T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

GEBELİK DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN YANSITICI İŞLEVSEL BECERİLERİNİN VE BAĞLANMA PATERNİNİN POSTPARTUM DEPRESYON VE ANNE BEBEK ETKİLEŞİMİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Turgut HACIOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof.Dr. Şadiye Visal BUTURAK

MERSİN-2023

T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

GEBELİK DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN YANSITICI İŞLEVSEL BECERİLERİNİN VE BAĞLANMA PATERNİNİN POSTPARTUM DEPRESYON VE ANNE BEBEK ETKİLEŞİMİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Turgut HACIOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof.Dr. Şadiye Visal BUTURAK

MERSİN-2023

TEŞEKKÜR

‘Bir insanı sevmekle başlar her şey’ demişse de şair dizelerinde, ben yazıma tez çalışma sürecimi en net ifade ettiğini düşündüğüm cümle ile başlamak istedim: ‘Bir insanın senden farklı düşünebileceğini anlamakla başlar her şey…’

Hekimlik mesleğinin en bakir yanlarından biri olarak düşünürüm ruh sağlığı ve hastalıkları alanını. Her bireyi kendi özelinde değerlendirmek, yargılamadan dinlemek ve davranışlarının nedenlerini anlamak hep bir ilgi alanı ile merak noktası oldu benim için. Belki de bu yüzden psikiyatrist olmak, bu alanda görev yapmak tek ve en iyi bildiğim amacım olmuştu hayatımda…

Zaman içinde insanların düşünce yapıları arasındaki farklılıkları, kendi içlerindeki anlamları ve yaşantılarını gördükçe zenginleştim. Zihnim büyüdükçe ben bu değişime bana kazandırılan farkındalığımla hep şahitlik ettim. Bu sürecime kilometrelerce öteden dahi sonsuz emekleri bulunan değerli hocam Dr. Başar AYRIBAŞ’ a, gece gündüz demeyip deneyimlerini, dostluğunu benden bir an olsun eksik etmeyen Dr. Şadiye Visal BUTURAK’ a ve tez çalışmamın şekillenme aşamasında desteğini esirgemeyen Dr. Seda TÜRKİLİ başta olmak üzere, uzmanlık eğitimim boyunca tanışma fırsatı bulduğum saygıdeğer hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve tüm çalışma ekibime en içten teşekkürlerimle…

Dr. Turgut HACIOĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖZET 5

ABSTRACT 7

1.GİRİŞ VE AMAÇ 9

1.1. Çalışmanın Hipotezleri 10

2. GENEL BİLGİLER 11

2.1. **POSTPARTUM DEPRESYON** 11

2.1.1. Postpartum Depresyon Tanısı ve Klinik Özellikleri 13

2.1.2. Postpartum Depresyon Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 13

2.1.3. Postpartum Depresyonun Anne-Bebek İlişkisi Üzerine Etkisi 15

2.1.4. Postpartum Depresyon Tedavis 16

2.2. **MENTALİZASYON** 16

2.2.1. Mentalizasyon Tanısı ve Mentalizasyon Gelişimi 18

2.2.2. Hipomentalizasyon ve Hipermentalizasyon 20

2.2.3. Mentalizasyon ve Psikiyatrik Belirtiler 21

2.2.4. Mentalizasyon ve Bağlanma 23

2.3. **BAĞLANMA KURAM**I 24

2.3.1. Bağlanma Biçimleri 25

2.3.1.1.Güvenli Bağlanma 26

2.3.1.2. Kaçınmacı Bağlanma. 26

2.3.1.3. Kaygılı Bağlanma. 26

3. GEREÇ ve YÖNTEM 28

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 28

3.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler 29

3.2.1. Anket, Ölçek ve Formlar 29

3.2.1.1.Sosyodemografik ve Klinik Değerlendirme Formu……29

3.2.1.2. Beck Depresyon Envanteri……..…...29

3.2.1.3. Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği……..……..……..…29
3.2.1.4. Prenatal Bağlanma Envanteri…….……..30
3.2.1.5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II…….……..…31
3.2.1.6.Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği……..…31
3.2.1.7. Anne Bebek Etkileşim Ölçeği 31
3.3. İstatiksel Analiz 32
4. BULGULAR 33
5. TARTIŞMA..... 50
5.1. Sosyodemografik Veriler 50
5.2.Mentalizasyon ve Depresyon 52
5.3.Bağlanma ve Depresyon..... 53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 55
7. KAYNAKLAR 56
8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ 69
9. ŞEKİL VE TABLOLAR DİZİNİ..... 70
10.EKLER..... 71

ÖZET

Postpartum Depresyon(PPD),annenin işlevselliği ve yaşam kalitesinde önemli bozulmalar ile birlikte yeni doğan ve tüm aile bireylerini de etkileyen ciddi bir ruh sağlığı problemidir. Annede oluşabilecek mortalite ile birlikte bebekte ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi için PPD'nin erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir.

PPD'nin etiyolojisinde çeşitli biyolojik, hormonal ve psikososyal faktörler öne sürülmektedir. Bireyin kişiler arası ilişkilerinde etkili dinamiklerin de PPD gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir. Kişinin kendisini ve ötekileri, sadece davranışlara ve onların görünen sonuçlarına göre değil, bu davranışların arkasında yatan zihinsel durumları (duygu, arzu, istek, inanç gibi) da göz önüne alarak değerlendirebilme becerisi olarak tanımlanan mentalizasyon kapasitesi ile ile bağlanma figürleriyle etkileşim sonucu ortaya çıkan bağlanma paternlerinin, güncel ilişkilerin niteliği için belirleyici olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada gebelik dönemindeki kadınların; mentalizasyon becerilerinin, prenatal bağlanma özelliklerinin ve yetişkin bağlanma biçimlerinin, postpartum depresyon ve anne bebek etkileşimi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Çalışmaya kadın hastalıkları ve doğum kliniğine ayaktan izlem ve tedavi amacı ile başvuran 84 gebe kadın alınmıştır. Gebelik döneminde Sosyodemografik ve Klinik Değerlendirme Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği (EİDİO), Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE) kullanılmıştır. Postpartum 2-8 hafta arasında ulaşılabilen 53 katılımcıya; Beck Depresyon Envanteri (BDE), Anne Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) uygulanmıştır.

Çalışmamızın sonucunda; evlilik yaşının düşük olması, gebeliğin plansız olması, çocuk sayısının birden fazla olmasının gebelik dönemindeki depresyon riskini artırdığı saptanmıştır. Mentalizasyon kapasitesinin düşük olması ile güvensiz bağlanmanın alt tipleri olan kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanlarının yüksek olması, gebelerde atmış PPD riski ile ilişkili bulunmuştur.

Doğum öncesi ve doğum sonrası olarak kategorize edilen gruplara göre regresyon analizi yapıldığında postpartum depresyonu en iyi yordayan faktörün mentalizasyon kapasitesi olduğu saptanmıştır. Mentalizasyon becerilerinin ve bağlanma biçimlerinin

postpartum depresyon gelişiminde oynadığı rolün daha detaylı olarak belirlenmesi ve anne-bebek etkileşimi ile ilişkisinin anlaşabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bağlanma, gebelik, mentalizasyon, postpartum depresyon

ABSTRACT

Postpartum Depression (PPD) is a serious mental health problem that affects the newborn and all family members, along with significant deterioration in the functionality and quality of life of the mother. Early recognition and treatment of PPD is important in order to prevent complications that may occur in the baby along with the mortality that may occur in the mother.

Various biological, hormonal and psychosocial factors have been suggested in the etiology of PPD. It is known that effective dynamics in the interpersonal relations of the individual are also effective in the development of PPD.The mentalization capacity, which is defined as the ability to evaluate oneself and others, not only according to the behaviors and their apparent results, but also by considering the mental states behind these behaviors (emotion, request, desire, belief), and the attachment patterns that emerge as a result of interaction with attachment figures. It is thought that it may be determinant for the quality of current relations. In this study, women during pregnancy; We aimed to investigate the relationship between mentalization skills, prenatal attachment characteristics, and adult attachment styles with postpartum depression and mother-infant interaction.

84 pregnant women who applied to the obstetrics and gynecology clinic for outpatient follow-up and treatment were included in the study. Sociodemographic and Clinical Evaluation Form, Beck Depression Inventory (BDI), Parental Internal Thinking Functioning Scale (EIDIO), Prenatal Attachment Inventory (PSI), Experiences in Close Relationships Inventory II (ERI) were used during pregnancy. 53 participants who could be reached between 2-8 weeks postpartum; Beck Depression Inventory (BDI), Mother-Infant Attachment Scale (ABBI), and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDSS) were administered.

As a result of our study; It has been determined that low marriage age, unplanned pregnancy, and more than one child increase the risk of depression during pregnancy. Low mentalization capacity and high scores of anxious and avoidant attachment, which are subtypes of insecure attachment, were associated with the risk of PPD in pregnant women.

When regression analysis was performed according to the groups categorized as prenatal and postnatal, it was determined that the factor that best predicted postpartum depression was mentalization capacity. More studies are needed to determine the role of

mentalization skills and attachment styles in the development of postpartum depression in more detail and to understand their relationship with mother-infant interaction.

Keywords: Attachment, mentalization, pregnancy, postpartum depression

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Postpartum Depresyon, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içerisinde başlayan depresif duygudurum ile kendini gösteren oldukça yaygın ve önemli bir ruh sağlığı problemidir. Osman ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmaya göre Türkiye'de doğum sonrası dönemdeki annelerin %30'unda depresyon belirtileri görüldüğü saptanmıştır [1] . PPD sadece anneyi değil, başta yenidoğan olmak üzere tüm aileyi ve toplumu etkileme potansiyeline sahiptir.

Prenatal bağlanma gebeliğin oluşumu ile başlayıp doğum eylemine kadar geçen süredeki bağlanma olarak tanımlanır. Prenatal dönem fetüsün bebeklik dönemlerine kadar ki tüm oluşum ve gelişim süreçlerini içine alır [2]. Bebek ile anne arasındaki ilk önemli ilişkiyi gebelik döneminde anne ile fetüs arasında kurulan bağlanmayla ifade edilmektedir ve bu bağlanma doğum sonrasında anne-çocuk arasındaki ilişkiyi de etkileyebilmektedir. Prenatal bağlanma kavramı, doğmamış çocuğa yöneltilen öznel duygu hali olarak tanımlanmaktadır. Bouchard'a göre ebeveyn ile çocuğunun ilişkisi, bebek doğmadan başlamakta ve gebelik ilerledikçe giderek artmakta, bebek doğduktan sonra ise güçlenmektedir. Bouchard ayrıca, anne adaylarının doğmamış çocuğuyla ilgili bir bağ geliştirmesinin bebeğin de gelişimsel yörüngesinde beklenen davranışlara uyum sağlamasını kolaylaştırdığını belirtmiştir [3]. Rollè ve arkadaşları tarafından yapılan geniş çaplı bir derlemede, prenatal bağlanma ile perinatal depresif belirtiler arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [4].

Gebelik döneminde yaşanan depresyonun ise, fetüste gelişme geriliğine, pretem eylem ve prematüriteye sebebiyet verdiği; doğumdan sonra da yeni doğanda irritabilite, duygu düzenlemede güçlükler veya gastrointestinal sorunlara yol açtığı bildirilmiştir [5]. Prenatal bağlanmanın yeterli olmaması doğum sırasında ve doğum sonrasındaki komplikasyonları artırabilir. Bu nedenle anne–fetüs bağlanmasına ilişkin veri elde etmek gerek annenin gerekse fetusun iyilik hali için önemli olacaktır.

Ebeveyn yansıtıcı işlevsel becerisi, gebe kadının fetüsü kişisel özellikleri, ihtiyaçları gelişen ayrı bir birey olarak düşünüme kapasitesidir; diğer bir deyişle, fetüsün ve kendisinin iç dünyasını ve aralarındaki ilişkiyi, zihinsel durumlar olarak anlaması ve yorumlaması olarak tanımlanır. Teorik olarak prenatal bağlanma ve ebeveyn yansıtıcı işlevsel becerisinin yakından ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir [6].

Postpartum depresyonun anne bebek ilişkisini bozması ve annenin bakım verme davranışını olumsuz etkilemesi klinik olarak sık gözlenen bir durum olduğundan, bu çalışma ile postpartum depresyonu yordayan faktörlerin daha iyi anlaşılması ve böylelikle riskli gruplardaki bireylerin erken tanınması ve gerekli psiko-mediko-sosyal müdahalelere erişimlerinin sağlanmasını kolaylaştırması planlanmaktadır.

1.1. Çalışmanın Hipotezleri

1.Gebe kadınların mentalizasyon beceri düzeylerinin, gebelik dönemi depresyonu ve postpartum dönem depresyonu arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

2.Yetişkin tip bağlanma biçimi olan güvenli bağlanma ile mentalizasyon beceri düzeyleri arasında anlamlı pozitif ilişki vardır.

3.Gebe kadınlarda prenatal bağlanma envanteri puanları ile Beck depresyon ölçeği puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

4.Postpartum depresyon ölçeği puanları ile anne bebek etkileşim düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Postpartum Depresyon

Bir kadının hayatı için önemli olan ve fizyolojik sayılan gebelik ile birlikte doğum ve doğum sonrası dönem (postpartum dönem), hem anne hem de bebek için birçok problemi beraberinde getirme potansiyeli olabilen bir dönemdir. Doğurganlık çağı kadınlar için depresyon başta olmak üzere çeşitli ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli bir dönemdir. Özellikle doğum sonrası dönemde bu riskin daha da arttığını gösteren çalışmalar bildirilmiştir[7]

Bebek sahibi olmak genellikle olumlu duygular oluşturan, keyif veren bir yaşantı olarak değerlendirilmekle birlikte çeşitli biyolojik, sosyal, psikolojik ve kültürel etkiler sonucunda ciddi psikiyatrik bozuklukların gelişimi için riskli bir süreci de temsil etmektedir. Postpartum süreçte anne jinekolojik ve obstetrik açıdan değişime uğrar. Bunun yanı sıra bir bebeğe sahip olmak kişide ani rol değişimine ve sorumluluklarının artmasına neden olur. Sonuç olarak postpartum dönem psikolojik ve sosyolojik açıdan değişime neden olabilen bir dönemdir. Postpartum dönem annede en sık annelik hüznü olmak üzere, postpartum depresyon ve postpartum psikoz gibi ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında ciddi riskli bir süreçtir [8] **.** Bu dönemde en sık görülen ruhsal bozukluklar Tablo 2.1'de özetlenmiştir.

