

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



MATERNAL BAĞLANMANIN POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sena Uğur Özdemir

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre Şevik

Çanakkale/ 2023

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**MATERNAL BAĞLANMANIN POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sena Uğur Özdemir

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre Şevik

Çanakkale/ 2023

TEŞEKKÜR

Öncelikle uzmanlık tezi sürecim boyunca ilgisi, desteği ve yol göstericiliğiyle yanımda olan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre Şevik'e, birlikte çalıştığımız süre boyunca mesleki hayatıma ve gelişimime bilgi ve tecrübesiyle değerli katkılarda bulunan hocalarım; Prof. Dr. Demet Güleç Öyekçin, Prof. Dr. Murat İlhan Atagün, Doç. Dr. Hülya Ertekin, Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Alperen Korkmaz, Doç. Dr. Nurullah Bolat, Dr. Öğr. Üyesi Selma Aksoy'a,

Asistanlık eğitimim boyunca, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalıştığım tüm Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı personeline,

Beni bugünlere getiren, her zaman tüm imkanlarını seferber ederek bana her koşulda destek olan biricik anne ve babama,

Benim eksik kaldığım her şeyi yerine koyan, sürekli destek veren ağabeyim Mehmet'e,

Hayatımın her anında yanımda olduğu gibi asistanlık dönemimde de bana hep destek veren, zorlukları kolaylaştıran, sevgisiyle her an yanımda olan canım eşim Mustafa Kemal ve biricik oğlum Kerem'e,

Teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

Sena Uğur Özdemir

Çanakkale, 2023

ÖZET

MATERNAL BAĞLANMANIN POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Anne bebek arasındaki bağlanma bebeğin duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel gelişimini ve kadının annelik rolüne adaptasyonunu etkiler. Bu bağın gelişmesi gerek annenin gerek yenidoğanın hayatı üzerinde önemli etkiye sahip olduğu için, maternal bağlanmaya olumsuz etki ettiği bilinen öncüllerin ortadan kaldırılması önemlidir. Ayrıca doğum sonrası dönemin ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması ya da yinelemesi açısından riskli bir dönem olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada doğum sonrası dönemde olan kadınlarda depresyon riskini artırabilecek faktörlerin ve maternal bağlanma ile ilişkili olduğu düşünülen; psikolojik dayanıklılık ve postpartum depresyonun karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne rutin sağlık kontrollerinin yapılması amacıyla başvuran 140 kadın dahil edilmiştir. Tüm katılımcılarla klinik görüşme yapılarak sosyodemografik veri formu, Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) uygulanarak elde edilen veriler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Katılımcılardan, evlilik ilişkisi zayıf olan, bebeğinin cinsiyetinden memnun olmayan, emzirmeyen annelerde, gebelik sırasında depresif belirtileri olanlarda ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcılarda postpartum depresyon görülme sıklığı anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulundu. Sosyal destek durumu yeterli olan bireylerde postpartum depresyon görülme oranı, yetersiz olanlara göre anlamlı şekilde daha düşük saptandı. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) puanları

arasında zayıf ve pozitif yönde, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) puanları arasında zayıf-orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak, Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir.

Sonuç: Çalışmamızda evlilik ilişkisinin zayıf olmasının, yetersiz sosyal desteğin, emzirmemenin, gebelik sırasında yaşanan depresif belirtilerin, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmasının postpartum depresyon için risk oluşturduğu saptanmıştır. Kadınların ruhsal hastalıklara daha yatkın olduğu bilinen doğum sonrası dönemde sorumluluk paylaşımında özellikle eşleri tarafından desteklenmelerinin, streslerinin azaltılarak emzirme sürecinde teşvik edilmelerinin önemi ortaya konmuştur. Çalışmamızın sonucunda elde ettiğimiz bulgular psikolojik dayanıklılığın, depresif belirtilerin yönetilmesinde potansiyel bir rol oynayabileceğini ve anne-bebek bağlanmasını güçlendirebileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızın sonuçları, doğum sonrası dönemdeki kadınların ruh sağlığına yönelik daha etkili müdahaleler geliştirmek için kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Lohusalık, depresyon, bağlanma, psikolojik dayanıklılık

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL ATTACHMENT, POSTPARTUM DEPRESSION SYMPTOMS AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE

Objective: The attachment between mother and baby affects the emotional, social, cognitive and physical development of the baby, as well as the mother's adaptation to the maternal role. Since the development of this bond has a significant impact on both the mother's and newborn's lives, eliminating known precursors that negatively affect maternal attachment is important for ensuring the efficient continuity of the bond between the mother and baby. Additionally, it is known that the postpartum period is a risky time for the emergence or recurrence of mental illnesses. This study aims to comparatively examine the factors that may increase the risk of depression in women during the postpartum period and are believed to be associated with maternal attachment, as well as to explore the relationship between psychological resilience and postpartum depression.

Method: The study included 140 women who applied to the Department of Pediatrics, Çanakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine, for routine health check-ups. Clinical interviews were conducted with all participants, and Sociodemographic data forms, Maternal Attachment Inventory (MAI), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and Resilience Scale for Adults (RSA) were administered to collect data, which were then compared.

Results: Significantly higher frequency of postpartum depression was found in participants with weak marital relationships, dissatisfaction with the baby's gender, non-breastfeeding mothers, those with depressive symptoms during pregnancy, and participants with a history of psychiatric illness in the family. The rate of postpartum depression was significantly lower in individuals with sufficient social support compared to those with insufficient support. There was a weak and

positive correlation between scores on the Maternal Attachment Inventory (MAI) and the Resilience Scale for Adults (RSA), a weak to moderate and negative correlation between scores on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Resilience Scale for Adults (RSA). However, no significant relationship was found between the Maternal Attachment Inventory (MAI) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Conclusion: In our study, it was found that having a weak marital relationship, inadequate social support, not breastfeeding, experiencing depressive symptoms during pregnancy, and having a family history of psychiatric illness posed a risk for postpartum depression. The results of our study emphasize the importance of women being supported, particularly by their partners, in sharing responsibilities and reducing their stress during the well-known vulnerable postpartum period for mental illnesses. The findings of our study suggest that psychological resilience may play a potential role in managing depressive symptoms and strengthening the mother-baby attachment. The results of our study can be utilized to develop more effective interventions for women's mental health during the postpartum period.

Keywords: Puerperium, depression, attachment, resilience

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	xi
TABLolar.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Depresyonun Tanımı.....	3
2.2 Depresyonun Güncel Sınıflandırılmaları.....	3
2.3 Depresyonun Etiyolojisi.....	3
2.3.1 Biyolojik Etkenler.....	4
2.3.1.1 Biyolojik Aminler.....	4
2.3.1.2 Nöroendokrin Sistem.....	5
2.3.1.3 Sirkadiyen Ritm Değişiklikleri	5
2.3.1.4 İmmünolojik Faktörler.....	5
2.3.1.5 Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Görüntüleme.....	6
2.3.1.6 Genetik Faktörler.....	6
2.3.2 Psikososyal Etkenler.....	7
2.3.2.1 Yaşam Olayları ve Çevresel Stres.....	7
2.3.2.2 Kişilik Faktörleri.....	7
2.3.2.3 Psikodinamik Kuram.....	8
2.3.2.4 Bilişsel Teori	8
2.4 Depresyonun Epidemiyolojisi.....	8
2.5 Postpartum Dönem ve Depresyon.....	9
2.5.1 Postpartum Depresyon Tanımı.....	9
2.5.2 Etiyoloji.....	10

2.5.2.1 Hormonal Faktörler.....	10
2.5.2.2 Genetik Faktörler.....	12
2.5.2.3 İmmünolojik Faktörler.....	12
2.5.2.4 Psiko-Sosyo-Kültürel Faktörler.....	13
2.5.3 Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi.....	14
2.5.4 Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri.....	15
2.5.5 Postpartum Depresyonun Ayırıcı Tanısı	16
2.5.6 Postpartum Depresyonun Gelişiminde Risk Faktörleri.....	17
2.5.6.1 Fiziksel ve Biyolojik Risk Faktörleri.....	17
2.5.6.2 Psikolojik Risk Faktörleri.....	18
2.5.6.3 Obstetrik ve Pediatrik Risk Faktörleri.....	18
2.5.6.4 Sosyodemografik Risk Faktörleri.....	19
2.5.7 Postpartum Depresyonun Sonuçları.....	19
2.6 Maternal Bağlanma.....	21
2.6.1 Bağlanma Kuramı.....	22
2.6.2 Maternal Bağlanma Sürecinde Etkili Olan Faktörler.....	24
2.7 Psikolojik Dayanıklılık Kavramı.....	26
2.7.1Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkili Etmenler.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1 Evren ve Örneklem.....	28
3.2 Etik İzin.....	29
3.3 Çalışmanın Uygulanması	29
3.4 Araştırmaya Dahil Etme Ölçütleri.....	29
3.5 Araştırmaya Dahil Etmeme Ölçütleri.....	29
3.6 Veri Toplama Araçları.....	30
3.6.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	30
3.6.2 Maternal Bağlanma Ölçeği.....	30
3.6.3 Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	30
3.6.4 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	31
3.7 İstatistiksel Analiz.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	46

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
KAYNAKLAR.....	61
EKLER.....	83
EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu.....	83
EK 2: Sosyodemografik Veri Formu.....	87
EK 3: Maternal Bağlanma Ölçeği.....	89
EK 4: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	90
EK 5: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	92



KISALTMALAR VE SİMGELER

ACTH: Adreno Kortiko Tropik Hormon

ASK: Anterior Singulat Korteks

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

DLPFK: Dorso Lateral Pre Frontal Korteks

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

ICD-10: Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması 10

HPA: Hipotalamik- Pitüiter- Adrenal

HPT: Hipotalamik- Hipofizyel- Tiroid

IL-6: İnterlökin-6

MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği

PPD: Post Partum Depresyon

REM: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri)

SCID-I: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu-I

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

TNF-a: Tümör Nekroz Faktörü- alfa

TRH: Tirotropin Releasing (Salgılatıcı) Hormon

TSH: Tiroid Stimülan Hormon

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

5-HIAA: 5-Hidroksi Indol Asetik Asit

TABLULAR

Tablo 4.1. Araştırmaya alınan katılımcıların demografik değişkenlere dair tanımlayıcı istatistikler	34
Tablo 4.2. Araştırmaya alınan kadınlarda gebelik ve postpartum döneme ait özellikler	35
Tablo 4.3. Katılımcıların demografik özellikleriyle postpartum depresyon varlığının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.4. Katılımcılarda reproduktif sağlık ve peripartum döneme ait özelliklerle postpartum depresyon varlığının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.5. Katılımcıların bağlanma, doğum sonrası depresyon ve dayanıklılık düzeyleri.....	39
Tablo 4.6. Genel örnekleme demografik özelliklere göre maternal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.7. Katılımcıların reproduktif sağlık ve peripartum döneme ait özelliklerine göre maternal bağlanma derecesinin karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.8. Katılımcıların reproduktif sağlık ve peripartum döneme ait özelliklere göre maternal bağlanma derecesinin karşılaştırılması-II.....	41
Tablo 4.9. Araştırma örnekleme katılımcılarda, postpartum depresyon tanısı alan ve almayan katılımcılarda maternal bağlanma düzeyleri ile doğum sonrası depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki korelasyonlar.....	43
Tablo 4.10. Araştırma örnekleme katılımcılarda, postpartum depresyon tanısı alan ve almayan katılımcılarda doğum sonrası depresyon düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki korelasyonlar.....	43
Tablo 4.11. Bağlanmanın dayanıklılık üzerindeki etkisinde depresyonun aracı rolünün incelenmesi.....	44

ŞEKİLLER

Şekil 1. Bağlanmanın dayanıklılık üzerindeki etkisinde depresyonun aracı rolünü gösteren yol diyagramı.....	45
---	----



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Maternal bağlanma gebelik döneminde başlayan, postpartum dönem boyunca da devam ettiği düşünülen, anne ve bebek açısından en derin ve yakın ilişki olarak değerlendirilmektedir (1).

Maternal bağlanma sadece bebeğin yeni hayatındaki güven duygusunun sağlanması için değil, eş zamanlı olarak annelerin annelik rolünün gelişmesi üzerinde de etkili olan önemli bir bağlanma türüdür. Doğum sonu dönemde yenidoğan bebek ve anne arasındaki bağın hızlı bir şekilde kurulması ve annenin annelik rolünü benimsemesi noktasında maternal bağlanmanın önemi büyüktür (2).

Anne bebek arasındaki bağlanmanın zayıf olması bebeğin duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel gelişimini olumsuz etkiler, ilerleyen dönemde duygudurum bozuklukları, davranış bozukluklarına neden olabilir. Bu bağın gelişmesi gerek annenin gerek yenidoğanın hayatı üzerinde önemli etkiye sahip olduğu için, maternal bağlanmaya olumsuz etki ettiği bilinen öncüllerin ortadan kaldırılması, anne ve bebek arasındaki bağın verimli bir şekilde devamlılığının sağlanması noktasında önemlidir (3).

Doğum sonrası dönemin ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması ya da yinelenmesi açısından riskli bir dönem olduğu bilinmektedir. Depresyon doğum yapan kadınlarda en sık görülen ruhsal bozukluktur (4). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5 gebelik sırasında veya doğum sonrasındaki dört haftada başlayan majör depresyon dönemini 'peripartum (doğum zamanı) başlayan' belirleyicisi ile tanımlar (5). Bununla beraber, birçok çalışmada ve klinik pratikte bu süre, doğumdan sonraki ilk bir yıla uzanan bir zaman dilimi olarak da kabul edilebilir. Ülkemizde yapılandırılmış klinik görüşme ölçekleri kullanılarak

yapılan çalışmalarda postpartum depresyon (PPD) yaygınlığının %6,3 ile %35 arasında olduğu saptanmıştır (6,7).

Doğum yapan tüm kadınlarda biyokimyasal değişiklikler olmasına rağmen, kadınlardan bir bölümünde psikiyatrik bozuklukların gelişiyor olması, sosyal stresler, sosyal destek sistemleri, kişinin psikolojik dayanıklılığı gibi faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Psikolojik dayanıklılık genel olarak önemli stres kaynaklarına karşı kişinin uyum sağlama sürecini ifade eder. Diğer açıdan psikolojik dayanıklılık, zor yaşamsal tecrübeler karşısında kişinin kendisini toplama gücü veya değişimin ya da felketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır (8). Yapılan alışmalar psikolojik dayanıklılığın geliştirilebilir bir özellik olduğunu ortaya çıkarmıştır (9). Araştırmalar sonucunda, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin daha az depresif belirti yaşama eğiliminde olduğunu gösterilmiştir (10).

Doğum sonrası dönemde kadınlardan hayatında dramatik değişiklikler olmaktadır, bu değişikliklere psikososyal açıdan adaptasyonu sağlamak ve doğum sonrası depresyon riskini azaltmak için kadınlardan psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olması önem arz etmektedir (11).

Hem yaygınlığı hem de anne, bebek ve toplum üzerinde birçok alandaki önemli sonuçları nedeniyle PPD ve maternal bağlanma ile ilişkili faktörlerin daha iyi anlaşılması, etkili nleme ve müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine de katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada doğum sonrası dönemde olan kadınlarda maternal bağlanma ile ilişkili olduğu düşünülen; psikolojik dayanıklılık ve PPD'nin karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon; emosyonel ve kognitif alanlarla ilgili birçok belirti kümesini kapsayan, çökkün, bazen de hem çökkün hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, psikomotor davranış ve fizyolojik işlevlerde değişiklikler ve bunların yanı sıra değersizlik, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (12).

2.2. Depresyonun Güncel Sınıflandırılmaları

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nda depresyon bozuklukları başlığında sınıflandırılmıştır. Bu başlık içerisinde; yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu bölümleri yer almaktadır (5).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması 10 (ICD-10) versiyonunda "Depresif epizod" tanımı kullanılmaktadır. Bu başlık altında; hafif depresif epizod, orta depresif epizod, ağır depresif epizod psikotik belirtisiz, ağır depresif epizod psikotik belirtili, diğer depresif epizodlar, tanımlanmamış depresif epizod alt kategorileri bulunmaktadır (13).

2.3 Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen etkenler biyolojik ve psikososyal olmak üzere iki başlık altında incelenebilir.

2.3.1 Biyolojik Etkenler

2.3.1.1 Biyolojik Aminler

Günümüzde depresyonun ortaya çıkmasında başta serotonerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere beyindeki nörotransmitter işlev bozukluklarının önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Depresyonun nörobiyolojik açıklamasına yönelik yapılan çalışmalarda "serotonin hipofonksiyonu"ndan söz edilir. Major depresif bozukluk tanılı hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) serotoninin temel yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik-asit (5-HIAA) düzeylerinin düşük bulunmasından dolayı depresyonda serotonerjik etkinliğin azaldığı hipotezi öne sürülmüştür (12). Serotonin sentez ve işlevlerini arttıran triptofan ile selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) antidepresan etki göstermesi, tedavi görmemiş hastalarda trombositlerin serotonin geri alımında ve serotonin taşıyıcısına bağlanmada azalma olması bu hipotezi destekleyen bulgulardandır (14).

Noradrenalin eksiklik sendromu olarak tanımlanan ve teorik olarak ilgi azalması, konsantrasyon eksikliği, çökkünlük, unutkanlık, psikomotor yavaşlama, yorgunluk belirtileri depresyona eşlik etmektedir. Ayrıca beta adrenerjik reseptörlerin duyarlılığında azalma (down regülasyon) olması ile antidepresana yanıt arasında karşılıklı ilişki olması, depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rolü olduğunu düşündüren önemli bir kanıttır (15).

Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler özellikle psikomotor yavaşlaması olan hastalarda daha belirgin olmakla birlikte dopamin aktivitesinin depresyonda azalmış olabileceğini düşündürmektedir. Rezerpin gibi dopamin konsantrasyonunu azaltan ilaçlar depresif semptomlara neden olmaktadır. Dopamin konsantrasyonunu arttıran tirozin, amfetamin, bupropion gibi ilaçlar da depresif belirtileri azaltmaktadır (16).

2.3.1.2 Nöroendokrin Sistem

Depresyon etiolojisine yönelik araştırmalarda hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ve hipotalamik-hipofizyel-tiroid (HPT) akslar öne çıkmıştır.

Kronik stres durumunda HPA aks aktivitesinde artış ve geri bildirim mekanizmasındaki bozulma sonucu ortaya çıkan yüksek kortizol düzeyi hipokampusta toksik atrofiye neden olur. Bu yapısal değişiklik depresyonun emosyonel belirtileriyle ilişkilendirilmektedir (17).

Tiroid fonksiyon bozukluğuyla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki bilinmektedir. Depresyonda HPT aks ile ilgili bulgular, tirotropin salgılatıcı hormona (TRH) karşı azalmış tiroid stimülan hormon (TSH) cevabı ve serum tiroksin (T4) seviyesindeki artıştır (18). Antidepresan tedaviye dirençli depresyonda triiyodtironin (T3) güçlendirmesinin bazı hastalarda düzelmeye neden olması tiroid işlevlerinin önemini göstermektedir (12).

2.3.1.3 Sirkadiyen Ritm Değişiklikleri

Yapılan çalışmalarda depresyonda sirkadiyen ritimde faz gecikmesi olduğu gösterilmiştir. Bu olgularda hızlı göz hareketlerinin (REM) olduğu uyku dönemine geçişte kısalma, sabah erken uyanma, kortizol ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgısındaki yükselme zamanının erken saatlere kayması ve prolaktin ile büyüme hormonu seviyesinde gece saatlerinde yükselme olduğu gösterilmiştir (19).

2.3.1.4 İmmünolojik Faktörler

Depresyonda T ve B lenfositlerin serum düzeyleri düşerken otoantikolar yükselebilmektedir. Pozitif akut faz proteinleri (C reaktif protein, alfa 1 antitripsin, haptoglobulin) artarken, negatif akut faz proteinleri (albumin, transferrin)

azalmaktadır. IL-1, IL-6, TNF-alfa gibi başlıca proinflamatuvar sitokinlerin düzeyi depresyon ve strese yanıt olarak yükselmektedir (20). Kanser, viral hepatit gibi bazı hastalıkların tedavisinde kullanılan interferon alfanın depresif belirtilere neden olması, enfeksiyon veya inflamasyonda proinflamatuvar sitokinlerin artmasına bağlı görülen “hastalık davranışı” olarak isimlendirilen klinik durumda görülen enerjide azalma, iştah azalması, çökkünlük gibi belirtilerin depresyonda da görülmesi depresyon ve inflamasyon ilişkisini desteklemektedir (21). Ayrıca antidepresan tedavilerin serum sitokin düzeylerini azalttığı gösterilmiştir (22).

2.3.1.5 Yapısal ve Fonksiyonel Beyin Görüntüleme

Yapılan çalışmalarda depresyonda çeşitli beyin alanlarında yapısal, işlevsel ve metabolizmaya ait değişiklikler olduğu gösterilmiştir. Özellikle beyin ağlarındaki bozulmuş fonksiyonun depresyonun bilişsel ve duygusal belirtilerinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (23). Dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), anterior singulat korteks (ASK), amigdala ve hipokampusu içeren fronto limbik bölgedeki işlev değişiklikleri öne çıkmaktadır (24). Kronik veya tedavi edilmemiş depresyonu olan hastalarla yapılan yapısal çalışmalarda ise hipokampus ve frontal lob hacminde azalma, ventriküler genişleme olduğu gösterilmiştir (25,26).

2.3.1.6 Genetik Faktörler

Depresyonda genetik aktarımın rolü ikiz, evlat edinme ve aile çalışmalarıyla gösterilmiştir. Monozigot ikizlerde depresyon riski %40, dizigot ikizlerde ise %11 bulunmuştur. Birinci derece akrabasında depresyon olanlarda depresyon görülme riski yaklaşık 3 kat artar (27). Aile öyküsü varlığında erken başlangıç yaşı, tekrarlayan ataklar, aynı ailede diğer duygudurum bozukluklarının görülme oranında artış beklenir (17). Yapılan çalışmalarda depresyon etiolojisinden sorumlu tek bir gen gösterilememiştir. Serotonerjik sistemle ilgili genetik çalışmalar serotonin taşıyıcı gen ve serotonin reseptör polimorfizmi üzerine yoğunlaşmaktadır. Serotonin taşıyıcı geninin kısa alleline sahip

bireylerde strese duyarlılığın ve depresyon yatkınlığının arttığı farklı çalışmalarla gösterilmiştir (27). Glukokortikoid reseptör geni, monoamin oksidaz A geni, glikojen sentaz kinaz geni ve metabotropik glutamat reseptör geni gibi pek çok farklı aday genin depresyon oluşumunda rol oynadığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (28).

