



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**DOĞUM TİPİNİN POSTPARTUM DEPRESYON RİSKİ
İLE ANNE VE BEBEK BAĞLANMASI ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Elif TUĞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**DOĞUM TİPİNİN POSTPARTUM DEPRESYON RİSKİ
İLE ANNE VE BEBEK BAĞLANMASI ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Elif TUĞ

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Özlem SUVAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020

TEŞEKKÜR

Tez konusunun belirlenmesinde, çalışmanın yürütülmesinde ve tezin yazım aşamasında her türlü yardımda bulunan Başasistan Uzm. Dr. Özlem SUVAK'a;

Asistanlığımın ilk gününden itibaren her konuda bana destek olan, bilgi ve tecrübeleri ile eğitimime destek olan, karşılaştığım zorluklarda hep yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'na bilgi ve deneyimleriyle bize ışık tutan klinik şefimiz Doç. Dr. Cenk AYPAK'a, pozitif yaklaşımı ve gülen yüzüyle bize her zaman destek olan Prof. Dr. Derya İREN AKBIYIK'a;

Yıllardır varlıkları ile hayatımı renklendiren, her konuda güvendiğim, birlikte eğlendiğim kardeşim dediğim dostlarım Dr. Kübra AKYÜZ, Dr. Merve Nur DİLAVER, Dr. Nazlı Hüma TEKE'ye;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, her birini tanımaktan mutluluk duyduğum, zorlu uzmanlık eğitimimi güzelleştiren arkadaşlarıma;

Hayatıma girdiği ilk günden itibaren bana her zaman pozitifliği aşıl原因, sevgisi, şefkati ile her zaman destek olan, güven veren sevgili eşim Nazım Güvenç TUĞ'a;

Asistanlığımın son aylarında hayatımıza giren ve dünyanın en güzel duygusunu bize yaşatan, her anına şükrettiğim, anneliği bana tattıran canım oğlum Doruk'a;

Bugüne kadar attığım her adımda bana destek veren, bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, parçası olmaktan gurur duyduğum ve varlıklarına her zaman şükrettiğim ailem, annem Hülya CANCAN, babam Mustafa Fehmi CANCAN ve ablam Uzm. Dr. Tuğba ERAT'a;

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Elif TUĞ

Ankara, 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DEPRESYON.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Etiyoloji.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Semptom ve Bulgular.....	4
2.1.5. Tanı.....	5
2.2. POSTPARTUM DEPRESYON.....	6
2.2.1. Tanım.....	6
2.2.2. Etiyoloji.....	7
2.2.3. Epidemiyoloji.....	8
2.2.4. Semptom ve Bulgular.....	9
2.2.5. Tanı.....	10
2.3. ANNE VE BEBEK BAĞLANMASI.....	10
2.3.1. Maternal Bağlanma.....	10

2.3.2. Bağlanmaya Etki Eden Faktörler.....	11
2.3.3. Anne-Bebek Bağlanması ve Postpartum Depresyon İlişkisi.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE YERİ.....	14
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM GRUBU.....	14
3.3. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI.....	15
3.3.1. Veri Toplama Araçları.....	15
3.3.1.1. Sosyodemografik form.....	15
3.3.1.2. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği.....	15
3.3.1.3. Anne bebek bağlanma ölçeği.....	16
3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ.....	16
3.5. İZİN VE ETİK KURUL ONAYI.....	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA.....	26
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
KAYNAKLAR.....	35
ÖZGEÇMİŞ.....	47
EKLER.....	48
Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu.....	48
Ek 2: Araştırmada Kullanılan Sosyodemografik Veri Formu.....	49
Ek 3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	51
Ek 4: Anne Bebek Bağlanma Ölçeği.....	53

KISALTMALAR

ABBÖ	: Anne Bebek Bağlanma Ölçeği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: American Psychiatric Association
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
ICD-10	: Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi-10
MBÖ	: Maternal Bağlanma Ölçeği
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
PPD	: Postpartum Depresyon

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Çalışmaya Alınan Kişilerin Kişisel ve Gebeliğe Ait Bilgileri	18
Tablo 2. “Kendine Zarar Verme Düşüncesinin Aklıma Geldiği Oldu” İfadesine Katılım.....	20
Tablo 3. PPD ve Anne-Bebek Bağlanmasına Ait Gruplama.....	20
Tablo 4. PPD ve Anne-Bebek Bağlanmasına Ait Betimsel İstatistikler.....	21
Tablo 5. PPD ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	21
Tablo 6. Bebeğin Doğum Şekli ile PPD Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	22
Tablo 7. Bebeğin Doğum Şekli ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	22
Tablo 8. Bebeğin Doğum Şekli ile Anne Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	23
Tablo 9. PPD ve Anne Bebek Bağlanmasının Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi	24

ÖZET

Amaç: Postpartum (doğum sonrası) dönem hormonların, doğum, sezaryen gibi tıbbi durumlar ve bebeğe adapte olmak gibi olayların etkisiyle bağışıklığın zayıfladığı, ruh halinin değişken olduğu, depresyona yatkınlığın olduğu bir dönemdir. Postpartum depresyonu (PPD) olan anne emzirmeyi tamamlayamaz, bebek ile yeterli bağ kuramaz. Annenin ruh sağlığı erken dönemde anne-bebek bağlanmasını etkiler. Bunun yanında bağlanmayı etkileyen başka faktörlerde vardır (yaş, emzirme, aile yapısı vb). Doğum tipinin anne-bebek bağlanması üzerine etkisi hala tartışma konusudur. Çalışmamızda doğum tipinin PPD riski ve anne-bebek bağlanması üzerine etkisini ve etkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma Ankara’da üç ilçe merkezindeki Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ile Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran ve dahil olma ve dışlanma kriterlerini karşılayan, postpartum ilk 2. Ayında olan 222 anne ile yapılmıştır. Katılımcıların verileri, sosyodemografik ve PPD ile ilgili veri anketi ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ile toplandı. Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan annelerden PPD riski yüksek olanların oranı %22,1’dir. Anne-bebek bağlanması zayıf olanların oranı %50,0’dir. Katılımcılardan 18-35 yaş arası olanların oranı %85,6; bebeğin doğum şekli normal doğum olanların oranı %49,1’dir. Bebeğinin doğum şekli farklı olan gruplar arasında PPD açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$). Buna göre acil sezaryen doğum yapanların PPD puan ortalaması en yüksek iken normal doğum yapanların en düşüktür. Bebeğinin doğum şekli farklı olan gruplar arasında anne-bebek bağlanması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. PPD riski ile anne-bebek bağlanma puanı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000$ $r=0,393$). PPD riski yüksek olan anneler ile bebekleri arasındaki bağlanma daha zayıftır. Çalışmamızda gebeliğin planlı olmaması ($p=0,012$), kız bebeğe sahip olma ($p=0,039$), anne yaşının 35 yaş üstü olması

($p=0,004$) PPD açısından istatistiksel olarak anlamlıdır. Gebeliği planlı olmayanların, kız bebeğe sahip olanların ve 35 yaş üstü annelerin PPD puan ortalaması daha yüksektir. Doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirme durumu farklı olan gruplar arasında PPD açısından ($p=0,006$) ve anne-bebek bağlanması açısından ($p=0,016$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre bebeğini doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmeyenlerin PPD puan ortalaması ve anne-bebek bağlanma puan ortalaması daha yüksektir.

Sonuç: Sezaryen doğum yönteminin PPD riskini artırdığı ve buna bağlı olarak dolaylı yoldan anne-bebek bağlanmasını negatif yönde etkilediği göz önünde bulundurulursa, toplumun normal doğuma yönlendirilmesi, annelerin PPD riskinin azalması ve fonksiyonelliğinin artması topluma olumlu katkı sağlayacaktır. Tıbbi bir gereklilik olmadığı zaman bebeğin sezaryen doğum yöntemi yerine vajinal doğum yöntemi ile doğurtulması hem anne ve bebeğin sağlığı için hem de anne-bebek bağlanması için daha olumlu olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, Anne bebek bağlanması, Sezaryen doğum, Vajinal doğum

ABSTRACT

Objective: Postpartum period is a period in which immunity is weakened by the effects of hormones, medical conditions such as birth, caesarean section and adaptation to the baby, mood is variable and predisposition to depression occurs. The mother with postpartum depression (PPD) cannot complete breastfeeding and she can't bond with the baby enough. The mother's mental health affects mother-infant bonding in the early period. In addition, there are other factors that affect bonding (age, breastfeeding, family structure, etc.). The effect of mode of delivery on mother-infant bonding is still a matter of debate. In this study, we aimed to investigate the effect and effective factors of mode of delivery on PPD risk and mother-infant bonding.

Materials and Methods: This study was done with 222 mothers who applied to the Family Health Center in three district centers in Ankara and who met the inclusion and exclusion criteria, who were in the first 2 months of postpartum. The data of the participants were collected using a socio-demographic and PPD data questionnaire and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and the Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS). The analysis of the data was done with SPSS 22 program and studied with 95% confidence level.

Results: In our study, the ratio of those at high risk of PPD was 22.1%. The rate of those who have poor mother-infant bonding is 50.0%. Among the participants, the ratio of those between the ages of 18-35 was 85.6%; the ratio of those who had a vaginal delivery the way the baby was born was 49.1%. There is a statistically significant difference in PPD between groups with different mode of delivery patterns ($p=0.001$). According to this, the PPD score average of those who had emergency cesarean delivery was the highest, while the ones who had vaginal delivery were the lowest. There was no statistically significant difference in the mother-infant bonding between the groups with different mode of delivery patterns. There is a moderate positive correlation between PPD risk and mother-infant bonding score ($p=0.000$ $r=0.393$). The bonding between mothers at high risk of PPD and their babies is weaker. In our study, pregnancy was not planned ($p=0.012$),

having a baby girl ($p=0.039$), maternal age over 35 ($p=0.004$) was statistically significant in terms of PPD. The average PPD score of those who had not planned a pregnancy, those who had a baby girl and mothers over the age of 35 was higher. There were statistically significant differences in PPD ($p=0.006$) and mother-infant bonding ($p=0.016$) among groups with different breastfeeding status within the first hour after birth. Accordingly, those who do not breastfeed their baby within the first hour after birth have higher PPD scores and mother-infant bonding scores.

Conclusion: If it is considered that cesarean delivery method increases the risk of PPD and consequently negatively affects mother-baby bonding indirectly, the orientation of society to vaginal delivery, the decrease in the risk of PPD of mothers and the increase in functionality of mothers will contribute positively to society. We believe that vaginal delivery, rather than a cesarean delivery method, is more positive for both mother and baby health and for mother-infant bonding when there is no medical requirement.

Key Words: Postpartum depression, Mother-infant bonding, Cesarean delivery, Vaginal delivery

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikotik olmayan psikiyatrik hastalıklar, gebeliğin ve perinatal dönemin en yaygın morbiditelerinden biridir. Psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı, kadınların doğurganlık çağında diğer yaşam dönemlerine oranla kısmen artmaktadır. Buna göre, gebelik ve postpartum dönem pek çok kadın için anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu ve psikoz gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir dönem olabilmektedir (1). PPD, postpartum dönemin en yaygın sorunlarından biridir ve üreme çağındaki kadınlar için en zayıflatıcı durumlardan biridir. Hastalık, sadece kadınları değil aynı zamanda çocuklarını ve sosyal çevrelerini etkilemesi açısından oldukça önemlidir (2).

