çok yakınlığımsam incitileceğimden korkuyorum.
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.
9. Yalnız kalmaktan korkarım.
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.
12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.
13. Başkalarının bana çok yaklaşması beni endişelendirir.
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.
15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.
16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.
17. İhtiyacımız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.

18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzumu bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.
19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.
20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.
23. Terk edilmekten korkarım.
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.
25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.
26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.
29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.