2.3.2 Psikososyal Etkenler

2.3.2.1 Yaşam Olayları ve Çevresel Stres

Depresyonun başlaması ve sürmesinde aile sorunları, ekonomik sorunlar, bedensel rahatsızlıklar, sevgi nesnesinin yitimi gibi psikososyal faktörler etkili olabilmektedir. Depresyon ataklarından önce çoğu kez şiddetli bir stresörün olduğu ve erken çocukluk dönemindeki olumsuz yaşam olaylarının erişkin hayatta depresyon riskini arttırdığı bilinmektedir (29). Özellikle 11 yaşından önce anne kaybının yada 6 yaşından önce uzun süre anneden ayrı kalmanın depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (18). Annenin gebeliği sırasında yaşadığı stres ve kaygının da HPA aks hiperaktivitesine neden olarak çocuğun beyin gelişimini etkileyebileceği ve ileride depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklara yatkınlık oluşturabileceği öne sürülmektedir (30).

2.3.2.2 Kişilik Faktörleri

Depresyon hastalarının bazı ortak kişilik özellikleri gösterdiği bilinmekle birlikte özgül bir kişilik yapısından söz edilemez. Bu kişilerin bağımlı, sorumluluk duygusu gelişmiş, mükemmeliyetçi, kolayca suçlanma eğilimi gösteren, öfkesini ifade etmekten kaçınan, herkesi memnun etmeye çalışan, strese duyarlı, titizlik, güvensizlik, narsisizm kişilik özellikleri ön plandadır (12,17).

2.3.2.3 Psikodinamik Kuram

Freud, “Yas ve Melankoli” çalışmasında depresyona dair ilk psikanalitik yorumu yapar ve bu iki olguyu kayıp yaşantısına karşı verilen farklı tepkiler olarak açıklar (31). Depresyon sevilen bir nesnenin kaybı olabildiği gibi hayal kırıklığı, sevgi nesnesi reddi gibi temsili bir kayıp da olabilir. Depresyonda kaybedilen kişi, nesne, durum introjekte (içe-atım) edilir. İçe atılan nesneye duyulan sevginin yanında bilinçdışı öfke, nefret gibi duygular da eşlik eder. Kişi üstbenliğinin katılığı nedeniyle suçluluk hissiyle bu öfke ve nefreti kendisine yöneltir, benlik saygısı azalır (32).

Bibring, depresyonun ortaya çıkmasında kişinin amaca ulaşmadaki yetersizliğini gösteren “kendilik temsilcilerinin” nesne kaybından daha önemli olduğunu vurgulamıştır (33).

2.3.2.4 Bilişsel Teori

Bilişsel kurama göre kişilerin yaşadığı olumsuz yaşam olaylarının kişide daha önceden bulunmakta olan, işlevsel olmayan olumsuz şemaları tetiklemesi depresyona neden olmaktadır. Beck’e göre depresyonun üç temel bilişsel ögesi vardır: Olumsuz kendilik algısı, talepkar ve düşmanca bir çevre algısı, başarısızlık beklentisi ve çaresizlikle belirli olumsuz gelecek algısı. Kişinin çevreyi ve kendisini olumsuz şemalarla algılaması üzüntü, suçluluk, ilgi ve motivasyon kaybı, baş etme becerilerinde kayıp, davranışlarda azalma gibi depresyonda görülen belirtilere neden olur (34).

2.4 Depresyonun Epidemiyolojisi

Major depresif bozukluk, dünya genelinde oldukça sık görülen ve yeti yitimine sebep olan ruhsal bir bozukluktur. Her yaşta görülebilmekle birlikte özellikle 25-44 yaşları arasında daha sık ortaya çıkmaktadır. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda depresyon yaygınlığı yaklaşık %10-15 olarak bildirilmiştir.

(35–37) Ülkemizde depresyon prevalansı ise %8-20 olarak saptanmıştır (27). Yapılan çalışmalarda bulunan ortak sonuç depresyonun kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görüldüğüdür (38–40). Depresif bozukluklar hayat boyu erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 oranında görülmektedir (41). Depresyonun kadınlarda daha fazla görülmesi, hormonal nedenler, genetik duyarlılık gibi biyolojik etmenlerle birlikte çocukluk çağından itibaren daha çok travmaya maruz kalma, pasif ve edilgen olmaya zorlanma, kadına atfedilen toplumsal cinsiyet rolleri, eğitim ve gelir seviyesinin düşük olması, ayrımcılığa uğrama gibi psikososyal etmenlerle açıklanmaktadır (42–45).

2.5 Postpartum Dönem ve Depresyon

Doğum sonrası dönem, annede meydana gelen fizyolojik değişikliklerle birlikte ebeveynlik rolü ve beraberinde gelen sorumlulukların üstlenildiği zorlu bir geçiş sürecidir. Özellikle doğum sonrası ilk bir yıllık dönem psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması açısından risk taşımaktadır (46).

2.5.1 Postpartum Depresyon Tanımı

Gebelikte veya doğum sonrası ilk 4 hafta ortaya çıkan major depresif dönem DSM-5'te peripartum (doğum zamanı başlayan) belirleyicisi ile yer almaktadır. Doğum sonrası dönem için belirlenen dört haftalık süre, bu alanda çalışan uzmanlar tarafından tartışılmaktadır. Erken postpartum dönem olarak bilinen ilk bir aylık dönemde depresyon gelişiminde biyolojik etkenlerin daha baskın rol oynadığı bilirse de doğum sonrası ilk bir yıl psikososyal stres faktörlerinin etkilerinin sürdüğü bir dönemdir. Bu nedenle alanda çalışan uzmanların çoğu PPD'yi doğumdan sonra ilk bir yıl içinde başlayan depresif dönem olarak kabul etmektedir (47). Ayrıca yapılan pek çok çalışmada doğum sonrası depresyonun en sık ilk 2-3 aylık dönemde ortaya çıktığı gösterilmiştir (48,49).

2.5.2 Etiyoloji

Genel olarak depresyon için geçerli olduğu gibi, PPD etiyojisinde de biyolojik (hormonal, genetik, immunolojik) ve psikososyal faktörlerin rol oynadığı düşünölmektedir.

2.5.2.1 Hormonal Faktörler

Gebelik sırasında beynin maruz kaldığı östradiol yaklaşık 100 kat artar ve doğum sonrası ilk birkaç gün içinde bu düzey aniden düşer. Bu yoğun steroid çekilmesinin nörobiyolojik etkileri doğum sonrası depresyona zemin hazırlar (50). Bu konuda dönüm noktası olarak kabul edilen Bloch ve arkadaşlarının çalışmasında, doğum sonrası depresyon öyküsü olan ve olmayan iki grup kadında doğum sonrası dönemi simüle eden yapay bir hormonal durum oluşturulmuştur. Çalışmanın sonucunda depresyon öyküsü olan 8 kadından 5'inde duygudurum belirtileri gelişirken depresyon öyküsü olmayan 8 kadının hiçbirinde duygudurum belirtisi saptanmamıştır (51). Böylece daha önce doğum sonrası depresyon geçiren kadınların üreme hormonlarının duygudurum stabilitesini bozucu etkilerine karşı duyarlı oldukları yönünde kanıt elde edilmiştir.

Beyindeki östradiol seviyelerindeki değişiklikler ile monoamin oksidaz aktivitesi arasında ters ilişki gösterilmiştir. Monoamin oksidaz A seviyeleri doğumdan 4-6 gün sonra yükselir, bu nedenle duygudurum değişiklikleriyle ilişkili nörotransmitterler daha hızlı tükenir (52).

Gebelikte artan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH), kortizol gibi stres hormonlarında üreme hormonlarına benzer şekilde doğum sonrası birkaç gün içinde düşme gözlenir. Yapılan çalışmalarda HPA aks düzensizliklerinin doğum sonrası depresyonla ilişkili olabileceği bulunmuştur (53). PPD'si olan kadınlarda olmayanlara göre serum kortizol düzeyi anlamlı olarak daha yüksek seviyede saptanmıştır (54). Sağlıklı kadınların doğum sonrası ilk birkaç hafta, PPD'si olan kadınların 6 ile 12 haftaya kadar devam eden

CRH'ya karşı künt ACTH yanıtı ve HPA eksen hiporeaktivitesi gösterdiği görülmüştür (55). Geçirilmiş PPD yks olan ötimik kadınların doğum sonrası dönemi taklit eden yüksek doz gonadal steroid uygulaması ve ani çekilmesine maruz kaldıktan sonra kortizol cevabında artış olduğu ve depresif belirtilerin ortaya çıktığı gösterilmiştir. Bu etki PPD yks olmayan grupta izlenmemiştir. Bu alıma ile PPD'ye yatkın olan kadınların gonadal steroidlerin HPA aks üzerindeki etkisine daha duyarlı oldukları gösterilmiştir (54).

Doğum ve emzirme sürecinde önemli rolü olan oksitosinin gebelik ve doğum sonrası dönemde ölçülen düşük seviyelerinin PPD ile ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (56,57). Oksitosinin bakım verme, bağ kurma, bebeğin ihtiyaçlarına hassasiyet gösterme, pozitif duygulanım gibi annelik davranışının niteliğini etkilediği bilinmektedir. Gebelik dönemindeki düşük oksitosin seviyeleri PPD için risk faktörlerinden olan annelik rolüne adaptasyonu gletirebilir (58). Yapılan bir çalışmada postpartum 8. haftada emzirme sırasındaki salgılanan oksitosin seviyeleri ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında ters ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada her ne kadar depresyon ile emzirmenin başarıyla sürdürülmesi arasında ilişki gösterilemese de, azalan oksitosin seviyeleri PPD ve sonuç olarak başarısız emzirmeyle sonuçlanabilir (57).

Postpartum tiroidit, doğum sonrası ilk bir yıllık dönemdeki kadınların %5 ile 7'sinde görülebilen ve tiroid hormon düzensizliğiyle seyreden bir otoimmun bozukluktur (59). Tiroidit ile PPD arasındaki ilişki net olmamakla beraber benzer klinik bulguların görülmesi bu iki antitenin ilişkili olabileceğini dndrmtr. Tiroid antikörleri ile postpartum depresif semptomların arasındaki ilişkiyi değerlendiren bazı çalışmalarda yüksek antikör düzeyi depresif semptomlarla ilişkili bulunurken, bazı çalışmalarda bağlantı gösterilememiştir (60).

2.5.2.2 Genetik Faktörler

Aile ve ikiz çalışmaları PPD'de ailesel yatkınlığın olduğunu, kalıtsal olduğunu ve genetik olarak puerperal olmayan depresyondan farklılıklar gösterebileceğini düşündürmektedir (61). Birden fazla genin PPD etiolojisinde rol oynadığı düşünülse de spesifik genetik varyasyonlar belirsizliğini sürdürmektedir. PPD etiolojisinde puerperal olmayan depresyonla ortak aday genler BDNF geninde Val66Met polimorfizmi, COMT geninde Val158Met polimorfizmi, glukokortikoid reseptöründe BclI polimorfizmi, serotonin taşıyıcı geninin (5-HTTLPR) kısa alleli, serotonin 2A reseptör (HTR2A) gen ve protein kinaz C polimorfizmidir (62).

1210 katılımcıyla yapılan geniş çaplı bir genom çalışmasında 1q21.3-q32.1 ve 9p24.3-p22.3 kromozomlarındaki genetik varyasyonların postpartum duygudurum bozukluklarına yatkınlığı arttırabileceği gösterilmiştir (63). Bu çalışmada işaret edilen çoklu östrojen bağlanma bölgesi içeren ve hipokampusta ekprese edilen hemicentin-1 (HMCN-1) gen ilişkili polimorfizmin PPD gelişimindeki rolü tekrarlayan çalışmalarla gösterilmiştir (64). 62 hasta, 24 sağlıklı kontrol grubuyla yapılan genome çapında bir ilişkilendirme çalışmasında östrojen reseptör alfa gen (ESR1) PPD patogeneğinde östrojen ilişkili transkripsiyon faktörü bağlanma bölgesi olarak gösterilmiştir (65). Östrojen tarafından uyarılan DNA metilasyon değişikliklerinin de postpartum gelişiminde rol oynadığı saptanmıştır, depresif belirtileri olan kadınların bu değişikliklere daha duyarlı oldukları düşünülmektedir (66).

2.5.2.3 İmmünolojik Faktörler

Gebelik süresince bağışıklığı baskılayan ve böylece gebeliğin devam etmesini sağlayan antiinflamatuvar sitokinler artarken proinflamatuvar sitokinler azalır. Doğum sonrası aniden bağışıklık sistemi birkaç hafta boyunca sürecek aktivasyon evresine girer. Depresif belirtileri olan hastalarda tümör nekroz faktörü alfa (TNF-a) ve interlökin-6 (IL-6) gibi proinflamatuvar sitokin düzeylerinin daha

yüksek olma eğilimi gösterdiği ve ötimik kişilere inflamutuar sitokinler verildiğinde depresyon ortaya çıktığı bilinmektedir (67,68).

Bağışıklık sistemi östrodiol tarafından düzenlenir. Östrodiol, sitokin üretimini, sitokin reseptör ekspresyonunu, inflamatuar hücre aktivasyonunu, antijen sunan hücrelerin sayısını ve fonksiyonunu, monosit ve makrofajların immun fonksiyonlarını modüle eder (69). İmmün sistemdeki farklılıklarla ilişkili olan farklı gen ekspresyon modellerinin PPD'si olan kadınları olmayanlardan ayırdığı gösterilmiştir (70). Proinflamatuar sitokinleri üreten ve serotonin reseptörü içeren makrofajlar sağlıklı hamileliğin devamı ve doğum sürecinde önemli rol oynar. Hamilelikte makrofaj aktivitesinin normalden fazla artması morbiditeye sebep olabilecek aşırı inflamasyonla ilişkilidir (71). Bu artmış inflamatuar durumun peripartum depresyonla ilişkisi araştırılmaktadır.

2.5.2.4 Psiko-Sosyo-Kültürel Faktörler

Doğum yapan tüm kadınlarda biyolojik bir takım değişiklikler görülmesine karşın annelerin yalnızca bir bölümünde ruhsal hastalıkların ortaya çıkması stres faktörleri, kişilerarası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etkenlerin önemini düşündürmektedir (72).

PPD etiolojisindeki faktörlerden psikososyal etkenler kültürler arasında değişiklikler göstermektedir. Pek çok kültürde doğum sonrası döneme önem verilmekte ve bazı geleneksel uygulamalar anne ve bebek sağlığı için kullanılabilir. Bu uygulamaların bir kısmı gereken tıbbi yardıma başvuruyu geciktirebilmekte ve anne bebek sağlığını tehlikeye atabilmektedir (73).

Yapılan çalışmalarda özellikle prenatal dönemdeki stresli yaşam olaylarının PPD ile ilişkili olabileceği bulunmuştur (74). Ayrıca doğum sonrası erken dönemdeki stresli yaşam olaylarının da depresif belirtilerin ortaya çıkmasında risk oluşturduğu bilinmektedir (74,75).

Sosyal destek, stres verici bir durumda kişinin kendisine yakından bağılı insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanabilir. Sosyal desteğin yetersiz olması doğum sonrası dönemde depresyon riskini arttıran önemli nedenlerden biridir (76). Farklı açılardan kişinin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu bilinen sosyal destek, stres kaynağını ortadan kaldırmaya bile kişinin çaresizlik ve endişe hissini azaltmakta, stresle başa çıkma konusunda motivasyon sağlamakta, kişinin özgüvenini arttırmakta ve zorlu yaşam olaylarının daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır (77). Ayrıca kişilerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve aidiyet gibi temel sosyal ihtiyaçlarını karşılar. Özellikle kadınların eşinden ve annelerinden yeterli sosyal destek alabilmeleri PPD riskini azaltmaktadır (78).

Annelik kavramına yüklenen sosyal ve kültürel anlam kadınların sürekli yüksek performans sergilemelerini gerektirmektedir. Annelikle ilgili beklenen ağır performans ve anneliğe atfedilen birçok mit kadınların bu yük altında ezilmesine neden olmaktadır (79). Kadınlar annelik rolüne uyum sağlamaya çalışırken aynı zamanda kariyerlerinin engellenmesi bebekle ilgili öfke ve suçluluk hislerine neden olabilir. Gebelik ve doğum sonrası görülen fiziksel değişiklikler, kadının cinsel açıdan kendisini çekici bulmaması, kişisel alanının kalmaması, mesleki konumun ve sosyal ilişkilerin kaybı, bağımsız kadın rolünden geleneksel kadın rolüne uyum gibi kimlikle ilgili değişiklikler ve kayıplar yaşanır. Bu açıdan PPD gebelik ve doğumun neden olduğu kayıplara karşı bir yas tepkisidir (4).

Yapılan araştırmalarda avutulamayan, zor mizaçlı, çok ağlayan, talepkar veya kolik bebek ebeveyni olmanın PPD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (80).

2.5.3 Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

PPD yaygınlığını araştıran çalışmalarda hem farklı değerlendirme araçlarının kullanılması hem de doğum sonrası depresyon belirtilerinin başlangıç zamanı kriterinin (4 hafta ile 1 yıl) değişmesi sebebiyle yaygınlık oranları çalışmalar arasında farklılıklar göstermektedir (81). Aynı zamanda doğum

sonrası annelerin değerlendirildiği dönem, annenin bulunduğu populasyon, ve çalışmaların örneklem büyüklüklerinin farklı olması da bu farklılıkların nedeni olarak düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde 2005 yılında yayınlanan ve 1980-2004 arasında yapılmış 84 araştırmanın incelendiği derleme çalışmasında dünya genelinde perinatal depresyonun yaygınlık oranı %19,2 olarak saptanmıştır (82). 2007 yılında yayınlanan bir diğer derleme çalışmasında %4,4 ile %73,7 arasında değişen yaygınlık oranları bulunmuştur (83). Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kadınlarda PPD prevalansının araştırıldığı gözden geçirme çalışmasında yaygınlık oranı %19,8 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada düşük sosyoekonomik düzey, istenmeyen gebelik, genç anne yaşı, bekar olmak, partnerle ilişki sorunları, eşin ailesiyle sorunlar, partner tarafından şiddete maruz kalmak, yetersiz sosyal destek, psikiyatrik hastalık öyküsü PPD için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (84).

Türkiye'nin farklı bölgelerinde öz bildirim ölçekleriyle (Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği) yapılan kesitsel çalışmalarda PPD yaygınlığı %12,5 ile %42,7 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (85–97).

Ülkemizde yapılandırılmış klinik görüşme ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda ise PPD yaygınlığının %6,3 ile %35 arasında olduğu saptanmıştır. Erzurum'da 360 anneyle yapılan tez çalışmasında doğum sonrası depresyon yaygınlığı %35 olarak bulunmuştur (6). 2016 yılında Konya'da yapılan bir diğer tez çalışmasında ise PPD oranı %6,8 olarak saptanmıştır (7).

2.5.4 Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri

Genel olarak PPD belirtileri uyku, yeme ve aktivite düzeninde ciddi değişiklikleri içerir. Uyuyamama veya bebek uyanırken bile çok uyuma, duygudurum değişiklikleri, bebeğe zarar verme korkusu, bebeğini yeterince sevmediği yada bebeğin sağlığı, beslenmesi, uykusuyla ilgili aşırı endişe ve

kaygı, üzüntü veya aşırı ağlama, şüphe, annelik rolüyle ilgili yetersizlik, suçluluk ve çaresizlik hisleri, dikkati toplama ve bellek kusurları, hobi ve günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı, ölümlle ilgili tekrarlayan düşünceler görülebilir (98).

Doğum sonrası başlangıçlı depresyonu olan pek çok kadın psikiyatrik bir geçmişe sahip olmayabilir ve şikayetlerini gönüllü olarak ifade etmekten ve yardım aramaktan kaçınabilir. PPD'si olan kadınların %60 kadarında bebeğe yönelik saldırganlığı içeren obsesif düşünceler görülebilir (99). Bu düşünceler bebeğe zarar verme isteğini yansıtmaz ancak zaman içinde bu düşünceleri azaltmak için bebekten kaçınmaya yol açabilir. Bu nedenle obsesif yada intihar düşüncelerini doğum sonrası dönemdeki kadınlarda sorgulamak önemlidir (100).

2.5.5 Postpartum Depresyonun Ayırıcı Tanısı

Depresyon belirtilerini taklit eden birçok fizyolojik ve patolojik durum olabilir. PPD'si olan tüm kadınlarda dikkatli öykü alma ve fiziksel muayene gereklidir.

Erken dönemde başlayan depresyonu annelik hüznünden ayırmak önemlidir. Postpartum hüznü doğum sonrası dönemdeki kadınların %50-85'inde görülür (101). Genellikle doğum sonrası dördüncü gün belirtiler pik yapar ve onuncu güne kadar kendiliğinden geçer. Belirtileri arasında kısa ağlama nöbetleri, kaygı, üzüntü, uyku sorunları, kafa karışıklığı ve sinirlilik yer alır. İntihar düşüncesine rastlanmaz. Postpartum hüznü işlevsellikte anlamlı bir bozulmaya neden olmadığı ve kısa süreli olduğu için özel bir tedavi gerektirmez (102).

Postpartum psikoz yaygınlığı %0,1 ile 0,2 arasında olan ancak infantisid ve intihar riski nedeniyle acil tedavi gerektiren bir psikiyatrik bozukluktur (102). Doğumdan sonraki ilk iki haftada zirveye ulaşır. Huzursuzluk, ajitasyon, uyku bozukluğu, paranoya, dezorganize düşünceler, dürtüsellik, varsanılar ve sanrılar belirtileri arasında yer alır. 35 yaş ve üzeri ilk kez doğum yapan annelerde daha sık görülür (103).

Puerperal dönemde depresyon belirtileri gösteren her kadında bipolar bozukluk olma olasılığı da dikkate alınmalıdır. Bipolar bozukluk tanısı olan kadınlar, doğum sonrası dönemdeki ruh hali değişimine daha yatkındırlar (104). Bu kadınların doğum sonrası dönemde depresif atak geçirme oranı %33-50 olarak bulunmuştur. Özellikle duygudurum düzenleyici ilaçların gebelik sırasında kesildiği yada doğumdan sonra 48 saat içinde başlanmadığı durumlarda risk daha da yükselir. Antidepresan tedavilerin manik kaymaya neden olma riskinden dolayı bipolar bozukluğun tanınması ve uygun tedavi başlanması önem arz eder (102).

Hem hipotirodi hem de hipertirodi duygudurum değişikliklerine neden olabileceğinden tiroid fonksiyonun değerlendirilmesi gereklidir. Geçici hipotirodi %4 ile 7 oranında görülür ve doğum sonrası dört ile altı ayda en yüksek seviyeye ulaşır (105). Tirotoksikoz panik bozukluğu düşündüren semptomlarla ortaya çıkabilir (106). Karıştırıcı olabilecek diğer sorunlar arasında endokrin diğer bozukluklar, uyuşturucu madde kullanımı ve obsesif kompulsif bozukluk yer alır (100).

2.5.6 Postpartum Depresyonun Gelişiminde Risk Faktörleri

2.5.6.1 Fiziksel ve Biyolojik Risk Faktörleri

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde genç anne yaşı, fiziksel sağlık durumunun kötü olması, olumsuz beden algısı, vücut ağırlığı, diyabet gibi ek tıbbi hastalık varlığı ve premenstruel belirtiler PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir (96,107). Nepal’de yapılan bir çalışmada beden kitle indeksi 20 kg/m²’nin altında olan kadınlarda depresyon riskinin arttığı gösterilmiştir (108).