Postpartum dönem önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik dönemdir (1,2). Gebelik ve doğum sonrası, birçok insan için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yenidoğan çocuğunu kucığına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda psikolojik bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönem haline gelebilmektedir. Postpartum dönemde ebeveynler, bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle anneler postpartum dönemde, diğer yaşam dönemlerine oranla duygusal sorunlarla daha çok karşılaşmaktadırlar (3). Bazen bu sorunlar PPD gibi patolojik sorunlara neden olabilmektedir.

PPD prevalansı Asya ülkelerinde yüksek olarak gözlenmektedir ve Türkiye'nin PPD prevalansı %26,1-33,1'dir. Hamilelik boyunca depresyon ve anksiyete, psikiyatrik hastalık öyküsü, olumsuz yaşam olayları, sosyal destek eksikliği ve evlilikteki ilişkinin kalitesi PPD için yüksek risk oluşturmaktadır. Sosyoekonomik faktörler ve obstetrik olaylar da yine risk faktörleridir (4).

Postpartum dönemde görülen depresyon, sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar oluşturabileceğinden, PPD'ü olan anneye dikkatle yaklaşılmalıdır. PPD'de anne-bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler

bebekleri ile duygusal bağ kurmada zorlanırlar. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve duygusal güçlükler yaşamazlar aynı zamanda kognitif güçlüklerle de başa çıkmaya çalışırlar (5). PPD'si olan anne emzirmeyi tamamlayamaz, anne-bebek bağlanmasını etkilediği için bu durum çocuğun bilişsel fonksiyonlarını etkiler. Bu sebep ile doğum öncesi ve doğum sırasındaki etkenleri en aza indirmek ve PPD'yi tanımak, erken müdahale etmek oldukça önemlidir (6,7).

Doğum tipinin anne-bebek bağlanması üzerine etkisi hala tartışma konusudur. Bunun yanında bağlanmayı etkileyen başka faktörlerde mevcuttur (yaş, emzirme, aile yapısı vb) (7). Birden fazla doğum yapmış olmak (7), işsiz olmak, evlenmemiş olmak, düşük eğitim düzeyi, depresyon gibi obstetrik ve psikolojik problemlerinin olması, kız çocuğunun olması, yenidoğan sorunları olan veya yoğun bakım ünitesine kabul edilen bebeğe sahip olmak, anne-bebek bağlanmasını duygusal olarak zayıflatan faktörlerdendir (7,8). Doğum tipinin de bağlanma üzerine etkili olduğu düşünülmektedir (9). İstenmeyen gebelik, düşük sosyo-ekonomik durum ve annenin çocukluk istismarı deneyimi (10) sağlıklı bir anne-bebek bağının kurulmasını etkileyebilecek faktörler arasında sayılabilmektedir. Ayrıca predispozan faktörlerin (aile öyküsü), stresli yaşam olaylarının (çocuklukta duygusal istismar), psikiyatrik hastalık öyküsünün ve gebelik sırasında psikolojik sıkıntıların (özellikle kaygı belirtileri) varlığı, doğum sonrası dönemde sorunlu anne-bebek bağlanması riskini artırır (10).

Bu araştırmamızda PPD riski bulunan hastalarda doğum tipinin etkisini değerlendirmeyi, bunun yanında da PPD riski yüksek bulunan kadınlarda bu durumun anne-bebek bağlanmasına etkisini ve bağlanmaya etkili olabilecek faktörleri değerlendirip literatüre olumlu katkı sağlamayı amaçlamaktayız.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

2.1.1. Tanım

Depresyon dünya çapında birçok hastalıktan sorumlu önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tedavi edilmediğinde önemli sağlık sorunları, erken ölüm gibi olumsuz sonuçlara sebep olurken, doğru tanının konması ve doğru tedavinin verilmesi ile hastanın yaşam kalitesini arttırmak mümkün hale gelmektedir (11). Depresyon (majör depresif bozukluk/MDB), nasıl hissettiğimizi, düşünce şeklimizi ve davranışlarımızı kötü etkileyen, aynı zamanda tedavisi olan yaygın ve önemli bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (12).

Depresif bir hastayı normal duygudurumlu kişilerden ayıran bazı özellikler vardır. Bunlar; derin üzgün bir duygu durumu, düşünce, konuşma kabiliyeti ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, küçüklük, isteksizlik, kuvvetsizlik, karamsarlık, değersizlik, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde azalma olmasıdır (13). Depresyon kişiyi üzüntü, ilgi ya da zevk kaybı, suçluluk duygusu veya düşük öz değer, düzensiz uyku, az veya çok iştah, yorgunluk hissi ve yetersiz dikkat gibi etkileriyle zor duruma sokabilmektedir (14).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) MDB'nin 2020 yılında iskemik kalp rahatsızlıklarından sonra en önemli yeti yitimine neden olan ikinci sağlık problemi olacağını öngörmektedir (15).

2.1.2. Etiyoloji

MDB'nin etiyolojisinde rol oynayan faktörler, biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler olarak üçe ayrılırsa bunlar arasında güçlü bağlantılar mevcuttur. Günümüzde serotonerjik ve noradrenerjik sistemler ve beyindeki nörotransmitterlerle ilgili fonksiyonel bozuklukların MDB oluşumunda önemli rol oynadığı tartışılmaktadır. Genel görüş ilk olarak nörotransmitter sistemleri arasındaki işleyişin bozulduğu şeklindedir (16). MDB'nin oluşumunda genetik faktörlerin rolü

olduğu da gösterilmiştir. MDB olan hastaların birinci derece akrabalarının hastalığa yakalanma riski normal popülasyona kıyasla  kat daha yüksek bulunmuştur (17).

2.1.3. Epidemioloji

MDB tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. MDB'nin hayat boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 olarak bildirilmiştir ve doğru tedavi edilmediğinde yüksek tedavi maliyetleri, yüksek mortalite ve morbidite oranları ile önemli toplumsal sorunlara neden olmaktadır (18). Depresif bozukluklar yaşamları boyunca erkeklerin %5-12'sini, kadınların ise %10-25'ini etkilemektedir (19).

Araştırmalar MDB'nin kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görüldüğünü doğrulamaktadır (20). Fakat son yıllarda yapılan çalışmalarda kadın erkek arasındaki bu farkın giderek azaldığı gösterilmektedir (11,21). MDB kadınlarda en sık 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından daha fazla görüldüğüne ilişkin pek çok veri mevcuttur (11).

Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı'nın bir çalışmasında depresif bozuklukların boşanmış ve dul olanlarda, okur-yazar olmayanlarda daha yüksek bildirilmiştir (22).

2.1.4. Semptom ve Bulgular

kkn duygudurum; üzüntülü, kendini boşlukta hissetme ya da umutsuzluk duygularıyla kendini gösteren, hemen her hastada var olan, MDB'nin ana bulgusudur ve olmaması halinde depresyon tanısı düşünülemez. Bir diğer temel MDB özelliği olan anhedoni, etkinliklere karşı ilgide bariz azalma ve bunlardan zevk almamayla karakterizedir ve hemen hemen her gün, günün büyük bölümünde durum budur (23). Bu iki karakteristik belirti dışında, MDB'si olan bir insanda huzursuzluk, sorumlulukları yerine getirmeme, sürekli kaygılı hissetme, yeme alışkanlıklarında ve uyku alışkanlıklarında düzensizlikler, yorgunluk, kişisel bakımını umursamama,

bitkinlik, düşüncelerini yoğunlaştırmada ve odaklanmada zorluk çekme, dikkat dağınıklığı, aşırı duygudurum dalgalanmaları, çaresiz hissetme, sürekli olumsuz düşünceler, değersizlik ve suçluluk duyguları, tedaviye yanıt alınamayan fiziksel yakınmalar, alkol ve ilaç kullanımında artış, ölüm ve intihar düşünceleri mevcut olabilir (11).

2.1.5. Tanı

DSM-V 'e göre MDB tanısı:

- A. Ardışık iki hafta boyunca, neredeyse her gün ve/veya günün büyük bölümünde ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden beşinin ya da daha çoğunun bulunması ve önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması. Bu belirtilerden en az biri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır.
1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
 3. Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma (Örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (Başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu olarak taşıma değil).
 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (Enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (Sanrısız olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (Öznel anlatıma göre ya da başkalarının gözlenir).
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (Yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (23).

2.2. POSTPARTUM DEPRESYON

2.2.1. Tanım

Anne olup bebek sahibi olmak, kadınlar için çok önemli bir durumdur ve partnerler arasındaki ilişki gibi birçok alanda farklılıklar olmaktadır (24). Bu nedenle postpartum dönem sorunlu hale gelebilmekte ve farklı ruhsal problemlerin yaşanabileceği uzun bir süreç olabilmektedir (25). Postpartum dönemde yaşanan duygusal çalkantılar duygu durumundaki hafif değişimlerden postpartum psikoz kadar farklılık gösterebilmektedir. Ancak, “doğumdan sonraki bir yıl içinde gelişen depresif bir rahatsızlık” olarak tanımlanan PPD, bu dönemde en sık karşılaşılan ve

kişiyi zorlayıcı doğum sonrası komplikasyonlardan biridir (26-28). PPD için en riskli dönemin doğumdan sonraki ilk 6 ay olduğu bilinmektedir (29). Fakat PPD doğumdan sonraki ilk 1 yıl için önemlilik arz etmektedir. Tedavi ve tanı açısından da önemli bir toplum sağlığı sorunudur (30).

PPD doğum sonrası meydana geldiği zaman ile diğer depresyon tiplerinden ayrılmaktadır (6). PPD DSM-V'de depresyon bozuklukları içinde; semptomların gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki 4 hafta içinde başladığı grup olarak tanımlanmıştır (23). Alternatif olarak, ICD-10 ise doğum sonrası altı haftada başlayan depresif epizodu, postpartum depresif epizod olarak tanımlar. Bununla beraber, birçok çalışmada bu süre, doğumdan sonraki ilk 3 ay ile 12 ay arasındaki bir zaman dilimi olarak da belirtilmiştir (31).

Gebelik ve postpartum döneme özgü hormonal değişiklikler dışında PPD'nin majör risk faktörleri MDB ile benzerdir. MDB zaten yeti kaybına sebep olan bir rahatsızlık iken, kadının yeni doğmuş bebeğinin sorumluluğunu alması, ayrıca başka çocuklarının olması ya da çalışıyor olması gibi sorumluluklarının da olabileceği düşünüldüğünde, bu durum yeni anne için önemli ve zorlu bir süreç haline gelmektedir (28).

Bu durumda gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon gelişimine neden olabilecek faktörlerin bilinmesi gerekli ve riskli gruba giren anneler yakından izlenmelidir. Erken tanı ve tedavinin, hem anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlığı hem de anne-bebek ilişkisi üzerindeki olumlu etkileri oldukça önemlidir (32).