Tablo 2.1. Postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar

Hastalık	**Ortaya çıkması**	**Süre**	**Tedavi**
Annelik Hüznü	Doğum sonrası 2-3 gün	1 hafta- 10 gün	Tedavi gerekmez
Postpartum Depresyon	Doğum sonrası ilk 4 hafta içerisinde	Hafta-aylar	Tedavi gerekir
Peripartum Depresyon	Gebelikte ya da doğum sonrası ilk 4 hafta içerisinde	Hafta-aylar	Tedavi gerekir
Postpartum Psikoz	Doğum sonrası 2 hafta içerisinde	Hafta-aylar	Hastaneye yatış gerekir

Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3.veya 4.günde başlar ve 1 hafta-10.gün gibi kısa bir sürede herhangi bir medikal tedaviye gerek kalmadan kendiliğinden düzelir. Annelik hüznü; duygulanımda değişiklik, tahammülsüzlük, kaygı, iştah ve uyku bozukluğu gibi semptomları içerir. Bu semptomlar 2 hafta içerisinde kendiliğinden düzelmezse, postpartum depresyona ilerleyebilir [9].

Postpartum psikoz (PPP)' un sıklığı %0,1-%0,2' dir. PPP sanrı ve varsanıların görüldüğü ve annenin işlevselliğini ciddi derecede bozan bir tablodur. PPP yenidoğan açısından hayati tehlike taşıyan ciddi bir hastalıktır. Bu nedenle PPP 'nin erken tanınıp tedavi edilmesi hem anne hem de yenidoğan sağlığı acısından önemlidir [10].

Genel olarak PPD doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayan ve 1 yıla kadar sürebilen depresif ruh hali, keyifsizlik, hiçbir şeyden zevk alamama, değersizlik, suçluluk duyguları, sinirlilik, konsantrasyon ve enerji azlığı, uyku ve iştah bozukluğu, suicid düşünceleri gibi semptomlar içeren bir dönem olarak kabul edilir [11].

DSM-5'e göre PPD, major depresyonun tanı kriterleri açısından farklılık bulunmamakla beraber, PPD tanımlanırken vakalarının yarısı gebelik sırasında görüldüğü için postpartum başlangıçlı yerine peripartum başlangıçlı terimi kullanılmıştır[12].

PPD prevalansı ile ilgili veriler değişkendir. Bunun nedeni kullanılan tanı araçlarının farklı olması ve araştırmanın farklı ülkelerde yapılması olabilir. Halbreich ve Karkun 10 maddelik Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğinin kullanıldığı çalışmaların verilerini gözden geçirmişlerdir. PPD prevalansının ülkeler arasında %0.5 ile %60 arasında değiştiğini bildirmişlerdir. Gelişmiş ülkelerde PPD prevalansı %1.9 ile %82.1 arasında değişmekte olup, en düşük prevalans Almanya'da, en yüksek prevalans Birleşik Devletler' de rapor edilmiştir [13,14]. Gelişmekte olan ülkelerde ise prevalansın %5,2 ile %74,0 arasında değiştiği, en düşük prevalansın Pakistan'da, en yüksek prevalansın Türkiye'de olduğu gösterilmiştir [13]. Türkiye' de yakın tarihli yapılan bir meta-analizde PPD prevalansı %23.8 olarak bildirilmiştir [15].

PPD annenin işlevselliği ile birlikte yeni doğan ve tüm aile bireylerini de etkileyen ciddi bir ruh sağlığı problemidir.

Annede oluşabilecek mortalite ile birlikte bebekte ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi için PPD' un erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir.

2.1.1. Postpartum Depresyon Tanısı ve Klinik Özellikleri

Majör Depresif Bozukluk ilk kez 1800'lerde melankoli olarak adlandırılmış ve 1952 yılında Ruhsal Bozukluklar'ın Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-1' e(DSM-1) bir hastalık olarak girmiştir. Fakat DSM-1' de Postpartum Depresyon (PPD) tanımlanmamıştır [16]. PPD ilk kez Ruhsal Bozukluklar'ın Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4' te (DSM-4), semptomları doğum sonrası ilk 4 hafta içinde başlayan 'Doğum Sonrası Başlangıçlı Majör Depresif Bozukluk' şeklinde bir alt tip olarak tanımlanmıştır. Ruhsal Bozukluklar'ın Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı -5 (DSM-5); PPD belirtileri gösteren hastaların %50' ye yakınında şikayetlerin gebelikte başladığını belirtmiş ve PPD; yerine Peripartum Başlangıçlı Majör Depresif Bozukluk' tanısını kullanmıştır[12,17].

ICD-10, Postpartum Depresyonu "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılamamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" alt başlığında tanımlar [18].

PPD, doğumdan sonra 4 hafta içerisinde başlayan depresif duygulanım ile birlikte, isteksizlik, hiçbir şeyden zevk alamama, kendisini izole ve yalnız hissetme, ağlama atakları, uyku bozukluğu, tahammülsüzlük, iştahsızlık, konsantrasyon eksikliği, değersizlik düşünceleri gibi ciddi semptomları olan ve 2 yıla kadar uzayabilen bir duygudurum bozukluğudur [8,19].

2.1.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Annelik hüznü semptomlarının genellikle herhangi bir medikal tedaviye gerek kalmadan, destek tedavileri ile 2 hafta içerisinde düzelmesi beklenir. Ancak annelik hüznü semptomlarının devam etmesi veya daha şiddetli seyretmesi, PPD için risk faktörü kabul edilir. Bu nedenle doğum sonrası ilk haftalarda annelere hem psikolojik destek hem de sosyal destek çok önemlidir [20]. PPD için diğer risk faktörleri Tablo 2.2'de özetlenmiştir.[18,21].

Tablo 2.2. PPD risk faktörleri

Prenatal depresyon bozukluğu	Yetersiz sosyal destek	Bebeğin emzirilmemesi
Prenatal anksiyete bozukluğu	Doğum sayısı	Tiroid hastalıkları
Ailede depresyon öyküsü	Ölü doğum öyküsü	Düşük sosyoekonomik durum
Annede düşük benlik algısı	Annenin düşük eğitim düzeyi	Doğum komplikasyonları

PPD'un patofizyolojisi kesin bir şekilde açıklanamamakla birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyolojik faktörlerden, nöroendokrin, epigenetik ve nöroinflamatuar süreçlerin etkili olduğu bilinmektedir.

Doğumdan hemen sonraki 3 gün içerisinde progesteron ve östrojen gibi sex hormonlarının dolaşımdaki seviyelerinin gebelik öncesi seviyelere ani bir şekilde düşmesi, postpartum duygudurum bozukluklarının olası bir nedeni olarak gösterilmiştir [22,23].

Östrojen hormonu, Tiroksin Bağlayıcı Globulini artırarak dolaşımdaki Tiroksin(T4) düzeyini artırır Yapılan çalışmalarda, tiroid hormonlarının PPD etyolojisinde rol oynadığı gösterilmiştir [24].

Hipotiroidi hastalığı depresif belirtilere benzer semptomlarla seyredebilir. Depresif bozukluğa hipotiroidinin eşlik etmesi, semptomların daha da şiddetli seyretmesine neden olabilir [25].

Psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilen bir diğer hormon kortizoldür. Doğumdan hemen sonra kortizol düzeyinin hızlı bir şekilde düşmesi, hipofiz bezinin hacminde ve kanlanmasında azalma gözlenmesi, postpartum depresyonun ortaya çıkmasında HPA aksın rol oynadığını gösterebilir [25].

Türkiye'de yapılan bir çalışmada emzirmeyen annelerde saptanan düşük prolaktin düzeyinin, PPD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [26].

Yine yapılan çalışmalarda depresyonu olan kişilerde beyin kaynaklı nörotrofik faktör' ün(Brain Derived Neurotrophic Faktör, BDNF) azaldığı, antidepresan tedavi sonrası BDNF düzeyinde artış olduğu gösterilmiştir[27].

Beyindeki serotonin miktarının azalmasının depresif belirtilere neden olduğu bilinmektedir. Preeklampsi gibi gebelik komplikasyonunda da beyindeki serotonin düzeyinin azaldığı, dolaşımdaki serotonin düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak preeklampsinin PPD'ye neden olabileceği Bolte ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir [28] .

Ayrılık, iş kaybı veya yas gibi yaşamsal olaylar sağlıklı insanlarda depresif dönemlerin meydana gelmesinde stressör faktör olarak kabul edilir. Gebelik süreci ve doğum annenin hayatında ciddi rol değişimlerine neden olur, bu süreç zarfında yeterince sosyal destek sağlanmaması, PPD için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir [29].

Doğum sonrası dönemde ebeveynlerin hayatlarında olumlu ve olumsuz rol değişimleri olur. Rol değişimleri olurken zorlu süreçler yaşanabilir. Ebeveynlerin kendi aralarındaki problemler PPD için risk oluştururken, birbirlerine destekleyici yaklaşımları ise bu riskin azalmasına neden olmaktadır [30].

Bowlby; bebeklik ve çocuklukta güvenli bağlanmanın kurulamamasının, daha sonraki yıllarda depresyon gelişimine neden olduğunu belirtmiştir [31]. Güvensiz bağlanma biçimleri (kaygılı ve kaçıngan) olan kişilerin depresyona daha yatkın olduğu çeşitli çalışmalarda saptanmıştır [32,33]. Yetişkin bağlanma stilinin de PPD ile ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur [34].

2.1.3. Postpartum Depresyonun Anne-Bebek İlişkisi Üzerine Etkisi

Anne dünyaya gelen bebeğin hem bakımını yapar hem de sosyal ortamının büyük bir kısmını oluşturur.

PPD; annenin işlevselliğini bozar. Bunun sonucunda annenin bebeğe yeterince bakım vermesini de önemli ölçüde olumsuz etkileyebilir. Anne-bebek arasında güvensiz bağlanmaya neden olabilir. Bu nedenle PPD' un erken tanınması ve tedavi edilmesi sadece anne için değil bebeğin biyopsikososyal gelişimi için de önemlidir [35].

Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, PPD tanısı olan annelerin bebeklerinde sosyal ve duygusal davranışlarda bozulma, dil ve zekâ gelişiminde gerilik, bağlanma bozukluğu ve özgüven düşüklüğü daha fazla saptanmıştır. Yine aynı çalışmalarda bebeği ile iletişimi iyi olmayan yani duygusal olarak soğuk olan, negatif davranış sergileyen annelerin bebeklerinin iletişim kurmakta zorluk yaşadıkları gözlenmiştir [36,37].

PPD olan annelerin sağlıklı annelerle kıyaslandığı 8 hafta süren bir çalışmada emzirmeyi bırakma oranı araştırılmıştır. PDD olan annelerde bu oran %56 iken sağlıklı annelerde %22,9 olarak saptanmıştır [38].

2.1.4. Postpartum Depresyon Tedavisi

Postpartum Depresyon tedavisi için öncelikle detaylı bir psikiyatrik anamnez alınmalıdır. Kapsamlı fizik muayene yapılmalıdır. Depresyona neden olabilecek diğer tıbbi nedenleri dışlamak için ilgili tetkikler yapılmalıdır.

PPD sağaltımında farmakolojik ajan olarak ilk sırada seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) tercih edilebileceği gibi Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), Bilişsel Davranış Terapisi (BDT) ve Kişiler Arası Psikoterapi (IPT) gibi terapilerin de yeri vardır [25,39].

Farmakolojik ilaçlar ve terapilerin yanında hasta yakınlarına eşinin desteği başta olmak üzere diğer aile üyelerinin anneye olan desteğinin önemi vurgulanmalıdır. Ek olarak anne' ye yoga, egzersiz, diyet alışkanlığı düzenlemesi gibi farmakolojik olmayan tedaviler de önerilebilir. Diğer tedavilerden fayda görülmemesi durumunda Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) de uygulanabilecek başka bir tedavi seçeneğidir[40].

2.2. MENTALİZASYON

Zihinselleştirme (Mentalizasyon); davranışların, düşünceler ve hisler gibi zihinsel durumlarla ilişkili olarak anlaşılması şeklinde tanımlanır. Zihinselleştirme konusuna duyulan ilgi üç dalga halinde yayılmıştır. Birincisinde; Uta Frith, John Morton ve arkadaşları zihinselleştirmeyi otizimdeki temel psikolojik sorun olarak değerlendirmişlerdir. İkinci dalgada zihinselleştirme borderline kişilik bozukluğunda travmaya bağlı gelişimsel psikopatolojiyi kapsayacak şekilde genişletilmiştir[41] Son yıllarda daha geniş klinik uygulamalar ile zihinselleştirme' nin üçüncü dalgası oluşmaktadır. Bu üçüncü dalga zihinselleştirme' nin bütün psikoterapilerin temeli olduğunu öne sürmektedir [42].

Mentalizasyon gelişim psikologları ve psikanalistler tarafından gelişimi tanımlamak içim kullanılan bir terimdir.

Fonagy, mentalizasyon' u; kişinin kendisini ve ötekileri, sadece davranışlara ve onların görünen sonuçlarına göre değil, bu davranışların arkasında yatan zihinsel durumları (duygu, arzu, istek, inanç gibi) da göz önüne alarak değerlendirebilmesi olarak tanımlar. Bunu yaparken de zihinsel durumlar söz konusu olduğunda tam bir kesinlik olamayacağını

bilerek çıkarımlarda bulunulması gerektiğini vurgular[41]. Zihinselleştirme bir benzetim olarak kişinin kendisini dışarıdan, diğer kişileri de içeriden görebilmesine imkân tanıyan zihinsel bir etkinliktir [43]**.**

Aslında zihinselleştirme çok boyutlu bir beceridir [44]. Örtük olabileceği gibi açık ve istemli bir şekilde de olabilir. Açık ve istemli olduğunda, bilinçli bir şekilde çaba sarf ederek gerçekleşir. Örneğin, kişi davranışlarını bilinçli bir şekilde çaba sarf ederek anlamaya çalıştığında açık zihinselleştirme gerçekleşir. Örtük olan ise daha hızlı ve otomatik bir şekilde bilinçsiz olarak ortaya çıkar. Kişinin empati ile karşısındakinin davranışlarını anlayıp, ona göre davranması örtük zihinselleştirmeye örnek verilebilir[45]**.**

Zihinselleştirme, kişinin aynı zamanda kendi zihinsel durumuna dışardan bakabilmeyi ve öznel deneyimlerini değerlendirebilmesini de içeren psikolojik kapasitenin bir ifadesidir. Zihinselleştirmenin psikanalizdeki iç görü gibi değerlendirilebileceğini belirten bazı yazarlar, kişinin kendi arzularını ve duygularını kontrol etmesini, onları katlanılabilir hale getirmesini, zihinselleştirebilme kapasitesinin bir işlevi olarak değerlendirir. Zihinselleştirme, sadece başkalarının zihinsel durumlarını değerlendiren empati ve iç görü kavramı ile açıklanamaz [46,47].