2.5.6.2 Psikolojik Risk Faktörleri

Yapılan çalışmalarda antenatal depresyon ve anksiyete, geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, evlilik ilişkisinin kötü olması, stresli yaşam olayları, gebelikle ilgili olumsuz tutum, çocuk bakımı stresi gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerdeki psikolojik risk faktörleri olarak saptanmıştır (96,109–111,92). Ayrıca gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin kötü olması, premenstruel disforik bozukluk öyküsü, işe geri dönme kaygısı, algılanan stresin yüksek olması, cinsel, fiziksel ve psikolojik istismar öyküsü PPD ile ilişkili risk faktörleri olarak belirlenmiştir (112–116).

2.5.6.3 Obstetrik ve Pediatrik Risk Faktörleri

PPD gelişimi için risk oluşturan obstetrik ve pediatrik faktörlerin incelendiği çalışmalarda sonuçlar farklılıklar göstermektedir. Sezaryen ile doğum yapmanın depresyon için risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar (117) olduğu gibi doğum şeklinin depresyonla ilişkili olmadığını (107) ancak doğumdaki akut ağrı şiddetinin depresyonu öngördüğünü saptayan kohort çalışmaları da mevcuttur (118).

Anne sütünün azlığı, emzirmenin başlatılamaması, doğum sayısı, bebeğin cinsiyeti gibi faktörler de çalışmalar arasında farklılık göstermektedir (119,120). Bebek cinsiyetine yönelik tercih kültüre göre değişmektedir. Örneğin, Çin'de kız bebeğe sahip annelerde PPD oranı daha yüksek iken Türkiye'deki bulgular tutarsızdır (86,74,89).

Plansız ve istenmeyen gebelik yaşayan, daha önce bebek kaybı olan, gebelik sırasında sağlık problemleri yaşayan, çocuk bakımı konusunda bilgi eksikliği olan annelerin PPD yaşama riski daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca doğum sonrası faktörlerden tıbbi sorunları olan, premature doğan veya zor mizaçlı bebek sahibi olmak da diğer risk faktörleri olarak belirlenmiştir (96,109,121).

2.5.6.4 Sosyodemografik Risk Faktörleri

Postpartum 6. Haftada olan 1897 kadınla yapılan geniş çaplı bir çalışmada 25 yaşın altında olan annelerde depresyon oranlarının beş kata daha fazla olduğu bulunmuştur (122). Bununla birlikte anne yaşı ile depresyon arasında ilişki gösterilemeyen çalışmalar da literatürde mevcuttur (120).

Düşük eğitim ve gelir düzeyi, işsizlik, ev içi şiddet, işsiz veya eğitimsiz bir eşe sahip olmak, yaşam koşullarından memnuniyetsizlik, çok eşli evlilik, göçmen olmak da PPD riskini arttıran diğer faktörlerdendir (112). Ayrıca yapılan pek çok çalışmada yetersiz sosyal desteğin depresyon için bağımsız bir predispozan etken olduğu gösterilmiştir (96).

2.5.7 Postpartum Depresyonun Sonuçları

Annenin bebeğe yönelik duyarlılığının ve bebeklerin annelerine yanıt verme becerilerinin azalmasını içeren, depresyonda olan annelerin bebekleriyle yaşadıkları etkileşim bozukluklarının farklı kültürler ve sosyoekonomik gruplar arasında evrensellik taşıdığı gösterilmiştir. Başta emzirme olmak üzere besleme uygulamaları, uyku düzeni, çocuğun doktor kontrolleri, aşılar ve bebeğe yönelik güvenlik uygulamaları doğum sonrası depresyon etkisiyle bozulabilir (123).

Depresyonun çocuğun sağlığı ve sosyal, duygusal, bilişsel ve fiziksel gelişimi üzerine uzun vadeli olumsuz sonuçları olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda annelerin depresyon belirtileri gösterdiği ailelerde babaların da depresyon oranlarının arttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (124).

Doğum sonrası ilk üç ayda depresyonda olan annelerin bebeklerine daha sinirli ve düşmanca davrandıkları, daha müdahaleci, kontrolcü yada aksine pasif ve az uyarıcı ebeveynlik stili gösterdiği, daha az etkileşimde buldukları, daha az duygusal ve sıcak davrandıkları, bebeklerine daha az sevgiyle dokundukları, olumsuz dokunmaları (sert çekme, dürtme gibi) daha sık tekrarladıkları ve

bebekleriyle daha az oynadıkları tespit edilmiştir (125,126). Depresyonu olmayan ebeveynler, bebeklerin iletişim becerilerinin gelişmesini sağlayan, ses çıkarma, gülümseme, taklit etme davranışlarını içeren, yüzyüze etkileşimli oyunları bebekleriyle sıklıkla oynarlar. Aksine depresyonu olan ebeveynlerin bebeğin bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimi üzerine önemli etkileri olduğu bilinen kitap okuma, şarkı söyleme, hikaye anlatma gibi aktiviteleri yapma konusunda daha az istekli oldukları çalışmalarda gösterilmiştir (127).

Ebeveynlik uygulamaları üzerine yapılan birçok çalışmada PPD'si olan annelerin emzirmeye devam etme olasılığının azaldığı, sıklıkla 4-16. Haftalarda emzirmeyi bıraktıkları bildirilmiştir. Aynı zamanda bu annelerin bebeklerine bu dönemde uygun olmayan su, meyve suyu, tahıllı gevrek gibi besinleri verdiği görülmüştür (128,129). Bu çalışmalarda aynı zamanda anneler emzirmenin memnuniyetsizlik verici olduğunu, bu konuda sorunlar yaşadıklarını ve öz yeterliliklerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Maternal depresyonla ilişkili uyku sorunları arasında bebeğin tavsiye edilen sırt üstü yerine yüz üstü yatırılması, bebeğin eveynlerin yatağında yatması, uykuya emzirilerek dalması, daha geç dalması, daha sık ve daha uzun sürelerle uyanmasıdır (130).

Anneleri 2. ile 4. aylar arasında depresyon belirtileri gösteren bebeklerin, sonraki aylarda acil bakım hizmetlerine daha sık başvurdukları, düzenli sağlık kontrolleri ve aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalandıkları gösterilmiştir (131).

Depresif anneler arasında bebeklerine zarar verme düşüncesi de daha sık görülmektedir. Bir örnekte depresif annelerin %41'i kontrol grubundaki annelerin %7'sine kıyasla bebeklerine zarar verme düşüncesine sahip olduklarını itiraf etmiştir. Depresif annelerin yarısından fazlası, bebeklerine zarar verme düşüncesi, bebekle yalnız kalma korkusu ve bebeğe bakamama sorunu yaşamıştır (132). Ayrıca yüze tokat atmak veya bir nesneyle çocuğa vurmak gibi

sert cezalandırma uygulamaları da depresif annelerde daha yüksek oranda görülebilir (129).

Anne intiharları PPD'nin en yıkıcı sonucu olarak kabul edilebilir. İntihar riski perinatal depresyon belirtileri gösteren kadınlar arasında önemli oranda yükselmiştir ve doğum sonrası ölümlerin %20'sinin kaynağını oluşturmaktadır (133).

Anne ve çocuk sağlığı üzerine olan tüm bu önemli etkilerinden dolayı doğum sonrası dönemdeki kadınların depresyona yönelik erken tanı ve tedavi alması büyük önem taşımaktadır.

2.6 Maternal Bağlanma

Maternal bağlanma, anne ve bebek arasında özgün bir bağ olarak kabul edilen ve gebelik sürecinde başlayarak postpartum dönem boyunca devam eden bir bağlanma türüdür. Anne ve bebek açısından en derin ve yakın ilişki dönemi olarak kabul edilen bu bağ, sevgi, şefkat, ilgi gibi duygularla ortaya çıkar ve yaşam boyu devam eder (1).

Maternal bağlanma, sadece bebeğin yeni hayatındaki güven duygusunun sağlanması için değil, aynı zamanda kadının annelik rolüne adaptasyonu için de gereklidir. Doğum sonrası dönemde, yenidoğan bebek ve anne arasındaki bağın hızlı bir şekilde kurulması, ilişkinin kaliteli olması ve annenin bebeğin ihtiyaçlarına duyarlılık göstermesi için maternal bağlanmanın önemi büyüktür.

Maternal bağlanmanın anlamı ve etkisi bilim insanları tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Ancak maternal bağlanmanın benzersiz doğası anne ve bebek arasındaki ilişkinin gelişimine etki eden önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bu bağlanma türü, annelerin duygusal becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir ve bebeklerin sosyal ve duygusal gelişimlerinde önemli rol oynar (2).

Bu kavram özellikle Cranley'in altı boyutlu modeli sayesinde daha iyi anlaşılmaktadır. Bu modelde yer alan boyutlar: fetüsten kendiliğinden ayırım, fetüs ile olan etkileşim, fetüse özellikler yükleme, kendini adama, rol ve yuva yapma olarak sıralanabilir (134). Bu boyutlar maternal bağlanmanın farklı yönlerini ele almaktadır ve klinik ölçeklerin geliştirilmesine yardımcı olmuştur. Muller'in çalışmaları çocuk sahibi olmayı bekleyen annenin, kendi bakım vereni ile ilgili erken dönem deneyimlerinin erişkinlik dönemindeki bağlanma stilini etkilediği sonucuna ulaşmıştır (135).

Maternal bağlanmanın anne-bebek ilişkisindeki önemi ve değerini göz önünde bulundurarak, annelerin bebeğe uygun bağlanma davranışını sergilemesi ve geliştirmesi için desteklenmeleri gerekmektedir. Bu nedenle bağlanma seviyesinin tespit edilmesi önemlidir (136). Annelerin bebeklerine zayıf bağlanma ihtimalinin olduğu durumlarda değerlendirme yapılarak uygun tedavi süreci başlatılarak bebeğin sağlıklı bir gelişim süreci geçirmesi sağlanabilir. Ayrıca bağlanma davranışında kayıtsız tutum sergilemeleri durumunda da annelerin motivasyonlarının artırılması adına gerekli desteğin sağlanması önem teşkil eder. Çünkü güçlü maternal bağlanma duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak annelik rolüne daha hazır olmayla ilişkilidir (137). Ayrıca bağlanma sorunları anksiyete ve duygudurum bozukluğu gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (138). Anne ve bebek arasındaki bağ kurma süreci hem anne hem de bebeğin hayatında önemli etkilere sahip olduğu için, maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkilediği bilinen faktörlerin elimine edilmesi, anne bebek arasındaki bağın verimli şekilde sürmesi noktasında önemlidir (2).

2.6.1 Bağlanma Kuramı

Bowlby, çocuk ve ergen suçluları incelerken bebeklik ve erken çocukluk döneminde annelerinden uzun süre ayrı kaldıklarını farketmiştir. Daha sonra yaptığı çalışmalarla çocukların sadece ihtiyaçlarını giderdiği için annelerini sevdikleri iddiasına karşı çıkmış ve bağlanma kuramını geliştirmiştir. Bowlby'ye

göre bağlanma davranışının esas amacı içgüdüsel ihtiyaçların giderilmesi olup, sosyal ilişkilerin kurulmasını sağlayan içgüdüsel bir eğilimdir ve temel işlevi tehlikeden korunmadır (139). Bowlby bu kuramda nesne ilişkileri ile Darwin'in görüşlerini sentezlemiştir. Bebeklik döneminden başlayan yakın ilişkiler kurma ve yakınlık arama yönünde evrensel bir yönelim olduğunu belirtmiştir. Bebeğin doğuştan getirdiği emme, ağlama, gülümseme, dokunma gibi davranışlar bakım veren ile iletişim kurmasına yardımcı olur (140). Dönemlere ayrılacak olursa doğum sonrası 12. Haftaya kadar olan bağlanma öncesi dönemde bebek kişileri ayırt edemez, 12. Haftadan 6. Aya kadar olan ikinci dönemde bağlanmanın ilk işaretleri belirir. Bu dönemde bebek annesini yabancılardan ayırt etmeye başlar. 24. Aya ulaşan son dönemde ise bağlanma tam olarak gözlenebilir. Annenin ortamda olmadığı durumda gerginlik, huzursuzluk olurken anne döndüğünde çocukta rahatlama görülür (139).

Bowlby'ye göre bağlanma nesnesi olan anne ve babanın yineleyen davranış kalıpları çocuğu hayat boyu etkileyen zihinsel şemalarını şekillendirir. Bu şemalar birbirini tamamlayıcı şekilde oluşur: "Değerli ben" ve "güvenilir o". Bu iki şema kişinin yakın ilişkilerinde deneyimlediği bağlanma kaygısı ve kaçınma tutumu ile ilişkilidir (141).

Ainsworth ve arkadaşları Bowlby'den sonra bağlanma kuramına katkıda bulunmuşlardır. Yabancı durum testi ile deney ortamında çocukları annelerinden ayırıp tekrar birleştirmişler ve tepkilerini gözlemlemişlerdir. Bu gözlemler sonucunda güvenli, kaygılı ve kaçınan bağlanma tiplerini tanımlamışlardır (142). Çocukta normal seyrinde olan bağlanma davranışı bebeğin sosyal tepkisini diğer kişilerden çok primer bakım verene yönlendirmesi ve bakım veren kişiden ayrılmaya ve yeniden birleşmeye anlamlı tepki vermesidir. Güvenli bağlanan çocuklar anneleri gittiğinde tepki gösterirler ancak döndüğünde kolay sakinleşirler. Bu bağlanmanın gerçekleşmesi için bakım verenin her zaman ulaşılabilir olması, kesintisiz, tutarlı tepkiler vermesi ve bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı olması gereklidir (139). Annelerinin ihtiyaçları olduğunda yardımcı olacağından emin olamayan çocuklar kaygılı bağlanma örüntüsü gerçekleştirirler

ve ayrılığa direnirler, anneleri döndüğünde de sakinleşmezler. Çevreyi araştırmaya yönelik kaygılı hissederler. Genelde tutarsız tepkiler veren ve çocuklarını terk etme tehdidinde bulunan annelerin çocuklarında bu bağlanma davranışı görülür. Annelerinin yardımcı olacağına hiç güvenmeyen çocuklar ise kaçınan bağlanma paterni gösterebilirler. Çocuklarının ihtiyaçlarını görmezden gelip sürekli reddeden annelerin çocukları annelerinin yokluğuna tepki göstermedikleri gibi anneleri döndüğünde de yakınlık göstermezler (140). Main ve Solomon tarafından tanımlanan dezorganize bağlanma örüntüsünde ise çocuklarda stereotipik hareketler, donup kalma yada hareketlerin yavaşlaması tarzı davranışlar görülür. Bakım vereninden korkan bu çocukların annelerinde fiziksel taciz ve istismar davranışı, psikiyatrik bozukluklar, kendi bağlanma nesnelere ile problemler sıklıkla gösterilmiştir (143).

Bartholomew ve Horowitz bireyin kendisi ve yakınındaki kişileri nasıl algıladığına dair içsel şemalarından kaynaklanan güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma tiplerini tanımlamışlardır (144).

Bowlby ile başlayan çalışmalarla güvensiz bağlanma şeklinin ilerleyen dönemde psikopatolojiyle ilişkili olduğu düşünülürken güvenli bağlanma ruhsal iyilik haliyle ilişkilendirilmiştir (145). Kaygılı bağlanmanın anksiyete ve depresif bozukluklarla, kaçınan bağlanmanın ise davranış bozukluklarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Dezorganize bağlanma ise dissosiyatif bozukluklarla ilişkilendirilmiştir (146).

2.6.2 Maternal Bağlanma Sürecinde Etkili Olan Faktörler

Maternal bağlanma sürecinde rol oynayan etkenler ile ilgili yapılan çalışmalar bu etkenleri doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası döneme ait olarak incelemektedir. Örneğin yapılan bir çalışmada doğum şekli ve anneye doğumda anestezi uygulanmasının bağlanma sürecinde etkili olduğu gösterilmiştir (147).

Yapılan araştırmalarla anne bebek arasında oluşan ve bebeğin ilerleyen dönemdeki bağlanma sürecinde de etkili olan maternal bağlanmayı etkileyen faktörler arasında teknoloji ve tanı gereçlerinin varlığı dikkat çekmektedir. Son otuz yılda ultrason teknolojisi sayesinde, anne karnındaki fetüsün erken dönemde görüntülenebilmesi gebelerin bilgilendirilmesi ile birlikte prenatal bağlanma üzerinde olumlu etkiler sağlamıştır (148). Ayrıca çalışma durumu, gebelik haftası, gelir düzeyinin yüksek olması doğum öncesi dönemde bağlanmayı olumlu yönde etkilerken, yaş, eğitim düzeyi, aile tipi, gebeliğin istenmiş olması, önceki gebelik ve yaşayan çocuk sayısı gibi faktörlerin etkisi farklı çalışmalarda çelişkili bulunmuştur (149).

Gebelik sürecinde ve doğum sonrası dönemde annenin algıladığı stres düzeyinin yüksek olması, geçirilmiş travma öyküsü, eş ve kendi annesinden aldığı sosyal desteğin yetersiz olması, evlilik ilişkisinde sorunlar da maternal bağlanmayı olumsuz etkilediği bilinen diğer faktörlerdendir. Peripartum dönemde annenin anksiyete ve depresyon belirti düzeylerinin maternal bağlanma üzerine direkt ve olumsuz etkisi olduğu da yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (150,151). Anne ve babanın doğum öncesi dönemde bebekle ilgili kurdukları hayal doğum sonrası gerçekteşen durumla ne ölçüde uyumluysa anne-bebek arasındaki bağlanma o düzeyde artış göstermektedir (152).

Daha uzun süre küvözde kalma ve anne ile daha geç temasa neden olan bebeğin prematüre doğması bağlanmayı olumsuz etkileyen bir faktördür (153). Ayrıca plansız gebelik, 35 yaş ve sonrasında gebe kalma, birden çok doğum yapmış olmak, düşük eğitim ve gelir düzeyi, çalışmamak annenin bağlanmasını olumsuz etkileyen diğer etmenlerdendir (154).

Bağlanmanın desteklenmesi için, doğum sonrası ilk saatlerde bebekle ten temasının başlatılması, annenin bebeğiyle göz teması kurması, bebeğin giysilerini giydirip çıkarması, bebeğine tensel temasta bulunması, öpmesi, onunla konuşmasının önemli olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (155).

Maternal bağlanma ve bağlanma stilleri arasındaki ilişki incelendiğinde, annenin bebeğine bağlanması ile kendi annesine bebeklik dönemindeki bağlanmasının ilişkili olduğu, annelerin çocukluk dönemindeki aile ilişkisi dinamiklerinin, yetiştirilme hatıralarının ve ergenlik dönemindeki bağlanma ilişkilerinin annenin bebeğine bağlanmasında etkili olduğu gösterilmiştir (156). Yapılan bir çalışmada annelerin kaygılı ve kaçınan bağlanma düzeyleri azaldıkça maternal bağlanma skorlarının yükseldiği ve güvenli bağlanma stiline sahip annelerin bebeklerine daha iyi bağlandığı saptanmıştır (157).

2.7 Psikolojik Dayanıklılık Kavramı

Psikolojik dayanıklılık bireyin stresli olayların üstesinden gelebilmesi, değişen duruma uyum sağlayabilmesi, iyileşme ve güçlenme becerisi olarak tanımlanabilir (158). Literatürde kabul gören diğer bir tanıma göre psikolojik dayanıklılık, olumsuz etkileri olan yaşam olaylarına karşı kişinin değişen koşullara adaptasyonu, zorlayıcı olay ve durumların olumsuz etkilerinden korunma ve olumsuz deneyimden daha güçlenerek çıkabilme yetisidir (159,160). Psikolojik dayanıklılığı bir kişilik özelliğinden çok olumsuz deneyime karşı kişinin yanıtı olarak değerlendirmek doğru bir yaklaşımdır (161).

Dayanıklılık kavramını gündeme getiren ilk kişi gelişimsel psikopatoloji alanında çalışmalar yapan Norman Garnezy'dir. Dayanıklılığın strese girmemek yada olumsuz olaylardan etkilenmemek anlamına gelmediğini, her çocuğun zorlu olaylar sonucu strese girdiğini, dayanıklı çocukların diğerlerinden farklı olarak duygusal anlamda etkilenseler bile işlevselliklerinin yeterli düzeye geri gelebildiğini ifade etmiştir (162).

2.7.1 Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkili Etmenler

Yapılan çalışmalarda korku yanıtının olduğu beyin yollarında, bireyin hayatındaki amaç ve anlam ile ilgili duygularında, hayatta kendine bir yer bulabilmesinde, kendisine ve dış dünyaya bakışında farklılıklar saptanmıştır

(163). Bu farklılıklar dayanıklılığı ve kişinin strese verdiği yanıtı etkiliyor olabilir. Ayrıca dayanıklılık sadece doğuştan gelen bir özellik değildir. Doğuştan gelen biyolojik özellikler ile sosyal çevre, aile gibi değişkenlerin etkileşimiyle oluşan, zamanla geliştirilebilen bir beceridir (164). Pek çok risk etmeni ve koruyucu faktörün karşılıklı etkileşimi ile şekillenen bu kompleks yetinin mekanizması tam olarak açıklanabilmiş değildir. Dayanıklılığın iyi düzeyde olması ruhsal bozuklukların gelişmesini engeller, sağlıklı bir yaşam, bedensel, sosyal ve psikolojik iyilik hali sağlar, kronik hastalıklarda iyileşmeye yardımcı olur ve yaşam kalitesini artırır (158). Dayanıklılığın az olması ise depresyon, hipertansiyon, kalp damar hastalıkları riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur (165).

Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında dayanıklılığı açıklayan beş temel özellikten bahsedilmiştir: iyileşme kabiliyeti, kişiyi tanımlayan işlevsellik tarzı, kendini toplama yeteneği, zaman içinde evrimleşen dinamik süreç, yaşam koşullarına olumlu biçimde uyum sağlama (164).

Olumsuz deneyime maruz kaldıktan sonra kişinin dayanıklılık düzeyi ve deneyimin birey üzerindeki etkisi, deneyimin niteliğine, şiddetine, kronik olup olmamasına bağlıdır. Kişinin kendisinden ve çevresinden kaynaklanan destekleyici ve koruyucu özellikler de dayanıklılık kapasitesini etkiler (166). Ayrıca iyimserlik, mizahı kullanma, kabullenme, korkularla yüzleşmekten kaçınmama, özgecilik, affedici ve sorun çözme odaklı olma, dışadönüklük, cesaret, sosyal destek almaya açık olma, kendine yetebilme, geleceğe dair planlar yapma ve yeniliğe açık olma gibi kişilik özelliklerinin dayanıklılıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir (167).

Kişinin yaşamının kontrolünün kendisinde olduğu hissi, hayatta anlam bulabilme ve zorlu yaşam olaylarını engel olarak değil, kendisini güçlendirecek bir meydan okuma olarak görme gibi özellikleri içeren sağlamlık kavramının da uyum becerilerini artırarak dayanıklılığa katkıda bulunduğu düşünülmektedir (168).