2.2.2. Etiyoloji

Toplumda yaygın olması ve kötü sonuçlarının olması nedeniyle PPD ile ilişkili etkenler uzun yıllardan beri çalışmalara konu olmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde PPD'nin nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Ancak fizyopatolojisinde biyolojik faktörler ile risk faktörlerinin bir etkileşimi olabileceği düşünülmektedir. Genetik faktörlerin, üreme hormonlarındaki (östrojen, progesteron ve testosteron) azalmaların, hipotalamik-pituiter-adrenal aksın ve nörotransmitter,

kolesterol ve yağ asidi anormalliklerin, tiroid hormonundaki bozuklukların PPD üzerine etkisi incelenmektedir (33).

Yapılan çalışmalara bakıldığında PPD'nin gelişimi ve sürmesinde ek olarak; gebeliğin planlı olup olmaması, emzirme durumu ve doğum şekli gibi gebelik ve doğumla ilişkili faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Kişinin kendisinin ve ailesinin psikiyatrik hastalık öyküsü ile doğum öncesi dönemdeki duygudurum bozukluğu gibi değişkenleri içeren klinik faktörlerin ve bazı kişilik özelliklerinin PPD ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, yaşam olayları, sosyal destek, partner desteği ve evlilikte olan uyum gibi ilişki durumlarının da PPD için etkili olabildiği bilinmektedir (26,34,35). Bunu destekleyen partner, arkadaş ve aile desteği ile PPD arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, doğum sonrasında partner, arkadaş ve aile desteğinin eksik olmasının depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (36).

Tüm bu nedenler ile PPD etiyojisi multifaktöriyel olarak ele alınmaktadır.

2.2.3. Epidemiyoloji

PPD'un prevalansı değişkendir (29). Prevalans ülkelere bağlı olarak (düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksek görülmektedir) değişmektedir. Literatür taramasına dayanarak, gelişmiş ülkelerde kendini değerlendirme ölçekleriyle yapılan araştırmalarda PPD yaygınlığı için oranlar %1,9 ile %82,1 arasında ve gelişmekte olan ülkelere ise oranlar %5,2 ile %74 arasında değişmekte olup, gelişmiş ülkeler için en düşük oran Almanya, en yüksek oran Amerika Birleşik Devletleri (ABD), gelişmekte olan ülkelere de ise en düşük olan Pakistan, en yüksek oran Türkiye'den bildirilmiştir. PPD yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda, kendini değerlendirme ölçeklerinin yanında, ICD-10 temelli yapılandırılmış klinik görüşmelerin uygulandığı çalışmalarda oranlar, en düşük %0,1 ile Finlandiya'da, en yüksek %26,3 ile Hindistan'da bildirilmiştir. Bununla birlikte DSM-IV temelli yapılandırılmış klinik görüşmelere dayalı çalışmalarda ise oranlar, en düşük %2,5 ile Singapur'da, en yüksek %10 ile Japonya'da bildirilmiştir (37).

Ülkemizde yapılan başka çalışmalarda PPD sıklığı %5 ile %61,8 arasında bulunmuştur. Farklı bölgelerde yapılmış çalışmaların derlendiği bir meta-analiz çalışmasında ise sıklık ortalama %23,8 olarak bulunmuştur. Gelişmiş illerde oran %21,2 iken gelişmekte olan illerde ise %25 olarak tespit edilmiştir (38).

2.2.4. Semptom ve Bulgular

Başlangıç genellikle sinsidir. Belirtiler tipik olarak doğumdan sonraki ilk 6 haftada kendini gösterir. PPD geçiren kadınların %60'ında bunun ilk depresyon atağı olduğu belirlenmiştir. Depresyon insidansında artış sıklıkla doğumdan sonraki ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir (39).

Olguların çoğunda depresyon atağı doğumdan sonraki 3-6. ayda kendiliğinden düzelebilir. PPD'un belirtileri yaşamın diğer dönemlerinde görülen majör depresif atak ile benzerdir. Ancak önemi, zamanlaması ve en azından anne-bebek ikilisi ve sıklıkla da tüm aileyi ilgilendirmesidir. Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki benzerlik ve annelerin mutlu olmaları gerekirken depresif duygular taşıdıkları için suçluluk duymaları sebebi ile belirtileri gizlemeleri bazı durumlarda klinik tanı koymayı zorlaştırabilir (40).

PPD'nin klinik özellikleri, uyku düzeninde değişiklikler, duygudurum dalgalanmaları, yeme düzeninde değişiklikler, bebek hakkında aşırı kaygı ve endişeli olma, zarar verme korkusu, üzüntü ya da aşırı ağlama, şüphe, suçluluk ve umutsuzluk hissiyatı, odaklanma ve hatırlamada güçlük çekme, hobilere ve olağan etkinliklere karşı ilgi kaybı, tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri olabilir (41). PPD'ye özgü diğer bir belirti bebeğe zarar verme ile ilgili obsesif düşüncelerdir (42).

Klinik görünümü, etiyolojisi ve tedavisi bakımından genel olarak MDB ile benzer görünse de, anneye, bebeğe ve dolayısıyla aile üzerine olan etkisi, zamanlaması ile MDB'den farklıdır (43).

2.2.5. Tanı

PPD’de tanı kriterleri, MDB tanısında kullanılan kriterler ile aynıdır. PPD, DSM-V tanı kriterleri içinde ayrı bir tanı olarak mevcut değildir, hastalara doğum sonrası dört hafta içerisinde ortaya çıkan semptomlar için “peripartum başlangıçlı” belirteciyle beraber MDB tanısı konulmaktadır (23). Klinikte ise PPD, doğumdan sonraki 12 ay içerisinde başlayan MDB’yi tanımlamak için kullanılır (44).

2.3. ANNE VE BEBEK BAĞLANMASI

2.3.1. Maternal Bağlanma

Bağlanma, çocuk ile bakımını üstlenen kişi arasında kurulan; tutarlı, süregelen ve başlıca kaygı-gerilim durumlarında ortaya çıkan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (45). Maternal bağlanma doğumdan hemen önce başlayan, daha sonraki dönemlerde de devam eden bir durumdur (46). Gebelikte anne-bebek bağlanmasını gebeliğin planlanması, ultrasonografi ile bebeğin görüntülenmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, gelir düzeyi etkilemektedir. Bununla birlikte, doğum öncesi dönemde depresyon arttıkça bağlanmanın azaldığı ve olumlu sağlık davranışları arttıkça da bağlanmanın arttığı yapılan çalışmalarda saptanmıştır (47). Gebelik sürecindeki bağlanmanın, doğumdan sonraki bağlanmayı olumlu yönde etkilediği vurgulanmıştır (48). Bağlanma yaşamın ilk zamanlarında oluşan, anne-bebek ilişkisinin devamlılığını sağlayan, bebeğin hayatı boyunca sosyal davranışlarını etkileyen, gelişimsel devamlılık sağlayan bir süreçtir (49). Ayrıca maternal bağlanma, anne ile bebek arasındaki karşılıklı olarak hoşnut olmayı içeren etkileşim sonucunda annenin bebeğine karşı olan sevgi bağı olarak da açıklanabilir. Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bağlanması bebeğin büyüme ve gelişmesi için önemlidir (50).

Bowlby, bağlanmanın sağlıklı bir şekilde oluşması için bebek doğduktan hemen sonra annenin bebeğine sevgi ile yaklaşmasının önemli olduğunu belirtmiştir. Anne ve bebek arasında duygusal iletişimi sağlayan, anne ve bebek arasındaki ilişkiyi sağlamlaştıran, güvenli bir bağ olan anne-bebek bağlanmasının oluşmasında,

annenin bebeğini ilk kucağına aldığında, ilk temasın yaşandığı zaman oldukça önemlidir (51).

Anne-bebek bağlanma sũreci gebelik, doğum ve doğum sonrası dũnem sũresince gelişen ve anne-bebek etkileşimi olduğu sũrece desteklenen bir sũreçtir. Uzun yıllardır yapılan çalışmalarda bu ilişkinin çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimini önemli oranda etkilediği gũsterilmiřtir (52).

Çocukluktaki ve yetişkinlikteki yakın ilişkileri anlamayı sağlayan bağlanma kuramına gũre çocuğun fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı birey olarak yetişmesinde, anne çocuk ilişkisinin iyi olmasının ȳnemi çok bũyũktür (53). Ve yine bebeğin anne ve baba ile gũvenli bir bağlanmasının olması onun sosyal ve duygusal gelişiminin temel taşlarından biridir. Bağlanma ilk birkaç ayda gelişmeye başlayarak dokuzuncu ayda kuvvetle gelişmiş olur. Anne ve baba ile oluşacak gũvenli ve sevgi dolu bir bağ onun kendisine olan saygısına, arkadaş ilişkilerine, problem çȳzme yeteneğine ve benlik kontrolũne önemli faydalarının olduğu bilinmektedir (54).

2.3.2. Bağlanmaya Etki Eden Faktȳrler

Anne-bebek bağlanmasının oluşmasında; gebeliğin planlanması, gebeliğin istenmesi, annenin gũven duygusu, ailenin sosyoekonomik ve kũltũrel durumu, eř ilişkileri, eř desteği, kadının ailesiyle ve sosyal çevresiyle olan ilişkileri, doğum sũreci, zamanı, doğumun şekli, ilk gũnlerde yaşanan anksiyete, anne ve bebeğin sağlık durumu, bebekte herhangi bir anomali olması durumu, çocuk bakımı konusunda annenin yaşı, bilgili olması, annenin çocukluğunda kendi annesiyle yaşadığı bağlanma ilişkileri gibi faktȳrlerin etkili olduğu gũsterilmiřtir (55). İstenen bir gebelik olmaması, gebeliğe ve doğuma ilişkin korku hissedilmesi, gebeliğe bağlı fizyolojik ve psikolojik streslerle başa çıkmada gũçlũk çekilmesi ve erken dũnemde yenidoğanla birliktelikte geç kalınması gebenin bebeğiyle gũçlũ bir bağ kurmasını zorlaştıran faktȳrlerdendir (56,57).

Bağlanma hem bebek hem de ailedeki çeşitli durumlardan etkilenebilecek dinamik bir süreçtir. Özellikle prematüre bebekler, çoğul gebelikler, duyu kusuru veya ciddi hastalığı olan bebekler, istismar edilenler ile evlatlık alınan bebeklerde bağlanma sorunları olabilir. Anne ve babanın da ruhsal veya zihinsel sorunları olması, kötü muameleye maruz kalma öyküsü ile mevcut aile içi stres de bağlanma problemlerinin ortaya çıkmasına sebep olarak gösterilebilir. Bunun dışında bebeğin kendi mizacı, geçirdiği hastalıkların öyküsü, deneyimsizlik bağlanma üzerine olumsuz etki edebilir (54).

Fiziksel sağlık için proteinler ve vitaminlerin gerekli olduğu bilindiği gibi, ruhsal iyilik hali içinde anne sevgisinin bebek ve çocuklar üzerinde önemli etkisi olduğu bilinmektedir. Bebeği ile etkileşimi olan bir annenin sevgisinin düzeyi, anne-bebek ilişkisi ve anne-bebek bağlanmasının kalitesi üzerinde önemli derecede etkilidir (58). Bu sebeple anne sevgisi, anne ile çocuk arasındaki bağlılığı etkileyen en önemli etkenlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bağlanma sürecini olumlu olarak etkileyen faktörlerden birinin doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde bebekle fiziksel temasın sağlanması olduğu düşünülmekte ve bu durum vajinal doğum yönteminin kullanılması lehine çok güçlü bir kanıt olarak gösterilmektedir (54). Yani doğum tipinin bağlanma üzerine etkili olduğu tahmin edilmektedir.