Zihinselleştirme, zihin kuramı, empati ve duygu farkındalığı gibi birçok kavram ile örtüşse de genel olarak bu kavramların hepsini kapsar[48].

Fonagy, zihinleştirmenin; bebeklik döneminde anne –bebek ilişkisi ile başlayan, kişilerarası ilişkilerden etkilenen ve zamanla olgun zihinlerle temasa bağlı gelişen bir yetenek olduğunu belirtir. Zihinselleştirme anne ve çocuk arasındaki erken dönem bağlanma ilişkisinin niteliği ile ilişkilidir. Kişinin başkalarını zihinselleştirebilmesi, kendi düşüncelerini, duygularını tanımlayabilmesi ve geçmiş yaşantıları arasındaki bağlantıyı kurabilmesi için sembolik bir sisteme sahip olması gerekir. Bu durumu zihinselleştirme yapabilen bir ebeveynin yansıtmaları sayesinde kendi zihin durumlarını fark ederek sağlar[49].

Mentalizasyon kapasitesi benliğin self gelişimi ile ilişkilidir. Buna ek olarak mentalizasyon gelişimi benliğin mentalizasyon kapasitesini paylaşan diğerleri ile entegrasyonuna da bağlıdır. Çocukların başkaları ile yaşadıkları deneyimler onların hem başkaları hem de kendilik deneyimlerinin oluşmasına neden olur[49]

2.2.1. Mentalizasyon Gelişimi

Fonagy ve arkadaşları zihinselleştirmeyi gelişimsel bir beceri olarak tanımlamışlardır. Zihinselleştirmenin gelişiminde çocuğun bilişsel özelliklerinin yanı sıra bakımverenle etkileşimi de önemlidir [49].

Anne ve çocuk arasında gelişen güvenli bağlanma ilişkisi çerçevesinde çocuğun duygusal olarak anlaşılması, aynalanması ve annenin zihninde kendi zihin durumlarını bulması, çocukta zihinselleştirme becerisinin gelişimini başlatır [49].

Bebeğin sağlıklı bir kendilik geliştirebilmesi için kendi iç dünyasındaki öznel deneyimlerini bakımverenin zihninde ve davranışlarında görmesi gerekir. Bakım veren beden dili ile bebeğini hissettiğini ona geri yansıtır. Yani bebeğin kendi zihin durumlarını anlayabilmesi için onu aynalar[41].

Mentalizasyon kapasitesi tam anlamıyla gelişmeden önce gelişimsel açıdan sırasıyla; psişik eş değerlik mod, teleolojik mod ve temsili mod gibi mentalizasyon öncesi işleyişlerden geçmektedir [50,51].

Psişik eş değerlik mod; bebeğin zihnindeki durum ile dış dünyayı eş değer olarak gördüğü, içsel dünya ile dışsal gerçekliğin arasında bir sınırın olmadığı, kendi zihninden başka zihinlerin olduğunu düşünemediği bu nedenle, düşüncelerin ve hislerin aşırı düzeyde gerçek olarak algılandığı aşamadır. Bu mod aşamasındaki bir bebek kendi zihinsel deneyimi doğrultusunda yatağının altında bir canavar olduğundan emin olur [50,51].

Teleolojik mod, bebek doğduktan yaklaşık 9 ay sonra gelişmeye başlar ve diğerlerinin davranışları nedenlerinden ziyade hedef odaklı eylemler olarak düşünülür. Çocuk diğerlerinin davranışlarının sonuçlarını ancak fiziksel düzeyde gözlemler ve algılar [43,52].

Temsili mod çocuğun, zihinsel durumlar ile gerçeklik arasında ayrım yapabilmeye başladığı aşamadır. Temsili moddaki çocuk kurduğu zihinsel modelleri ve temsili dünyaları ancak gerçeklikten tümüyle ayrı tuttuğu koşulda sürdürebilmektedir[50,53].

Çocuk iki yaş civarında kendi davranışlarını ve bunların etkileri ile ilgili neden- sonuç ilişkilerini kurabilmeye başlar. Dış dünyayı sadece fiziksel davranış ve durumlar olarak algılar [52]. Üç yaşında fiziksel ve zihinsel durumlar arasındaki farkı anlamaya başlarlar [54].

Dört yaşında kendisinin ve başkalarının zihin durumlarını temsil edebilmeye başlar. Yani duygusal durumların ve geçmiş duygusal yaşantılarının bugüne etkisini anlamaya

başlarlar[55]. Buna göre; üç- dört yaşındaki çocukta birinci sıra zihin kuramı becerileri gelişir. Birinci sıra zihin kuramı becerilerini ölçmek için sıklıkla ‘Sally ve Anne testi’ kullanılır. Bu testte kişiye aşağıdaki hikâye okunur veya bu hikâyenin oynadığı bir video gösterilir.

“Sally ve Anne mutfakta oturup sohbet ediyorlar. Sally masanın üzerindeki kurabiyeleri yiyor. Sally kalkıyor ve odadan çıkıyor. Anne kurabiye kutusunu alıyor ve dolaba koyuyor. Sally mutfağa geri dönüyor.” Bu noktada kişiye “Sally’nin kurabiyeleri nerede arayacağı” sorulur. 1. sıra zihin kuramı becerisi gelişmiş olan bir kişi, kendi bilgisiyle başkasının (yani Sally’nin) zihinsel durumu arasındaki farkı anlayabileceği için “masanın üzerinde” cevabını verecektir. 3 yaşından küçük çocukların, yani henüz 1. sıra zihin kuramı gelişmemiş kişilerin cevabı ise “dolapta” olacaktır.

Beş yaşında sembolik düşünebilme kapasitesi sayesinde davranışları diğer duyguları ile ilişkilendirebilme yetisi gelişir. Altı yaşından itibaren zihinsel durumların içeriğine ilişkin düşünmeye başlarlar [56]. Yani başkalarının zihinsel temsilleri hakkında fikir yürütebilirler. Bu durum ikinci sıra zihin kuramı olarak tanımlanır. İkinci sıra zihin kuramını ölçmek için hikâyeye bazı eklemeler yapıp yeni bir soru sorulabilir.

“Sally ve Anne mutfakta oturup sohbet ediyorlar. Sally masanın üzerindeki kurabiyeleri yiyor. Sally kalkıyor ve odadan çıkıyor. Anne kurabiye kutusunu alıyor ve dolaba koyuyor. Sally mutfak kapısının anahtar deliğinden olanları gözlüyor ve Anne’nin kurabiyelerin yerini değiştirdiğini görüyor. Anne yerine oturuyor. Sally mutfağa geri dönüyor.” İkinci sıra zihin kuramı becerisini ölçmek için kişiye şu soru sorulur: “Anne, Sally’nin kurabiyeleri nerede arayacağını düşünmektedir?” Burada değerlendirilmek istenen beceri kişinin, diğer bir kişinin (yanlış da olsa) zihinsel temsilini algılama yetisidir. Bu soruya 6–7 yaşından büyük çocukların verdiği yanıt “masanın üzerinde” olacaktır. Anne’nin zihinsel temsilini kendininkinden ve Sally’ninkinden ayırt edemeyen bir kişi ise “dolapta” cevabını verecektir.

Fonagy ve arkadaşları mentalizasyon gelişimine bağlanma ilişkisinin nasıl etki ettiğini açıklamak için ‘’ Koşullu Aynalama ‘’ (Contingent Mirroring) modelini kullanmışlardır. Bu modele göre bebeğin kendi davranışlarına gelen tepkileri fark edebilme özelliği doğuştan gelen bir yetenektir. Bebek ilk üç ay boyunca davranışlarının diğerleri üzerinde yarattığı değişimleri algılayarak kendisini fiziksel olarak ayrı bir varlık olarak deneyimler[49].

Watson 1972 de yaptığı koşulluluk saptama (contingency-detection) adlı deneyde, bebeğin bacağına bir ip ile hareket ettirebileceği bir oyuncak bağladığında, bebeğin bacak hareketi ile oyuncağın hareket etme durumuna heyecanlandığı, bu durumdan hoşnut olduğu ve tekme atma sayısını arttırdığını göstermiştir. Oyuncak, bebeğin ayağından ayrıldığında ise bebekte tekme atma sayısının azaldığını, stres ve engellenme tepkileri gösterdiğini bildirmiştir. Bu koşullu saptama mekanizması ile bebek kendisinin dış dünyadan fiziksel olarak ayrı bir varlık olduğunu öğrenir. Örneğin ellerini hareket ettirdiği gibi etrafındakileri nesneleri hareket ettiremediğini görür[57].

Bebekler, yaşamlarının ilk üç ayında tam koşulluluk ararken, üç aydan sonra ise yüksek koşulluluğa dikkatlerini odaklarlar. Üç ayı geçmiş bebekler, birebir aynı olan tam koşulluluk yerine kendisi ile uyumlu fakat birebir tam örtüşmeyen tepkilerle daha fazla ilgilenmeye başlarlar. Zihinsel olgunlaşma işareti olan yüksek koşulluluk durumunda, bebek dikkatini kendi bedeninden dış dünyaya kaydırır ve sosyal çevreyi araştırmaya başlayarak sosyal bir varlık olarak ilişki kurmaya başlar [57].

Annenin mentalizasyon becerisi ve bebeğiyle uyumlu aynalama yapabilmesinin, bebeğin duygu durumunu düzenlemeyi öğrenmesinde ve koşulluluk saptama mekanizmasında çok önemli rol oynadığı pek çok çalışmada saptanmıştır [58].

2.2.2. Hipermentalizasyon ve Hipomentalizasyon

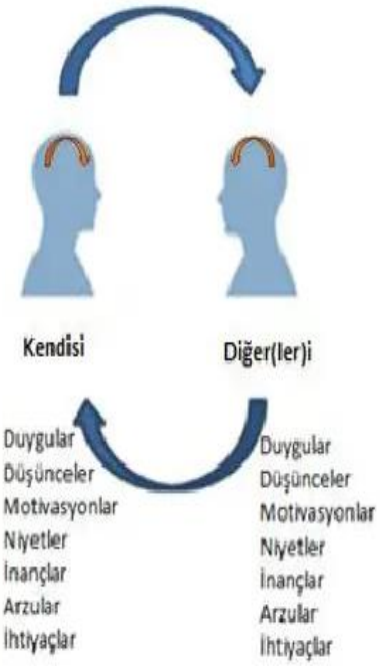
Mentalizasyon psikanalitik kuram çerçevesinde oldukça kapsamlı şekilde açıklanmış bir kavramdır. Hipomentalizasyon ve hipermentalizasyon olmak üzere iki alt boyutu vardır [59].

Hipermentalizasyon; aşırı ancak gerçek ile uyumlu olmayan karmaşık zihinsel çıkarımlar yapmayı ifade eder. Hipermentalizasyon, zihinselleştirme öncesi modlardan temsili mod ile ilişkilendirilmektedir [43].

Hipomentalizasyon ise, gözlemlenebilir kanıtlar olduğu halde karmaşık zihin modelleri kurma hususundaki güçlükleri, somut düşünme eğilimini ifade etmektedir[60]. Hipomentalizasyon zihinselleştirme öncesi modlardan psişik eş değerlik modu ile ilişkilendirilmektedir [43].

Hipomentalizasyon; kişinin kendisinin ve ötekilerinin zihinsel durumu hakkında belirsizlikte kalması olarak tanımlanabilir, yani kişinin derinlemesine düşünme yeteneği tam olarak gelişmemiştir [61].Depresif hastalarda genellikle hipomentalizasyon görülmekle birlikte,

hipermentalizasyon da (kişi kendisi ve/veya başkalarının zihinsel durumları hakkında aşırı spekülasyonda bulunabilir) görülebilir [62,63].



Şekil 2.1. Mentalizasyon modeli (kendisi ve diğer (ler)i)

2.2.3. Mentalizasyon ve Psikiyatrik Belirtiler

Zihin kuramı bozukluklarının birçok gelişimsel, nörolojik ve psikiyatrik bozukluk ile ilişkisi gözlenmiştir [64].

Zihinselleştirme gelişimsel süreçte kazanılan bir beceridir. Bebek ve bakım veren arasındaki bağlanma sorunları zihinselleştirme yetisini olumsuz şekilde etkiler. Bakım veren yeterince aynalama yapamadığında, bebek kendi iç dünyasının yansımalarını dış dünyada bulamaz, parçalanmış bir kendilik gelişir. Aynalama aşırı olduğunda ise bebek kendi zihin durumlarını içsel süreçler şeklinde değil, bir dış gerçeklik olarak algılar [65].

Üç farklı zihinselleştirme sorunu vardır. “Psişik denklik”te birey, iç ve dış dünyadaki olayları birbirinden ayırt edemez. Kişi iç dünyasındaki bazı inançları dış dünyada gerçek olarak algılar. “Teleolojik düşünme” ise davranışları sadece somut olarak algılama bu

davranışların arkasındaki duygu ve düşünceleri anlayamama ya da yadsıma şeklinde tanımlanabilir. “Temsili mod” (pretend mode) zihin durumlarının dış gerçeklikten kopmasıdır. Yani kişi dış gerçekliği, gerçekçi olmayan bir şekilde algılar [66].

Zihinselleştirme sürekli aynı düzeyde devam etmez. Stresli durumlarda zihinselleştirme seviyesi değişebilir. Az gelişmiş zihinselleştirme otizm gibi bozukluklarda, ihmal, taciz ve travma gibi deneyimler yaşayanlarda görülebilir. Bu kişiler duyguları ayırt edemezler, benlik gelişiminde gecikmeleri vardır[67,68].