Aile ve yakın arkadaş ilişkileri dayanıklılığı destekleyen sosyal kaynakların en önemlilerindedir. Aile ilişkilerinin sağlıklı ve yakın olması, yakın ilişki kurulan arkadaşların varlığı ve bu kaynakları ihtiyaç duyduğunda kullanabileceği inancı kişinin kaygısını azaltarak problemlere daha iyimser yaklaşmasını sağlayabilir. Özellikle anne ile kurulmuş güven ilişkisi diğer sosyal ilişkilerin kurulabilmesi ve sağlıklı şekilde sürdürülebilmesine dayanak sağlar (169). Desteğin farkında olma ve gerektiğinde sosyal desteğe ulaşmanın mümkün olduğunu bilme algılanan stresi azaltır ve kişinin dayanıklılığını artırır.

Bireyin stresli bir durumun sonuçlarını zihninde olumlu şekilde işlemesi, olumsuzluklarla başa çıkma konusunda öz yeterliliği hakkında olumlu atıfları olması, değişen şartlarda temel işlevselliğini korumasını sağlayan davranışsal esnekliğinin iyi düzeyde olması uyum beceresini dolayısıyla dayanıklılığını olumlu yönde etkileyebilecek bilişsel etmenler arasında sayılabilir (166). Ayrıca kişinin duygu düzenleme becerileri, dini ve manevi duyguların da psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (170,171).

Özetle, dayanıklılık yalnızca bireyin doğuştan getirdiği bir kişilik özelliği olmayıp, hayat boyu süregelen, dinamik ve farklı etmenlerin etkileşimi ile değişebilen bir beceridir. Ruhsal iyilik halini korumak için yardımcı kaynaklar kullanıldıkça gelişir, sonuç olarak ruhsal iyiliğin sürdürülebilir hale getirilmesi için sosyal ve çevresel kaynakların zenginleştirilmesi gereklidir (172).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Evren ve Örneklem

Bu araştırmada rutin sağlık kontrollerinin yapılması amacıyla Ocak 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne başvuran, 1-6 ay arası bebek sahibi olan

18-45 yaş arası 140 gönüllü annede maternal bağlanmanın PPD belirtileri ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

3.2 Etik İzin

Maternal bağlanmanın postpartum depresyon belirtileri ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi isimli çalışma için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 27.10.2022 tarihinde başvuru yapılmıştır. Çalışma, 21.12.2022 tarih ve 2022/16-14 sayılı etik kurul kararı ile onaylanmıştır.

3.3 Çalışmanın Uygulanması

Katılımcılar araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildi. Katılımcılara her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılanların çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği bilgisi verilip katılmayı kabul edenlere onam formu imzalatıldı. Katılımcıların klinik değerlendirmesi için Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı- 5 (DSM-5) yönelimli klinik görüşme yapıldı. Değerlendirme sonrası katılımcılara sosyodemografik veri formundaki sorular soruldu. Öz bildirim ölçekleri olan Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) verilerek katılımcıların doldurması sağlandı.

3.4 Araştırmaya Dahil Etme Ölçütleri

Çalışmaya 1-6 aylık bebeği olan, okuma yazma ve Türkçe bilen, çalışmaya katılmayı kabul eden 18-45 yaş arasındaki kadınlar alınmıştır.

3.5 Araştırmaya Dahil Etmeme Ölçütleri

Psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, organik mental bozukluk gibi yargılama bozukluğuna neden olabilecek psikiyatrik hastalığı olan, ölçekleri

doldurmasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi engeli (demans, mental retardasyon, işitme, görme engeli gibi) olan, bebeğinde hayatı tehdit eden konjenital hastalık bulunan, bebeği preterm (37.hafta ve öncesi) doğan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6 Veri Toplama Araçları

3.6.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, geçmiş psikiyatrik hastalık öykülerini, aile bireylerinin ruhsal bozukluklarını, gebelik, doğum ve bebekle ilgili etkenleri tespit etmek amacıyla geliştirilen veri formudur. Toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2 Maternal Bağlanma Ölçeği

Müller tarafından geliştirilen ölçek annenin bebeğine karşı bağlanmasını değerlendirir (173). 26 maddeden oluşan, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Sırasıyla “Her zaman=4”, “Sık sık=3”, “Bazen=2”, “Hiçbir zaman=1” şeklinde puanlanır. Toplam puan aralığı 26 ve 104 arasındadır. Yüksek puanlar güçlü anne bağlanmasını gösterir. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği Kavlak ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (174).

3.6.3 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Cox ve arkadaşları tarafından 1987 yılında doğum sonrası süreçte depresyon riskinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak erken postnatal depresyonun klinisyenlerce tanınmasına oldukça faydalı olmuş bir öz değerlendirme ölçeğidir (175). Engindeniz ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (176). Ölçek toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten toplam alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30’dur. Kesme puanı 12-13 olarak bildirilmiştir.

3.6.4 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

2003 yılında Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek beş boyuttan oluşmaktadır (177). Ölçeğin amacı bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmektir. Basım ve Çetin tarafından 2011 yılında Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan ölçekte 33 madde yer almaktadır (178). Belirli bir kesme puanı yoktur, beşli likert tipinde düzenlenmiştir. Toplam puan 33 ile 165 arasında değişmektedir ve puanın artmasıyla psikolojik dayanıklılığın arttığı şeklinde değerlendirme yapılır. Ölçeğin kişilerde ölçmeyi amaçladığı alt boyutlar şunlardır:

Kendilik Algısı: Kişinin kendisine ve yeteneklerine güvenme, öz yeterlilik, olumlu bakış açısı, plan yapabilme yeteneği, geleceğe pozitif bakmak ve amaç odaklı olmak gibi özelliklerden oluşur. 6 madde ile değerlendirilir.

Sosyal Yeterlilik: Mizah, dışa dönük olma, bilişsel esneklik, dostluk kurma özelliklerinden oluşur. 6 madde ile değerlendirilir.

Yapısal Stil: Bireyin amaç odaklı, kurallara ve rutine uyan, zamanı ayarlama yeteneği ve planlı yaşayabilme durumunu içerir. 4 madde ile değerlendirilir.

Aile Uyumu: Aile fertlerinde ortak zevkler, birbirine bağlılık, geleceğe olumlu bakabilme, uyumlu olma, ortak değerler, aile ile güzel vakit geçirme durumunu içerir.

Sosyal Kaynaklar: Sosyal destek, aile dışı yakın dostların desteği, cesaret verme, bağlılık duyguları, ihtiyacı olduğunda yardım alma, onay verme davranışlarını içerir.

3.7 İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada elde edilen verilerin özetlenmesi sürecinde, sürekli (sayısal) değişkenler dağılımlarına bağlı olarak ortalama \pm standart sapma veya medyan, minimum ve maksimum değerler ile tablolar halinde sunulmuştur. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik durumlarını belirlemek için Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov ve Anderson-Darling testleri kullanılmıştır.

Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar, gruplara göre değerlendirilmiştir. Beklenen gözlem değerlerinin 5 ve üzeri olduğu 2x2 tablolarda Pearson Ki-Kare, beklenen değerlerin 5'in altında olduğu tablolarda Fisher's Exact Test ve RxC tablolarda beklenen gözlem değerlerinin 5'in altında olduğu durumlarda Fisher Freeman Halton testi kullanılmıştır.

Bağımsız iki grup arasındaki karşılaştırmalar için, sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Independent Samples T-Test, normal dağılım göstermediği durumlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bağımsız birden fazla grup arasındaki karşılaştırmalar için, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Parametrik olmayan testlerde ise gruplar arasındaki farklılıklar Dwass-Steel-Critchlow-Fligner testi ile değerlendirilmiştir.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla, değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda Spearman's Rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Depresyonun aracı rolünü belirlemek amacıyla, dayanıklılığın bağlanma üzerindeki etkisini incelemek için yapısal eşitlik modellemesi analizi gerçekleştirilmiştir. Modelde yer alan değişkenler arasında normal dağılım varsayımını sağlamayanlar olduğu göz önüne alınarak, asimptotik kovaryans matrisine dayalı robust maksimum olabilirlik kestirim yöntemi kullanılmıştır.

İstatistiksel analizler için LISREL (Versiyon 8.80), Jamovi (Versiyon 2.3.24.0) ve JASP (Versiyon 0.17.1) programları kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak 0.05 (p-değeri) kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya doğum sonrası 1-6 aylık dönem içerisinde bulunan 140 anneye dahil edildi. Katılımcıların yapılan klinik görüşmeye göre %23,5'unda PPD olduğu saptandı. Çalışmaya alınan kadınlar PPD tanısı alıp almamalarına göre, PPD var (n=33) ve PPD yok (n=107) olarak iki gruba ayrıldı.

Araştırmamıza katılan katılımcıların yaş ortalaması $30,5 \pm 4,8$ olup, bebeklerinin ay ortanca değeri 3.5 ay idi. Katılımcıların 137'si (%97.9) evli, 2'si (%1.4) dul ve 1'i (%0.7) bekar durumdaydı. Eğitim durumlarına bakıldığında, 25 kadın (%17.9) ilköğretim, 36'sı (%25.7) lise ve 79'u (%56.4) üniversite mezunu idi. Çalışma durumlarına gelince, 47 katılımcı (%33.6) aktif olarak çalışıyor, 55'i (%39.3) çalışmıyor ve 38 kişi (%27.1) ise doğum öncesi dönemde çalışıyordu. Ekonomik durumları incelendiğinde, 41 katılımcı (%29.3) gelirlerinin giderlerinden az olduğunu, 59'u (%42.1) gelirlerinin giderlerine denk olduğunu ve 40'i (%28.6) gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtti. Aile yapılarına göre 125 kadın (%89.3) çekirdek aile yapısında, 15'i (%10.7) ise geniş aile yapısında yaşamaktaydı. Evlilik ilişkilerini değerlendirdiğimizde, 42 kadın ilişkisini "çok iyi", 72'si (%52.2) "iyi", 18'i (%13) "ortalama" ve 6'sı (%4.3) ise "zayıf" olarak tanımladı. Sigara, alkol ya da madde kullanımı söz konusu olduğunda, 17 kadın (%12.1) bu tür bir kullanımı bildirdi; bunların 13'ü (%76.5) sigara, 4'ü (%23.5) alkol kullanıyordu (**Tablo 4.1**).

Tablo 4.1. Araştırmaya alınan katılımcıların demografik değişkenlere dair tanımlayıcı istatistikler

		Toplam sayı (n=140)
Yaş		30,5±4,8
Bebeğin Ayı		3,5 [1,0–6,0]
Medeni Durum	Evli	137 (97,9)
	Bekar	1 (0,7)
	Dul	2 (1,4)
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	25 (17,9)
	Lise	36 (25,7)
	Üniversite	79 (56,4)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	47 (33,6)
	Çalışmıyor	55 (39,3)
	Önceden çalışıyor	38 (27,1)
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	41 (29,3)
	Gelirim giderime denk	59 (42,1)
	Gelirim giderimden çok	40 (28,6)
Aile Tipi	Çekirdek	125 (89,3)
	Geniş	15 (10,7)
Evlilik İlişkisi	Çok iyi	42 (30,4)
	İyi	72 (52,2)
	Ortalama	18 (13,0)
	Zayıf	6 (4,3)
Alkol, sigara ve madde kullanımı	Hayır	123 (87,9)
	Evet	17 (12,1)
Alkol/sigara	Sigara	13 (76,5)
	Alkol	4 (23,5)

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (yüzde); sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma ve medyan[*min*-*maks*] şeklinde verildi.

Katılımcıların 110'u (%78.6) daha önce ölü doğum ya da düşük yapma tecrübesi yaşamamışken, 30'unun (%21.4) ölü doğum ya da düşük öyküsü mevcuttu. Yardımcı üreme yöntemleri kullanmış olan kişi sayısı 12 (%8.6) idi. Katılımcıların 117'si (%83.6) isteyerek gebe kaldığını belirtti. Gebelik sürecinde sağlık problemleri yaşayan 39 kişi (%27.9) vardı. Doğum şekli olarak, 32 katılımcı (%22.9) normal doğum, 6 katılımcı (%4.3) epidural anestezi ile normal doğum, 69 katılımcı (%49.3) isteğe bağlı sezaryen ve 33 katılımcı (%23.6) ise plansız sezaryen deneyimlemişti. Kadınların 74'ü (%52.9) ilk doğumunu yapmışken, 51 kadın (%36.4) 2 çocuk, 13 kadın (%9.3) 3 çocuk ve 2 kadın (%1.4) ise 4 veya daha fazla çocuk sahibi idi. Katılımcıların bebeklerinin cinsiyet dağılımı eşit orandaydı; 70 kadın (%50) kız, 70 kadın (%50) erkek bebek sahibi idi. Katılımcıların 136'sı (%97.1) bebeğinin cinsiyeti konusunda memnun olduklarını

belirtti. Doğum esnasında 13 kadının (%9.3) bebeklerine ait komplikasyonlar gözlemlendi, 11'inde (%7.9) ise anneye ait komplikasyonlar yaşanmıştı. 113 kadın (%80.8) doğum sonrası emzirme sürecindeydi. Doğum sonrası 31 bebek (%22.1) için yoğun bakım ünitesine ihtiyaç duyulmuştu ve bu bebeklerin yoğun bakımda kalma süresinin ortanca değeri 5 gün olarak belirlendi. Kadınların 33'ü (%23.6) çeşitli nedenlerle bebeklerinden ayrı kalmak durumunda kalmışlardı. Katılımcıların 77'si (%55) yeterli sosyal desteğe sahip olduklarını, 41'i (%29.3) kısmen yeterli sosyal desteğe sahip olduklarını ve 22'si (%15.7) ise yeterli sosyal destek alamadıklarını ifade etti. Araştırmamızda 33 katılımcıda (%23.6) PPD tespit edildi. 25 kadında (%17.9) geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken, 12 kadında (%8.6) gebelik sürecinde de depresif belirtiler mevcuttu. 15 katılımcıda (%10.7) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü saptandı (**Tablo 4.2**).

Tablo 4.1. Araştırmaya alınan kadınlarda gebelik ve postpartum döneme ait özellikler

		Toplam sayı (n=140)
Ölü Doğum/Düşük Öyküsü	Yok	110 (78,6)
	Var	30 (21,4)
Yardımcı Üreme	Hayır	128 (91,4)
	Evet	12 (8,6)
Gebelik İsteği	Hayır	23 (16,4)
	Evet	117 (83,6)
Gebelikte Sağlık Problemleri	Hayır	101 (72,1)
	Evet	39 (27,9)
Doğum Şekli	Normal doğum	32 (22,9)
	Epidural normal	6 (4,3)
	İsteğe bağlı sezaryen	69 (49,3)
	Plansız sezaryen	33 (23,6)
Kaçıncı Çocuk	İlk çocuk	74 (52,9)
	İkinci çocuk	51 (36,4)
	Üçüncü çocuk	13 (9,3)
	4 ve üzeri çocuk	2 (1,4)
Cinsiyet	Kız	70 (50,0)
	Erkek	70 (50,0)
Bebeğin Cinsiyetinden Memnuniyet	Hayır	4 (2,9)
	Evet	136 (97,1)
Doğumda Bebek Komplikasyonları	Hayır	127 (90,7)
	Evet	13 (9,3)
Doğumda Anne Komplikasyonları	Hayır	129 (92,1)
	Evet	11 (7,9)
Emzirme	Hayır	27 (19,3)
	Evet	113 (80,7)

Yoğun Bakım Küvöz	Hayır	109 (77,9)
	Evet	31 (22,1)
Yoğun Bakım Süresi		5,0 [1,0–11,0]
Herhangi bir nedenle bebekten ayrı kalma	Hayır	107 (76,4)
	Evet	33 (23,6)
Sosyal Destek	Yeterli	77 (55,0)
	Kısmen yeterli	41 (29,3)
	Yok	22 (15,7)
Postpartum Depresyon (PPD)	Yok	107 (76,4)
	Depresyon	33 (23,6)
Geçmiş Psikiyatrik Tanı	Yok	115 (82,1)
	Var	25 (17,9)
Gebelik Depresyonu	Yok	128 (91,4)
	Var	12 (8,6)
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Hayır	125 (89,3)
	Evet	15 (10,7)

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (yüzde); sayısal değişkenler için medyan [min-maks] şeklinde verildi.

Katılımcıların yaş, bebeğin ayı, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, alkol veya sigara kullanımı bakımından PPD görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (her biri için $p>0.05$). Ancak, evlilik ilişkisi zayıf olanların PPD oranı (%12,5), diğerlerine (%1,9) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir (**Tablo 4.3**). İstatistiksel olarak anlamlı bulduğumuz, dikkat çekmek istediğimiz değerler tablolarda kırmızı renkte gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların demografik özellikleriyle postpartum depresyon varlığının karşılaştırılması

		Postpartum Depresyon (PPD)		p
		Yok (n=107)	Var (n=33)	
Yaş		31,0 [20,0 – 42,0]	30,0 [19,0 – 38,0]	0,136**
Bebeğin Ayı		4,0 [1,0 – 6,0]	3,0 [1,0 – 6,0]	0,968**
Medeni Durum	Evli	105 (98,1)	32 (97,0)	0,286*
	Bekar	0 (0,0)	1 (3,0)	
	Dul	2 (1,9)	0 (0,0)	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	18 (16,8)	7 (21,2)	0,159*
	Lise	24 (22,4)	12 (36,4)	
	Üniversite	65 (60,7)	14 (42,4)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	39 (36,4)	8 (24,2)	0,428*
	Çalışmıyor	40 (37,4)	15 (45,5)	
	Önceden çalışıyor	28 (26,2)	10 (30,3)	
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	28 (26,2)	13 (39,4)	0,208*

	Gelirim giderime denk	45 (42,1)	14 (42,4)	
	Gelirim giderimden çok	34 (31,8)	6 (18,2)	
Aile Tipi	Çekirdek	98 (91,6)	27 (81,8)	0,120*
	Geniş	9 (8,4)	6 (18,2)	
Evlilik İlişkisi	Çok iyi	32 (30,2) a	10 (31,2) a	0,036*
	İyi	60 (56,6) a	12 (37,5) a	
	Ortalama	12 (11,3) a	6 (18,8) a	
	Zayıf	2 (1,9) a	4 (12,5) b	
Alkol, sigara ve madde kullanımı	Hayır	96 (89,7)	27 (81,8)	0,233*
	Evet	11 (10,3)	6 (18,2)	
Alkol/sigara	Sigara	8 (72,7)	5 (83,3)	0,999*
	Alkol	3 (27,3)	1 (16,7)	

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (yüzde); sayısal değişkenler için medyan[min-maks] şeklinde verildi.

a, b: Gruplar arasında anlamlı farklılıkları gösteren harfler.

*. Pearson Chi-Square, Fisher's Exact veya Fisher Freeman Halton test.

** . Mann-Whitney U test.

Ölü doğum/düşük öyküsü, yardımcı üreme yöntemlerinin kullanımı, gebelik isteği, gebelikte sağlık problemleri, doğum şekli, gebelik sayısı, bebeğin cinsiyeti, doğum sırasında bebeğe ve anneye ait komplikasyonlar, yoğun bakım ihtiyacı ve süresi, bebekten herhangi bir nedenle ayrı kalma, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü ve PPD durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (her biri için $p>0.05$). Bebeğin cinsiyetinden memnun olmayan annelerde ($p=0.041$), emzirmeyen annelerde ($p=0.037$), gebelik sırasında depresif belirtileri olanlarda ($p<0.001$) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcılarda ($p=0.001$) PPD görülme sıklığı anlamlı şekilde daha yüksektir. Sosyal destek durumu yeterli olan bireylerde PPD görülme oranı (%36,4), yetersiz olanlara (%60,7) göre anlamlı şekilde daha düşüktür (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4. Katılımcılarda reproduktif sağlık ve peripartum döneme ait özelliklerle postpartum depresyon varlığının karşılaştırılması

		Postpartum Depresyon (PPD)		p
		Yok (n=107)	Var (n=33)	
Ölü Doğum/Düşük Öyküsü	Yok	86 (80,4)	24 (72,7)	0,488*
	Var	21 (19,6)	9 (27,3)	
Yardımcı Üreme	Hayır	99 (92,5)	29 (87,9)	0,477*
	Evet	8 (7,5)	4 (12,1)	
Gebelik İsteği	Hayır	16 (15,0)	7 (21,2)	0,562*
	Evet	91 (85,0)	26 (78,8)	
Gebelikte Sağlık Problemleri	Hayır	82 (76,6)	19 (57,6)	0,056*
	Evet	25 (23,4)	14 (42,4)	

Doğum Şekli	Normal doğum	23 (21,5)	9 (27,3)	0,148*
	Epidural normal	4 (3,7)	2 (6,1)	
	İsteğe bağlı sezaryen	58 (54,2)	11 (33,3)	
	Plansız sezaryen	22 (20,6)	11 (33,3)	
Kaçıncı Çocuk	İlk çocuk	60 (56,1)	14 (42,4)	0,246*
	İkinci çocuk	38 (35,5)	13 (39,4)	
	Üçüncü çocuk	8 (7,5)	5 (15,2)	
	4 ve üzeri çocuk	1 (0,9)	1 (3,0)	
Cinsiyet	Kız	54 (50,5)	16 (48,5)	0,999*
	Erkek	53 (49,5)	17 (51,5)	
Bebeğin Cinsiyetinden Memnuniyet	Hayır	1 (0,9)	3 (9,1)	0,041*
	Evet	106 (99,1)	30 (90,9)	
Doğumda Bebek Komplikasyonları	Hayır	98 (91,6)	29 (87,9)	0,505*
	Evet	9 (8,4)	4 (12,1)	
Doğumda Anne Komplikasyonları	Hayır	101 (94,4)	28 (84,8)	0,130*
	Evet	6 (5,6)	5 (15,2)	
Emzirme	Hayır	16 (15,0)	11 (33,3)	0,037*
	Evet	91 (85,0)	22 (66,7)	
Yoğun Bakım Küvez	Hayır	83 (77,6)	26 (78,8)	0,999*
	Evet	24 (22,4)	7 (21,2)	
Yoğun Bakım Süresi		6,5 [1,0 – 11,0]	4,0 [1,0 – 10,0]	0,490**
Herhangi bir nedenle bebekten ayrı kalma	Hayır	82 (76,6)	25 (75,8)	0,999*
	Evet	25 (23,4)	8 (24,2)	
Sosyal Destek	Yeterli	65 (60,7) a	12 (36,4) b	0,012*
	Kısmen yeterli	30 (28,0) a	11 (33,3) a	
	Yok	12 (11,2) a	10 (30,3) b	
Geçmiş Psikiyatrik Tanı	Yok	92 (86,0)	23 (69,7)	0,061*
	Var	15 (14,0)	10 (30,3)	
Gebelikte Depresyon	Yok	104 (97,2)	24 (72,7)	<0,001*
	Var	3 (2,8)	9 (27,3)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Hayır	101 (94,4)	24 (72,7)	0,001*
	Evet	6 (5,6)	9 (27,3)	

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (yüzde); sayısal değişkenler için medyan [min - maks] şeklinde verildi.

a, b: Gruplar arasında anlamlı farklılıkları gösteren harfler.

*. Pearson Chi-Square, Fisher's Exact veya Fisher Freeman Halton test.