2.3.3. Anne-Bebek Bağlanması ile Postpartum Depresyon İlişkisi

Bağlanma bozukluğunun doğum sonrası psikiyatrik hastalığı olan annelerdeki oranı Brockington ve ark.'nın çalışmasında %11 olarak gösterilmiştir (59). Anne-bebek bağlanma sürecini postpartum psikiyatrik hastalıkların olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. PPD geçiren annelerin %29'unda bağlanma bozukluğu bildirilmiştir (60).

Doğum sonrası psikiyatrik hastalıklarda en sık görülen bebeğin sağlık problemleri; bebeğin duygusal çökkünlüğü, yetersiz bilişsel ve kişilik gelişimi, çocuk ihmali, istismarı ve bebek ölümüdür. Annenin bebeğine saldırgan duyguları,

öfkesi, öldürme düşünceleri ve davranışları doğum sonrası ciddi depresyonda artmış olarak bildirilmiştir (61). Bu nedenle PPD'si olan anne ve bebeği arasındaki bağlanmada önemli sorunlar yaşanması çok olasıdır.

Bütün bunların yanında PPD olmaksızın da bağlanma bozukluğu görülebildiği gösterilmiştir (62).

Bunların tersi olarak sağlam anne-bebek bağlanmasının gebelik sırasında sigara-alkol kullanmama, doğum öncesi sağlıklı beslenme ve uyku alışkanlıkları, yeterli egzersiz yapma gibi sağlık uygulamalarına motive ettiği, anne ve baba rolüne uyumu kolaylaştırdığı, hamilelik döneminde depresyon ve PPD'ye karşı koruyucu bir işlev gördüğü gösterilmiştir (63,64). Emzirmenin de PPD üzerinde etkisiyle ilgili farklı bilgiler bulunmaktadır. Skalkidou ve ark. (65) çalışmalarında emzirmenin bebeğin strese cevabını etkilediğini, anne kanındaki konsantrasyon ile doğru orantılı bebeğe leptin geçtiğini, PPD için risk faktörlerinden olan bebek huyuna olumlu katkı sağladığını, bu durumun da anneyi PPD'den koruduğunu belirtmişlerdir. Studd ve Panay (66) ise yaptıkları çalışmada emziren annelerin östrojen seviyesinin düştüğünü ve bu durumun da depresyona sebep olabileceğini bildirmişlerdir. Bu nedenle emzirme hem depresyon hem de anne-bebek bağlanması için oldukça önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE YERİ

Bu uzmanlık tez çalışması Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği poliklinikleri ve Ankara'da 3 (Mamak, Keçiören, Altındağ) ilçede 1'er Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne başvuran doğum sonrası 2. ayında sağlıklı bir bebeğe sahip olan annelere yapılması planlanmış kesitsel, tanımlayıcı türde, yüzyüze anket çalışmasıdır. Örneklem seçilmemiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM GRUBU

Çalışmamıza 01.01.2018-01.07.2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 37 anne, Mamak Onur Uğurlu ASM'ye başvuran 73 anne, Keçiören Kamil Ocak ASM'ye başvuran 66 anne, Altındağ Feridun Çelik ASM'ye başvuran 46 anne katılmıştır. Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan ve ankete katılmayı kabul eden 222 kadınla çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil olma kriterleri:

- Postpartum ilk 2. ayında sağlıklı bebeği olan anneler

Dışlanma kriterleri:

- Türkçe bilmeyen ve okuma yazması olmayan
- Daha önce depresyon veya psikiyatrik hastalık öyküsü olan (depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu...)
- Doğumunda komplikasyon gelişmiş anneler
- Bebeğinde herhangi bir doğumsal hastalık bulunan anneler
- Çoklu veya prematür (doğum kilosu <2500 gr veya doğum haftası <37) doğum yapan anneler

3.3. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Katılımcılara yüzyüze tek araştırmacı tarafından, poliklinikte başvuru sırasında sosyodemografik bilgi formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) uygulanmıştır.

3.3.1. Veri Toplama Araçları

3.3.1.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-2):

Araştırma ekibindeki araştırmacılar tarafından çalışma ile ilgili hastaya bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onamları alınmıştır, dahil olma ve dışlanma kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil edilen postpartum dönemdeki annelere veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellikleri içeren anket soruları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Formda annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ailenin tipi, annenin sigara içme durumu, ek hastalığı, toplam gebelik sayısı, bu gebeliğin istemli olup olmadığı, gebeliğin gerçekleşmesi için doktor yardımı alınıp alınmadığı, gebelik sırasında önemli bir rahatsızlık geçirip geçirmediği, bebeğin doğum şekli, cinsiyeti, doğum bilgileri, ilk 1 saat içinde emzirilip emzirilmediği, 2. ayında ne ile beslendiğini değerlendiren 15 soru yer almaktadır.

3.3.1.2. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (Ek-3):

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları (67) tarafından 1987'de tanımlanmıştır ve Türkiye'de Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1997'de yapılan geçerlilik çalışması ile duyarlılık ve özgüllük sırasıyla %84 ve %88 olarak tespit edilmiş ve kesme puanının 12-13 olduğu gösterilmiştir (68).

Engindeniz ve ark. tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış olan ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı olarak hazırlanmış bir ölçektir. Ölçek, kendini değerlendirme türünde dörtlü likert

tipinde ve 10 maddeden oluşmaktadır. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1., 2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir (68).

3.3.1.3. Anne bebek bağlanma ölçeği (Ek-4):

Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)” ile doğumdan sonraki ilk 12 haftalık sürede anne-bebek bağlanmasının sürekli geliştiği gösterilmiştir (69). Türkçeye uyarlanması Songül Yalçın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek doğum sonrası annenin bebeğe hissettiği duygusal durumları içeren 8 maddeden oluşmuştur. Anne tarafından doldurulmaktadır. Yüksek puan anne bebek bağlanmasında sorunu gösterir (70).

Taylor ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin özgün adı “Mother-to-Infant Bonding Scale”dır. Ölçek 8 maddeden oluşan, 4’lü likert biçiminde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 24 olmaktadır. Değerlendirmede 1., 4., ve 6. maddeler olumlu duygu ifadesi olup 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken; 2.,3.,5.,7. ve 8. maddeler olumsuz duygu ifadeleri olup 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır.

ABBÖ’de 2 ve üstü puanın zayıf bağlanma olduğu bir çalışmada gösterilmiştir ve ölçek kestirim puanı olarak kullanılmıştır (71).

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Doğum Sonrası

Depresyon ile Anne-Bebek Bağlanma puanları basıklık ve arpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olduğundan normal dağılım göstermiştir ve analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

PPD ile Anne-Bebek Bağlanma arasındaki ilişki parametrik test tekniklerinden Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir. PPD ile Anne-Bebek Bağlanmanın demografik ve gebeliğe ait değişkenlere göre farklılık gösterme durumu parametrik test tekniklerinden Student t ve ANOVA testleri ile analiz edilmiştir. PPDve Anne Bebek Bağlanmanın gruplandırıldıktan sonra bazı kategorik değişkenler ile arasındaki ilişki ise Kikare testi ile analiz edilmiştir.

3.5. İZİN VE ETİK KURUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 43/19 karar numarası ile 27/11/2017 tarihinde onay alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanmıştır [Ek-1].

4. BULGULAR

Katılımcılardan 18-35 yaş arası olanların oranı %85,6; üniversite ve üzeri okul mezunu olanların oranı %32,0; çalışmayanların oranı %71,2; çekirdek aile olanların oranı %81,5; sigara kullanmayanların oranı %85,1; ek hastalığı olmayanların oranı %79,3; toplam 1 gebeliği olanların oranı %32,4; yaşayan 1 çocuğu olanların oranı %39,2; mevcut gebeliği planlı olanların oranı %77,9; doktordan yardım almadan kendiliğinden gerçekleşenlerin oranı %96,8; gebelik sırasında önemli bir hastalık geçirmeyenlerin oranı %89,2; bebeğin doğum şekli normal doğum olanların oranı %49,1; bebeği kız olanların oranı %51,4; bebeğini doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirenlerin oranı %80,2; bebeği şunda sadece anne sütü beslenenlerin oranı %67,1'dir. Sosyodemografik veriler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya Alınan Kişilerin Kişisel ve Gebeliğe Ait Bilgileri

Değişkenler	n	%
Anne yaş	18 yaş ve altı	1 0,5
	18-35 yaş	190 85,6
	35 yaş üstü	31 14,0
Anne eğitim düzeyi	Okuryazar değil	6 2,7
	Okuryazar	1 0,5
	İlkokul	35 15,8
	Ortaokul	43 19,4
	Lise	66 29,7
Çalışma durumu	Üniversite ve üzeri	71 32,0
	Evet	64 28,8
Aile tipi	Hayır	158 71,2
	Geniş Aile	41 18,5
Sigara kullanma durumu	Çekirdek Aile	181 81,5
	Evet	33 14,9
Ek hastalık varlığı	Hayır	189 85,1
	Evet	46 20,7
	Hayır	176 79,3

Tablo 1. Çalışmaya Alınan Kişilerin Kişisel ve Gebeliğe Ait Bilgileri (Devam)

Değişkenler		n	%
Hipertansiyon	Gebelikte olan	5	71,4
	Gebelikten önce olan	2	28,6
Diyabet	Gebelikte olan	12	100,0
	Gebelikten önce olan	0	0,0
Tiroid hastalığı	Gebelikte olan	6	42,9
	Gebelikten önce olan	8	57,1
Romatizmal hastalık	Gebelikte olan	0	0,0
	Gebelikten önce olan	2	100,0
Toplam gebelik sayısı	1	72	32,4
	2	62	27,9
	3	48	21,6
	4	27	12,2
	5	11	5,0
	6	1	0,5
	7	1	0,5
Yaşayan çocuk sayısı	1	87	39,2
	2	79	35,6
	3	40	18,0
	4	14	6,3
	5	1	0,5
	6	1	0,5
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu	Evet	173	77,9
	Hayır	49	22,1
Mevcut gebeliğin gerçekleşmesi için doktordan yardım alma durumu	Hayır, kendiliğinden gerçekleşti	215	96,8
	Aşılama yöntemi ile	1	0,5
	Tüp bebek yöntemi ile	6	2,7
Gebelik sırasında önemli bir hastalık geçirme durumu	Evet	24	10,8
	Hayır	198	89,2
Bebeğin doğum şekli	Normal doğum	109	49,1
	Acil sezaryen doğum	55	24,8
	Planlı sezaryen doğum	58	26,1
Bebeğin cinsiyeti	Erkek	108	48,6
	Kız	114	51,4
Bebeğin doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirilme durumu	Evet	178	80,2
	Hayır	44	19,8
Bebeğin şuanda ne ile beslendiği	Sadece anne sütü	149	67,1
	Anne sütü ve mama	66	29,7
	Sadece mama	7	3,2

Tablo 2. “Kendine Zarar Verme Düşüncesinin Aklıma Geldiği Oldu” İfadesine Katılım

	n	%
Kendine zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu	Asla	218 98,2
	Hemen hemen hiç	2 0,9
	Bazen	2 0,9
	Evet, oldukça sık	0 0,0

Katılımcıların çoğunluğu “Kendine zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu” ifadesine asla cevabını vermiştir.