Obsesyon gibi diğer psikiyatrik belirtiler gösteren kişiler, duygulara odaklanmaktan ve duygular üzerine konuşmaktan çekinirler. Ancak bilişsel çıkarımlar yapmaktan sıkıntı yaşamazlar [69].

Sınır kişilik ya da histriyonik kişilik örüntüsü gösteren kişiler, duygulardan çok hızlı bir şekilde etkilenip, düşünme becerilerini yitirebilirler [70].

Depresyonu olan kişiler, karşı tarafın olumsuz duygularına fazlasıyla empati gösterip, olumsuz etkilenebilirler [71].

Narsisistik kişilik örüntüsü olanlar kendi zihin durumlarına odaklanırken, diğerlerine umarsız davranırlar. Anti-sosyal kişilik örüntüsü gösterenler, başkalarının zihin durumlarını bilişsel olarak okuyabilirken, empati kurup bunların kendi üzerine olan etkilerini görmekten kaçınırlar [72].

Sonuç olarak psikiyatrik belirtilerin nedenlerini anlamak için zihinselleştirme kuramı yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır [65].

Ülkemizde de zihinselleştirme kuramı ve zihinselleştirme temelli klinik uygulamalar yaygınlaşmaya başlamıştır [73,74].

2.2.4. Mentalizasyon ve Bağlanma

Mentalizasyon kapasitesine sahip olma kişinin kendisinin dışındaki kişilerin, kendininkinden farklı bir zihne sahip olduğunu fark edebilme, kendisinin veya ötekilerinin niyet, inanç, istek ve bilgisi gibi zihinsel durumlarını anlayabilme ve zihinsel olarak bunları temsil edebilme yetisi olarak tanımlanır [42].

Günlük sosyal ilişkiler için elzem olan mentalizasyon gelişiminde 2-6 yaş aralığı önemli bir dönemdir [75].

Psikanaliz kökenli olan mentalizasyon kavramı Bowlby' nin bağlanma teorisi zemininde gelişmiştir. Yapılan çalışmalarda güvenli bağlanmanın, mentalizasyon kapasitesinin gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir. Güvenli bağlanmanın oluşumunda ise, çocuğun anne tarafından ayrı bir birey olarak kabul edilmesi önemlidir [66].

Bowlby, bağlanma sisteminin güvenlik ve korunma amacı ile oluştuğunu belirtir. Güvenli bağlanmanın oluşması durumunda, bağlanma sisteminin yerine mentalizasyon gelişmeye başlar [76,77].

Bebek doğduktan sonra nesne ilişkileri sonucunda kendisini zihinsel bir varlık olarak algılar. Erken bağlanma ilişkileri bu nedenle önemlidir [49].

Güvenli bağlanmanın oluşabilmesi için bakım verenin bebeğe yeterince ilgi göstermesi ve yansıtıcı olması gerekir. Güvenli bağlanma gerçekleştiğinde, bebek her ihtiyaç duyduğunda bakım verene ulaşabileceğini düşünür. Güvensiz bağlanma mentalizasyon kapasitesini baskılar [49].

Zihinselleştirme gelişiminde çocuğun yaşamının erken dönemlerinde bakım veren ile olan ilişkileri ve bakım verenin çocuğa yaptığı zihin durumu konuşmaları çok önemlidir. Yine zihinselleştirme gelişiminde birçok faktör rol oynar. Bunlar arasında kardeş sayısı, oyun oynama, kitap okuma sayılabilir [78,79].

2.3. Bağlanma Kuramı

1950 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocuk psikiyatristi olan John Bowlby' den, II. Dünya savaşında evsiz kalan çocuklarla ilgili bir rapor hazırlaması istenilmiştir. Bowlby hazırladığı raporda çocukların zihinsel sağlığı açısından en önemli faktörün; çocuğun, anne ya da bakım veren ile kurduğu sıcak, yakın ve devamlı ilişki olduğunu belirtmiştir [80]. 1953 yılında Uganda'ya taşınan Mary Ainswort orada anne ve bebek ilişkisini gözlemlemiştir. Ainswort, bağlanmayı; bebek ve birincil bakım veren arasında gelişen, özellikle stres durumlarında belirginleşen, süreklilik gösteren güçlü bir bağ şeklinde tanımlamıştır [81].

Bowlby, bağlanma davranışının içgüdüsel olduğunu söylemiştir. Doğada yalnız kalan bir hayvan kolay yem olabileceği için, bağlanma davranışının amacının düşmanlardan korunmak olduğunu belirtmiştir. Türünün diğer bireylerine göre daha zayıf olarak kabul edilen hasta, hamile ve küçük yaşta olan hayvanlarda, özellikle de bir tehlike durumunda bağlanma davranışının arttığı gözlemlenmiştir. Bağlanmanın temelini, bebeğin kendisine bakım verenler gibi sık sık gördüğü kişileri daha az gördüğü yabancı kişilerden ayırabilme, tanıdıklarına yakınlık kurarken yabancılardan uzak durabilme davranışını ayırt etme oluşturur. Bununla birlikte bebeğin zihinsel olarak sağlıklı büyümesi için, anne ile bebek arasında ikisinin de keyif aldıkları, süreklilik arz eden sıcak ve samimi bir ilişkinin varlığı gereklidir [82]. Örneğin yabancı birisini tehdit olarak algılayan bir bebekte, bu tehditli uyaran bağlanmaya ilişkin davranış sistemini aktive eder. Bebek ağlayarak, bağırarak korunma amaçlı sinyaller vermeye çalışır, bakım verenden istediği desteği alınca arzulanan hedefe ulaşılmış olur ve bebek sakinleşirken davranış sistemi de son bulur [83].

Rubin, yenidoğan bebek ile anne arasındaki bağlanma davranışının prenatal süreç sonucunda geliştiğini bildirmiştir. Prenatal bağlanmanın; bebeğin güvenli bir biçimde gerçek dünyaya geçişini sağlamak, kendisini bebeğine adamak ve bebeğinin diğer insanlar tarafından kabul edilmesini sağlamak gibi 3 boyutu olduğu belirtmiştir [84].

Birçok araştırmada gözlemlenen ölü doğum yapan annelerin yoğun bir şekilde yas yaşamaları anne-bebek arasındaki bağlanmanın aslında doğum sonrası değil, gebelik sürecinde oluşmaya başlandığını göstermektedir [85].

Anne-bebek arasındaki bağlanma gebelik döneminde başlar, doğum-doğum sonrası süreçte de devam eder. Annenin doğmamış bebeğine karşı hissettikleri, anne-fetus arasındaki ilişkiyi de etkiler. Bu ilişkiyi birçok faktör etkilese de anne ve fetusun kendi

doğaları bu bağın kurulmasını kolaylaştırır [86]. Prenatal bağlanma kavramı, bebek doğmadan önce başlayan öznel bir duygu hali olarak tanımlanır. Prenatal bağlanmanın gebelik ilerledikçe arttığı ve doğumdan sonra giderek güçlendiği belirtilmektedir. Gebelikte anne eğer kendisini güvende hissediyor, fetüsü kendi parçası olarak görüyorsa, doğum sonrası bebek 1 yaşına gelince de bu his devam etmektedir. Bu durum bebeğin gelişimsel yörüngesinde beklenen davranışlara uyum sağlamasını kolaylaştıracaktır [3,87]. Bebek doğduktan sonra hem kendisini koruyup çevresini keşfetmek hem de güven duygusunu oluşturmak amacıyla aşamalar halinde bağlanma davranışları sergiler. Bunlar ilk meme arama, emme, yutma, yakalama, anneye yönelme gibi davranışlarla başlayıp, anneyle göz teması kurma, ona gülümseme, ses çıkarma şeklinde devam eder [88].

Araştırmalara göre prenatal bağlanma annenin kişilik yapısı, bağlanma biçimi, bilişsel kapasitesi, erken ebeveynlik deneyimi, sosyal destek düzeyi, perinatal depresyon ve anksiyete varlığı gibi durumlarından etkilenir [89]**.**

Bowlby bebeğin kendi şemalarının oluşmasında rol oynayan, başta anne olmak üzere, çevresindeki ayrı ayrı bağlanma figürleriyle etkileşim kurup, bu figürler tarafından ne kadar benimsenmiş olduğunu gösteren mekanizmayı içsel çalışan model (internal working models) olarak tanımlamıştır [90]. Bebek bağlanma figürünün kendisine gösterdiği ilgiden ve tutarlı bakımdan eminse, bağlanma figürünün destekleyici ve koruyucu olduğunu düşünür. Kendisinin ise diğerleri tarafından ilgi gösterilen bir varlık olduğu sonucunu çıkarır. Bebek reddedildiğini, yeterince ilgi görmediğini hissettiği durumda ise annenin sorumsuzluğu veya yetersizliğini idrak edemeyeceğinden, kendisini istenmeyen biri olarak görür. Bebeğin bağlanma figürüne dair model ile kendisine dair oluşturduğu model karşılıklı çalışarak birbirlerini tamamlarlar. Kendisi başta olmak üzere, aile bireyleri ve genel olarak dünya ile ilişkisini belirleyen bebeğin bu şemaları bir kez oluştuğunda kalıcı hale gelir. Bu şemalar oluştuktan sonra çocuğun bunları fark edip sorgulaması çok zor olur [91]**.**

2.3.1. Bağlanma Biçimleri

Bağlanma biçimi; yaşamın erken dönemi olan süt çocukluğu döneminde belirlenen ve ergenlikte, erişkinlikte kısaca yaşam boyunca süreklilik gösteren, güvenli ve güvensiz bağlanma şeklinde diğer kişilerle ilişki kurma örüntüsüdür [92]**.**

Mary Ainsworth, Ugandalı bebekler üzerinde yirmi dakikalık süren, anne-bebek ve yabancı bir kişinin dâhil olduğu bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya ‘’Yabancı Durum Deneyi’’ ismini vermiştir. Bu ‘’Yabancı Durum Deneyi’’ isimli çalışmada annenin bebek için erişilebilirliği ve annenin bebeğe yanıt vermesindeki tutuma göre, bebeğin bağlanma biçimini güvenli ve güvensiz (kaygılı-kaçınmacı) olarak tanımlamıştır [93]**.**

2.3.1.1. Güvenli bağlanma: Bebek annesi ile birlikteyken anneyi güvenli üs olarak kullanır, aktif olarak oyun oynar ve çevreyi keşfeder. Yabancı birisi odaya girince stres belirtisi göstermez fakat yabancı odada iken anne ayrıldığında hafif huzursuzluk gösterip anne odaya tekrar dönünce anneyi sevinçle karşılar ve anne kucağından keyif alır, anne bebeği kucağından bıraktığında ise bebek oyuna rahatça devam eder. Bu şekilde güvenli bağlanma olması için annenin sürekli, tutarlı ve ulaşılabilir olması gerekir. Güvenli bağlanan bebeklerin bakım verenlerine daha uyumlu ve işbirlikçi oldukları, ebeveynlerin taleplerine uyum gösterdikleri, yabancı kişilere karşı daha olumlu, problem çözmeye daha istekli oldukları gözlenmiştir [94,95].

2.3.1.2. Kaçınmacı bağlanma; Bebek annesi ile birlikteyken, anne ile daha az temas kurar, odada etrafı daha az araştırır, anne odadan ayrılınca bebek çok fazla tepki göstermez, anne odaya geri döndüğünde ise anneye tepkisiz kalıp, yanına gidip gitmeme konusunda bocalar, oyuna devam etmeyi tercih eder. Anne bebeği kucağına almaya çalıştığında bebek rahatsızlık hisseder. Bu tarz bebeklerin annelerinin daha fazla takıntılı, kendi istediklerini bebeğe yaptıramadıklarında hızlıca öfkelenen, bebeklerini sürekli geri çeviren, fiziksel temasa mesafeli anneler olduğu gözlemlenmiştir. Bu bebeklerin de diğer bebeklere göre daha fazla öfkeli olduğu tespit edilmiştir [94].

2.3.1.3. Kaygılı bağlanma; İhtiyacı olduğu zamanlarda annesinin ulaşılabilirliğinden emin olamayan, anneyi yeterli güvenli üs olarak görmeyen, anne ile birlikteyken de çevreyi araştırma konusunda stresli olan bebeklerdir. Yabancı birisinin odaya girmesi veya annenin odadan ayrılmasıyla yoğun kaygı yaşadığı, daha çok ağladığı, annenin odaya tekrar geri gelmesiyle huzursuzluğunun bir süre devam ettiği, sakinleştirmenin zaman aldığı bebeklerdir [94].

Main ve Solomon tarafından başka bir bağlanma olan dezorganize/dağınık bağlanma biçimi tanımlanmıştır. Bu bağlanma stilindeki bebeklerin, anne tarafından ihmal edilme ve anneden korkmaya bağlı olarak yabancı durum testinde anne odaya geri geldiğinde anneden uzak kalmayı tercih etme, el çırpma, donakalma gibi çelişkili, açıklanamayan, belli bir amaca yönelik olmayan dağınık davranış şekilleri gösterdikleri tespit edilmiştir [96,97].

Güvenli bağlanmanın sağlıklı süreçler ile ilişkili olduğunu belirten Bowlby, güvensiz bağlanmanın da bebeğin daha sonraki yaşamında gelişecek psikopatolojinin öncülü olabileceği iliri sürmüştür [98]. Major depresif bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, kronik ağrı sendromları ve kaygı bozukluklarının güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [99,100] . Anne ve bebek için risklere duyarlı bir dönem olan doğum sonrası dönemde depresif bozukluğun olması anne ile bebek arasındaki bağlanma biçimini olumsuz etkiler. Güvensiz bağlanma ile doğum sonrası depresyon arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [101,102]. Bu nedenle doğum sonrası depresyon, bebeğin ilerleyen yaşam dönemlerinde yaratabileceği ciddi sorunlar nedeniyle de dikkatle ele alınması gereken bir durumdur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamız; 1.1.2021-1.7.2021 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Sağlık ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine ayaktan izlem ve tedavi amacı ile başvuran, aktif olarak psikiyatrik tedavi görmeyen ve araştırma kriterlerini karşılayan gebe kadınlarda yapılmıştır.

Araştırmaya Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine ayaktan başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 135 gebe kadın dâhil edilmiştir. Hastalara çalışma hakkında sözel bilgi verildikten sonra yazılı onamları alınmıştır.