** . Mann-Whitney U test.

MBÖ toplam puanının ortanca değeri 98, EDSDÖ toplam puanının ortanca değeri 9, YPDÖ toplam puanının ortanca değeri ise 130 olarak belirlendi. YPDÖ alt ölçek puanlarının ortanca değerleri şu şekildeydi: Yapısal stil için 15.5, gelecek algısı için 16, aile uyumu için 25, kendilik algısı için 24, sosyal yeterlilik için 24 ve sosyal kaynaklar için 29 (**Tablo 4.5**).

Tablo 4.5. Katılımcıların bağlanma, doğum sonrası depresyon ve dayanıklılık düzeyleri

	Toplam sayı (n=140)
Maternal Bağlanma Ölçeği	98,0 [73,0 – 104,0]
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	9,0 [0,0 – 26,0]
Yetişkinler için Dayanıklılık Ölçeği	130,0 [74,0 – 165,0]
Yapısal Stil	15,5 [8,0 – 20,0]
Gelecek Algısı	16,0 [4,0 – 20,0]
Aile Uyum	25,0 [7,0 – 30,0]
Kendilik Algısı	24,0 [9,0 – 30,0]
Sosyal Yeterlilik	24,0 [12,0 – 30,0]
Sosyal Kaynaklar	29,0 [14,0 – 35,0]

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için medyan [min - maks] şeklinde verildi.

Genel örneklemede, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, evlilik ilişkisi ve alkol, madde ya da sigara kullanımına bağlı olarak maternal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (her biri için $p>0.05$) (**Tablo 4.6**).

Tablo 4.6. Genel örneklemede demografik özelliklere göre maternal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması

	Maternal Bağlanma Ölçeği	Test ist.	p
Medeni Durum			
Evli (n=137)	98 [73 – 104]		
Bekar (n=1)	99 [99 – 99]	0,037	0,982*
Dul (n=2)	95,5 [87 – 104]		
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim (n=25)	99 [88 – 104]		
Lise (n=36)	99 [73 – 104]	2,821	0,244*
Üniversite (n=79)	97 [79 – 104]		
Çalışma Durumu			
Çalışıyor (n=47)	100 [86 – 104]		
Çalışmıyor (n=55)	97 [73 – 104]	2,585	0,275*
Önceden çalışıyor (n=38)	97 [79 – 104]		
Gelir Düzeyi			
Gelirim giderimden az (n=41)	98 [86 – 104]		
Gelirim giderime denk (n=59)	99 [73 – 104]	2,112	0,348*
Gelirim giderimden çok (n=40)	97 [75 – 104]		
Aile Tipi			
Çekirdek (n=125)	98 [73 – 104]		
Geniş (n=15)	98 [75 – 104]	898,000	0,792**
Evlilik İlişkisi			
Çok iyi (n=42)	100 [90 – 104]		
İyi (n=72)	97 [73 – 104]	6,863	0,076*

Ortalama (n=18)	96 [75 – 104]		
Zayıf (n=6)	95,5 [94 – 102]		
Alkol, sigara ve madde kullanımı			
Hayır (n=123)	98 [73 – 104]	1003,500	0,790**
Evet (n=17)	98 [75 – 104]		
Sigara (n=13)	99 [75 – 104]	22,500	0,733**
Alkol (n=4)	97,5 [97 – 104]		

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için medyan [min - maks] şeklinde verildi.

*. Kruskal Wallis-H test.

** . Mann-Whitney U test.

Geçmişte ölü doğum/düşük öyküsü, yardımcı üreme yöntemlerinin kullanımı, gebelik planlaması, gebelikte yaşanan sağlık problemleri, doğum şekli, kaçınıcı çocuk olduğu, bebeğin cinsiyeti, bebeğin cinsiyetinden memnuniyet ve doğum sırasında bebekle ilgili komplikasyonların varlığına göre maternal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (her biri için $p>0.05$) (**Tablo 4.7**).

Tablo 4.7. Katılımcıların reproduktif sağlık ve peripartum döneme ait özelliklerine göre maternal bağlanma derecesinin karşılaştırılması

	Maternal Bağlanma Ölçeği	Test İst.	p
Ölü Doğum/Düşük Öyküsü			
Yok (n=110)	98,5 [75 – 104]		
Var (n=30)	97 [73 – 104]	1417,500	0,237**
Yardımcı Üreme			
Hayır (n=128)	98 [73 – 104]		
Evet (n=12)	102 [90 – 104]	594,000	0,195**
Gebelik İsteği			
Hayır (n=23)	98 [73 – 104]		
Evet (n=117)	98 [75 – 104]	1181,000	0,354**
Gebelikte Sağlık Problemleri			
Hayır (n=101)	98 [79 – 104]		
Evet (n=39)	98 [73 – 104]	1836,000	0,535**
Doğum Şekli			
Normal doğum (n=32)	98 [79 – 104]		
Epidural normal (n=6)	99 [93 – 104]		
İsteğe bağlı sezaryen (n=69)	97 [86 – 104]	1,197	0,754*
Plansız sezaryen (n=33)	100 [73 – 104]		
Kaçınıcı Çocuk			
İlk çocuk (n=74)	99 [75 – 104]		
İkinci çocuk (n=51)	97 [73 – 104]		
Üçüncü çocuk (n=13)	100 [91 – 103]	4,618	0,202*
4 ve üzeri çocuk (n=2)	103 [102 – 104]		

Cinsiyet			
Kız (n=70)	97 [79 – 104]	2272,000	0,458**
Erkek (n=70)	99 [73 – 104]		
Bebğin Cinsiyetinden Memnuniyet			
Hayır (n=4)	102 [97 – 104]	161,000	0,165**
Evet (n=136)	98 [73 – 104]		
Doğumda Bebek Komplikasyonları			
Hayır (n=127)	98 [79 – 104]	705,000	0,387**
Evet (n=13)	97 [73 – 104]		

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için medyan [min - maks] şeklinde verildi.

*. Kruskal Wallis-H test.

** . Mann-Whitney U test.

Katılımcılarda doğum sırasında anne sağlığı ile ilgili komplikasyonlar, emzirme durumu, yoğun bakım küvözde kalış öyküsü, herhangi bir nedenle bebekten ayrılma durumu, sosyal destek sistemlerinin durumu, PPD tanısı alıp almadıkları, geçmişte psikiyatrik tanı alıp almadıkları, gebelikte depresif belirtiler ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi durumlar dikkate alındığında, maternal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (her biri için $p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların reproduktif sağlık ve peripartum döneme ait özelliklere göre maternal bağlanma derecesinin karşılaştırılması-II

	Maternal Bağlanma Ölçeği	Test İst.	p
Doğumda Anne Komplikasyonları			
Hayır (n=129)	98 [73 – 104]	702,000	0,957**
Evet (n=11)	97 [87 – 104]		
Emzirme			
Hayır (n=27)	99 [73 – 104]	1478,500	0,805**
Evet (n=113)	98 [79 – 104]		
Yoğun Bakım Küvöz			
Hayır (n=109)	97 [79 – 104]	1491,500	0,320**
Evet (n=31)	100 [73 – 104]		
Herhangi bir nedenle bebekten ayrı kalma			
Hayır (n=107)	97 [79 – 104]	1572,500	0,343**
Evet (n=33)	100 [73 – 104]		
Sosyal Destek			
Yeterli (n=77)	99 [79 – 104]		
Kısmen yeterli (n=41)	97 [73 – 104]	0,722	0,697*
Yok (n=22)	98 [93 – 104]		
Postpartum Depresyon (PPD)			
Yok (n=107)	98 [79 – 104]	1424,500	0,093**
Depresyon (n=33)	99 [73 – 104]		

Geçmiş Psikiyatrik Tanı			
Yok (n=115)	98 [75 – 104]	1270,000	0,362**
Var (n=25)	99 [73 – 104]		
Gebelik Depresyonu			
Yok (n=128)	98 [75 – 104]	560,000	0,121**
Var (n=12)	100,5 [73 – 104]		
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
Hayır (n=125)	98 [75 – 104]	792,000	0,327**
Evet (n=15)	101 [73 – 104]		

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için medyan [min - maks] şeklinde verildi.

*. Kruskal Wallis-H test.

** . Mann-Whitney U test.

Çalışmamızın örnekleme dahil olan katılımcılarda, MBÖ toplam puanları ile YPDÖ toplam puanları ve aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt ölçek puanları arasında zayıf ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$ her biri için). Ancak, MBÖ ile EDSDÖ puanları, psikolojik dayanıklılık yapısal stil ve gelecek algısı alt ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon belirlenmemiştir ($p > 0.05$ her biri için).

Doğum sonrası depresyon tanısı almayan kadınlarda, MBÖ ile YPDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında zayıf-orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$ her biri için). Ancak, EDSDÖ puanları ile anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p = 0.724$).

Öte yandan, doğum sonrası depresyon tanısı alan kadınlarda MBÖ puanları ile EDSDÖ ve YPDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > 0.05$ her biri için) (**Tablo 4.9**)

Tablo 4.9. Araştırma örneklemini katılımcılarda, postpartum depresyon tanısı alan ve almayan katılımcılarda maternal bağlanma düzeyleri ile doğum sonrası depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki korelasyonlar

	Maternal Bağlanma Ölçeği					
	Genel (n=140)		Postpartum depresyon "var" (n=33)		Postpartum depresyon "yok" (n=107)	
	r	p	r	p	r	p
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	-0,006	0,943	-0,235	0,188	-0,035	0,724
Yetişkinler için Dayanıklılık Ölçeği	0,249	0,003	0,205	0,253	0,339	<0,001
Yapısal Stil	0,163	0,055	0,130	0,472	0,200	0,039
Gelecek Algısı	0,163	0,054	0,161	0,372	0,204	0,035
Aile Uyumu	0,215	0,011	0,168	0,349	0,292	0,002
Kendilik Algısı	0,180	0,033	0,048	0,789	0,250	0,010
Sosyal Yeterlilik	0,196	0,021	0,171	0,340	0,274	0,004
Sosyal Kaynaklar	0,231	0,006	0,243	0,174	0,264	0,006

Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı.

Araştırmamızın genel örnekleme bakıldığında, katılımcıların EDSDÖ puanları ile YPDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında zayıf-orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$ her biri için). Doğum sonrası depresyon tanısı alan kadınlarda EDSDÖ puanları ile psikolojik dayanıklılık sosyal kaynaklar alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p = 0.005$), fakat YPDÖ toplam ve diğer alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > 0.05$ her biri için). Doğum sonrası depresyon tanısı almayanlarda ise, EDSDÖ puanları ile YPDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında zayıf-orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$ her biri için) (**Tablo 4.10**).

Tablo 4.10. Araştırma örneklemini katılımcılarda, postpartum depresyon tanısı alan ve almayan katılımcılarda doğum sonrası depresyon düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki korelasyonlar

	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği					
	Genel (n=140)		Postpartum depresyon "var" (n=33)		Postpartum depresyon "yok" (n=107)	
	r	p	r	p	r	p
Yetişkinler için Dayanıklılık Ölçeği	-0,437	<0,001	-0,290	0,101	-0,382	<0,001
Yapısal Stil	-0,256	0,002	-0,264	0,137	-0,213	0,028
Gelecek Algısı	-0,353	<0,001	-0,142	0,429	-0,367	<0,001
Aile Uyumu	-0,352	<0,001	-0,306	0,084	-0,300	0,002
Kendilik Algısı	-0,362	<0,001	-0,019	0,916	-0,360	<0,001
Sosyal Yeterlilik	-0,324	<0,001	-0,319	0,070	-0,224	0,020
Sosyal Kaynaklar	-0,358	<0,001	-0,476	0,005	-0,244	0,011

Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı.

Uyguladığımız aracılık analizinde incelediğimiz iki model aşağıdaki gibidir;

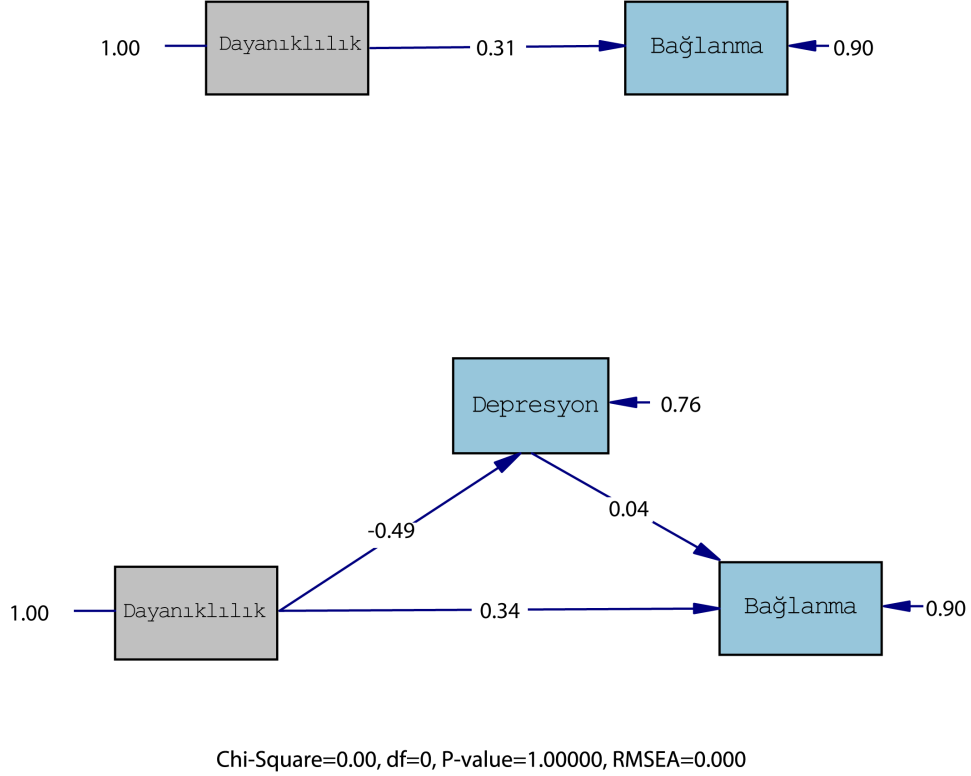
1. Depresyonun aracı değişken olarak ele alındığı ve dayanıklılığın bağlanmayı nasıl etkilediğini incelediğimiz model.
 - a. Bu modelde, dayanıklılık bağımsız değişken, bağlanma bağımlı değişken ve depresyon ise aracı değişken olarak belirlenmiştir.

Depresyonun, dayanıklılık ile bağlanma arasındaki etkileşimde aracı rolünün incelendiği aracı değişken analizi sonuçları Tablo 4.11'de sunulmuştur. Ayrıca bu analiz için standardize edilmiş yol katsayıları ve standart hataların yer aldığı yol diyagramı Şekil 1'de gösterilmiştir. Tablo 4.11'e göre, depresyonun dikkate alınmadığı temel modelde (Model I), dayanıklılığın bağlanmayı anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilediği belirlenmiştir ($\beta=0.31$; $p<0.05$; $R^2=0.10$). Depresyonun dahil edildiği aracı değişken analizinde (Model II), dayanıklılıktan depresyona olan etkinin anlamlı ve negatif ($\beta=-0.49$; $p<0.05$; $R^2=0.24$) olduğu ve depresyondan bağlanmaya olan etkinin ise anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($\beta=0.04$; $p>0.05$). Dayanıklılıktan bağlanmaya olan etkinin pozitif ve anlamlı olduğu bulunmuştur ($\beta=0.34$; $p<0.05$; $R^2=0.12$). Model I'deki dayanıklılığın bağlanmaya olan anlamlı etkisi, depresyonun modele dahil edildiği Model II'de de anlamlı çıkmaktadır. Ayrıca depresyondan bağlanmaya olan etkinin anlamlı olmaması nedeniyle, dayanıklılıktan bağlanmaya olan etkide depresyonun bir aracı rolü olmadığı söylenebilir. Dolayısıyla, dayanıklılıktan depresyon aracılığı ile bağlanmaya olan dolaylı etkinin de anlamlı olmadığı bulunmuştur ($\beta=-0.02$; $p>0.05$).

Tablo 4.11. Bağlanmanın dayanıklılık üzerindeki etkisinde depresyonun aracı rolünün incelenmesi

Model	Pathway	Std. Path coefficient (β)	Std Error (S_β)	t	p-value
Model I. Temel model	Dayanıklılık → Bağlanma	0,31	0,03	3,46	<0,05
Model II. Mediation Analizi	Dayanıklılık → Depresyon	-0,49	0,02	8,02	<0,05
Model II. Mediation Analizi	Depresyon → Bağlanma	0,04	0,08	0,53	0,34
Model II. Mediation Analizi (Doğrudan etki)	Dayanıklılık → Bağlanma	0,34	0,02	4,00	<0,05
Model II. Mediation Analizi (Dolaylı etki)	Dayanıklılık → Depresyon → Bağlanma	-0,02	0,01	0,53	0,34

Şekil 1. Bağlanmanın dayanıklılık üzerindeki etkisinde depresyonun aracı rolü gösteren yol diyagramı



2. Dayanıklılığın aracı değişken olarak ele alındığı ve depresyon düzeyinin bağlanmayı nasıl etkilediğini incelediğimiz model.

a. Bu modelde, depresyon bağımsız değişken, bağlanma bağımlı değişken ve dayanıklılık ise aracı değişken olarak belirlenmiştir.

Depresyon düzeyinin, dayanıklılığın aracı değişken olarak kabul edildiği modelde bağlanmayı nasıl etkilediğini incelemek için, öncelikle aracı değişkenin bulunmadığı Model I incelenmiştir. Depresyondan bağlanmaya olan etkinin anlamlı olmadığı ($\beta=-0.12$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. Depresyondan bağlanmaya

anamlı bir etkinin bulunmaması sebebiyle, dayanıklılığın aracı değişken olarak incelenmesi gereksiz hale gelmiştir.

5. TARTIşMA

Bu çalışmanın sonuçları, postpartum dönemde maternal bağlanma, psikolojik dayanıklılık ve postpartum depresyon arasındaki ilişkileri detaylı bir şekilde incelememizi sağlamıştır.

Literatür incelendiğinde 2005 yılında yayınlanan 28 çalışmanın gözden geçirildiği bir derleme çalışmasında dünya genelinde perinatal depresyonun yaygınlık oranı %19,2 olarak saptanmıştır (82). 2007 yılında yayınlanan farklı ülkelerde ve popülasyonlarda yapılan çalışmaları ele alan bir diğer derleme çalışmasında postpartum ilk bir yıl içinde olan kadınlarda depresyon için %4,4 ile %73,7 arasında değişen yaygınlık oranları bulunmuştur (83). Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kadınlarda PPD prevelansının araştırıldığı 34 çalışmanın gözden geçirildiği çalışmada ise yaygınlık oranı %19,8 olarak saptanmıştır (84). Ülkemizde yapılandırılmış klinik görüşme ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda ise PPD yaygınlığının %6,3 ile %35 arasında olduğu saptanmıştır. Erzurum'da 360 anneyle yapılan tez çalışmasında doğum sonrası depresyon yaygınlığı %35 olarak bulunmuştur. (6) 2016 yılında Konya'da yapılan bir diğer tez çalışmasında ise PPD oranı %6,8 olarak saptanmıştır (7). EDSDÖ Türkçe versiyonunun doğrulanması için yapılan bir çalışmada, postpartum bir yıl içinde olan 341 kadın değerlendirilmiş ve SCID-I'e göre PPD oranı %14,4 bulunmuştur (179). Biz de çalışmamızda klinik görüşme ile değerlendirdiğimiz katılımcıların %23,5'unda PPD saptadık. PPD'nin yaygınlığını araştıran çalışmalarda farklı değerlendirme araçlarının kullanılması, doğum sonrası depresyon belirtilerinin başlangıç zamanı kriterinin değişmesi, annenin bulunduğu popülasyonun ve çalışmaların örneklem büyüklüklerinin farklı olması sebebiyle yaygınlık oranları çalışmalar arasında farklılıklar göstermektedir.

Araştırmamızın örneklemini oluşturan katılımcılar yapılan klinik görüşme ile PPD tanısı alıp almamalarına göre, PPD var ve PPD yok olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu iki grup arasında sosyodemografik, anneyle ilişkili ve bebekle ilişkili faktörler kıyaslanarak PPD için risk faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Literatürde PPD ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmaların sonuçları birbiriyle tutarlı değildir. Örnek verecek olursak, genç anne yaşının depresyon riskini arttırdığını (180,181), azalttığını (182) veya yaşla depresyonun ilişkili olmadığını (92,183,184) savunan çalışmalar mevcuttur. Eğitim seviyesinin ve gelir düzeyinin düşük olması gibi faktörlerin PPD ile ilişkili olup olmadığı konusunda da literatürde uzlaşıya varılamamıştır (88,92,185–189). Bizim çalışmamızda anne yaşı, bebeğin ayı, annenin eğitim ve gelir düzeyi, çalışma durumu ve aile tipi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Literatür incelendiğinde geçmişte ölü doğum ya da düşük öyküsü olan kadınlarda sağlıklı bir doğum sonrasında PPD oranlarının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (190). İngiltere’de geçmişte perinatal kayıp yaşayan 13,133 katılımcıyla yapılan üç yıllık takip çalışmasında tüm diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak kayıp öyküsü olmayan annelere kıyasla PPD oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (191). Buna karşın geçmiş bebek ve fetüs kaybının sonraki gebeliklerde depresyon için risk faktörü olduğunu ancak doğum sonrası dönemde depresyon görülme ihtimalini anlamlı olarak arttırmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (192). Biz de araştırmamızın sonucunda geçmişte ölü doğum yada düşük öyküsü olan kadınlarda PPD oranlarında artış saptamadık.

Yardımcı üreme yöntemlerinin kullanılması, gebelikte yaşanan sağlık problemleri, gebelik sayısı, bebeğin cinsiyeti, doğum sırasında anne ve bebeğin yaşadığı komplikasyonlar, bebeğin küvözde kalma öyküsü, herhangi bir nedenle bebekten ayrı kalma öyküsü gibi reproduktif sağlık ve peripartum döneme ait bazı özelliklerle PPD ilişkisine bakıldı. Gebelikte yaşanan sağlık sorunlarının PPD’u tetikleyebileceğini (193–195) ya da PPD ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını (74) bulan çalışmalar mevcuttur. Biz çalışmamızda yalnızca düşük tehdidi, tansiyon

yüksekliği, aşırı bulantı kusma, preklampsi, tiroid bezi hastalıkları ve gestasyonel diyabet gibi tıbbi hastalıkları sorguladık. Çalışmamızın bulgularında gebelikte yaşanan sağlık problemleri ile PPD arasında ilişki saptamadık. Yalnızca belirli hastalıkları sorgulamamız ve bu hastalıkların kontrol altına alınmış olabildiği nedeniyle anlamlı bir fark saptanmamış olabilir.