Tablo 3. PPD ve Anne-Bebek Bağlanmasına Ait Gruplama

	n	%
Postpartum Depresyon	Depresyon riski yok	173 77,9
	Depresyon riski yüksek	49 22,1
Anne-Bebek Bağlanma	Anne bebek bağlanması normal	111 50,0
	Anne bebek bağlanması zayıf	111 50,0

Tablo 3’e göre katılımcılardan doğum sonrası PPD riski olmayanların oranı %77,9 (n:173), anne-bebek bağlanması zayıf olanların oranı %50,0 (n:111) olarak görülmüştür.

Tablo 4. PPD ve Anne-Bebek Bağlanmasına Ait Betimsel İstatistikler

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	222	0,00	25,00	9,13	4,90	,589	,526
Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği	222	0,00	11,00	1,93	2,05	1,077	1,309

Katılımcıların EDSDÖ puanları ortalaması $9,13 \pm 4,90$; ABBÖ puanları ortalaması $1,93 \pm 2,05$ 'tir.

EDSDÖ ve ABBÖ'lerinin çarpıklık ve basıklık katsayıları +3 ile -3 arasında olduğundan analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

Tablo 5. PPD ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler	Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	r 1 p	,393** ,000
Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği	r p	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ =ilişki var; $p > 0,05$ =ilişki yok; Pearson Korelasyon r: korelasyon katsayısı

PPD ile anne-bebek bağlanma puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000$, $r=,393$).

Tablo 6. Bebeğin Doğum Şekli ile PPD Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Postpartum Depresyon		χ^2	p
		Depresyon riski yok	Depresyon riski yüksek		
Bebeğin doğum şekli	Normal doğum	n 98 % 56,6%	11 22,4%	19,161	0,001*
	Acil sezaryen doğum	n 34 % 19,7%	21 42,9%		
	Planlı sezaryen doğum	n 41 % 23,7%	17 34,7%		

*p<0,05=ilişki var; p>0,05=ilişki yok;Kikare

Bebeğin doğum şekli ile PPD arasında ilişki bulunmaktadır (p=0,000). PPD riski olmayanların %56,6'sı (n:98) normal doğum yapmış iken depresyon riski yüksek olanların %42,9'u (n:21) acil sezaryen doğum yapmıştır. Çalışmaya katılan annelerin PPD riskine göre doğum tipi oranları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 7. Bebeğin Doğum Şekli ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Anne-Bebek Bağlanma		χ^2	p
		Anne-bebek bağlanması normal	Anne-bebek bağlanması zayıf		
Bebeğin doğum şekli	Normal doğum	n 58 % 52,3%	51 45,9%	1,991	0,369
	Acil sezaryen doğum	n 23 % 20,7%	32 28,8%		
	Planlı sezaryen doğum	n 30 % 27,0%	28 25,2%		

*p<0,05=ilişki var; p>0,05=ilişki yok; Kikare

Bebeğin doğum şekli ile anne-bebek bağlanması arasında ilişki bulunmamaktadır ($p=0,369$)

Tablo 8. Bebeğin Doğum Şekli ile Anne Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Anne eğitim düzeyi		χ^2	p
		Lise ve altı	Üniversite ve üzeri		
Bebeğin doğum şekli	Normal doğum	n 85 % 56,3%	24 33,8%	11,120	0,004*
	Acil sezaryen doğum	n 35 % 23,2%	20 28,2%		
	Planlı sezaryen doğum	n 31 % 20,5%	27 38,0%		

* $p<0,05$ =ilişki var; $p>0,05$ =ilişki yok; Kikare

Bebeğin doğum şekli ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmaktadır ($p=0,004$). Lise ve altı okul mezunu olanların çoğunluğu %56,3'ü (n:85) normal doğum yapmış iken üniversite ve üzeri mezunu olanların %38,0'i (n:27) planlı sezaryen doğum yapmıştır. Anne eğitim düzeylerine göre doğum tipi oranları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. PPD ve Anne-Bebek Bağlanmasının Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi

Değişkenler		Doğum Sonrası			İstatistik	p	Anne-Bebek			İstatistik	p
		Depresyon Ölçeği	Ölçeği	ss			Bağlanma Ölçeği	Ölçeği	ss		
		n	Ortalama	ss			n	Ortalama	ss		
Bebeğin doğum şekli	Normal doğum	109	7,93	4,06	7,207	,001*	109	1,83	1,99	1,595	,205
	Acil sezaryen doğum	55	10,69	5,76			55	2,35	2,38		
	Planlı sezaryen doğum	58	9,91	4,96			58	1,71	1,79		
Anne yaş	18-35 yaş	190	8,79	4,73	-2,940	,004*	190	1,96	2,07	,555	,580
	35 yaş üstü	31	11,52	5,14			31	1,74	1,97		
Anne eğitim düzeyi	Lise ve altı	151	9,21	5,10	0,071	,719	151	2,03	2,02	0,997	,298
	Üniversite ve üzeri	71	8,96	4,48			71	1,72	2,12		
Çalışma durumu	Evet	64	8,83	4,39	-,585	,559	64	1,80	1,94	-,605	,546
	Hayır	158	9,25	5,10			158	1,98	2,10		
Aile tipi	Geniş Aile	41	9,54	5,54	,587	,558	41	1,98	2,09	,164	,870
	Çekirdek Aile	181	9,04	4,75			181	1,92	2,05		
Sigara kullanma durumu	Evet	33	9,12	5,24	-,012	,990	33	1,79	1,83	-,424	,672
	Hayır	189	9,13	4,85			189	1,95	2,09		
Ek hastalık varlığı	Evet	46	9,26	5,33	,202	,840	46	1,87	1,83	-,216	,829
	Hayır	176	9,10	4,79			176	1,94	2,11		
Toplam gebelik sayısı	1	72	8,42	5,23	3,111	,016*	72	1,50	1,89	2,918	,022*
	2	62	8,69	4,34			62	1,71	1,92		
	3	48	9,48	3,95			48	2,17	2,12		
	4	27	11,96	5,74			27	2,89	2,53		
	5 ve daha çok	13	8,00	5,29			13	2,46	1,51		
Yaşayan çocuk sayısı	1	87	8,55	4,93	2,302	,078	87	1,54	1,93	6,426	,001*
	2	79	8,75	4,58			79	1,66	1,80		
	3	40	10,78	5,00			40	3,05	2,45		
	4 ve daha fazla	16	10,06	5,43			16	2,56	1,82		
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu	Evet	173	8,69	4,85	-2,528	,012*	173	1,79	2,02	-1,947	,053
	Hayır	49	10,67	4,80			49	2,43	2,10		
Gebelik sırasında önemli bir hastalık geçirme durumu	Evet	24	9,38	3,61	,258	,796	24	1,67	1,95	-,660	,510
	Hayır	198	9,10	5,04			198	1,96	2,07		

Tablo 9. PPD ve Anne Bebek Bağlanması Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi (Devam)

Bebeğin cinsiyeti	Erkek	108	8,44	4,61	-2,074	,039*	108	1,95	2,14	0,182	,856
	Kız	114	9,79	5,09			114	1,90	1,97		
Bebeğin doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirilme durumu	Evet	178	8,69	4,92	-2,764	,006*	178	1,76	1,98	-2,419	,016*
	Hayır	44	10,93	4,44			44	2,59	2,23		
Bebeğin şuanda ne ile beslendiği	Sadece anne sütü	149	8,91	5,16	,658	,519	149	1,93	2,02	2,948	,055
	Anne sütü ve mama	66	9,70	4,51			66	2,11	2,15		
	Sadece mama	7	8,43	1,62			7	,14	,38		
Bebeğin doğum kilosu (gr)	3000 gr ve altı	76	9,45	5,02	,307	,736	76	2,37	2,26	7,240	,001*
	3001-3500 gr	96	9,07	4,70			96	1,34	1,57		
	3500 ge üstü	50	8,76	5,15			50	2,38	2,28		

***p<0,05=fark var; p>0,05=fark yok; ANOVA**

Bebeğin doğum şekli farklı olan gruplar arasında PPD açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$). Normal doğum yapanların ortalaması $7,93\pm 4,06$; acil sezaryen doğum yapanların ortalaması $10,69\pm 5,76$; planlı sezaryen doğum yapanların ortalaması $9,91\pm 4,96$ 'dır. Buna göre acil sezaryen doğum yapanların EDSDÖ puan ortalaması en yüksek iken normal doğum yapanların en düşüktür.

Bebeğin doğum şekli farklı olan gruplar arasında anne-bebek bağlanması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,205$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamız doğum tipi, PPD ve anne-bebek bağlanmasını multifaktöriyel olarak değerlendirip, bu parametreler arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamıştır. Bu araştırmada, sezaryen doğum yapanların PPD riski daha yüksek bulunmuştur. PPD riski yüksek olan anneler ile bebekleri arasındaki bağlanma zayıf bulunmuştur.

DSÖ anne ve bebeğe bağlı nedenlerle sezaryen doğum oranını üst limit olarak %15 olarak öngörmesine rağmen sezaryen doğum oranları ülkemizde ve tüm dünyada hızla artmaya devam etmektedir (72). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2018 yılında sezaryen doğumların tüm doğumlara oranı %56 olarak bildirilmiştir (73). Bizim çalışmamızda ise çalışmaya katılanların %49.1'i normal doğum, %24,8'i acil sezaryen doğum, %26,1'i planlı sezaryen doğum yapmıştır.

Sosyal çevredeki değişimler ve tıbbi teknolojideki ilerlemeler ile birlikte sezaryen doğum, hayat kurtarıcı bir operasyondan yaygın bir doğum şekli haline gelmiştir. Sezaryen doğum, sadece tıbbi nedenlerden dolayı gerekli olduğunda, anne ve bebek hayatını kurtarmada etkilidir. Genel olarak zaman içinde giderek artan sezaryen doğumun nedenleri arasında isteğe bağlı sezaryen oranlarının artmasının önemi oldukça vurgulanmaktadır (74,75). Genel olarak tüm sezaryen doğumların %4-18'i medikal endikasyon olmaksızın sadece hastanın isteği üzerine gerçekleşmektedir ve bu oranın da giderek arttığı veriler ile ortaya konmaktadır (74). Eğitim düzeyinin buna etkisi son zamanlarda tartışılmaktadır. Bizim çalışmamızda lise ve altı okul mezunu olanların %56,3'ü normal doğum yapmış iken üniversite ve üzeri mezunu olanların %66,2'si sezaryen doğum yapmıştır. Yine Türkiye'de yapılmış bir çalışmada sezaryen doğum yapan gruptaki üniversite ve üstü düzeyde eğitime sahip anne sıklığı %73,3'tür ve vajinal yolla doğum yapan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (72). Amiri ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı bir çalışmada lise ve üstü düzeyde eğitime sahip olanların çoğunluğu sezaryen doğum yapmıştır (76). Sönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise annelerin eğitim seviyesi ile doğum şekli tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (77).