Çalışma için Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 24.12.2020 tarihli 15 numaralı oturumda onay alınmıştır. Çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dâhili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Akademik Kurulunun 09.06.2022 tarihli 06 toplantı sayılı 2022/09 sayılı kararıyla Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun bulunmuştur.

Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

. 18-45 yaş arasında gebe kadın olmak
. Halen en az bir sağ-sağlıklı bebeğe sahip olmak
. Gebeliğin 2. ya da 3. trimester sürecinde olmak
. Okuma -yazma biliyor olmak
. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul ediyor olmak

Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

. Bilinen aktif bir psikiyatrik hastalık öyküsünün olması
. Gebeliğin ilk trimesterinda olması
. Primipar olması
. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

3.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler

3.2.1. Anket, Ölçek ve Formlar

1. Sosyodemografik ve Klinik Değerlendirme Formu
2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)
3. Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği (EİDİO)
4. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)
5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE)
6. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği
7. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

3.2.1.1. Sosyodemografik ve Klinik Değerlendirme Formu

Tez çalışmasının özellikleri göz önünde bulundurularak, araştırıcılar tarafından geliştirilen soru formudur. Bu formda; katılımcıların yaşı, evlilik yaşı, gebelik haftası, eğitim düzeyi, çalışma durumu, toplam gelir düzeyi, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebeliğin planlı olup olmadığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi maddelere yer verilmiştir.

3.2.1.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Major Depresif Bozukluk tanılı hastalarda depresyon şiddetinin belirlenmesi amacıyla Aaron Beck tarafından geliştirilmiştir [103]. Dörtlü Likert tipi derecelendirme ile 21 sorudan oluşan bu ankette; katılımcılar kendileri için uygun olan ifadeyi 0-3 puan arasında değerlendirmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Durak ve Palabıyıkoğlu tarafından 1994 senesinde gerçekleştirilmiştir[104]. Toplamda 0-63 puan arasında belirlenen kesme değerine göre depresyon hafif (10-16), orta(17-29), ağır (30-63) olarak derecelendirilebilmektedir.

3.2.1.3. Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği (EİDİO)

Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği Luyten ve arkadaşları tarafından geliştirilen, orijinal dili İngilizce olan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2016 yılında, Karabulut ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [105]. EİDİÖ uygulanabilirlik ve hitap ettiği aralık itibariyle değerlendirildiğinde farklı sosyoekonomik ve eğitsel geçmişe sahip ebeveynler için kapsayıcı olan, yapısı ve içeriği dolayısıyla uygulamaya ilişkin sürecin son derece basit olduğu, ebeveyn içsel düşünme işlevinin kısa ve çok boyutlu bir değerlendirmesini sağlamak için geliştirilmiştir. Likert tipi bir ölçektir (1= hiç katılmıyorum; 7=Tamamen katılıyorum) Ölçek toplam 27 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerin puanlaması aşağıda anlatılmıştır.

Yüksek-düşük Ölçek (Zihin durumlarına karşı ilgi ve merak); 1, 2, 4, 5, 8. 9. 11, 13, 17, 19, 21, 22 maddeler için puanlama (1=1), (2=2), (3=3), (4=4), (5=5), (6=6), (7=7).

Orta Ölçek (Zihin durumları ile ilgili netlik); 6, 12, 18, 23, 27 maddeler, ölçekte ortada verilmiş skorlar yüksek içsel düşünme işlevselliğini belirtir. Yeniden kodlama şu şekilde yapılır: (1=1), (2=3), (3=5), (4=7), (5=5), (6=3), (7=1) Maddeler; 6r, 12r, 18r, 23r, 27r.

Düşük-yüksek Ölçek (Zihinselleştirme öncesi, zihinselleştirmeden yoksunluk ve zararlı atıflar; 3, 7, 10, 14, 15, 16, 20, 24, 25, 26 Ölçekteki düşük skorlar yüksek düzeyde ebeveyn içsel düşünme işlevselliğini işaret eder. Bu yüzden ters kodlanan maddeler aşağıdaki şekilde değerlendirilir. (1=7), (2=6), (3=5), (4=4), (5=3), (6=2), (7=1). R3, R7, R10, R14, R15, R16, R20, R20, R24, R25, R26.

Total puan; alt ölçeklerin ortalaması alınarak yapılmaktadır. Bireyin bu alt ölçeklerden düşük puan alması mentalizasyonu iyi yapamadığını gösterir.

“Zihin durumlarına karşı ilgi ve merak”, “Zihin durumları ile ilgili netlik” ve “Zihinselleştirme öncesi, zihinleştirmeden yoksunluk ve zararlı atıflar” alt ölçeklerinin sırasıyla Cronbach alfa güvenirlik katsayıları şöyledir: α = .76, α =.75, α = .86

3.2.1.4. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2009 yılında Dereli ve Kızılkaya tarafından yapılmıştır [106]. Ölçeğin orijinalinde ve Türkçe' ye uyarlanmış şeklinde gebeliğin 20. haftasından sonra kullanıldığı görülmektedir. Ölçek, gebelik dönemince kadınların düşüncelerini, duygularını, durumlarını ifade etmeyi ve bebeğine doğum öncesi dönemdeki bağlanma düzeylerini ortaya koymayı amaçlayan 21 sorudan oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 puan arasında değerlendirilen, 4'lü

likert tiptedir. Ölçeğin her bir maddesi 1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Toplamda 21- 84 arasında puan elde edilmektedir. Alınan puanın yüksek olması prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.84 bulunmuştur.

3.2.1.5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri -II(YİYE)

Fraley ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş, iki alt boyuttan oluşan ölçektir [107]. Kaygılı ve kaçınmacı bağlanma alt boyutlarının her biri 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2005 yılında Selçuk ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir [108]. Likert tipi (1= hiç katılmıyorum, 7= tamamen katılıyorum) ölçektir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı kaçınma boyutu için 0.90 ve kaygı boyutu için 0.86 olarak bulunmuştur.

3.2.1.6. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ); doğum sonrası kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak 1987 yılında Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir[109]. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1997 yılında Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[110]. Ölçek toplamda 10 maddeden oluşur, her maddenin kendi içerisinde puanlaması farklıdır. 3-,5-, 6-, 7-, 8-, 9- ve 10. maddelerin puanlaması 3-2-1-0 şeklinde olup,1-, 2- ve 4.maddeler ise 0-1-2-3 şeklinde puanlanır. Ölçeğin puanı, bu maddelerin puanların toplanması ile elde edilir. Elde edilen puan 12 ve altı ise hasta PPD açısından risksiz grup, 13 ve üstünde ise riskli grup olarak kabul edilmiştir.

3.2.1.7. Anne- Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

ABBÖ, Taylor ve arkadaşları tarafından geliştirilen, annenin bebeğine karşı hissettiği duyguları ifade etmesine olanak sağlayan ve doğumdan sonraki ilk günden itibaren uygulanabilen bir ölçektir[111]. Bu ölçek annenin ilk dönem ruh hali ile bebeğiyle arasında kurulan bağ arasındaki ilişkiyi göstermektedir. ABBÖ 8 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar en az 0, en çok 3 olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 24 olmaktadır.

Değerlendirmede olumlu duygu ifadeleri ile ilgili maddeler 1-, 4- ve 6. maddeler olup 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken; olumsuz duygu ifadeleri ile ilgili maddeler 2-, 3-, 5- ve 8. maddeler olup 3, 2, 1, 0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması anne-bebek bağlanma problemi göstergesi olarak kabul edilmektedir. Orijinal ölçeğin bir gün içindeki Cronbach Alfa katsayısı 0.69 ve postpartum dönem 8-10 hafta içerisindeki Cronbach Alfa katsayısı 0.68 olarak hesaplanmıştır [112].

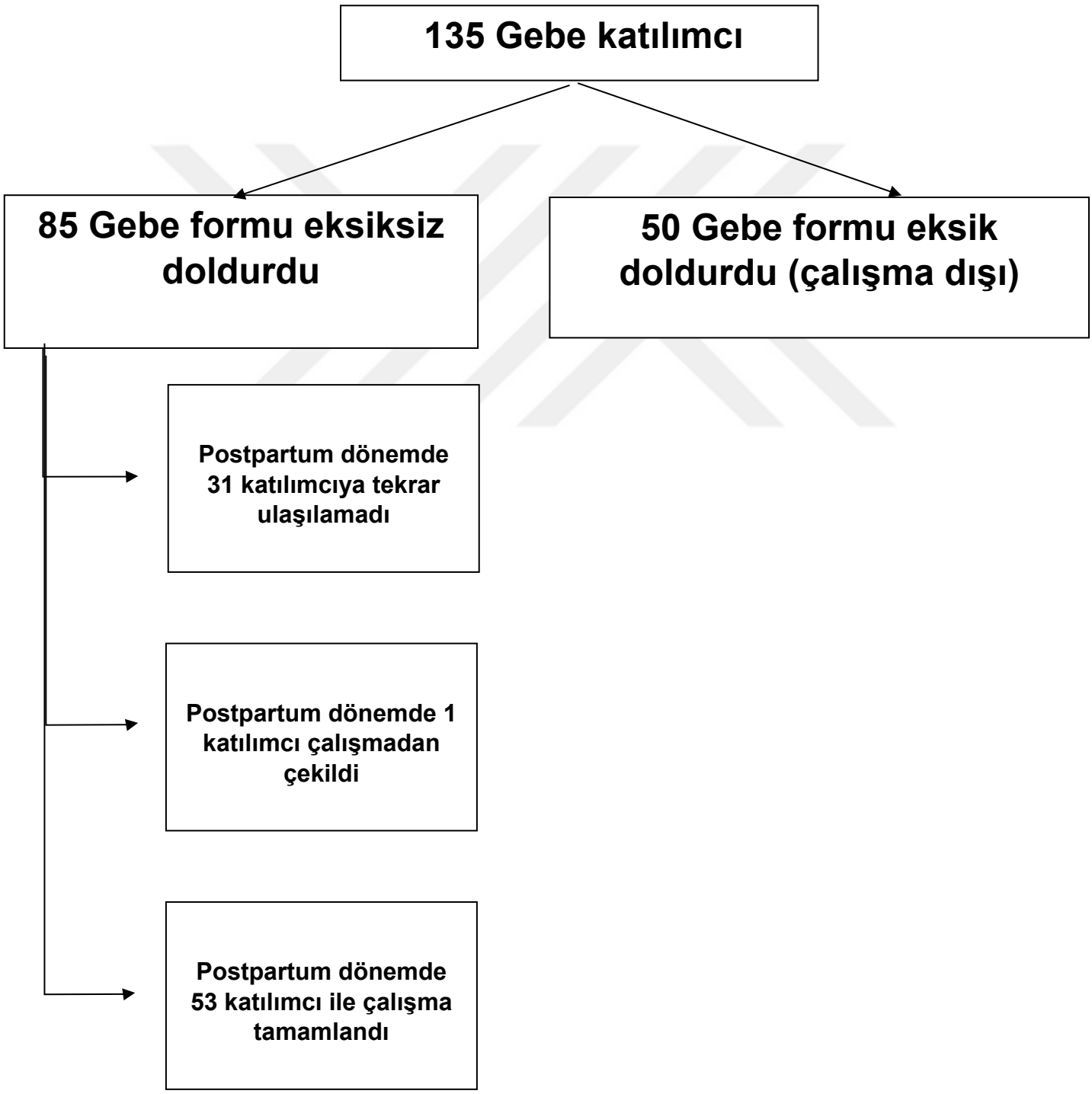
3.3. İstatiksel Analiz

Bu çalışmada katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programının 22.0 versiyonu kullanımıştır. Sosyodemografik verilerin tanımlayıcı istatistiksel analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maksimum değerler saptanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluk durumunu değerlendirmek amacıyla Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır. Gruplar arası farkın değerlendirilmesinde sürekli değişkenlerden parametrik test varsayımını sağlayanlarda Student T Testi, sağlamayanlarda Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Niteliksel değişkenlerin analizinde ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan değişkenlerin korelasyon analizinde her iki ölçeğin parametrik olması durumunda Pearson korelasyon testi, değişkenlerden birinin nonparametrik olması durumunda ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmamız için hesaplanan istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmamıza 135 gebe katılımcı dâhil edilmiş olup, 85 gebe katılımcı formlarını eksiksiz doldurmuştur. Formlarını eksiksiz dolduran 85 gebe katılımcının 1 tanesi çalışmadan çekilmiş olup, 31 katılımcıya postpartum dönemde ulaşılamamıştır. Bu sebeple postpartum dönemdeki 53 katılımcı ile çalışmaya devam edilmişitir.

Şekil 4.1. Katılımcı Sayısı



Sosyodemografik verilerin incelenmesi

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri incelendiğinde tüm grubun yaş ortalaması 29.9 ± 5.7 olup en küçük 19 yaş, en büyük 43 yaş olarak saptanmıştır. Katılımcıların evlilik yaş ortalamasının 21,6 ± 3,8 olduğu ve en erken 16 yaşında, en geç ise 34 yaşında evlenmiş oldukları görülmüştür.