Türkiye’de iki eğitim araştırma hastanesinde 105 kadınla yapılan çalışmada, yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme oranı popülasyona göre 1,3 kat daha fazla bulunmuş ancak bu teknikleri kullanmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (196). Çalışmamızın örnekleminde de 12 kadın yardımcı üreme tekniğiyle gebe kaldığını belirtti, bu kadınlarda PPD riskinde anlamlı bir artış saptanmadı. Ülkemizde bu tekniklerle gerçekleşen gebeliklerde bebeğin “kıymetli bebek” olarak algılanması, kültürel olarak bu farklılığı ortaya çıkarmış olabilir. Buna karşın, yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalmanın depresyon açısından bir risk oluşturup oluşturmadığının değerlendirilmesi için daha fazla sayıda bu yöntemlerle gebe kalan katılımcılarla yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Doğum şekli ile depresyon ilişkisini araştıran pek çok çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde de dünyada olduğu gibi son yıllarda sezaryen ile doğum oranları artmaktadır. Acil sezeryanın PPD için risk faktörü olduğunu belirten (197), acil olsun olmasın hastada artmış stres ile ilişkili olduğundan sezaryen ile doğum yapanlarda depresyonun daha sık görüldüğünü belirten (198) çalışmalar olduğu gibi doğum şekli ile PPD’nin ilişkisiz olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (181). Ülkemizde 40 normal doğum, 40 sezeryan ile doğum gerçekleştiren kadınla yapılan çalışmada da doğum şekli ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır (199). Bizim çalışmamızda da katılımcıların doğum şekli ile depresyon arasında bir ilişki saptanmadı. Bunda çalışmamızı yürüttüğümüz kurumun 3. Basamak sağlık kuruluşu olması ve yüksek sezaryen oranları etkili olmuş olabilir. Doğum sırasında annede görülen doğumla ilişkili komplikasyonların da depresyon için risk taşıdığı gösterilmiştir (107). Bizim

çalışmamızda doğum sırasında yaşanan bebek ve anneye ilişkin komplikasyonların riski arttırdığı saptanmadı. Bu sonuçta ciddi konjenital hastalığı olan bebeklerin annelerini çalışmamıza dahil etmememiz ve doğum sırasında annelerin yaşadığı komplikasyonların hayatı tehdit eden riskli komplikasyonlar olmaması etken olmuş olabilir.

Planlanmamış gebelik yaşayan kadınlar iş hayatlarında, eğitim süreçlerinde yada sosyal hayatta zorlanabilirler. Hazırlıksız olarak karşılaşılan bu zorluklar kadında bebeğe karşı ambivalan hislere, yoğun stres ve öfkeye sebep olabilir. Bu da annelik rolüne adapte olan kadının bazı depresif belirtiler deneyimlemesine yol açabilir. Yapılan pek çok çalışmada planlı olmayan gebeliklerin depresyon için risk taşıdığı gösterilmiştir (194,200–204). Ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi planlanmamış gebeliğin PPD ile ilişkili olmadığını belirten Türkiye’de yapılmış çalışmalar da mevcuttur. Edirne’de 111 katılımcıyla yapılan çalışmada istenmeyen ve planlanmamış gebeliğin PPD için risk oluşturmadığı saptanmıştır (181). İçinde bulunduğumuz toplumun kültürel özellikleri bu farklılığa sebep olarak, planlanmamış gebelik yaşayan kadınları doğum sonrası dönemde bebeklerini kabullenerek kurdukları bağ sayesinde depresyon riskinden korumuş olabilir.

Gebelik sayısı ile PPD ilişkisini araştıran çalışmalara baktığımızda artmış gebelik sayısının depresyon riskini arttırdığını (124,205,206) belirtenler olmakla birlikte multiparitenin depresyona karşı koruyucu olduğunu savunan (207) ve primer kadınlarda PPD riskinin daha fazla olduğunu belirten (208) çalışmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte bizim çalışmamızda da olduğu gibi gebelik sayısı ile depresyon arasında anlamlı ilişki olmadığını bulan çalışmalar da mevcuttur (209).

PPD’nun dünya genelinde oldukça sık görülen bir rahatsızlık olmasına karşın farklı kültürel inanışlar riski arttırabilmektedir. Örneğin geleneksel toplumlarda erkek bebek beklentisinin ve erkek bebek doğuran kadına verilen değerlerin daha fazla olması kadınlar üzerinde baskı yaratabilmektedir. Bu açıdan

yapılan bazı çalışmalarda kız bebek sahibi olmanın PPD için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (210). Bu görüşün aksi yönde sonuçlanan 33 çalışmanın ele alındığı yakın tarihli bir meta analiz çalışmasında ise erkek çocuk doğurmak PPD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (211). Bizim çalışmamızda cinsiyet ile PPD görülme riski açısından anlamlı fark saptanmadı. Çalışmamızı yürüttüğümüz ilin sosyokültürel yapısı ve katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olması erkek bebeğe toplumsal olarak özel bir değer atfedilmemesine ve cinsiyetler arasında belirgin bir fark oluşmamasına neden olmuş olabilir. Bununla birlikte çalışmamızda, iki grup karşılaştırıldığında bebeğin cinsiyetinden memnun olmayan annelerde depresyon görülme sıklığının anlamlı oranda arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde, Klainin ve ark. 2008 yılında yapmış olduğu 17 ülkede yapılan 64 çalışmanın değerlendirildiği gözden geçirme çalışmasında bebeğin cinsiyetinden memnun olmayan annelerde depresyon görülme riskinin arttığı gösterilmiştir (201).

Çalışmamızda PPD tanısı alan ve almayan grup karşılaştırıldığında küvözde yatış öyküsü dahil herhangi bir sebeple bebekten ayrı kalmanın depresyon açısından riski arttırdığına dair anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Bunda çalışmamızın dışlama kriterleri arasında bebekte konjenital hastalık varlığı ve prematürite olması nedeniyle daha basit tıbbi sorunlar sebebiyle ve kısa süreli (1 ile 10 gün arasında) yatışlar olması etkili olmuş olabilir. Literatürde bebekten uzun süre ayrı kalmanın ve bebeğin yoğun bakımda yatmasının PPD açısından risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (212,213). Ancak bu çalışmaların örneklemelerine bakıldığında genelde prematür bebek veya ciddi malformasyonlarla doğan bebek anneleri olduğu göze çarpmaktadır. Bu tıbbi durumların uzun süreli yoğunbakım yatışına neden olması sonuçların farklılık göstermesine neden olmuş olabilir.

Emzirmenin anne ve bebek sağlığı üzerindeki önemli faydaları uzun süredir bilinmektedir. Emzirme ile PPD arasındaki ilişki, çeşitli faktörler tarafından etkilenen çok yönlü bir ilişkidir. Emzirme, depresyona karşı koruma sağlayabilirken, her annenin karşılaştığı bireysel deneyim ve zorlukları dikkate

almak önemlidir. Emzirme zorlukları, ağrı ve yorgunluk, emzirme yönündeki sosyal baskı annenin stresini arttırabilir ve annenin ruh sağlığını bozabilir. Bu nedenle emzirme ve PPD ilişkisini inceleyen çalışmaların farklı sonuçları olmaktadır. Bazı çalışmalarda emzirmedeki güçlükler ve emzirememe daha fazla depresif şikayet ve daha yüksek PPD oranı ile ilişkili bulunurken (214), emzirmenin PPD riski ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (215). Ayrıca postpartum depresif belirtilerin emzirmeyi olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (128). Çalışmamızda iki grup arasında emzirmenin PPD ile istatistiksel anlamlı olarak ters yönde ilişkili olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızdaki kısıtlı katılımcı sayısı ve literatürdeki çelişkili sonuçlar bu ilişkiyi daha sağlıklı inceleyebilmek için daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalarda gebelik dönemindeki depresyonun doğum sonrası dönemde depresyon görülme riskini arttırdığı gösterilmiştir (197,200,216). Buna paralel olarak DSM-5 doğum sonrası dönemde görülen depresyonun %50 oranında gebelik döneminde başladığını öne sürerek “peripartum başlangıçlı” belirleyicisini kullanmaktadır (5). Çalışmamızda PPD tanısı alan kadınların %27,3’ünde gebelikte depresif belirtiler mevcuttu, bu da depresyon tanısı almayan grupla karşılaştırıldığında (%2,8) anlamlı oranda yüksekti. Gebelik dönemi hariç major depresif bozukluk dönemi geçirmiş olmanın da PPD riskini arttırdığı bilinmektedir (217). Yang ve arkadaşlarının 2022 yılında yayınladığı 79,043 kişinin toplam örneklemini oluşturduğu meta analiz çalışmasında geçirilmiş depresyon öyküsünün PPD için güçlü bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (218). Yaptığımız çalışmada depresyon tanısı alan grupta geçmişte psikiyatrik tanı alma oranı daha yüksekti (%30,3-%14), ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Örneklemimizin kısıtlı olması bu sonuca yol açmış olabilir. Sonuç olarak hem gebelik dönemi hem peripartum dönem dışındaki geçmiş psikiyatrik hastalıkların PPD için risk oluşturduğu sonucunu çıkarabiliriz.

Ailede ruhsal hastalık görülmesi doğum sonrası depresyon için önemli risk faktörlerindedir ve depresyonun ortaya çıkmasındaki biyolojik etkenlerden biri

olarak kabul edilmektedir (219). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak PPD tanısı alanların ailelerinde psikiyatrik hastalık görülme oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Uyumlu bir evlilik ilişkisi, annenin duygusal ihtiyaçlarını karşılamada önemli rol oynar. Eşler arasındaki anlayış, uyum ve işbirliği annelerin doğum sonrası dönemde ruh sağlıklarını korumalarını sağlayabilir. Bununla birlikte evlilik ilişkisinde yaşanan sorunlar, iletişim problemleri, çatışmalar hassas bir dönemden geçen kadın için depresyon riskini arttıran psikososyal bir risk oluşturabilir (60,194). Çalışmamızda evlilik ilişkisini zayıf olarak niteleyen kadınlarda PPD oranları (%12,5), diğerlerine kıyasla (%1,9) anlamlı olarak daha yüksek olarak gözlenmiştir. Bu da evlilik ilişkisinin kadın ruh sağlığı üzerindeki önemli etkisini ortaya koymaktadır.

Annenin sosyal desteğinin yetersiz olması, PPD gelişimi için önemli bir psikososyal risk faktörü olarak kabul edilmektedir (60,194,220). Tanım olarak, sosyal destek; zorlu yaşam olayları ve stresli koşullarda bireyle yakın ilişki içindeki insanların sağladığı maddi ve manevi yardım olarak ele alınabilir (221). Bu destek kişinin ruhsal iyilik haliyle yakın ilişkilidir ve stres kaynağını ortadan kaldırmaya da kişinin kaygısını azaltarak durumla başetmesini, zor durumu tolere edip uyum göstermeyi mümkün kılar. Sağlanan bu sosyal desteğin niteliği ne olursa olsun, kişinin başa çıkmasını kolaylaştırır, özgüvenini artırır. Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda sosyal desteğini yeterli gören katılımcılarda PPD görülme oranı (%36,7), yetersiz olanlara (%60,7) göre anlamlı oranda daha düşük olarak saptanmıştır.

Maternal bağlanma, bebeğin iyi oluş haline ve dünyaya adaptasyonuna zemin hazırlayan biyolojik, davranışsal ve psikolojik öğeleri içeren karmaşık bir süreçtir (141). Postpartum dönem bebeğe bakım vermeyi ve bebeğin ihtiyaçlarına sürekli duyarlı olmayı zorunlu kıldığı için anneler açısından zorlu bir süreçtir (222). Anne bebek arasındaki sağlıklı duygusal bir bağ oluşmasının hem anne ruh sağlığı hem de bebeğin psikolojik, bilişsel ve fiziksel gelişimi açısından

büyük önem taşıdığı anlaşıldığından literatürde maternal bağlanmayı etkileyebileceği düşünülen faktörlerle ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Yaş, eğitim düzeyi, evdeki çocuk sayısı gibi sosyodemografik değişkenlerin bağlanmayla ilişkisi araştırılmıştır. Korja ve arkadaşlarının yaptığı sistematik bir derleme çalışmasında ele aldığı iki araştırmanın sonuçları, düşük sosyoekonomik durumun anne-bebek ilişkisindeki sorunların bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir (223). Lehnig ve arkadaşlarının araştırmasında da doğum sonrası bağlanma sürecinde sosyodemografik faktörlere vurgu yapılmıştır, anne eğitim düzeyiyle bağlanma arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (224). Diğer çalışmaların sonuçları da ileri anne yaşı (35'in üzerinde) ile daha problemlili bağlanma ilişkisi örüntüsünü göstermektedir (225,226). Evdeki çocuk sayısı açısından bakıldığında, daha fazla sayıda çocuğu olan annelerin ilk kez anne olan kadınlara göre, doğum sonrası erken dönemde bebeklerine daha düşük düzeyde bağlandıkları saptanmıştır (227). Tichelman ve arkadaşlarının 2019 yılında yayınlanan sistemik derleme çalışmasında ise yaş, eğitim ve gelir düzeyi, evlilik durumu, çocuk sayısı, gebelik istemi, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, sosyal destek, evlilik ilişkisi gibi etmenlerle anne-bebek bağlanması arasında net bir ilişki gösterilememiştir (228). Biz de çalışmamızda maternal bağlanma ile sosyodemografik etmenler arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Maternal bağlanma hakkında yapılan çalışmalarda ilgi çeken bir diğer faktör de emzirme olmuştur. Emzirmenin bağlanmayı geliştirici yönde önemli bir faktör olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur (229). Ülkemizde yapılan bir çalışmada anne, bebek, gebelik, ve doğumla ilişkili faktörlerle bağlanma arasında ilişki saptanmamasına rağmen emzirme ile bağlanmanın pozitif korele olduğu gösterilmiştir (230). Bizim çalışmamızda ise emziren ve emzirmeyen anneler arasında maternal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmedi. Ürdün'de 222 kadınla gerçekleştirilen bir çalışmada benzer şekilde emzirme ile anne bebek bağlanması arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (231).

Gebelik ve lohusalık dönemi ruhsal hastalıkların başlaması yada nüks etmesi açısından riskli bir dönemdir, hormonal değişiklikler ve değişen roller kadınlar için ek stres yükü oluşturur (232). Dayanıklılık, önemli yaşam olaylarına

pozitif şekilde adapte olmayı sağlayan dinamik bir süreçtir (233). Negatif duyguları azaltarak ruh sağlığını korumaya yardımcı olur, strese karşı direnç kaynağı olduğu kabul edilir ve zorlu olayların bireyler üzerindeki psikolojik etkisinin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur (234). Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan kadınlar bu zorlu süreçte daha olumlu duygular deneyimleme eğilimindedir. Çocuğun temel bakımı ve korumanın temeli erken dönem bağlanma deneyimlerine dayanır. Bağlanma temelli önleyici müdahalelerle dayanıklılık arttırılabilir (235). Noorozi'nin 386 gebe kadınla yaptığı çalışmada psikolojik dayanıklılığın annelerin fetusa bağlanmasıyla anlamlı ve pozitif ilişkisi olduğu gösterilmiştir (236). Giresun'da üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan bir takip çalışmasında katılımcılar gebelik döneminde ve postpartum dönemde psikolojik dayanıklılık ve bağlanma düzeyleri açısından değerlendirilmiştir. Ruhsal yakınması olan veya geçirilmiş psikiyatrik hastalığı bulunan kadınların dahil edilmediği bu çalışmada, psikolojik dayanıklılığın maternal bağlanmayla anlamlı ve pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Literatürde gebelik ve lohusalık döneminde psikolojik dayanıklılık ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki hakkında pek çok araştırma mevcuttur (237,238). Ancak bu çalışma, psikopatolojisi bulunmayan kadınlarda da dayanıklılığın maternal bağlanma ile ilişkili bulunması nedeniyle önemlidir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, genel örnekleme (n=140) maternal bağlanma düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık toplam puanları ve ayrıca aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt ölçek puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Öte yandan, doğum sonrası depresyon tanısı konan kadınlarda (n=33) maternal bağlanma düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Çalışmamızda depresyon tanısı alan katılımcı sayısının az olması, sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmamasına yol açmış olabilir. Daha geniş popülasyonla yapılacak çalışmalarla daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilir.

Dayanıklılık ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki perinatal dönemdeki kadınlarda araştırılmıştır. Alves ve arkadaşlarının yaptığı yakın tarihli gözden geçirme çalışmasında ele alınan bazı araştırmalar, yüksek düzeyde dayanıklılığa

sahip bireylerin depresyon belirtilerinin daha az olduğunu ve duygusal olarak daha dengeli olduklarını göstermiştir (10,239,240). Bu nedenle, önemli psikososyal uyumun gerçekleştiği gebelik ve lohusalık döneminde, yüksek bir dayanıklılık düzeyi, gebelik ve annelik dönemine özgü değişikliklere uyum sağlamak için önemlidir. 531 prenatal dönemdeki kadının incelendiği bir çalışmada, yüksek düzeyde öfke özelliğine sahip olanların daha düşük dayanıklılık düzeylerine sahip olduğu ve bu grupta doğum sonrası depresyonun daha yüksek oranda gelişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (11). Psikobiyoloji, dayanıklılık ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin olası bir açıklamasını sunmaktadır. Fizyolojik olarak, stresli durumla karşılaşan organizmada, hipotalamus tarafından CRH salgılanır ve HPA eksenini aktive eder, bu da adrenal bezler tarafından kortizol salgınımına neden olur. Savaş veya kaç olarak bilinen stres yanıtı normal koşulların otonomik, bilişsel, duygusal veya davranışsal olarak değişmesiyle ilişkilidir. Kısa süreli kortizol salgınımı, koruyucu bir etkiye sahiptir ve değişen duruma uyumu mümkün kılar ve fiziksel veya duygusal stres faktörü ortadan kalktıktan sonra kortizol seviyeleri bazal değerlerine döner. Bununla birlikte, sürekli olarak yüksek seviyede kortizole maruz kalmak hipertansiyon, bağışıklık baskılanması, kardiyovasküler hastalık ve diğer sağlık sorunlarına yol açabilir. Nörobilim, dayanıklılığın biyolojik rolünü bu açıdan değerlendirerek daha yüksek dayanıklılık düzeylerinin, glukokortikoid ve mineralokortikoid reseptörlerini optimal bir yanıt düzeyinde dengeleyen karmaşık bir negatif geri besleme sistemi kapasitesi ile ilişkilendirir. Dayanıklılığın, HPA ekseninin ideal bir aktivasyon düzeyinde kalmasına neden olduğu ve böylece gerektiği gibi bir stres etmenine yanıt verdiği, ancak kaygı, aşırı korku ve depresyon gibi aşırı tepkileri engellediği düşünülmektedir (241).

Prenatal dönemde dayanıklılık düzeyinin değerlendirilmesi, bu döneme özgü zorluklarla başa çıkmayı kolaylaştırabilir. Örnek verecek olursak, kadının gebelik dönemindeki fiziksel değişiklikler ve annelik rolüne adaptasyon ile ilgili endişeleri, doğuma dair ve doğum sonrası yaşanabilecek sosyal sorunlarla ilgili korkuları gibi bazı zorluklar her hamile kadında farklılık gösterebilir (242). Daha düşük dayanıklılık düzeyine sahip grupların belirlenmesi, hamilelikle ilgili

zorluklarla başa çıkmak için gerekli kaynaklara daha az erişimi olan ve daha yüksek risk altında olan bireyleri tespit etmeye yardımcı olabilir. Bu, her hamile kadının bireysel bakımına katkıda bulunabilir ve müdahale stratejilerini hedeflemeyi sağlayabilir (242–244).

Araştırmamızın depresyon tanısı almasından bağımsız olarak genel örnekleme bakıldığında (n=140), katılımcıların doğum sonrası depresif belirti düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık toplam ve alt ölçek puanları arasında zayıf-orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Doğum sonrası depresyon tanısı almayan katılımcılarda da (n=107) genel örnekleme benzer şekilde, EPDÖ puanları ile psikolojik dayanıklılık toplam ve alt ölçek puanları arasında zayıf-orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Depresyon tanısı alan katılımcıların (n=33) EPDÖ puanları ile psikolojik dayanıklılık sosyal kaynaklar alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir, fakat psikolojik dayanıklılık toplam ve diğer alt ölçek puanları arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilse de bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmamızda depresyon tanısı alan katılımcı sayısının az olması, sonuçların bu grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamasına yol açmış olabilir.

Sloman ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları sistemik gözden geçirme çalışmasında değerlendirilen 11 araştırmada maternal depresyonun anne bebek bağlanması üzerinde olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (223,245–255). Bu araştırmalar maternal depresyonun anne-bebek ilişkisinin bozulmasında bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir. Örneğin O'Higgins ve arkadaşları postpartum 4. Haftada EPDÖ'de >13 puan alan kadınların, <13 puan alan kadınlara göre bebeklerine zayıf bağlanma ihtimalinin beş kat daha fazla olduğunu göstermiştir (247). Bu sonuçlara rağmen Muzik ve ark. depresyonda olan kadınların da postpartum 6 aylık dönemde bebekleriyle olan bağlarının zamanla arttığını gösterdi. Ancak bu kadınların, depresyonda olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında tüm zaman dilimlerinde bağlanma puanları daha düşük olarak izlendi (249). Bununla birlikte 2006 yılında 101 anneye yapılan bir çalışmada postpartum 2. Haftada, 4. Haftada, 6. Haftada ve 4. Ayda yapılan değerlendirme

sonucunda annenin yaşadığı depresif belirtilerin bebeklerine zayıf bağlanma ile güçlü bir ilişki saptanmıştır. İlk 4 ayda annelerin deneyimlediği hafif ve farkedilmeyen depresif belirtilerin bile maternal bağlanma üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ancak bu etkinin ilerleyen dönemde devam etmediği, 14. Ayda yapılan değerlendirmede depresif belirtilerin bağlanma üzerine etkisinin anlamlı olmadığını, bağlanmanın yalnızca ilk aylarda PPD tarafından olumsuz etkilendiğini göstermiştir (253). Ayrıca depresif belirtileri olan kadınlar, olmayanlara kıyasla postpartum ilk yılda bebekleriyle daha az yakınlık, sıcaklık, hassasiyet ve duygusal uyum içindeydi ve daha çok ilişki zorluğu deneyimlemişti (250,252). PPD olan anneler arasında yenidoğanla daha düşük duygusal bağlılık gözlenmiştir (254). Son olarak depresyon tanısı almış annelerin bağlanma konusunda güvensiz bir ruh haline sahip olma olasılığı daha yüksekti, bebekleriyle ilişkilerine dair, depresif olmayan annelere göre daha olumsuz algılara sahiptiler (256,257). McMahan ve arkadaşları, kronik depresyondaki annelerin bağlanma konusunda güvensiz hissetme olasılığının daha yüksek olduğunu, oysa kısa süreli depresyon yaşayan annelerin hiç depresyona girmemiş annelerden farklı olmadığını vurgulamıştır (257). Tharner ve arkadaşlarının Hollanda'da geçmiş depresyon öyküsü ve mevcut depresif belirtileri olan 627 katılımcıyla yaptıkları kohort çalışmasının sonucunda ise bahsedilen çalışmalardan farklı olarak gebelik döneminde ve erken postpartum dönemde görülen depresif belirtilerin, anne-bebek bağlanmasında görülen problemlerle ilişkili olmadığını göstermiştir (258).