Bazı çalışmalarda doğum şeklinin, özellikle de sezaryen ile doğumun PPD gelişimi için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (78-80). Çin’de yapılan bir çalışmada PPD oranı sezaryen doğum yapan kadınlarda %21,7, vajinal doğum yapan kadınlarda %10,7 olarak bildirilmiş (78). Benzer şekilde, 2560 kadından oluşan bir grupla Kanada’da yapılan prospektif kohort çalışmasında, Kanada doğumlu kadınlarda PPD ile sezaryen doğum ilişkili saptanmıştır (81). Başka çalışmalarda da sezaryen doğumun artan postpartum stres semptomları, anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (6,82,83). Bizim çalışmamız da acil sezaryen doğum yapanların PPD puan ortalaması en yüksek iken normal doğum yapanların en düşüktür. PPD riski olmayanların %56,6’sı normal doğum yapmış iken PPD riski yüksek olanların %77,6’sı sezaryen doğum yapmıştır. Sezaryen doğumun PPD riskini arttırmasının sebepleri arasında zaten bedenen ve ruhen anne olmak için değişen kadının sezaryen için operasyondan korkması, fizyolojik olmayan bir doğumun hem kendi sağlığı hem de bebeğinin sağlığı için olumsuzluklar oluşturabileceği korkusu ve operasyon sonrası annenin de bakıma ihtiyacının olması düşünülebilir.

Buna karşın diğer bazı çalışmalarda ise doğum şekli ve sezaryen doğum ile PPD gelişimi arasında bir ilişki gösterilememiştir. Carter ve ark., 2006 yılında yayınladıkları ve 24 çalışmayı içeren meta analizde sezaryen doğum ile PPD gelişimi arasında bir ilişki bulunmamıştır (84). Adams ve ark. tarafından 2012’de yapılan 55814 Norveçli kadının katıldığı prospektif bir kohort çalışmasında, karıştırıcı faktörler ortadan kaldırıldıktan sonra sezaryen ile postpartum dönemde olan duygusal sıkıntı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ve sebep olarak pek çok kadının isteğe bağlı sezaryen seçimi olabileceği düşünülmüştür (85). Yine Türkiye’de yapılan bir çalışmada sezaryen ve vajinal yol ile doğum yapan kadınlarda PPD için risk altında olan kadın sıklığının benzer olduğu bildirilmiştir (72).

Yapılan çalışmalarda PPD varlığının anne ve bebek arasındaki bağlanmayı olumsuz etkileyebileceği ileri sürülmüştür (9,86). Başka çalışmalar da depresyondaki annelerin, depresyonu olmayan annelere göre çocukları ile etkileşimlerinde daha az duyarlı ve daha fazla olumsuz oldukları bildirilmiştir (87,88). Portekiz’de 91 kadın ile yapılan bir araştırmada katılımcılar doğumdan 3 ay önce ve sonra değerlendirilmiş ve yine PPD’un anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği

bulunmuştur (8). Örün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PPD riski ile anne-bebek bağlanma bozukluğu arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (7).

Bizim çalışmamızda da PPD riski ile anne-bebek bağlanma bozukluğu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulduk. PPD riski yüksek olan anneler ile bebekleri arasında ki bağlanmanın daha zayıf olduğunu belirledik.

Buna karşın Türkiye’de Kokanalı ve ark yaptığı, sezaryen doğum yapan 90 kadın ve vajinal doğum yapan 90 kadının katıldığı bir çalışmada kadınlara postpartum 2. haftada depresif belirtilerinin taranması için EDSDÖ, maternal bağlanmanın değerlendirilmesi için ise Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) uygulanmış ve kadınların PPD riski ve maternal bağlanmaları arasında ilişki tespit edilememiştir (72).

PPD ile emzirme arasındaki ilişki henüz net değildir. PPD gelişimi ile emzirme arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir metaanalizin sonuçları, emzirme ile PPD arasındaki ilişkiyi açıklayan yeterli çalışma olmadığına işaret etmektedir (89). Ancak, bu konu PPD’nin sonuçlarından birinin emzirme süresinin azalması olabileceğinden, birçok bilimsel araştırmanın konusu olmuştur. Bu gözlemlemeye rağmen, farklı görüşlerin varlığı fikir birliği olmasını engellemiştir. Yani bazı çalışmalar depresif belirtileri olan annelerin emzirme bırakma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (90). Figueiredo ve arkadaşlarının yaptığı bir derlemede emzirmenin PPD için önemi vurgulanmıştır (91). Fakat bu faktörler arasında bir ilişki bulamadıklarını gösteren çalışmalarda mevcuttur (92).

Bu karışıklığa rağmen emzirme sıklığı ve süresinin depresif anneler arasında önemli ölçüde daha düşük olduğu görünmektedir (93,94). Depresyonda olan annelerin emzirme yeteneklerinden daha az emin oldukları ve bu nedenle depresif belirtileri olmayanlara kıyasla emzirmeye devam etmelerinin daha az istekli olacağı tahmin edilmektedir (90).

Bunun tersi olarak emzirmeyi sürdürmenin PPD riskini etkilediği üzerine yapılmış çalışmalar mevcuttur. Figueiredo ve arkadaşlarına göre emzirmeyi başlatmayan veya sürdürmeyen annelerin PPD riski daha yüksektir (95). Başka çalışmalarda da emzirmenin erken kesilmesi ilerleyen dönemde artmış PPD riski ile

ilşkili olduğu bildirilmiştir (83,96). Lara-Cinisomo ve ark. yaptığı çalışmada, 4 haftada emzirmeyi bırakan kadınlar, emzirmeye devam eden kadınlardan anlamlı olarak yüksek doğum ncesi EDSĐ anksiyete alt leği puanına sahip olduğu gösterilmiştir (97).

Bizim alışmamızda da bebeğini doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmeyenlerin PPD risk puan ortalamasını daha yüksek bulduk. Bu durumu doğumu izleyen ilk bir saat içinde emzirilmemenin daha sonra emzirmenin devam etme olasılığını da azaltmasına bağlayabilir ve emzirme ile PPD riski arasında önemli bir bağlantı olduğunu söyleyebiliriz.

Doğum yapan annenin ek hastalığının araştırılmasında çalışmamıza katılan ek hastalığı olan annelerin %78,3'ünün PPD riski dşuk bulunmuştur. Çalışmamızda annenin ek hastalık varlığı PPD riski açısından anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni sadece belirli rahatsızlıkları sorgulamamız ve bunların kontrol altına alınmış olması olabilir. Daha geniş çalışmalarda ve daha çeşitli sağlık sorunlarının sorgulanması bu alanla ilgili farklı sonuçlar verebilir. Yapılan başka çalışmalarda da PPD'yi arttırmada hastalıkların etkisinin nedenleri açık şekilde netleştirilememiştir (98,99).

Buna karşın literatürde ters görüşlerde mevcuttur. Vietnam da yapılan bir çalışmada ek hastalıkları olan kadınların, olmayan kadınlara göre, PPD riski daha yüksek bulunmuştur (100).

Ek hastalıkların dışında gebelikte oluşan bazı hastalıkların da, PPD gelişimi için etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada gebelik diyabet teşhisi sonrasında PPD bildiren kadınların yüzdesinin, gebelik dönemindeki diyabet tanısı konmamış kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir (101). Bizim alışmamızda gebelik sırasında geçirilen hastalıklarla PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumu çalışmamıza katılan gebelik sırasında hastalık geçiren anne sayısının az olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda PPD riski ile sigara içmek arasındaki ilişkiyi incelediğimizde sigara kullanma durumu farklı olan gruplar arasında PPD riski açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Araştırmamıza katılan annelerin %14,8'i sigara kullanmaktaydı. Salimi ve ark. yaptığı bir alışma, PPD ile perinatal sigara

içme davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Spesifik olarak, bu sonuçlar, hamilelikten önce sigara içen ve hamileliğin son 3 ayında ve doğum sonrası sigara içmeye devam eden kadınların sigarayı bırakan kadınlara oranla PPD olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (102). Örün ve arkadaşlarının çalışmasında doğum sonrası ikinci ayda sigara içen annelerin PPD riski, sigara içmeyen annelere göre anlamlı derecede yüksekti (7).

Planlanmamış gebelikler kadınların yaşamında kariyer, eğitim veya daha farklı alanlarda aksamalara sebep olabilir. Bu aksaklıklar anne için daha fazla stres, hayal kırıklığı ve karşıt duygular oluşturabilir. Böylece gebelik sürecinde veya doğum sonrasında daha fazla depresif belirti yaşanmasına yol açabilmektedir (103,104). De Castro ve ark., Meksika’da 604 anne ile yaptıkları çalışmada, gebeliğin planlı olma durumu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olduğu, gebeliği plansız olanlarda PPD riskinin 2,4 kat daha fazla olduğunu saptamıştır (105). Yine Mazaheri ve ark.’nın İran’ın İsfahan şehrinde doğum sonu 4-8 haftalık bebeği olan anneleri Beck Depresyon Envanteri ile taradığı çalışmada, plansız/istenmeyen gebeliklerin PPD için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (106). Başka birçok çalışmada da, planlanmamış gebeliklerin PPD için risk faktörü olduğu bulunmuştur (107,108). Bizim çalışmamızda beklenildiği gibi, plansız gebelik yaşayan anneler PPD açısından daha riskli bulunmuştur. Sosyal hayatta planlama yapmadan gebelik olması, çalışma ve bakıcı durumu gibi nedenler ile kaygı oluşturmuş olabilir.

Diğer sorgulanan sosyodemografik özelliklerden olan yaş ile ilgili bilim dünyasında kanıtlanmamış farklı görüşler bulunmaktadır. İnandı ve ark. tarafından yapılan çalışmada küçük yaşta anne olan kadınlarda depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (109). Bottino ve ark. yaptıkları çalışmada anne yaşı, tüm değişkenlerden bağımsız olarak PPD ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Anne yaşının artması ile PPD’un azaldığı sonucuna varılmıştır (110). Yine bazı çalışmalar genç anne yaşının; PPD riskini arttırdığını vurgulamıştır (111,112).

Bizim çalışmamız da ise anne yaşı ve PPD riski kıyaslandığında 35 yaş üstü annelerin PPD riski daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu yönde olan çalışmalardan ise 2011 de Galvin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada anne

yaşının artması ile PPD riskinin arttığı bulunmuştur (113).Türkiye de örün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise anne yaşı EDSÖ puanlarını etkilememiştir (7).

Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılmış çalışmada anne yaşı ile PPD'un ilişkisiz olduğu vurgulanmıştır (114). Anne yaşının ve PPD riski ile ilgili bu kıyaslamaların farklı olmasına PPD riski için yapılan ölçeklerin farklılığının, çalışmaların katılımcı sayılarının yetersizliğinin, ülkelerin gelişmişlik düzeyindeki farklılıkların ve PPD'ye etki eden karıştırıcı faktörlerin sebep olduğu düşünülmektedir.

PPD'nin risk faktörlerinden birinin de erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi olduğunu iddia edilmektedir (3). Bebek cinsiyet tercihi bazı kültürlerde önemli bir konudur (115,116) ve bazı ülkelerdeki çalışmalarda doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir (116,117). Türkiye'de 2017'de Şentürk ve arkadaşları ile yapılan çalışmada cinsiyet tercihi ile PPD arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (4). Bu çalışmada cinsiyet tercihi ile depresif belirtiler arasında bir ilişkinin olmaması, Türkiye'de erkek bebek için toplumsal tercihin rapor edildiği düşünüldüğünde, beklenmedik bir bulgudur. Cinsiyet tercihi sorularının doğru ve tam olarak cevaplanmamasının bu durumun olası bir açıklaması olabileceği düşünülmektedir. Bunlardan farklı olarak Xie ve ark. yaptığı çalışmada bebeğin cinsiyeti ile PPD arasındaki ilişkinin bebeğin cinsiyetinden çok akrabaların bebekle olan sosyal bağı ve tepkilerinden kaynaklandığını ileri sürmüştür (4,118). Bizim çalışmamıza katılan annelerin bebeklerinin %51,4'ü kız bebektir. Çalışmamızda kız bebek sahibi olanların PPD riski daha yüksek saptanmıştır.