Gebelik haftaları incelendiğinde en düşük gebelik haftasının 13. hafta, en yüksek gebelik haftasının 38. hafta olduğu, ortalamalarının ise 31.3 ± 6.3 hafta olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan 55 (%65.5) kişinin mevcut gebeliğinin planlı olduğu, 29 (% 34.5) kişinin ise plansız olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların doğum sayılarına bakıldığında doğum sayısının 1 ile 6 arasında değiştiği ($\bar{x}$:2.05), çocuk sayılarına bakıldığında ise en az 1, en fazla 5 ($\bar{x}$: 1.9) çocuk sahibi olunduğu saptanmıştır. Gebelik sırasında anketleri dolduran 84 katılımcının % 8.3'ünün (n=7) önceki çocuklarında sağlık problem olduğu ve % 2.4'ünün (n=2) geçmişinde ölü doğum öyküsü olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi dağılımları sırasıyla ilkokul %17.9(n=15), ortaokul %34.5 (n= 29), lise % 26.2 (n= 22) ve lisans %21.4 (n=18) olarak saptanmıştır. Çalışma durumları incelendiğinde katılımcıların %79.8'inin (n=67) ev hanımı olduğu, %20.2'sinin (n= 17) ise bir işte çalışmış olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %25'inin (n=21) köyde, % 13.1'inin(n=11) ilçede , %61.9'unun(n=52) şehir merkezinde ikamet ettiği tespit edilmiştir. Katılımcıların kazandıkları toplam gelir düzeyi 8000 Türk Lirası 2020 yılı ortalama yoksulluk sınırı baz alınarak; asgari ücret ve altı, asgari ücret - 8.000 Türk Lirası arası, 8.000 Türk Lirası ve üstü şeklinde bölümlere ayrılarak incelendi. Gebelik döneminde değerlendirilen katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 4.1' de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 . Gebelik döneminde değerlendirilen katılımcılara ait sosyodemografik veriler (n=84)

	Tüm katılımcılar (n , %)
Yaş	
($\bar{x}$ ± SS)	29.93 ± 5.74
(m-M)	19 - 43
Evlilik yaşı	
($\bar{x}$ ± SS)	21,60 ± 3,8
(m-M)	16 - 34
Gebelik haftası	
($\bar{x}$ ± SS)	31.33 ± 6.37
(m-M)	13 - 38
Doğum sayısı ($\bar{x}$, m-M)	2.05 (1-6)
Çocuk sayısı ($\bar{x}$, m-M)	1.9 (1-5)
Mevcut gebeliğin planlı olup olmadığı (n, %)	
Planlı	55 (%65.5)
Planlı değil	29 (%34.5)
Çocuklarında sağlık problemi (n, %)	
Var	7 (%8,3)
Yok	77 (%91,7)
Geçmişte ölü doğum öyküsü (n, %)	
Var	2 (%2.4)
Yok	82 (% 97.6)
Çalışma durumu (n, %)	
Çalışmıyor (ev hanımı)	67 (%79.8)
Çalışıyor	17 (%20.2)
Eğitim düzeyi (n, %)	
İlkokul	15 (%17,9)
Ortaokul	29 (%34.5)
Lise	22 (%26.2)
Lisans	18 (%21.4)
Yaşadığı yer (n, %)	
Köy	21 (%25)
İlçe	11 (%13.1)
Şehir merkezi	52 (%61.9)
Toplam gelir düzeyi (n, %)	
0-2500 ₺ arası	50 (% 59.5)
2500-8000 ₺ arası	32 (%38.1)
8000 ₺ ve üzeri	2 (%2.4)
Kronik tıbbi hastalık öyküsü (n, %)	
Var	6 (% 7.1)
Yok	78 (%92.9)
Geçmişte psikiyatrik hastalık öykü (n, %)	
Var	5 (%6)
Yok	79 (%94)

Ailede psikiyatrik tanı(n, %)	
Var	4 (%4.8)
Yok	80 (%95.2)

x̄: Aritmetik ortalama Md: Ortanca (medyan) SS: Standart sapma m-M: Minimum-Maksimum

Postpartum Dönemde Katılımcıların Sosyodemografik Verilerin İncelenmesi

Araştırma grubuna dâhil olan 84 gebe katılımcının 53'üne doğumdan sonraki süreçte ulaşılmıştır. Doğumdan sonra ilk 2 hafta içinde görülen annelik hüznü tablosunun doğum sonrası depresyonla daha net ayrımının yapılabilmesi için, anketler doğumdan sonraki 2-8 hafta arasında uygulanmıştır. Dâhil edilen 53 katılımcıya; Beck Depresyon Envanteri (BDE), Anne Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) uygulanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde tüm grubun yaş ortalaması 29.9 ± 5.7 olup en küçük yaş 19, en büyük yaş 49 olarak saptanmıştır. Katılımcıların evlilik yaş ortalamasının 21,9 ± 4.1 olduğu ve en erken evlilik yaşının 16, en geç evlilik yaşının ise 34 olduğu görüldü.

Gebelik haftaları incelendiğinde en küçük gebelik haftasının 13, en yüksek gebelik haftasının 38 olduğu, ortalamalarının ise 31.5 ± 6.6 hafta olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan 35(%66) kişinin gebeliğinin planlı olduğu, 18 (%34) kişinin ise plansız olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların doğum sayılarına bakıldığında canlı doğum sayısının 1 ile 6 arasında değiştiği (x̄:1.92) ve %3.8'inin (n=2) geçmişinde ölü doğum öyküsü olduğu saptanmıştır. Çocuk sayılarına bakıldığında; en az 1, en fazla 5 (x̄: 1.7) çocuğu olduğu, %7.5'inde (n=4) önceki çocuklarında sağlık problemi olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılanların eğitim düzeylerinin dağılımları ilkokul %11.3(n=6), ortaokul %34 (n= 18), lise % 26.4(n= 14), lisans %28.4(n=15) olarak saptanmıştır.

Çalışma durumları incelendiğinde 42 (%79.2) katılımcının ev hanımı olduğu, 11 (%20.8) katılımcının ise bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %22.6'sının (n=12) köyde, % 9.4'ünün(n=5) ilçede, %67.9'unun (n=36) şehir merkezinde ikamet ettiği gözlenmiştir. Katılımcıların % 54.7'sinin (n=29) asgari ücret ve altında, % 3.8'inin (n=2) yoksulluk sınırı üstünde geri kalan % 41.5'inin (n= 22) asgari ücret ile yoksulluk sınırı arasında gelir

düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Post partum dönemde değerlendirilen katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 4.2' de özetlenmiştir.

Tablo 4.2. Postpartum dönemde değerlendirilen katılımcılara ait sosyodemografik veriler (n=53)

	Postpartum dönem katılımcılar (n , %)
Yaş	
($\bar{x}$ ± SS)	29.92 ± 5.7
(m-M)	19- 43
Evlilik yaşı	
($\bar{x}$ ± SS)	21,98 ± 4.1
(m-M)	16- 34
Gebelik haftası	
($\bar{x}$ ± SS)	31.5 ± 6.6
(m-M)	13- 38
Doğum sayısı ($\bar{x}$, m-M)	1.92 (1-6)
Çocuk sayısı ($\bar{x}$, m-M)	1.7 (1-5)
Mevcut gebeliğin planlı olup olmadığı (n, %)	
Planlı	35 (%66)
Planlı değil	18 (%34)
Çocuklarında sağlık problemi (n, %)	
Var	4 (%7.5)
Yok	49 (%92.5)
Geçmişte ölü doğum öyküsü (n, %)	
Var	2 (% 3.8)
Yok	51 (%96.2)
Çalışma durumu (n, %)	
Çalışmıyor (ev hanımı)	42 (% 79.2)
Çalışıyor	11 (% 20.8)
Eğitim düzeyi (n, %)	
İlkokul	6 (% 11.3)
Ortaokul	18 (% 34)
Lise	14 (% 26.4)
Lisans	15 (% 28.3)
Yaşadığı yer (n, %)	
Köy	12 (%22.6)
İlçe	5 (% 9.4)
Şehir merkezi	36 (%67.9)
Toplam gelir düzeyi (n, %)	

0-2500 ₺ arası	29 (% 54.7)
2500-8000 ₺ arası	22 (% 41.5)
8000 ₺ ve üzeri	2 (% 3.8)
Kronik hastalık öyküsü (n, %)	
Var	4 (% 7.5)
Yok	49 (% 92.5)
Ailede psikiyatrik tanı (n, %)	
Var	3 (% 5.7)
Yok	50 (% 94.3)

x̄: Aritmetik ortalama, Md: Ortanca (medyan), SS: Standart sapma, m-M: Minimum-Maksimum

Gebelik Döneminde Beck Depresyon Envanterine Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gebelik döneminde değerlendirlilen 84 katılımcı, uygulanan Beck Depresyon Envanterinin (BDE) kesme değerine göre iki gruba ayrılmıştır. BDE puanı kesme değeri olan 10 ve üzerindekiler Grup-1 olarak, 10 puan altında olanlar Grup-2 olarak tanımlanmıştır. Katılımcıların %42.6'sında (n=35) BDE puanı kesme değer puanı üzerinde saptanmıştır.

Grup-1 ve Grup-2' nin sosyodemografik verilerinin istatistiksel analizi Tablo 4.3'te özetlenmiştir.

Tablo 4.3. Beck Depresyon Envanteri Puanlarına Göre Grup-1 ve Grup-2 katılımcılarının sosyodemografik özellikleri (n=84)

	Doğum Öncesi Beck Depresyon Envanetesine Göre (n, %)				
	GRUP-1 (n=35, %42.6)	GRUP-2 (n=49, % 57.4)	χ2 / t / Z	*df*	*p*
Yaş (x̄ ± SS)	29,6 ± 6,7	30,1 ±4.9	**0,310	82	0,758
Evlilik yaşı (x̄ ± SS)	20.3 ± 3.2	22.4 ± 3.9	***-2.4		**0.016**
Yaşadığı yer (n, %) Şehir merkezi Diğer	n= 21 (%60) n= 14 (%40)	n=31 (%63.3) n=18 (%36.7)	*0.92	1	0.761

Eğitim düzeyi (n, %) 8 yıl ve altı Lise ve üstü	n = 20 (% 57.1) n =15 (% 42.8)	n=24 (%49) n=25 %51)	*0.545	1	0.460
Çalışma durumu (n, %) Çalışmıyor (Ev hanımı) Çalışıyor	n =28 (%80) n =7 (%20)	n =39 (%79.6) n =10 (%20.4)	* 0.002	1	0.963
Toplam gelir düzeyi (n, %) 2500 ve altı 2501 ve üzeri	n =24 (% 68.6) n =11 (% 30.4.)	n =26 (% 53.1) n = 23 (%46.9)	*2.039	1	0.153
Çocuk sayısı (n, %) 1 2 ve daha fazla	n =12 (%34.3) n =23 (% 65.7)	n =28 (% 57.1) n =21 (%42.9)	*4.27	1	**0.039**
Çocuklarında sağlık problemi (n, %) Var Yok	n= 5 (% 14.3) n= 30 (% 85.7)	n=2 (% 4.1) n= 47 (%95.9)	*		0.122
Geçmişte ölü doğum öyküsü (n, %) Var Yok	n=2 (% 5.7) n=33 (%94.3)	n=0 n=49 (%100)	*		0.171
Mevcut gebelik (n, %) Planlı Planlı değil	n=19 (%54.3) n=16 (%45.7)	n= 36 (%73.5) n =13 (% 26.5)	*3.324	1	**0.006**
Kronik hastalık öyküsü (n, %) Var Yok	n =3 (% 11.4) n=32 (%88.6)	n =3 (% 4.1) n =32 (%95.9)	*		0.229
Ailede psikiyatrik tanı (n, %) Var Yok	n =3 (% 8.6) n =32 (%91.4)	n=1 (% 2) n =48 (%98)	*		0.303

x̄: Aritmetik ortalama, Md:Ortanca (medyan), SS: Standart sapma,
m-M: Minimum-Maksimum, P<0,05: İsatiksel olarak anlamlı
*: Ki kare testi (x^2), **: Sudent t testi (t), ***: Mann Whitney U testi

Grup-1 ve Grup-2 arasında; yaş ortalamaları, yaşadıkları yer, eğitim düzeyleri, çalışma durumu, toplam gelir düzeyi, çocuklarında sağlık problemi varlığı, geçmişte ölü doğum öyküsü, kronik hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Grup-1'deki gebelerin %34.3'ünün (n=12) bir çocuğa, %65.7'sinin (n=23) iki veya daha fazla çocuğa sahip oldukları, Grup-2'dekilerin ise %57.1'inin (n =28) bir çocuğa, %42.9'

unun(n=21) iki veya daha fazla çocuğa sahip oldukları gözlenmiştir. İki grup arasında çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir **(p< 0.05).**

Grup-1' deki katılımcıların % 54.3'ünde (n=19) gebeliğin planlı olduğu, % 45.7' sinin(n=16) de ise plansız olduğu saptanmıştır. Grup-2 de ise ise gebeliği planlı olanların oranı %73.5 (n=36) olarak bulunmuştur. İki grup arasında gebeliğin planlı olup-olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir **(p< 0.05).**

Grup – 1 deki katılımcıların evlilik yaşı ortalaması 20.3 ± 3.2, Grup – 2'deki katılımcıların evlilik yaşı ortalaması 22.4 ± 3.9 saptandı. İki grup arasında evlilik yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir **(p< 0.05).**

Doğum Öncesi Beck Depresyon Envanteri ile Prenatal Bağlanma, Ebeveyn Yansıtıcı İşlevleri ve Yakın İlişkiler Özelliklerinin İlişkisi

Grup-1' de Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ortalama puanı 63.3 ± 12.1 iken, Grup-2' de PBE ortalama puanı 64.9 ± 9.7 olarak saptanmıştır. PBE puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.503).