Buna karşın, çalışmamızda, genel örnekleme maternal bağlanma ile EPDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Benzer şekilde PPD tanısı alan ve almayan kadınlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde de, maternal bağlanma ile EPDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Araştırmanın yapıldığı düşük riskli örnekleme maternal depresyonun anne-bebek üzerindeki olası olumsuz etkileri, düzenleyici faktörler tarafından sınırlandırılmış olabilir. Örneklemede eğitim düzeyinin yüksek olması, yeterli aile geliri ve çocuk bakımı konusunda yeterli sosyal destek depresyonun bağlanma üzerindeki olumsuz etkilerini dengeleyebilir. Aksine yüksek riskli örneklemlerde,

yoksulluk gibi güçlü çevresel risk faktörleriyle birlikte görülen ciddi ve kronik depresyonun bağlanmayı bozucu etkileri daha yoğun olarak görülebilir, ve bu örneklerde eşlik eden risk faktörleri depresyonun ilişki üzerindeki olumsuz etkisini güçlendirebilir.

Depresyonun, dayanıklılık ile bağlanma arasındaki etkileşimde aracı rolünün incelendiği aracı değişken analizi sonuçları, depresyonun dikkate alınmadığı durumda, dayanıklılığın bağlanmayı anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilediği belirlenmiştir. Depresyonun dahil edildiği aracı değişken analizinde de dayanıklılıktan bağlanmaya olan etkinin yine pozitif ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Dayanıklılığın bağlanmaya olan anlamlı etkisi, depresyonun modele dahil edildiği durumda da anlamlı çıkmaktadır. Sonuç olarak depresyonun dayanıklılıktan bağlanmaya olan etkide aracı bir rol oynamadığı bulunmuştur. Bu da kadınların ruhsal bir hastalıkları olup olmamasından bağımsız olarak psikolojik dayanıklılık düzeyleri iyi olduğu sürece bebeklerine bağlanmada sorun yaşamadıklarını, doğum sonrası dönemde depresif belirtileri olsa bile ruhsal dayanıklılıklarının depresyonun olumsuz etkilerini dengeleyerek bebekleriyle olumlu bir ilişki kurabildiklerini göstermektedir. 2020 yılında Sliwerski ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir gözden geçirme çalışmasında, maternal depresyon ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkiyi inceleyen 29 çalışma değerlendirilmiş ve depresyon tanısı almış kadınların, bağlanmalarının olumsuz olarak etkilendiği gösterilmiştir (259). Aynı çalışmada depresyonu olan kadınlar içerisinde, bebeğin bakımı ile daha fazla zaman geçirenlerin bağlanma puanlarının iyileştiği de gösterilmiştir. Çalışmamızdaki katılımcı sayısının kısıtlı olmasına rağmen, annenin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin iyi olmasının, depresyon varlığında bile bağlanma ilişkisini olumlu etkilediğinin gösterilmesi umut verici bir bulgu olmuştur. Ancak daha geniş kitleler hedeflenerek planlanacak çalışmalar bu ilişki hakkında daha net fikir verebilecektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları, doğum sonrası süreçte maternal bağlanma, psikolojik dayanıklılık ve postpartum depresyon arasındaki ilişkileri detaylı bir şekilde incelememizi sağlamıştır. Maternal bağlanmanın psikolojik dayanıklılıkla ilişkisinde depresyonun aracı rolünü inceleyen çalışma bilgimiz dahilinde bulunmamaktadır. Çalışmamızda doğum sonrası ilk 6 aylık dönem içinde olan anneler değerlendirilmiş ve PPD tanısı alan ve almayan annelerin sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Katılımcıların maternal bağlanma ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri değerlendirilmiş ve bu durumların depresyon ile ve birbiriyle ilişkisi araştırılmıştır.

Araştırmamızda yönteme ilişkin ve örneklemden kaynaklanan bir takım kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışmamıza katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve yalnızca Çanakkale ilindeki kadınlar dahil edilmiştir. Bebeklerinin rutin sağlık kontrolleri nedeniyle başvuran kadınların psikiyatrik görüşmeye yönlendirildiğinde çok azının gelmesi olgu sayısının artırılmasını zorlaştırmıştır. Farklı illerin dahil edildiği, daha geniş ve çeşitli örneklemlemlerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmalar bulgularımızın tekrarlanabilirliğini kontrol ederek sonuçların genellenebilirliğini ve güvenilirliğini artıracaktır.

Araştırmamızın kesitsel niteliği nedeniyle katılımcıların depresif belirtilerinin bebekleriyle olan bağlanmasına etkisindeki değişimler izlenememiştir. Takip çalışmalarının yapılması maternal bağlanma ve psikolojik dayanıklılık ile PPD arasındaki ilişkiyi saptamaya yardımcı olabilir.

Elde ettiğimiz bulgular değerlendirildiğinde, evlilik ilişkisi daha zayıf olan, bebeklerinin cinsiyetinden memnun olmayan, emzirmeyen, gebelik sırasında depresif belirtileri olan, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınlarda PPD görülme oranı daha yüksek olarak saptanmıştır. Sosyal destek düzeyini yeterli gören annelerde ise depresyon görülme oranı daha düşük olarak belirlenmiştir.

Bu sonuçlara bakıldığında kadınların ruhsal hastalıklara daha yatkın olduğu bilinen doğum sonrası dönemde hem bebek bakımı hem de sorumluluk paylaşımında özellikle eşleri tarafından desteklenmelerinin, streslerinin azaltılarak emzirme sürecinde teşvik edilmelerinin önemi ortaya konmuştur. Ayrıca özellikle ailesinde de psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan genetik olarak ruhsal bozukluklara daha yatkın olan veya gebelikte depresif belirtiler deneyimleyen annelerin bu şikayetleri göz ardı edilmemeli ve doğum sonrası dönemde ruhsal durumları yakından takip edilmeli, depresyonun belirtileri ve anne çocuk üzerine olası olumsuz etkileri hakkında bilgilendirme yapılmalı ve gerekli müdahalelerde bulunulmalıdır.

Araştırma örnekleminde, PPD ile psikolojik dayanıklılık puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda çalışmamız maternal bağlanma düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Bu bulgular, psikolojik dayanıklılığın, depresif belirtilerin yönetilmesinde potansiyel bir rol oynayabileceğini ve anne-bebek bağlanmasını güçlendirebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle psikolojik dayanıklılığı artırmaya yönelik stratejilerin etkinliğini test eden daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

PPD ile maternal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak PPD ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi daha net açıklayabilmek için, daha geniş çaplı izlem çalışmalarının yapılması gerektiği görülmüştür.

Ayrıca ilerleyen dönemde yapılacak çalışmalarla maternal bağlanma, psikolojik dayanıklılık ve PPD üzerinde etkili olabilecek diğer potansiyel psikososyal faktörleri (algılanan stres, duygu düzenleme güçlükleri, başa çıkma becerileri gibi) incelemek yararlı olabilir.

Bu öneriler, çalışmamızın sonuçlarını daha da genişletmek ve gebelik ile doğum sonrası dönemdeki kadınların ruh sağlığına yönelik daha etkili müdahaleler geliştirmek için kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Bretherton I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992;28(5):759–75.
2. Nacar EH, Gökçaya F. Bağlanma ve Maternal Bağlanma Konusunda Bir Derleme. *KTPP Dergisi*. 2019 Apr 30;1(1):50–6.
3. Muzik M, Morelen D, Hruschak J, Rosenblum KL, Bocknek E, Beeghly M. Psychopathology and parenting: An examination of perceived and observed parenting in mothers with depression and PTSD. *J Affect Disord*. 2017 Jan 1;207:242–50.
4. Yüksel, Şahika, Gülseren, Leyla, Başterzi, Ayşe Devrim. Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2013.
5. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Pub.; 2013.
6. Kirkan DTS. GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DEPRESYON YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: BİR İZLEM ÇALIŞMASI.
7. Sayin AA. Doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler [İnternet] [doctoralThesis]. Tıp Fakültesi; 2018 [cited 2023 Apr 26]. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/452128>
8. Hunter AJ. A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2001 Jun;16(3):172–9.
9. Masten AS, Morison P, Pellegrini D, Tellegen A. Competence under stress: Risk and protective factors. In: Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S, editors. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York, NY: Cambridge University Press; 1990. p. 236–56.
10. Ziaian T, Anstiss H, Antoniou G, Baghurst P, Sawyer M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia. 2012 [cited 2023 Jun 9]; Available from: <https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/handle/2440/73465>
11. Tobe H, Kita S, Hayashi M, Umeshita K, Kamibeppu K. Mediating effect of resilience during pregnancy on the association between maternal trait anger and postnatal depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2020 Oct 1;102:152190.

12. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevi; 2018.
13. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırılması : Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği; 1993.
14. Tamam Lut, Zeren Tayfun. Depresyonda Serotonerjik Düzenekler. Journal of Clinical Psychiatry. 2002;5(80):11–8.
15. Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. Depress Anxiety. 2000;12 Suppl 1:2–19.
16. Albayrak Özlem, Ceylan Emin. Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. Düşünen Adam. 17(1):27–33.
17. Işık Erdal, Işık Umut, Taner Yasemen. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Rota Tıp; 2013.
18. Sadock BJ, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. 1472 p.
19. Monteleone P, Martiadis V, Maj M. Circadian rhythms and treatment implications in depression. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2011 Aug;35(7):1569–74.
20. Sözeri-Varma G. Major Depresif Bozuklukta Nöroinflamatuvar Hipotez. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014 Nov 6;6(1):1–9.
21. Capuron L, Miller AH. Immune System to Brain Signaling: Neuropsychopharmacological Implications. Pharmacol Ther. 2011 May;130(2):226–38.
22. Janssen DGA, Caniato RN, Verster JC, Baune BT. A psychoneuroimmunological review on cytokines involved in antidepressant treatment response. Hum Psychopharmacol. 2010 Apr;25(3):201–15.
23. Gonul A, Uyar Demir A. Depresyonda Beyindeki Ağların İşlevleri ve Belirtilerle İlişkisi Functions of Brain Networks in Depression and Association with Symptoms. In 2021. p. 18–34.
24. Drevets WC, Price JL, Furey ML. Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: implications for neurocircuitry models of depression. Brain Struct Funct. 2008 Sep;213(1–2):93–118.
25. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. The American Journal of Psychiatry. 2003;160:1516–8.

26. Lampe IK, Hulshoff Pol HE, Janssen J, Schnack HG, Kahn RS, Heeren TJ. Association of depression duration with reduction of global cerebral gray matter volume in female patients with recurrent major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2003 Nov;160(11):2052–4.
27. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *J Contemp Med*. 2016 Oct 19;6(1):51–66.
28. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):1045–55.
29. Kotan Z. Depresyon, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler - Depression, Neuroplasticity and Neurotrophic Factors.
30. Eşel E. Depresyondaki Nöroendokrinolojik Bulgular. 5(Supp:4):35–50.
31. Gabbard GO, Beck JS, Holmes J, Gabbard GO, Beck JS, Holmes J, editors. *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2007. 552 p. (Oxford Textbook).
32. Bleichmar HB. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal*. 1996 Oct;77 (Pt 5):935–61.
33. Haddad SK, Neiderhiser JM, Spotts EL, Ganiban J, Lichtenstein P, Reiss D. DEPRESSION AND INTERNALLY DIRECTED AGGRESSION: GENETIC AND ENVIRONMENTAL CONTRIBUTIONS. *J Am Psychoanal Assoc*. 2008 Jun;56(2):515–50.
34. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:285–312.
35. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013 Nov;10(11):e1001547.
36. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013 Mar;43(3):471–81.
37. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3095–105.
38. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*. 1998;7(1):3–14.

39. Horwath E, Cohen RS, Weissman MM. Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In: Textbook in psychiatric epidemiology, 2nd ed. New York, NY, US: Wiley-Liss; 2002. p. 389–426.
40. Myer L, Smit J, Roux LL, Parker S, Stein DJ, Seedat S. Common mental disorders among HIV-infected individuals in South Africa: prevalence, predictors, and validation of brief psychiatric rating scales. *AIDS Patient Care STDS*. 2008 Feb;22(2):147–58.
41. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health*. 2004 Apr;7(2):133–48.
42. Noble RE. Depression in women. *Metabolism*. 2005 May;54(5 Suppl 1):49–52.
43. Lee LC, Casanueva CE, Martin SL. Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services. *J Womens Health (Larchmt)*. 2005 Apr;14(3):225–32.
44. Roos E, Burström B, Saastamoinen P, Lahelma E. A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Soc Sci Med*. 2005 Jun;60(11):2443–51.
45. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3–21.
46. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. *J Clin Obstet Gynecol*. 2007;17(2):126–33.
47. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Sep;16(9):468.
48. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005 Feb;(119):1–8.
49. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DKY. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Feb;13(1):37–40.
50. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):3–12.
51. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression. *AJP*. 2000 Jun;157(6):924–30.

52. Sacher J, Wilson AA, Houle S, Rusjan P, Hassan S, Bloomfield PM, et al. Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 May;67(5):468–74.
53. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011 Mar;13(1):89–100.
54. Bloch M, Rubinow DR, Schmidt PJ, Lotsikas A, Chrousos GP, Cizza G. Cortisol response to ovine corticotropin-releasing hormone in a model of pregnancy and parturition in euthymic women with and without a history of postpartum depression. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Feb;90(2):695–9.
55. Magiakou MA, Mastorakos G, Rabin D, Dubbert B, Gold PW, Chrousos GP. Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996 May;81(5):1912–7.
56. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinlschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*. 2011 Aug;36(9):1886–93.
57. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013 Apr;22(4):352–61.
58. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R. Oxytocin and the Development of Parenting in Humans. *Biol Psychiatry*. 2010 Aug 15;68(4):377–82.
59. Kennedy RL, Malabu UH, Jarrod G, Nigam P, Kannan K, Rane A. Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30(8):774–83.
60. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Schetter CD. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:99–137.
61. Treloar SA, Martin NG, Bucholz KK, Madden PA, Heath AC. Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. *Psychol Med*. 1999 May;29(3):645–54.
62. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression. *CNS Spectr*. 2015 Feb;20(1):48–59.
63. Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF, Mondimore FM, Goes FS, Schweizer B, et al. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry*. 2009 Nov;166(11):1229–37.

64. Alvim-Soares AM, Miranda DM, Campos SB, Figueira P, Correa H, Romano-Silva MA. HMNC1 gene polymorphism associated with postpartum depression. *Braz J Psychiatry*. 2014;36(1):96–7.
65. Mehta D, Newport DJ, Frishman G, Kraus L, Rex-Haffner M, Ritchie JC, et al. Early predictive biomarkers for postpartum depression point to a role for estrogen receptor signaling. *Psychol Med*. 2014 Aug;44(11):2309–22.
66. Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL, Kaminsky ZA. Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Mol Psychiatry*. 2014 May;19(5):560–7.
67. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry*. 2010 Mar 1;67(5):446–57.
68. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol*. 2006 Jan;27(1):24–31.
69. Cunningham M, Gilkeson G. Estrogen receptors in immunity and autoimmunity. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2011 Feb;40(1):66–73.
70. Segman RH, Goltser-Dubner T, Weiner I, Canetti L, Galili-Weisstub E, Milwidsky A, et al. Blood mononuclear cell gene expression signature of postpartum depression. *Mol Psychiatry*. 2010 Jan;15(1):93–100, 2.
71. Larocca L, Ramhorst R, Roca V, Calafat M, Aisemberg J, Franchi A, et al. Neuroimmune-Endocrine Interactions during Early Pregnancy in an Autoimmune Context: Focus on Macrophage Activation. *Neuroimmunomodulation*. 2008 Feb 1;15:84–90.
72. Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2002 Feb;99(2):223–8.
73. Aktaş MC, Aktaş S, Şimşek Ç. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi: Kültür Etkisi. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2017;3(ek):21–4.
74. Nakku JE, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr Health Sci*. 2006 Dec;6(4):207–14.
75. Demirchyan A, Petrosyan D, Armenian HK. Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. *Arch Womens Ment Health*. 2014 Jun;17(3):229–37.
76. Gao LL, Chan SW chi, Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Res Nurs Health*. 2009 Feb;32(1):50–8.

77. Arkar H, Eker D, Yaldiz H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):17–25.
78. Yıldırım A, Hacıhasano R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. 2011;
79. Read D, Crockett J, Mason R. "It was a horrible shock": The experience of motherhood and women's family size preferences. *Womens Studies International Forum - WOMEN STUD INT FORUM*. 2012 Feb 29;35.
80. Howell EA, Mora PA, Horowitz CR, Leventhal H. Racial and ethnic differences in factors associated with early postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2005 Jun;105(6):1442–50.
81. Forty L, Jones L, Macgregor S, Caesar S, Cooper C, Hough A, et al. Familiality of Postpartum Depression in Unipolar Disorder: Results of a Family Study. *AJP*. 2006 Sep;163(9):1549–53.
82. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071–83.
83. Leahy-Warren P, McCarthy G. Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Arch Psychiatr Nurs*. 2007 Apr;21(2):91–100.
84. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012 Feb 1;90(2):139-149H.
85. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Mar;37(3):125–9.
86. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol*. 2002 Dec;31(6):1201–7.
87. Arslantas H, Ergin F, Balkaya NA. Postpartum Depression Prevalence and Related Risk Factors in Aydin Province. *Meandros Medical And Dental Journal*. 2009 Dec 1;10(3):13–22.
88. Hocaoglu C. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrasi Depresyon Sikliği ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. 2000 Jan 1 [cited 2023 Apr 26]; Available from: https://www.academia.edu/16077867/Trabzon_%C4%B0l_Merkezinde_Do%C4%9F

um_Sonrasi_Depresyon_Sikli%C4%9Fi_ve_Gebelikteki_%C4%B0li%C5%9Fkili_Demo grafik_Risk_Etmenleri

89. Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int J Public Health*. 2010 Dec;55(6):543–9.
90. Alkar OY, Gençöz T. Critical factors associated with early postpartum depression among Turkish women. 2005 Jun 1 [cited 2023 Apr 26]; Available from: <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/46180>
91. Kirpınar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs*. 2010 Feb;19(3–4):422–31.
92. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol*. 2012;2012:616759.
93. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med*. 2004 Nov;49(11):908–14.
94. Durukan E. Postpartum Depression Frequency and Quality of Life Among a Group of Mothers Having a Child Aged 2 Weeks-18 Months. *Balkan Med J [Internet]*. [cited 2023 Apr 26];28(4). Available from: <http://balkanmedicaljournal.org/abstract.php?lang=en&id=660>
95. Bugdayci R, Sasmaz CT, Tezcan H, Kurt AO, Oner S. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2004;13(1):63–8.
96. Aydin N, Inandi T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women Health*. 2005;41(2):1–12.
97. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009 Aug;25(4):344–56.
98. Kammerer M, Marks MN, Pinard C, Taylor A, von Castelberg B, Künzli H, et al. Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Arch Womens Ment Health*. 2009 Jun;12(3):135–41.
99. Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH. Psychiatric episodes in women with young children. *J Affect Disord*. 1995 Apr 16;34(1):1–11.
100. 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.

101. Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:34–52.
102. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010 Jun 1;33(2):273–93.
103. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002 Jul 18;347(3):194–9.
104. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry*. 2002 Apr;63(4):284–7.
105. Goldman JM. Postpartum thyroid dysfunction. *Arch Intern Med*. 1986 Jul;146(7):1296–9.
106. Andrews-Fike C. A Review of Postpartum Depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999 Feb;1(1):9–14.
107. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta 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. Dørheim Ho-Yen S, Tschudi Bondevik G, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. The prevalence of depressive symptoms in the postnatal period in Lalitpur district, Nepal. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2006;85(10):1186–92.
109. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005 May 1;8(1):37–43.
110. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2006 May 1;9(3):131–8.
111. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med*. 2006 Dec 1;51(12):955–60.
112. Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2005 Aug 1;40(8):605–12.
113. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2006 May 1;9(3):121–30.

114. De Tychev C, Briançon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, De Luigi V, et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(3):312–22.
115. Silverman ME, Loudon H. Antenatal reports of pre-pregnancy abuse is associated with symptoms of depression in the postpartum period. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Oct 1;13(5):411–5.
116. Kozinszky Z, Dudas RB, Csator dai S, Devosa I, Tóth É, Szabó D, et al. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 May 1;46(5):413–23.
117. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Chatzi L, et al. Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 May 1;49(5):711–21.
118. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand’homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *PAIN*. 2008 Nov 15;140(1):87–94.
119. Chien LY, Tai CJ, Ko YL, Huang CH, Sheu SJ. Adherence to “Doing-the-month” practices is associated with fewer physical and depressive symptoms among postpartum women in Taiwan. *Research in Nursing & Health*. 2006;29(5):374–83.
120. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: Socio-cultural and physical factors [Internet]. [cited 2023 Apr 28]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13548500600678164?src=getftr>
121. Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, Nazhad Jafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*, 11 (4), 618-624, 2005 [Internet]. 2005 [cited 2023 Apr 30]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/116986>
122. Sword W, Kurtz Landy C, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2011;118(8):966–77.
123. Field T. Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behav Dev*. 2010 Feb;33(1):1.
124. Wang D, Li YL, Qiu D, Xiao SY. Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Oct;293:51–63.

125. Malphurs JE, Raag T, Field T, Pickens J, Pelaez-Nogueras M. Touch by intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Early Development & Parenting*. 1996;5:111–5.
126. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev*. 2006 Jul;29(3):445–55.
127. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*. 2006 Aug;118(2):659–68.
128. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr*. 2007 Apr;96(4):590–4.
129. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 Mar;160(3):279–84.
130. Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*. 2001 Jun;107(6):1317–22.
131. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, et al. Maternal depressive symptoms and children’s receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):306–14.
132. Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord*. 1999 Jul;54(1–2):21–8.
133. Lee SH, Liu LC, Kuo PC, Lee MS. Postpartum depression and correlated factors in women who received in vitro fertilization treatment. *J Midwifery Womens Health*. 2011;56(4):347–52.
134. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res*. 1981;30(5):281–4.
135. Muller ME. A critical review of prenatal attachment research. *Sch Inq Nurs Pract*. 1992;6(1):5–22; discussion 23–26.
136. Shieh C, Kravitz M, Wang HH. What do we know about maternal-fetal attachment? *Kaohsiung J Med Sci*. 2001 Sep;17(9):448–54.
137. A.Siddiqui, Eisemann M, Hägglöf B. A.Siddiqui, M. Eisemann & B. Hägglöf. Own memories of upbringing as determinants of prenatal attachment in expectant women. *Journal Reproductive & Infant Psychology*.18:67-74:2000. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2000 Jan 1;67–74.
138. Bloom KC. The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nurs Res*. 1995;44(5):284–9.

139. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry*. 1977 Mar;130:201–10.
140. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal*. 1958;39(5):350–73.
141. Bowlby J. *Attachment and loss*. 2nd ed. New York: Basic Books; 1999. 1 p.
142. Ainsworth MDS, editor. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New York, N.Y.: Routledge; 2015. 417 p. (Psychology Press and Routledge classic editions).
143. Barnett D, Vondra JI. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. I. Atypical patterns of early attachment: theory, research, and current directions. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1999;64(3):1–24; discussion 213-220.
144. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991 Aug;61(2):226–44.
145. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Sep;41(9):1111–23.
146. Kesebir, Sermin. Bağlanma ve Psikopatoloji - Attachment and Psychopathology. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2011;3(2):321–42.
147. Saruhan A, Çoban A. Doğum sonrası anne-yenidoğan etkileşimini etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Derg*. 2005;1(2):15–23.
148. Boukydis CFZ, Treadwell MC, Delaney-Black V, Boyes K, King M, Robinson T, et al. Women's responses to ultrasound examinations during routine screens in an obstetric clinic. *J Ultrasound Med*. 2006 Jun;25(6):721–8.
149. Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2015;24(6):230–7.
150. Lindgren K. A comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(3):313–21.
151. Hart R, McMahon CA. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2006 Nov;9(6):329–37.

152. kavlak oya. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Internet]. 2009;6(1). Available from: <https://core.ac.uk/reader/268072200>
153. Soysal Ş, Oktem F, Ergenekon E, Erdoğan E. Doğum Türü Değişkeninin Bağlanma Örüntüsü Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. 3(2):75–85.
154. Beji NK, Yılmaz SD. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi. 2010;20(3):99–108.
155. Dornbusch S, Erickson K, Laird J, Wong C. The Relation of Family and School Attachment to Adolescent Deviance in Diverse Groups and Communities. Journal of Adolescent Research - J ADOLESCENT RES. 2001 Jul 1;16:396–422.
156. Ferketich SL, Mercer RT. Predictors of paternal role competence by risk status. Nurs Res. 1994;43(2):80–5.
157. Şen, Selma. Anneanne - anne - bebek bağlanmasının incelenmesi / Investigation of attachment of grandmother - mother - baby [Internet]. Ege Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2007. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=WV8ucS0iyM21_8YdG4Gg&no=k3L6GAtwjLdk_p8Cv_pibg
158. Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Šimić J, Mandić K, et al. Resilience in Health and Illness. Psychiatr Danub. 2020 Sep;32(Suppl 2):226–32.
159. Elder GH. The life course as developmental theory. Child Dev. 1998 Feb;69(1):1–12.
160. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. Am Psychol. 1998 Feb;53(2):205–20.
161. Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. Am J Community Psychol. 2008 Mar;41(1–2):127–50.
162. Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. Pediatr Ann. 1991 Sep;20(9):459–60, 463–6.
163. Stellman JM, Smith RP, Katz CL, Sharma V, Charney DS, Herbert R, et al. Enduring mental health morbidity and social function impairment in world trade center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. Environ Health Perspect. 2008 Sep;116(9):1248–53.

164. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Nov 16;55(11):745.
165. Qiu C, Shao D, Yao Y, Zhao Y, Zang X. Self-management and psychological resilience moderate the relationships between symptoms and health-related quality of life among patients with hypertension in China. *Qual Life Res*. 2019 Sep;28(9):2585–95.
166. Uluğ, Berna Diclenu. Dayanıklılık kavramı. *Psikiyatride Güncel*. 2022 güz;12(4):331–41.
167. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*. 2014 Oct 1;5:10.3402/ejpt.v5.25338.
168. Maddi S. Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*. 2006 Jul 1;1:160–8.
169. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Can J Psychiatry*. 2011 May;56(5):258–65.
170. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol*. 2003 Feb;84(2):365–76.
171. Manning LK, Miles A. Examining the Effects of Religious Attendance on Resilience for Older Adults. *J Relig Health*. 2018 Feb;57(1):191–208.
172. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry*. 2020 May;7(5):441–8.
173. Müller ME. A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *J Nurs Meas*. 1994;2(2):129–41.
174. Kavlak O, Şirin A. The Turkish version of Maternal Attachment Inventory. *Journal of Human Sciences*. 2009 Jan 25;6(1):188–202.
175. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782–6.
176. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*. 1996;1:51–2.

177. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2005;14(1):29–42.
178. Basim HN, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. [The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version.]. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2011;22:104–14.
179. Aydın N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NNS. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Jun;39(6):483–6.
180. Bodur S, Özdemir S, Ayvaz K. Risk Factors for Postpartum Depression in a Group of Teenage Mothers. *J Clin Obstet Gynecol.* 2010;20(1):22–8.
181. Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract.* 2019 Jan;22(1):85–91.
182. Glavin K, Smith L, Sørnum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2009;23(4):705–10.
183. Ay F. Postpartum depression and the factors affecting It: 2000-2017 Study results. *Psi Hem Derg* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 1]; Available from: https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-31549-RESEARCH_ARTICLE-AY.pdf
184. Dubey A, Chatterjee K, Chauhan VS, Sharma R, Dangi A, Adhvaryu A. Risk factors of postpartum depression. *Ind Psychiatry J.* 2021 Oct;30(Suppl 1):S127–31.
185. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008 Aug;34(4):585–93.
186. Ozdemir H, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychology, Health & Medicine.* 2005;10:96–107.
187. Islam MM, Dorvlo AS, Al-Qasbi AM. The pattern of female nuptiality in oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2013 Feb;13(1):32–42.
188. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Compr Psychiatry.* 2007;48(4):343–7.
189. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice - PMC [Internet]. [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465548/>

190. Giannandrea SAM, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013 Sep;22(9):760–8.
191. Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry*. 2011 May;198(5):373–8.
192. Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin MP, Loxton D. History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS One*. 2014;9(4):e95038.
193. 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 Jan;29(2):91–5.
194. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus*. 14(10):e30898.
195. Robakis TK, Aasly L, Williams KE, Clark C, Rasgon N. Roles of Inflammation and Depression in the Development of Gestational Diabetes. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2017 Dec;4(4):369–83.
196. Akyuz A, Seven M, Devran A, Demiralp M. Infertility history: is it a risk factor for postpartum depression in Turkish women? *J Perinat Neonatal Nurs*. 2010;24(2):137–45.
197. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289–95.
198. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*. 2020 Oct;53:102353.
199. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Dusunen Adam*. 2014 Mar 15;15–20.
200. Turkcapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 May 3;15:108.
201. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009 Oct;46(10):1355–73.

202. Karahan N, Gençalp NS, Bingöl F, Aydın R, Benli AR. POSTPARTUM DEPRESYONUN BEBEKLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ. *Kırıkkale Üni Tıp Derg.* 2017 Dec 18;19(3):204–13.
203. Usmani S, Greca E, Javed S, Sharath M, Sarfraz Z, Sarfraz A, et al. Risk Factors for Postpartum Depression During COVID-19 Pandemic: A Systematic Literature Review. *J Prim Care Community Health.* 2021 Dec 12;12:21501327211059348.
204. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord.* 2021 May 1;286:158–65.
205. Shayganfard M, Mahdavi F, Haghghi M, Sadeghi Bahmani D, Brand S. Health Anxiety Predicts Postponing or Cancelling Routine Medical Health Care Appointments among Women in Perinatal Stage during the Covid-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Nov;17(21):8272.
206. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Jan;35(2):205–11.
207. Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Simonetti ML, Marigliano A, Di Stanislao F, et al. Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health.* 2012;52(4):352–68.
208. Üst Z, Pasinlioğlu T. Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. *HSP.* 2015 Jun 26;2(3):306–17.
209. Koyuncu K, Alan Y, Sakin Ö, Aktaş HA, Angın AD. Conditions affecting postpartum depression in the Covid-19 pandemic: Covid-19 pandemics, PPD. *Medical Science and Discovery.* 2020 Aug 24;7(8):611–6.
210. Evagorou O, Arvaniti A, Samakouri M. Cross-Cultural Approach of Postpartum Depression: Manifestation, Practices Applied, Risk Factors and Therapeutic Interventions. *Psychiatr Q.* 2016 Mar;87(1):129–54.
211. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2022 Oct;31(19–20):2665–77.
212. Shovers SM, Bachman SS, Popek L, Turchi RM. Maternal postpartum depression: risk factors, impacts, and interventions for the NICU and beyond. *Curr Opin Pediatr.* 2021 Jun 1;33(3):331–41.

213. Hall EM, Shahidullah JD, Lassen SR. Development of postpartum depression interventions for mothers of premature infants: a call to target low-SES NICU families. *J Perinatol*. 2020 Jan;40(1):1–9.
214. Xia M, Luo J, Wang J, Liang Y. Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022 Jul 1;308:512–9.
215. Spinola O, Liotti M, Speranza AM, Tambelli R. Effects of COVID-19 Epidemic Lockdown on Postpartum Depressive Symptoms in a Sample of Italian Mothers. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 17;11:589916.
216. Niel MSV, Payne JL. Perinatal depression: A review. *CCJM*. 2020 May 1;87(5):273–7.
217. Gopalan P, Spada ML, Shenai N, Brockman I, Keil M, Livingston S, et al. Postpartum Depression-Identifying Risk and Access to Intervention. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Dec;24(12):889–96.
218. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022 Jan 27;22(1):63.
219. Kjeldsen MMZ, Bricca A, Liu X, Frokjaer VG, Madsen KB, Munk-Olsen T. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2022 Apr 15;11(1):68.
220. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*. 1996;8(1):37–54.
221. Werner-Seidler A, Afzali MH, Chapman C, Sunderland M, Slade T. The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Dec;52(12):1463–73.
222. Nonnenmacher N, Noe D, Ehrental JC, Reck C. Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Oct;19(5):927–35.
223. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2012;91(2):164–73.
224. Lehnig F, Nagl M, Stepan H, Wagner B, Kersting A. Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Aug 5;19(1):278.

225. Çalışır H, Karaçam Z. Factors associated with parenting behavior of mothers in the early postpartum period in Turkey. *Nursing & Health Sciences*. 2011;13(4):488–94.
226. Bicking Kinsey C, Hupcey JE. State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*. 2013 Dec;29(12):1314–20.
227. Esmâ G, Öznur K, Kamile K. Identification of factors affecting mother-infant bonding in advanced maternal age. *LOJ Nur Heal Car.*(2018). LOJNHC MS ID. 102(10.32474).
228. Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB, Baar AL van, Horst HE van der, Jonge A de, et al. Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PLOS ONE*. 2019 Eyl;14(9):e0222998.
229. López-Fernández G, Barrios M, Gómez-Benito J. Breastfeeding and maternal attachment: The moderating roles of maternal stress and child behavior. *J Pediatr Nurs*. 2023;69:e80–7.
230. ŞahiN B. Predicting Maternal Attachment: The Role of Emotion Regulation and Resilience during Pregnancy. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*. 2022 Jan 27;6(1):105–15.
231. Abuhammad S. Predictors of maternal attachment among breastfeeding mothers in Jordan. *Nurs Open*. 2021 Jan;8(1):123–9.
232. SAJJADI AS, ZAHRAKAR K, MOHSENZADEH F, KARAMNIA M, SHOKOOHI YM, ALAVINEZHAD S. Efficacy of maternal fetal attachment techniques on enhancing mother’s attachment to the fetus. 2016;
233. Saadat S, Etemadi O, Nilforooshan P. The relationship between resilience and attachment styles with academic. *Research in Medical Education*. 2015;7(4):46–55.
234. Sidor: Effects of the early prevention program “Keiner... - Google Scholar [Internet]. [cited 2023 Jun 8]. Available from: [https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Infant+Ment+Health+J&title=Effects+of+the+early+prevention+program+%E2%80%9Ckeiner+fallt+durchs+netz%E2%80%9D+\(%E2%80%9CNobody+slips+through+the+net%E2%80%9D\)+on+child,+mother,+and+their+relationship:+A+controlled+study&author=A+Sidor&author=E+Kunz&author=A+Eickhorst&author=M+Cierpka&volume=34&publication_year=2013&pages=11-24&](https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Infant+Ment+Health+J&title=Effects+of+the+early+prevention+program+%E2%80%9Ckeiner+fallt+durchs+netz%E2%80%9D+(%E2%80%9CNobody+slips+through+the+net%E2%80%9D)+on+child,+mother,+and+their+relationship:+A+controlled+study&author=A+Sidor&author=E+Kunz&author=A+Eickhorst&author=M+Cierpka&volume=34&publication_year=2013&pages=11-24&)
235. Walsh: Maternal–fetal relationships and psychological... - Google Scholar [Internet]. [cited 2023 Jun 8]. Available from: https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=J+Reprod+Infant+Psychol&title=Maternal-fetal+relationships+and+psychological+health:+Emerging+research+directions&aut

hor=J+Walsh&author=EG+Hepper&author=SR+Bagge&author=F+Wadephul&author=J+Jomeen&volume=31&publication_year=2013&pages=490-9&

236. Noroozi M, Gholami M, Mohebbi-Dehnavi Z. The relationship between hope and resilience with promoting maternal attachment to the fetus during pregnancy. *J Educ Health Promot.* 2020 Mar 31;9:54.
237. Stern C, Mautner E. The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: an observational cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2023 Jun 8]; Available from: https://www.academia.edu/22464127/The_impact_of_resilience_on_psychological_outcomes_in_women_after_preeclampsia_an_observational_cohort_study
238. Orr ST, Blazer DG, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt).* 2007 May;16(4):535–42.
239. Edward K leigh. Resilience: A Protector From Depression. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2005 Aug 1;11(4):241–3.
240. Alves AC, Cecatti JG, Souza RT. Resilience and Stress during Pregnancy: A Comprehensive Multidimensional Approach in Maternal and Perinatal Health. *ScientificWorldJournal.* 2021 Aug 13;2021:9512854.
241. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci.* 2009 Jun;10(6):446–57.
242. García-León MÁ, Caparrós-González RA, Romero-González B, González-Perez R, Peralta-Ramírez I. Resilience as a protective factor in pregnancy and puerperium: Its relationship with the psychological state, and with Hair Cortisol Concentrations. *Midwifery.* 2019 Aug;75:138–45.
243. Pfeiffer C, Ahorlu CK, Alba S, Obrist B. Understanding resilience of female adolescents towards teenage pregnancy: a cross-sectional survey in Dar es Salaam, Tanzania. *Reprod Health.* 2017 Jun 26;14(1):77.
244. Organization WH. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization; 2016.
245. Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2015 Apr;18(2):187–95.
246. 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.

247. O'Higgins M, Roberts ISJ, Glover V, Taylor A. Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Oct;16(5):381–9.
248. Vliegen N, Casalin S, Luyten P, Docx R, Lenaerts M, Tang E, et al. Hospitalization-based treatment for postpartum depressed mothers and their babies: rationale, principles, and preliminary follow-up data. *Psychiatry*. 2013;76(2):150–68.
249. Muzik M, Bocknek EL, Broderick A, Richardson P, Rosenblum KL, Thelen K, et al. Mother-infant bonding impairment across the first six months postpartum: The primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Feb;16(1):29–38.
250. Lilja G, Edhborg M, Nissen E. Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scand J Caring Sci*. 2012 Jun;26(2):245–53.
251. Edhborg M, Nasreen HE, Kabir ZN. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Arch Womens Ment Health*. 2011 Aug;14(4):307–16.
252. Lanzi RG, Bert SC, Jacobs BK, Centers for the Prevention of Child Neglect. Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2009 Nov;22(4):194–202.
253. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health*. 2006 Sep;9(5):273–8.
254. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Pais A. Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Matern Child Health J*. 2009 Jul;13(4):539–49.
255. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019 Apr 29;15:1745506519844044.
256. Korja R, Savonlahti E, Ahlqvist-Björkroth S, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H, et al. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatr*. 2008 Jun;97(6):724–30.
257. McMahon CA, Barnett B, Kowalenko NM, Tennant CC. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Jul;47(7):660–9.
258. Tharner A, Luijk MPCM, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Jaddoe VWV, Hofman A, et al. Maternal lifetime history of depression and

depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant–mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attachment & Human Development*. 2012 Jan;14(1):63–81.

259. Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 14;17(8):2675.



EKLER

EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

1. Çalışmanın adı:

Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon Belirtileri ve Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Arş. Gör. Dr. Sena UĞUR ÖZDEMİR, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Dr Öğr. Üyesi Ali Emre ŞEVİK, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Doğum sonrası dönemde yenidoğan bebek ve anne arasındaki bağın sağlıklı bir şekilde kurulması ve annenin annelik rolünü benimsemesi noktasında maternal bağlanmanın önemi büyüktür. Anne-bebek arasındaki bağlanmanın zayıf olması bebeğin duygusal, sosyal, nörolojik ve fiziksel gelişimini olumsuz etkiler, ilerleyen dönemde duygudurum bozuklukları, davranış bozukluklarına neden olabilir. Depresyon doğum yapan kadınlarda en sık görülen ruhsal bozukluktur. Yapılan çalışmalar, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin daha az depresif belirti yaşama eğiliminde olduğunu göstermektedir. Doğum sonrası dönem kadınların hayatında dramatik değişiklikler olmaktadır, bu

değişikliklere psikososyal açıdan adaptasyonu sağlamak ve doğum sonrası depresyon riskini azaltmak için kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olması önem arz etmektedir. Çalışmamızın amacı maternal bağlanma, depresif belirtiler, psikolojik dayanıklılığı değerlendirmek, maternal bağlanma ile depresif belirtiler ve psikolojik dayanıklılık arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır.

4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi pediatri polikliniğinde bebeğinizin takip edilmesi sebebiyle dahil edildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılmak, bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. İstedığınız anda çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz anket formunda yer alan sorular size sorulacaktır.

7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?

Araştırmaya katılmak size bir zarar vermeyecek, sizin için olumsuz yönleri ve riskleri olmayacaktır.

8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?

Araştırmaya katıldığınız için uygulanan anketlerin sonuçları istediğiniz takdirde sizinle paylaşılacaktır.

9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?

Araştırmaya katılmak için herhangi bir masrafınız olmayacak ve herhangi bir maddi bedel ödemeyeceksiniz.

10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Elde edilen verilerinizin güvenliği araştırma ekibi olarak tarafımızdan sağlanacak, anket formlarınız kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.

11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

13. Daha ayrıntılı bilgi için, Dr. Sena UğUR ÖZDEMİR'e danışabilirsiniz

14. Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAşTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAğIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon Belirtileri ve Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

Sosyodemografik Veri Formu

1-Yaşı (yıl):

2- Bebeğiniz kaç aylık?

3- Medeni durum:

Evli () Bekar () Boşanmış/dul ()

4- Eğitim düzeyi:

Okur yazar () İlköğretim (ilkokul+ortaokul) () Lise () Üniversite ()

5- Çalışma durumu:

Çalışıyor () Çalışmıyor () Önceden çalışıyor ()

6- Toplam gelir:

Gelirim giderimden az () Gelirim giderime denk () Gelirim giderimden çok ()

6- Nasıl bir ailede yaşıyorsunuz?

Çekirdek () Geniş ()

7-Evlilik ilişkinizi nasıl buluyorsunuz?

Çok İyi () İyi () Ortalama () Zayıf ()

8-Ölü/düşük doğum öyküsü var mı?

Var () Yok ()

9-Gebelik yardımcı üreme yöntemleriyle mi gerçekleşti?

Evet () Hayır ()

10- Gebelik istenmiş bir gebelik miydi?

Evet () Hayır ()

11- Gebelik döneminde sigara-alkol-madde kullandınız mı?

Sigara() Alkol () Madde () Hayır ()

12- Gebelik döneminde size veya bebeğinizi etkileyen gebelikle ilgili sağlık problemi yaşadınız mı? (eklampsi,preeklampsi, hiperemesis gravidarum, gestasyonel diabet, erken doğum tehdidi, plasenta previa vs.)

Evet () Hayır ()

13- Doğum şekli (son doğan çocuğunuz için) :

Normal doğum (epidural) () Normal doğum () Sezaryen (isteğe bağlı) ()

Plansız sezaryen doğum ()

14- Son çocuğunuz kaçınıcı çocuğunuz?

İlk çocuk () 2. Çocuk () 3.Çocuk () 4 ve üzeri ()

15- Bebeğin cinsiyeti:

Kız () Erkek ()

16-Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?

Evet () Hayır ()

17- Doğum sırasında bebekte oluşan komplikasyon var mı?

Evet () Hayır ()

18- Doğum sırasında annenin yaşadığı komplikasyon var mı ?

Evet () Hayır ()

19- Emziriyor musunuz?

Evet () Hayır ()

20- Bebeğiniz yoğun bakımda/küvezde kaldı mı?

Evet () Hayır ()

21- Bir önceki soruya yanıtınız Evet ise süresi:

22- Herhangi bir sebeple doğum sonrası bebeğinizden ayrı kaldınız mı?

Evet () Hayır ()

23- Bebek bakımında evde sosyal destek (eş, anne, kayınvalide, bakıcı):

Yeterli () Kısmen yeterli () Yok ()

24- Gebelikte depresif belirtiler var mıydı?

Evet () Hayır ()

24- Geçmişte depresyon öyküsü var mı?

Evet () Hayır ()

25- Ailede depresyon öyküsü var mı?

Evet () Hayır ()

EK 3: Maternal Bağlanma Ölçeği

MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğiniz ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

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

a=4 puan, b=3 puan, c=2 puan, d=1 puan

EK 4: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

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 gününde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

1. Son 7 gündür; **Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**
 - (0) Her zaman olduğu kadar
 - (1) Artık pek o kadar değil
 - (2) Artık kesinlikle o kadar değil
 - (3) Artık hiç değil
2. Son 7 gündür; **Geleceğe hevesle bakıyorum.**
 - (0) Her zaman olduğu kadar
 - (1) Her zamankinden biraz daha az
 - (2) Her zamankinden kesinlikle daha az
 - (3) Hemen hemen hiç
3. Son 7 gündür; **Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.**
 - (3) Evet, çoğu zaman
 - (2) Evet, bazen
 - (1) Çok sık değil
 - (0) Hayır, hiç bir zaman
4. Son 7 gündür; **Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.**
 - (0) Hayır, hiç bir zaman
 - (1) Çok seyrek
 - (2) Evet, bazen
 - (3) Evet, çoğu zaman
5. Son 7 gündür; **İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.**
 - (3) Evet, çoğu zaman
 - (2) Evet, bazen
 - (1) Hayır, çok sık değil
 - (0) Hayır, hiç bir zaman
6. Son 7 gündür; **Her şey giderek sırtıma yükleniyor.**
 - (3) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
 - (2) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
 - (1) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
 - (0) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
7. Son 7 gündür; **Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.**
 - (3) Evet, çoğu zaman
 - (2) Evet, bazen
 - (1) Çok sık değil
 - (0) Hayır, hiç bir zaman
8. Son 7 gündür; **Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.**
 - (3) Evet, çoğu zaman

- (2) Evet, oldukça sık
- (1) Çok sık değil
- (0) Hayır, hiç bir zaman

9. Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- (3) Evet, çoğu zaman
- (2) Evet, oldukça sık
- (1) Çok seyrek
- (0) Hayır, asla

10. Son 7 gündür; Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- (3) Evet, oldukça sık
- (2) Bazen
- (1) Hemen hemen hiç
- (0) Asla



Ek.5: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	
Hiç kimseyle tartışmam	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	
Çözmem	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	
Nasıl başaracağımı bilirim	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...	
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	
Önemli değildir	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim	
Çok mutlu	Çok mutsuz
12. Beni ...	
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş

Ek.5: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

Ek.5: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık leği