5.1. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI

Araştırmamızın güçlü yanı; veri toplama araçlarının tek bir araştırmacı tarafından, her bir hastayla yüz yüze görüşülerek uygulanmış, onamlarının alınmış olmasıdır. Türkiye'de hem doğum tipinin PPD riski ve anne-bebek bağlanmasına etkisi hem de PPD riskinin anne-bebek bağlanmasına etkisini bütün yönleri ile

değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca çalışmamız saha çalışmasıdır ve koruyucu hekimlik açısından önem arz etmektedir.

Ek olarak çalışmamız hem 1 Aile Hekimliği Polikliniği hem 3 ASM'de gerçekleştirilmesi bir avantaj olmakla birlikte çalışmanın ülkedeki postpartum dönemde olan tüm annelere genellenebilmesi için prospektif randomize kontrollü çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda PPD için EDSDÖ tercih edilmiştir ve EDSDÖ öz değerlendirme ile yapılan, tarama amaçlı, risk belirlemede kullanılan bir ölçektir. Hastaların subjektif ifadeleri yer almaktadır. Kesin tanı için kapsamlı psikiyatrik muayene ile değerlendirilen çalışmalar yapılmalıdır.

Araştırmamızda kullanılan ABBÖ için yüksek puan anne-bebek bağlanmasında sorun olduğunu göstermektedir. Tam bir kestirim puanı verilmemiştir. Bizim çalışmamızda daha önce yapılan bir çalışmanın kestirim puanı esas alınmıştır. Bu durumda bulguları değerlendirirken, hem yerli hem de yabancı literatürle karşılaştırma yaparken, puan bazında bir karşılaştırma yapmak mümkün olmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına göre;

- PPD riski yüksek olan annelerin %77,6'sı sezaryen doğum yapmıştır.
- PPD riski yüksek olan annelerin anne-bebek bağlanma durumu diğerlerine göre daha zayıf bulunmuştur.
- Lise ve altı okul mezunu olanların çoğunluğu vajinal doğum yapmışken, üniversite ve üstü okul mezunu olanların çoğunluğu sezaryen doğum yapmıştır.
- Bebeğini ilk 1 saat içinde emzirmeyen annelerin PPD riski yüksek bulunmuştur.
- Gebeliği planlı olmayan annelerin diğer annelere göre PPD riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir.
- Yaşın artmasının PPD için risk faktörü olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan annelerden kız bebeği olanların PPD riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Yeni doğum yapmış annenin hayatında olan değişiklikler ve bebeğe alışma döneminde hissettiği duygulardan kendini suçlu hissetmesi, toplumsal damgalanmadan korkması hekime başvurmasını geciktirebilir ve bu nedenle tanı alması gecikebilir. Bu durumda birinci basamak sağlık personeli gebelik ve lohusalık döneminde anne ile ilk karşılaşan ve takip eden ekip olduğundan, aile hekiminin PPD için risk faktörleri açısından değerlendirmesi, anneyi gözlemlemesi, sorgulaması ve şüpheli görülen durumlarda uygun tarama ölçeğiyle risk taraması yapması çok önemlidir. Bu konu birinci basamakta doğum sonu bakım yönetim rehberinde yer almakta olup, doğum sonrası izlemlerinde rehberde belirtildiği gibi PPD risk taraması için risk taşıyan gebe ve lohusaların ebe, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından yakından ve daha uzun süre ile izlenmeleri ve uygulaması kolay bir ölçek olan EDSÖ ile değerlendirilmeleri yararlı olacaktır. Riskli durumda olan annelere gerekli bilgilendirme ve yönlendirme sağlanmalıdır.

Vajinal doğumun özendirilmesi, vajinal doğum korkusu ve tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğumların azaltılması için ebeveynlerin bilgilendirilmesi, sezaryen doğum sonrası vajinal doğumun protokollere uygun olarak desteklenmesi ve yaygınlaştırılması PPD riskini azaltmak için yararlı olabilir.

PPD tanısı olan hastalarda plansız ve istemsiz gebelik oranı yüksek olduğundan plansız/istenmeyen gebelikler en aza indirilmelidir. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında başka çocuk sahibi olma istekleri sorgulanarak çocuk sayısı 3 veya daha fazla olan kadınlara ve eşlerine evlilik, doğum kontrol yöntemleri, gebelik ve doğum sonrası dönem hakkında aile planlaması danışmanlık ve hizmetleri ücretsiz olarak sunulmalıdır.

Gebelik gibi anne için fiziksel ve ruhsal olarak zorlu ve hassas olan bu dönemde öncelikle kadının eşi olmak üzere, eşinin ailesi, kadının kendi ailesi, hekimi ve yardımcı sağlık personelinin duygusal, fiziksel ve bilgisel desteğin toplumdaki PPD sıklığını azaltacağı ve bununda dolaylı yoldan iyi bir anne-bebek bağlanması kurulmasına pozitif katkısı olacağını öngörüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Common Psychiatric Disorders in Pregnancy and Postpartum Period. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014;45:71-7
2. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric Disorders. *CMAJ*. 1986 Jan 1; 134(1): 31–37.
3. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depresyon. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009;29(1):206-14.
4. Senturk Cankorur V, Duman B, Taylor C, Stewart R. Gender preference and perinatal depression in Turkey: A cohort study. *PLoS One*. 2017 Mar 29;12(3):e0174558.
5. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers *Int J Nurs Pract*. 2002 Oct;8(5):240-6.
6. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017 Jun;137(3):277-281.
7. Orün 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 J Pediatr*. 2013 Nov;9(4):350-5.
8. Figueiredo B, Costa R. Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Arch Womens Ment Health* 2009;12(3):143-153.
9. Herguner S, Cicek E, Annagur A, Herguner A, Ors R. Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *J Psychiatry Neurol Sci* 2014;27:15–20.
10. Farre-Sender B, Torres A, Gelabert E, Andres S, Roca A, Lasheras G, Garcia-Esteve L. Mother–infant bonding in the postpartum period: assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. *Archives of Women’s Mental Health*, 2018 Jun;21(3):287-297.

11. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. 'Major Depressive Disorder' Definition, Etiology and Epidemiology: A Review. *Journal Of Contemporary Medicine* 2016;6(1): 51-66.
12. Oakes P, Loukas M, Oskouian RJ, Tubbs RS. The Neuroanatomy of depression: a review. *Clin Anat.* 2017 Jan;30(1):44-49.
13. Yalnız H, Türkmen H, Karaca Saydam B, Canan F, Geçici Ö, Kuloğlu MM. Gebelik ve Psikiyatrik Hastalıklar. *JACSD Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07.*
14. Lu Y, Tang C, Liow CS, Ng WW, Ho CS, Ho RC. A regression analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian J Psychiatr.* 2014 Dec;12:69-76.
15. Volker D, Jade NG. Depression: Does Nutrition have an adjunctive treatment role? *Nutrition and Dietetics.* 2006;63:213-226.
16. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık. 2013;124-125.
17. Yükseloğlu EH, Uğraş S, Karamustafalıoğlu KO. Duygudurum bozuklukları ve genetik. *Türkiye Klinikleri;* 2019.p.17-21
18. Olchanski, N, McInnis Myers M, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, Howland RH. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics,* 2013 Apr;35(4):512-22.
19. Kloze M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of women's mental health.* 2004 Apr;7(2):133-48.
20. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 2008 No: 62:25-30.
21. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy.* 2010 Jan-Feb;17(1):33-43.
22. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: Tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri;* 2007;10(6):3-10.

23. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Çeviri: Köroğlu E: Bölüm: Depresyon Bozuklukları. Kitap: DSM-5 Tanı Ölçütleri. Türkçe 1. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2014; ss 91- 112
24. Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of Australian women. BMC Public Health. 2010 Dec 20;10:771.
25. Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. Int J Womens Health, 2012;4:191-200.
26. Bintaş Zörer P, Tulum Akbulut S, Dirik G. Role of Attachment Patterns and Partner Support in Postpartum Depression. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2019;11(2):154-166.
27. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000 Feb;14(1):73-87.
28. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence report/technology assessment (Summary). 2005 Feb;(119):1-8
29. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9(1):379-407.
30. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerlov P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. Int J Womens Health. 2013 Nov 21;5:787-93.
31. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. Arch Womens Ment Health. 2010 Feb;13(1):37-40.
32. Apter G, Devouche E, Gratier M. Perinatal mental health. J Nerv Ment Dis 2011 Aug;199:575-977.
33. Bobo WV, Yawn BP. Concise Review for Physicians and Other Clinicians: Postpartum Depression. Mayo Clin Proc. 2014 Jun;89(6):835-44.

34. Clout D, Brown R. Marital relationship and attachment predictors of postpartum stress, anxiety, and depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2016;35:322-341.
35. Sayil M, Güre A, Uçanok Z. First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women Health*. 2006;44(3):61-77.
36. Reid KM, Taylor MG. Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Soc Sci Res*. 2015 Nov;54:246-62.
37. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:34-52.
38. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017 Aug;31(4):420-428.
39. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzn ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000; 2: 64-71.
40. Blenning CE, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. *American Family Physician*. 2005 Dec 15;72(12):2491-6.
41. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved*. 2012 May;23(2):534-42.
42. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2003 Dec;24(4):257-66.
43. Born L, Zinga D, Steiner M. Challenges in Identifying and Diagnosing Postpartum Disorders. *Primary Psychiatry*. 2004;11(3):29-36.
44. Lusskin SI, Pundiak TM, Habib SM. Perinatal Depression: Hiding in Plain Sight. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2007 Aug;52(8):479-88.
45. Thompson RA. Attachment theory and research. In: *Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2002. p. 164– 72.

46. Çalışır H, Karaçam Z, Akgül F, Kurnaz D. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeğinin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12(1):2-4.
47. Yılmaz SD. Prenatal anne-bebek bağlanması, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013, 10 (3): 28-33.
48. Kütük S. Adölesan gebelik riskleri ve sorunları, Türk Aile Hekimleri Dergisi 2012, 16: 31-34.
49. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2005;8:88-99.
50. İşler A. Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü, Perinatoloji Dergisi. 2007;15 (1):1-6.
51. Kavlak O, Şirin A. Anne ve Babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007;23(2):183-94.
52. Tilokskulchai F, Phattanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment Behaviors in Mother of Premature Infants: A Descriptive Study in Thai Mothers. Journal of Perinatal&Neonatal Nursing, 2002; 16(3):69-83.
53. Weber DA. A Comparison of Individual Psychology and Attachment Theory. Journal of Individual Psychology. 2003; 59(3):246-262.
54. Özmert EN. Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-III: Aile, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2006; 49: 256-273.
55. Steele M, Steele H, Johansson M. Maternal predictors of children"s social cognition: an attachment perspective. J Child Psychol Psyc. 2002; 43(7): 861-872.
56. Scharfe E. Maternal attachment representations and initiation and duration of breast feeding. Journal of Human Lactation. 2012 May;28(2):218-25.
57. Himani BK, Kumar P. Effect of initiation of breastfeeding within one hour of the delivery on maternal- infant bonding. Nursing and Midwifery Research Journal. 2011;7(3): 99-109.