GRUP-1'de Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği (EİDİO) ortalama puanı 40.7 ± 7.4, Grup-2'de 45.54 ± 6 olarak saptanmıştır. Grup-1 ve Grup-2 arasında EİDİO ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır **(p=0.006).**

Grup-1'de EİDİO'nun; yüksek-düşük alt ölçek puanı 53.8 ± 16.7, orta alt ölçek 20.7 ± 6, düşük-yüksek alt ölçek 47.6 ± 11.4 olarak tespit edilmiştir. Grup-2 de ise EİDİO alt ölçek puan ortalamaları; yüksek-düşük alt ölçek 62.9 ±10.2, orta-alt ölçek 20.8 ± 8 ve düşük-yüksek alt ölçek 52.9 ± 11.3 olarak bulunmuştur. Grup-1 ve Grup-2 arasında EİDİO orta alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken (p=0.771), EİDİO yüksek-düşük ve düşük-yüksek alt ölçekleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır **(p=0.013 ve p=0.012).**

Grup-1'de Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II(YİYE-II) kaygılılık alt boyutu ortalama puanı 64.1 ± 18.8, Grup-2'de ise ortalama puanı 52.1 ± 18.7 olarak bulunmuştur. Grup-1 ve Grup-2 arasında YİYE-II kaygılılık alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir **(p=0.007).**

Grup-1'de Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II(YİYE-II) kaçınganlık alt boyutu ortalama puanı 61.0 ± 17.5, Grup-2'de 48.8 ± 22.7 olarak saptanmıştır. Grup-1 ve Grup-2

arasında YİYE-II kaçınganlık alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir **(p=0.007).**

Doğum Öncesi Beck Depresyon Envanteri ile Prenatal Bağlanma, Ebeveyn Yansıtıcı İşlevleri ve Yakın İlişkiler Özelliklerinin İlişkisine ait veriler Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Doğum Öncesi Beck Depresyon Envanteri ile Prenatal Bağlanma, Ebeveyn Yansıtıcı İşlevleri ve Yakın İlişkiler Özelliklerinin İlişkisi (n=84)

	Doğum Öncesi Beck Depresyon Envanetesine Göre (n , %)				
	GRUP-1 (n=35, %42.6)	GRUP-2 (n=49, %57.4)	χ2 / t / Z	*df*	*p*
PBE ($\bar{x}$ ± SS)	63.3 ± 12.1	64.9 ± 9.7	**0,672	82	0,503
EİDİÖ Total Ortalama ($\bar{x}$ ± SS)	40.7 ± 7.4	45.5 ± 6	***-2.274		**0.006**
EİDİÖ-YD ($\bar{x}$ ± SS)	53.8 ± 16.7	62.9 ±10.2	***-2.49		**0.013**
EİDİÖ-Orta ($\bar{x}$ ± SS)	20.7 ± 6	20.8 ± 8	*** -0.291		0.771
EİDİÖ-DY ($\bar{x}$ ± SS)	47.6 ± 11.4	52.9 ± 11.3	*** -2.507		**0.012**
YİYE kaygılı ($\bar{x}$ ± SS)	64.1 ± 18.8	52.1 ± 18.7	***-2.711		**0.007**
YİYE kaçınmacı ($\bar{x}$ ± SS)	61.0 ± 17.5	48.8 ± 22.7	**-2,777	82	**0,007**

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, Md: Ortanca (medyan), SS: Standart sapma, m-M: Minimum-Maksimum,*: Ki kare testi (x^2), **:Sudent t testi (t), ***: Mann Whitney U testi, P<0,05: İsatiksel olarak anlamlı, PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri, YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II, EİDİÖ-YD: Yüksek –düşük alt ölçek, EİDİÖ-Orta: Orta alt ölçek, EİDİÖ-DY: Düşük- yüksek alt ölçek, EİDİÖ-Total Ortalama: Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği-alt ölçeklerin ortalaması

2.Doğum Sonrası EDSDÖ ile Sosyodemografik veriler, Yansıtıcı işlev becerileri, Prenatal Bağlanma, Yakın ilişkilerde yaşantılar ve Anne-bebek etkileşimi arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Doğum öncesi dönemde çalışmaya dâhil edilen 84 tane gebenin, 31 tanesine doğum sonrası dönemde ulaşılamadığı için çalışmaya 53 katılımcı ile devam edildi. Katılımcılara doğum sonrası dönemde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) uygulandı. EDSDÖ'nün kesme değer puanlarına göre katılımcılar Grup-A ve Grup-B şeklinde ikiye ayrıldı. EDSDÖ'ye göre kesme değer 13 ve üzeri alanlar Grup-A, altında alanlar Grup-B olarak kategorize edildi.

EDSDÖ'ye göre Grup-A ve Grup-B' nin sosyodemografik verilerinin istatistiksel analiz sonuçları Tablo 4.5'te özetlenmiştir. Grup-A ve Grup-B arasında;yaş ortalamaları, evlilik yaşı, yaşadıkları yer, eğitim düzeyleri, çalışma durumu, toplam gelir düzeyi, çocuk sayısı, çocuklarında sağlık problemi varlığı, geçmişte ölü doğum öyküsü, gebelik planı, kronik hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$), geçmişte psikiyatrik tedavi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır **($p=0.042$).**

Tablo 4.5. EDSDÖ'ye göre Grup-A ve Grup-B' nin sosyodemografik verileri (n=53)

	Doğum Sonrası Edinburgh Depresyon Ölçeğine Göre (EDSDÖ)				
	GRUP-A (n=13 %.24.5.)	GRUP-B (n=40 %75.4)	χ2 / t / Z	*df*	*p*
Yaş (x̄ ± SS)	30.23 ± 5.5	29.83 ± 5.8	** -2.19	51	0.828
Evlilik yaşı (x̄ ± SS)	21.77 ± 3.8	22.05 ± 4.2	***		1
Yaşadığı yer (n, %)			*		
Şehir merkezi	n=10 (%76.9)	n= 26 (%65)	0.640	1	0.42
Diğer	n=3 (%23 .1)	n =14 (%35)			
Eğitim düzeyi (n, %)			*		
8 yıl ve altı	n =8 (%61.5)	n =21 (% 52.5)	0.323	1	0.57
Lise ve üstü	n = 5 (38.5)	n = 19 (%47.5)			
Çalışma (n, %)			*		
Çalışmıyor (Ev hanımı)	n=9 (%69.2)	n=33 (%82.5)	1.05	1	0.305
Çalışıyor	n=4 (%30.8)	n=7 (%17.5)			
Toplam gelir düzeyi (n, %)			*		
2500 ve altı	n =7 (%53.8)	n = 22 (%55)	0.05	1	0.942
2501 ve üzeri	n = 6 (%46.2)	n = 18 (%45)			
Çocuk sayısı (n, %)			*		0.469
1	n =8 (%61.5)	n =20 (% 50)	0.524	1	
2 ve daha fazla	n=5 (%31.5)	n= 20 (%50)			
Çocuklarda sağlık problemi (n, %)			*		
Var	n=2 (%15.4)	n=2 (%5)			0.249
Yok	n=11 (%84.6)	n=38(%95)			
Geçmişte ölü doğum öyküsü			*		
Var	n=1 (%7.7)	n=1 (%2.5)			0.434
Yok	n=12(%92.3)	n=39(%97.5)			
Mevcut gebelik (n, %)			*		
Planlı	n=11 (%84.6)	n=24 (%60)	2.65	1	0.104
Planlı değil	n=2 (%15.4)	n=16(%40)			
Geçmişte psikiyatrik tedavi (n, %)			*		**0.042**
Var	n=3 (%23.1)	n=1 (%2.5)			
Yok	n=10 (%76.9)	n=39 (%97.5)			
Kronik hastalık öyküsü (n, %)			*		
Var	n=1 (%7.7)	n=3 (%7.5)			1
Yok	n=12(92.3)	n=37 (%92.5)			
Ailede psikiyatrik öykü (n, %)			*		
Var	n=2 (%15.4)	n=1 (%2.5)			0.145
Yok	n=11(%84.6)	n=39(%97.5)			

x̄: Aritmetik ortalama, Md: Ortanca (medyan), SS: Standart sapma, m-M: Minimum-Maksimum, EDSDÖ: Doğum Sonrası Edinburgh Depresyon Ölçeği, *: Ki kare testi (x^2)

: Sudent t testi (t), *: Mann Whitney U testi, p<0,05: İsatiksel olarak anlamlı

Grup-A'da Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği (EİDİO) ortalama puanı 37.3 ± 10.0, Grup-B'de 45.2 ± 6.3 olarak saptanmıştır. Grup-A ve Grup-B arasında EİDİO ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir **(p=0.025).**

Grup-A EİDİO alt ölçek puan ortalamaları; yüksek-düşük alt ölçek 52.9 ± 20.7, orta-alt ölçek 16.0 ± 4.8 ve düşük-yüksek alt ölçek 43.1 ± 17.4 olarak tespit edilmiştir. Grup-B EİDİO alt ölçek puan ortalamaları; yüksek-düşük alt ölçek 62.4 ± 12.1, orta-alt ölçek 19.6 ± 6.8 ve düşük-yüksek alt ölçek 53.8 ± 10.6 olarak bulunmuştur. Grup-A ve Grup-B arasında EİDİO alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p>0.05).

Grup-A ve Grup-B'nin EİDİO puanları ile ilişkisi Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Grup-A ve Grup-B'nin EİDİO puanları ile ilişkisi (n=53)

	Doğum Sonrası Edinburgh Depresyon Ölçeğine Göre (EDSDÖ)				
	GRUP-A (n=13 %.24.5.)	GRUP-B (n=40 %75.4)	χ2 / t / Z	*df*	*p*
EİDİÖ Total Ortalama (x̄ ± SS)	37.3 ± 10	45.2± 6.3	*** -2.24		**0.025**
EİDİÖ-YD (x̄ ± SS)	52.92 ± 20.7	62.40 ± 12.1	*** -2.24		0.301
EİDİÖ-Orta (x̄ ± SS)	16.08 ± 4.8	19.65 ± 6.8	** 1.74	51	0.860
EİDİÖ-DY (x̄ ± SS)	43.1 ± 17.4	53.80 ± 10.6	*** -1.75		0.079

x̄: Aritmetik ortalama, Md: Ortanca (medyan), SS: Standart sapma, m-M: Minimum-Maksimum, EDSDÖ: Doğum Sonrası Edinburgh Depresyon Ölçeği, *: Ki kare testi (x^2),
: Sudent t testi (t), *: Mann Whitney U testi, P<0,05: İsatiksel olarak anlamlı, EİDİÖ-YD: Yüksek –düşük alt ölçek, EİDİÖ-Orta: Orta alt ölçek, EİDİÖ-DY: Düşük- yüksek alt ölçek, EİDİÖ-Total ortalama: Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği-alt ölçeklerin ortalaması

Grup-A YİYE-II kaygılılık alt boyutu ortalama puanı 68.3 ± 23, Grup-B 54.5 ± 19.6 olarak saptanmıştır. Grup-A ve Grup-B arasında YİYE-II kaygılılık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir **(p=0.038).**

YİYE-II kaçınganlık alt boyutu ortalama puanı Grup-A' da 59.6 ± 23.2, Grup-B' de 52.0 ± 23.2 olarak gözlenmiştir. Grup-A ve Grup-B arasında YİYE-II kaçınganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0.311).

Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ortalama puanı Grup-A'da 62.0 ± 9.9, Grup-B'de ise 65.7 ± 11.2 olarak bulunmuştur. Grup-A ve Grup-B arasında PBE puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0.289).

Anne Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ortalama puanı Grup-A'da 3.69 ± 4.5, Grup-B'de 2.43 ± 2.5 olarak saptanmıştır. Grup-A ve Grup-B arasında ABBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0.515).

Grup-A ve Grup-B'de yer alan katılımcıların PBE, YİYE alt ölçekleri ve ABBÖ ile ilişkisi Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Grup-A ve Grup-B'de yer alan katılımcıların PBE, YİYE alt ölçekleri ve ABEÖ ile ilişkisi (n=53)

Doğum Sonrası Edinburgh Depresyon Ölçeğine Göre (EDSDÖ)					
	GRUP-A (n=13 %.24.5.)	GRUP-B (n=40 %75.4)	χ2 / t / Z	*df*	*p*
PBE ($\bar{x}$ ± SS)	62 .0 ± 9.9	65.75 ± 11.2	** 1.,72	51	0.289
YİYE Kaygılı ($\bar{x}$ ± SS)	68.31 ± 23	54.55 ± 19.6	*** -2.07		**0.038**
YİYE Kaçınmacı ($\bar{x}$ ± SS)	59.62 ± 23.2	52.03 ± 23.2	** -1.024	51	0.311
ABBÖ ($\bar{x}$ ± SS)	3.69 ± 4.5	2.43 ± 2.5	*** -0.65		0.515

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, Md:Ortanca (medyan), SS:Standart sapma, m-M: Minimum-Maksimum PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri, YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II, ABBÖ: Anne Bebek Bağlanma Ölçeği, EDSDÖ: Doğum Sonrası Edinburgh Depresyon Ölçeği, *: Ki kare testi (x^2), **: Sudent t testi (t), ***: Mann Whitney U testi , P<0,05: İsatiksel olarak anlamlı

Doğum öncesi dönemde çalışmaya dâhil edilen 84 gebenin, 31 tanesine doğum sonrası dönemde ulaşılamadığı için çalışmaya 53 katılımcı ile devam edildi. Katılımcılara doğum sonrası dönemde Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulandı. BDE'nin kesme değer puanlarına göre katılımcılar Grup-X ve Grup-Y şeklinde ikiye ayrıldı. BDE'ye göre kesme değer 10 ve üzeri alanlar Grup-X, altında alanlar Grup-Y olarak kategorize edildi.

Grup-X ve Grup-Y arasında; yaş ortalamaları, evlilik yaşı, yaşadıkları yer, eğitim düzeyleri, çalışma durumu, toplam gelir düzeyi, çocuk sayısı, çocuklarında sağlık problemi varlığı, geçmişte ölü doğum öyküsü, gebelik planı, kronik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü parametreleri ile açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Grup-X ve Grup-Y'deki katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Grup-X ve Grup-Y'deki katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması (n=53)

	Doğum Sonrası Beck Depresyon Envanterine Göre (BDE)				
	GRUP-X (n=22 %,41.5)	GRUP-Y (n=31 %.58.4)	χ2 / t / Z	*df*	*p*
Yaş (x̄ ± SS)	30.09 ± 5.8	29.8 ± 5.7	** 0.176	51	0.862
Evlilik yaşı (x̄ ± SS)	22.32 ± 3.8	21.74 ± 4.3	*** -0.809		0.418
Yaşadığı yer (n, %)			*		
Şehir merkezi	n=16 (%72.7)	n=20 (%64.5)	0.398	1	0.528
Diğer	n=6 (%27.3)	n=11 (%35.5)			
Eğitim düzeyi (n, %)			*		
8 yıl ve altı	n=13 (%59.1)	n=16(%51.6)	0.290	1	0.590
Lise ve üstü	n=9 (%40.9)	n=15(%48.4)			
Çalışma durumu (n, %)			*		
Çalışmıyor (Ev hanımı)	n=17 (%77.3)	n=25(%80.6)	0.089	1	0.765
Çalışıyor	n=5 (%22.7)	n=6(%19.4)			
Gelir durumu (n, %)			*		
2500 ve altı	n=14 (%63.6)	n=15 (%48.4)	1.208	1	0.272
2501 ve üzeri	n=8 (%36.4)	n=16(%51.6)			