58. Noriuchi M, Kikuchi Y, Senoo A. The Functional Neuroanatomy of Maternal Love: Mother's Response to Infant's Attachment Behaviors. *BIOL Psychiatry*. 2008 Feb 15;63(4):415-23.
59. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health*. 2006 Sep;9(5):233-42.
60. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2001; 3: 133–140.
61. Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: An overview. *Psychopathology*. 2004 Nov-Dec;37(6):272-80.
62. Righetti-Veltama M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002 Aug;70(3):291-306.
63. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans HM. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *J Prenat Perinat Psychol Health*. 2009 Summer;23(4):201-222.
64. Lindgren, K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 2001 Jun;24(3):203-17.
65. Skalkidou A, Sylven SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Larsson A, Sundström-Poromaa I. Risk of postpartum depression in association with serum leptin and interleukin-6 levels at delivery: A nested case–control study within the UPPSAT cohort. *Psychoneuroendocrinology*, 2009 Oct;34(9):1329-37.
66. Studd J, Panay N. Are oestrogens useful for the treatment of depression in women? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2009 Feb;23(1):63-71.
67. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-786.

68. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara:1997;51-2.
69. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. Arch Womens Mental Health 2005 May;8(1):45-51.
70. Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2014; 57: 246-251.
71. Bienfait M, Maury M, Haquet A, Faillie JL, Franc N, Combes C, Cambonie G. Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. Early Human Development, 2011 Apr;87(4):281-7.
72. Kokanalı D, Ayhan S, Devran A, Kokanalı MK, Taşçı Y. Effect of cesarean section on postpartum depression and maternal attachment. J Contemp Med 2018;0(0):148-152.
73. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 –e-istatistik. s. 87. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> . (Erişim tarihi: 9 Mart 2020).
74. Bettes BA, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, Schulkin J. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. Obstetric Gynecol. 2007 Jan;109(1):57-66.
75. Yaşar Ö, Coşar E, Köken GN ve ark. Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. J Gynecol Obstet 2007;17: 414-420.
76. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajjahmadi M. (2017). Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. African Health Sciences, 2017 Sep;17(3):623-631.
77. Sönmez CI ve Sivaslıoğlu AA. Preference of Delivery Type of Pregnant Women and the Factors Effecting Them. Konuralp Tıp Dergisi 2019;11(3): 369-376.

78. Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *J Womens Health (Larchmt)* 2011 Dec;20(12):1881-6.
79. Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997 Oct;31(5):728-38.
80. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990 Mar;17(1):15-24.
81. Sword W, Landy CK, Thabane L, Ve ark. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*. 2011 Jul;118(8):966-77.
82. Chen HH, Lai JCY, Hwang SJ, Huang N, Chou YJ, Chien LY. Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and depression after childbirth: A nationwide cohort study. *Birth*, 2017 Dec;44(4):369-376.
83. Nam JY, Choi Y, Kim J, Cho KH, Park EC. The synergistic effect of breastfeeding discontinuation and cesarean section delivery on postpartum depression: A nationwide population-based cohort study in Korea. *Journal of Affective Disorders*, 2017 Aug 15;218:53-58.
84. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med* 2006 Mar-Apr;68(2):321-30
85. Adams SS, Eberhard-Gran M, Sandvik AR, Ve ark. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55,814 women. *BJOG*. 2012 Feb;119(3):298-305.
86. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2011 Aug 1;89(8):608-15.

87. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 2000 Sep;41(6):737-46.
88. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev* 1996 Oct;67(5):2512-26.
89. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N ve ark. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015 Dec;104(467):96-113.
90. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *SexReprodHealthc*.2013 Mar;4(1):9-15.
91. Figueiredo B, Dias CC, Brandao S, Canario C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *JPediatr(RioJ)*.2013 Jul-Aug;89(4):332-8.
92. Annagür A, Annagür BB ŞahinA, ÖrsR, KaraF. Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breast feeding during postpartum 6 weeks? *Breastfeed Med*. 2013 Feb;8(1):53-7.
93. Akman I, Kuscu MK, Yurdakul Z, Ozdemir N, Solakoglu M, Orhon L, et al. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health*. 2008 Jun;44(6):369-73.
94. Gagliardi L, Petrozzi A, Rusconi F. Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breastfeeding. *Arch Dis Child*. 2012 Apr;97(4):355-7.
95. Figueiredo B, Canario C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 2014 Apr;44(5):927-36.
96. Mezzacappa ES, Endicott J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(6):259-66.

97. Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S. Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. *Breastfeeding Medicine*, 2017 Sep;12(7):436-442.
98. Simpson W, Steiner M, Coote M, Frey BN. Relationship between inflammatory biomarkers and depressive symptoms during late pregnancy and the early postpartum period: A longitudinal study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2016 Jul-Sep;38(3):190-6.
99. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum, *Thyroid*, 2011 Oct; 21(10): 1081–1125.
100. Do TKL, Nguyen TTH, Pham TTH. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *Biomed Res Int*. 2018 Sep 18;2018:4028913.
101. Abdollahi F, Zarghami M, Azhar MZ, Sazlina SG, Lye MS. Predictors and incidence of post-partum depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2014 Dec;40(12):2191-200.
102. Salimi S, Terplan M, Cheng D, Chisolm MS. The Relationship Between Postpartum Depression and Perinatal Cigarette Smoking: An Analysis of PRAMS Data. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2015 Sep;56:34-8.
103. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001 Sep-Oct;50(5):275-85.
104. Köken G, Yilmazer M, Cosar E, Sahin FK, Cevrioglu S, Gecici Ö. Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2008 Jun;29(2):91-5.
105. De Castro F, Palace JM, Billings DL, Rivera L, Frongillo EA. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: The role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of Women's Mental Health*. 2015 Jun;18(3):463-71.
106. Mazaheri MA, Rabiei L, Masoudi R, Hamidizadeh S, Nooshabadi MR, Najimi A. Understanding the factors affecting the postpartum depression in the mothers of Isfahan city. *J Educ Health Promot*. 2014 Jun 23;3:65.

107. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry research* 2014 Feb 28;215(2):341-6.
108. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2008 Aug;34(4):585-93.
109. Nur N, Çetinkaya S, Balar DA. Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2004 26 (2): 55 – 59.
110. Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *Journal of Affective Disorders*, 2012 Dec 15;142(1-3):219-24.
111. Kozinszky Z, Dudas RB, Csator dai S, et al. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2011 May;46(5):413-23.
112. Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health care for women international* 2011 Oct;32(10):939-49.
113. Glavin K, Smith L, Sørum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian journal of caring sciences* 2009;23:705-10.
114. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychology, health & medicine*. 2006 Nov;11(4):425-31.
115. Senturk V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry* 2011 Mar 24;11:48.
116. Murray L, Dunne LP, Vo TV, Anh PN, Khawaja NG, Cao TN. Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating

prevalence and associations with social, cultural and infant factors. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015 Sep 30;15:234.

117. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am. J. Psychiat.* 2002 Jan;159(1):43-7.
118. Xie RH, He G, Koszycki D. Fetal sex, social support and postpartum depression. *Can. J. Psychiat* 2009 2009 Nov;54(11):750-6.



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Elif Tuğ

Doğum yeri ve tarihi: Van-1988

Uyruğu: TC.

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: elifcancan_65@hotmail.com-05300228929

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2014- Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

2006- Milli Piyango Anadolu Lisesi-Van

2002- Van Hüsrevpaşa İlköğretim Okulu

III-Mesleki Deneyimi

2016-halen- SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Aile Hekimliği Kliniği Asistanı

2015-2016- SBÜ Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Aile Hekimliği Kliniği Asistanı

2014-2015- Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

EKLER

Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 27.11.2017
KARAR NO : 43/19

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniğinde **Uz. Dr. Özlem SUVAK** sorumluluğunda yapılması planlanan **Dr. Elif TUğ'** a ait "**Doğum Tipinin Postpartum Depresyon Riski ile Anne ve Bebek Bağlanması Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi**" konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAğ
Başkan Yard.

Prof. Dr. Bahadır KÜLAH
Üye

Yrd. Doç. Dr. Burcu KÜÇÜK BIÇER
Üye

Doç. Dr. Jülide ERGİL
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

Hülya BALA
Üye

Uz. Dr. S. Dinçer YETİŐ
Üye

Uz. Dr. Ali YALCINDAğ
Üye

Prof. Dr. Sibel ÖRSEL
Üye

Prof. Dr. E. Felin KELİCEN UğUR
Üye

Dr. Ferda ALPASLAN PINARLI
Üye

Biyom. Müh. Burcu DEMİR
Üye

Ek 2: Araştırmada Kullanılan Sosyodemografik Veri Formu

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DIŞKAPI YILDIRIM
BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ
“DOĞUM TİPİNİN POSTPARTUM DEPRESYON RİSKİ İLE ANNE
VE BEBEK BAĞLANMASI ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ” ARAŞTIRMASI
ANKET FORMU**

- 1) Annenin yaşı: 1. 18 yaş altı
2. 18-35 yaş arası
3. 35 yaş üstü
- 2) Annenin eğitim düzeyi: 1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Üniversite ve üzeri
- 3) Çalışıyor musunuz? (DOĞUM İZİNİ DIŞINDAKİ DÖNEMDE) 1. Evet
2. Hayır
- 4) Aile tipiniz nasıl? 1. Geniş aile
2. Çekirdek aile
- 5) Sigara içiyor musunuz? 1. Evet
2. Hayır
- 6) Ek hastalığınız var mı? 1. Evet
2. Hayır
- Cevabınız evet ise a. Hipertansiyon 1) Gebelikte olan
2) Gebelikten önce olan
b. Şeker Hastalığı 1) Gebelikte olan
2) Gebelikten önce olan
c. Kalp Hastalığı
d. Tiroid Hastalığı
e. Romatizmal Hastalık
f. Diğer

Ek 3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

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

Örnek:

Kendimi mutlu hissediyorum

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

Bu, son hafta boyunca "Çoğu zaman kendimi mutlu hissediyorum" anlamına gelmektedir.

Lütfen aşağıdaki soruları örnekte gösterildiği biçimde yanıtlayınız.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

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

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

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.

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

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

9. Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
 Bazen
 Hemen hemen hiç
 Asla

Ek 4: Anne Bebek Bağlanma leği

Son iki hafta içinde bebeğinize aşağıdaki duygu-durumları hangi ölçülerde hissettiniz?

	Çok Fazla	ok	Biraz	Hiç	Puan
Sevecen	0	1	2	3	
Kızgın-fkeli	3	2	1	0	
Nötr ya da hiç birşey hissetmiyorum	3	2	1	0	
Sevinçli, neşeli	0	1	2	3	
Hoşlanmama	3	2	1	0	
Koruyucu	0	1	2	3	
Hayal kırıklığına uğramış	3	2	1	0	
Sinirli, saldırgan	3	2	1	0	

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.