Çocuk sayısı (n, %)			*		
1	n=12(%54.5)	n=16 (%51.6)	0.044	1	0.833
2 ve daha fazla	n=10 (%45.5)	n=15 (%48.4)			
Çocuklarda sağlık problemi (n, %)			*		
Var	n=1 (%4.5)	n=3 (%9.7)			0.633
Yok	n=21(%95.5)	n=28(%90.3)			
Geçmişte ölü doğum (n, %)			*		
Var	n=2 (%9.1)	n=0			0.168
Yok	n=20 (%90.9)	n=31(%100)			
Mevcut gebelik (n, %)			*		
Planlı	n=15 (%68.2	n=20 (%64.5)	0.077	1	0.781
Planlı değil	n=7 (%31.8)	n=11 (%35.5)			
Kronik hastalık öyküsü (n, %)			*		
Var	n=2 (%9.1)	n=2 (%6.5)			
Yok	n=20 (%90.9)	n=29(%93.5)			1
Ailede psikiyatrik tanı (n, %)			*		
Var	n=3 (%13.6)	n=0			0.06
Yok	n=19 (86.6)	n=31(%100)			

x̄:Aritmetik ortalama, Md: Ortanca (medyan), SS: Standart sapma, m-M: Minimum-Maksimum

*: Ki kare testi (x^2), **: Sudent t testi (t), ***: Mann Whitney U testi, P<0,05: İsatiksel olarak anlamlı

Grup-X ve Grup-Y arasında EİDİO orta alt ölçeği ve düşük-yüksek alt ölçeği ortalama puanları, PBE puanı, ABBÖ puanı, YİYE- II kaygılılık ve kaçınganlık alt grup puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Grup-X'te; EİDİO total ortalama puanı 39.3 ± 9.1, yüksek-düşük alt ölçek ortalama puanı 53.5 ± 17.8, Grup-Y' de; EİDİO total ortalama puanı 46.2 ± 5.7, yüksek-düşük alt ölçek ortalama puanı 64.6 ± 10.7 olarak tespit edilmiştir. Grup-X ve Grup-Y arasında EİDİO total ve yüksek-düşük alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır **(p<0.05).**

Grup-X ve Grup-Y'deki katılımcıların EİDİO toplam ve alt ölçek puanları, PBE, YİYE alt ölçek puanları ve ABEÖ puanları açısından karşılaştırması Tablo 4.9 'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Grup-X ve Grup-Y'deki katılımcıların EİDİO toplam ve alt ölçek puanları, PBE, YİYE alt ölçek puanlarıve ABBÖ puanları açısından karşılaştırması (n=53)

	Doğum Sonrası Beck Depresyon Envanterine Göre (BDE)				
	GRUP-X (n=22 %,41.5)	GRUP-Y (n=31 %.58.4)	χ2 / t / Z	*df*	***p***
EİDİÖ Toplam ortalama (x̄ ± SS)	39.30 ± 9.1	46.21 ± 5.7	*** -2.57		**0.01**
EİDİÖ-YD (x̄ ± SS)	53.59 ± 17.8	64.68 ± 10.7	*** -2.34		**0.019**
EİDİÖ-Orta (x̄ ± SS)	18.10 ± 6.3	19.19 ± 6.7	** -0.553	51	0.580
EİDİÖ-DY (x̄ ± SS)	46.14 ±16.1	54.57 ± 9.5	*** -1.65		0.098
PBE (x̄ ± SS)	62.32 ± 10.4	66.61 ± 11.6	** -1.418	51	0.162
YİYE kaygılı (x̄ ± SS)	63.05 ± 22.08	54.29 ± 20.05	*** -1.437		0.151
YİYE kaçınmacı (x̄ ± SS)	58.50 ± 23.1	50.61 ± 23.1	** 1.22	51	0.227
ABBÖ (x̄ ± SS)	3.45 ± 4.2	2.23 ± 2	*** - 0.468		0.640

x̄: Aritmetik ortalama, Md: Ortanca (medyan), SS: Standart sapma, m-M: Minimum-Maksimum, PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri, YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II, ABBÖ: Anne Bebek Bağlanma Ölçeği, EİDİÖ-YD: Yüksek –düşük alt ölçek, EİDİÖ-Orta: Orta alt ölçek, EİDİÖ-DY: Düşük- yüksek alt ölçek, EİDİÖ-Total ortalama: Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği-alt ölçeklerin ortalaması, *: Ki kare testi (x^2), **: Sudent t testi (t), ***: Mann Whitney U testi, P<0,05: İsatiksel olarak anlamlı

Son olarak, tüm gebe katılımcıların BDE, bağlanma ve EİDİO korelasyonları değerlendirilmiş olup, gebelik döneminde depresyon riski ile kaygılı ve kaçıngan bağlanma arasında pozitif yönde, EİDİO Yüksek-düşük, Düşük-yüksek ve total skor ortalaması ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Korelasyon ile ilgili değerler Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Tüm gebe katılımcıların BDE, Bağlanma ve EİDİO korelasyonları (n=84)

Tüm Gebe Katılımcılar			1	2	3	4	5	6
Spearman's rho	1. Doğum öncesi Beck Depresyon Envanteri	r	1,000					
		p						
	2. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Kaygılılık alt boyutu	r	,298	1,000				
		p	**0,006**					
	3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Kaçınganlık alt boyutu	r	.292	,434**	1,000			
		p	**0.007**	0,000				
	4. Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevsellik-Yüksek-düşük alt ölçek skoru	r	-.273	-,123	-,427	1,000		
		p	**0,012**	0,266	0,000			
	5. Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevsellik-Düşük-yüksek alt ölçek skoru	r	-,275	-,213	-,343	,320	1,000	
		p	**0,011**	0,051	0,001	0,003		
	6. Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevsellik Ölçeği- Total skor(3 alt ölçeğin ortalaması)	r	-.304	-,234	-,437	,696	,650	1,000
		p	**0.005**	0.032	0,000	0,000	0,000	

r: korelasyon katsayısı
p: korelasyon katsayısının istatistiksel anlamlılığı için p değeri

5.TARTIŞMA

Çalışmamızın ana hedefleri gebelik dönemindeki kadınların; metalizasyon becerilerinin, prenatal bağlanma özelliklerinin ve yetişkin bağlanma biçimlerinin, postpartum depresyon ve anne bebek etkileşimi ile ilişkisini araştırmaktadır.

5.1. Sosyodemografik Veriler

Araştırmaya dahil olan katılımcıların yaş ortalamaları 29.9, ilk evlilik yaş ortalamaları ise 21.6 olarak tespit edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerinde ilk evlilik yaş ortalaması 25.6 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızdaki ilk evlilik yaş ortalamasının TÜİK verilerinden farkı olmasının nedeni, çalışmamızın Türkiye' nin tek bir bölgesi olan doğu anadolu bölgesinden yapılmış olması olabilir[113]. Ülkemizin doğu bölgelerinde ilk evlilik yaşı diğer bölgelere göre daha düşüktür [114] . Bir başka neden de kız çocuklarında erken yaşta evliliğin en önemli nedenlerinden biri eşit olmayan cinsiyet ilişkileridir. Bu durum ülkemizin doğu bölgelerinde daha sık görülür [115].

Çalışmamızda 8 yıl ve altında eğitim düzeyine sahip olan kadınların oranı % 52.4 olarak bulunmuştur. TÜİK 2022 verilerinde ülkemizdeki kadınların % 48.8' inin 8 yıl ve altında eğitime sahip olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oranın biraz daha yüksek olmasının nedeni, çalışmanın sadece doğu anadolu bölgesinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde kadınların eğitime katılımının kırsal kesimde ve ülkenin doğusunda halen önemli bir eğitim sorunu olduğu bilinmektedir [116].

2022 TÜİK verilerinde kadınların %29.7'sinin aktif olarak bir işte çalıştığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise %20.2'sinin herhangi bir işte çalıştığı gözlemlenmiştir [113]. Çalışmamızda toplam gelir düzeyine bakıldığında ise çoğunluğun asgari ücret ve altında bir gelire sahip olduğu, bunun ise TÜİK verilerine göre (%42) daha yüksek olduğu görülmüştür [113]. Gelir düzeyi ve çalışma oranları açısından TÜİK ile olan fark çalışmanın yapıldığı bölge ile açıklanabilir. Çalışmamızda kadınların çalışma oranının düşük olmasının bir diğer nedeni bölgesel olarak cinsiyetler arası fırsat eşitliğinin olmaması, kadının toplum içindeki rolü olabilir[117].

Çalışmamızdaki sosyodemografik verilerin analizine bakıldığında Grup - 1 ve Grup - 2 arasında; yaş, yaşadığı yer, eğitim süresi, çalışma durumu, çocuklarında sağlık problemi varlığı, geçmişte ölü doğum öyküsü, kronik hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik öykü olması gibi parametreler açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışmamıza benzer şekilde O'

Hara ve Swain' in derledikleri bir meta-analiz çalışmasında annenin yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı doğum sayısı, çalışma durumu gibi faktörlerin PPD'yi anlamlı şekilde öngöremediği bildirilmiştir [118].

Yakın zamanda Türkiye' nin batısında yapılmış bir çalışmada da yaşadığı yer, çalışma durumu, eğitim durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, geçmişte düşük öyküsü gibi faktörler açısından anlamlı fark saptanmamıştır[119].

Literatürde gelir düzeyi düşüklüğünün PPD için risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar olmasına karşın, bizim çalışmamızda gelir düzeyi düşüklüğü ile ilişkili anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [120,121]. Çalışmamızda Grup-1'de yer alan gebelerin evlilik yaşının Grup-2'dekilere göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Kheirabadi ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları çalışma ile Nakku ve arkadaşlarının Uganda' da yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir[122,123]. Ancak bu sonuçların tersini gösteren çalışmalar da literatürde mevcuttur [121]. Bunun nedeni stresle baş etme mekanizmalarının yeterince gelişmemiş olması olabilir.

Çalışmamızda Grup-1 ve Grup-2 arasında gebeliğin planlı olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Grup- 1' de plansız gebelik oranı daha yüksek gözlenmiştir. Türkiye' de çalışmamıza benzer şekilde plansız gebeliğin PPD riskini artırdığına dair çalışmalar mevcuttur[124,125] . Ancak literatürde bu sonuçların tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur [7,121]. Gebeliğin planlı olmaması, annenin bebek bakımı için hazır olmadığını gösterebilir, özellikle kariyer planlayan kadınlarda plansız bir gebelik daha fazla strese ve hayal kırıklığına neden olabilir. Plansız gebelik ekonomik zorlukları da birlikte getirebilir. Bu nedenle plansız gebeliklerde depresyon riskinin yüksek olması beklenen bir durumdur [40,126].

Çalışmamızda Grup-1' de birden fazla çocuğu olanların oranı Grup-2'dekinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Literatürde çalışmamıza benzer sonuçlar veren çalışmalar mevcuttur [127].

Çalışmalar arasında sosyodemografik faktörlerle ilgili saptanan bu farklı sonuçlar çalışmaların yapıldığı ülkeye, kültürel faktörlere, çalışmalarda değerlendirilen vaka sayılarına ve kullanılan ölçeklere bağlı olabilir [128,129].

5.2. Mentalizasyon ve Depresyon

Sosyal bir varlık olan annenin metalizasyon kapasitesi, kendi bebeği başta olmak üzere toplumun diğer üyeleri ile arasındaki ilişkisini etkiler. Çalışmamızda gruplar arasında annelerin mentalizasyon kapasitesini karşılaştırdık ve anne-bebek bağlanmasını değerlendirdik. Peripartum depresyonu değerlendirmek için gebelik süresince BDE anketi, postpartum depresyonu değerlendirmek için EDSDÖ uygulanmıştır.

Grup – 1'de Ebeveyn içsel düşünme işlevselliğinin; EİDİO Yüksek-düşük (Zihin durumlarına karşı ilgi ve merak) ile EİDİO Düşük-yüksek (Zihinselleştirme öncesi, zihinselleştirmeden yoksunluk ve zararlı atıflar) alt ölçek puanları ve EİDİO total ortalama puanları Grup – 2'ye göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır.

Grup – A ve Grup – B arasında EİDİO total ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bununla birlikte, EİDİO Yüksek-düşük ile EİDİO Düşük-yüksek alt ölçeklerinde Grup – A ve Grup – B arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Doğum öncesi EİDİO alt ölçeklerinde anlamlı fark çıkarken, doğum sonrası yapılan EİDİO alt ölçeklerinde anlamlı fark çıkmamasının nedeni, doğum sonrasında vakaların bir kısmına ulaşılamamış olmasına ek olarak doğum öncesi ve doğum sonrası ölçeklerin farklı olması olabilir. Doğum sonrası uygulanan Beck depresyon ölçeğine göre yapılan Grup – X ve Grup – Y arasında; EİDİO Yüksek-düşük ile alt ölçek puanları ve EİDİO total ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde mentalizasyon kapasitesi yetersizliğinin depresyon ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur [130].

Krink ve arkadaşları 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde PPD ile hipomentalizasyon arasında ilişki saptamışlardır. Aynı çalışmada EİDİO Düşük-yüksek alt boyutunun PPD şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir [131]. Bununla birlikte PPD ile mentalizasyon arasındaki ilişki çok net değildir.

Luyten ve arkadaşlarının 2017 yılında EİDİO Düşük-yüksek alt boyutu ile depresyon ve kaygı gibi semptomatik sıkıntılarla pozitif yönde ilişki gösterdiğini, EİDİO Yüksek-düşük alt boyutu ise negatif yönde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir [132].

Depresyon ve mentalizasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar major depresyon nedeniyle hastaneye yatan erişkin kadınlarda mentalizasyon kapasitesinin depresyonu

olmayan kontrollerden daha düşük olduğunu saptamıştır[133]. Bununla birlikte bizim sonuçlarımızın tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin ayaktan takip edilen kronik depresyonu olan hastalarda yapılan bir çalışmada; depresyon hastalarında mentalizasyon kapasitesi kontrol grubuna göre daha düşük saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır [130]. Yine başka bir çalışmada 2017 yılında Cordes ve arkadaşları PPD olan annelerle depresyonu olmayan kontrol grubu arasında mentalizasyon açısından fark saptamamışlardır [134].

Çalışmalar arasındaki bu farklı sonuçların nedeni; örneklem büyüklüğü, örneklemin özellikleri (depresyonun kronik olup-olmadığı, depresyonun şiddeti, yatan hasta olup olmadığı gibi) ve yöntemsel farklılıklar (farklı ölçekler gibi) ile açıklanabilir. Zihinselleştirmenin kültürel özellikleri de çalışmalar arasında farklı sonuçlar saptanmasına neden olmuş olabilir.

5.3. Bağlanma ve Depresyon

Çalışmamızın bir diğer hipotezi PPD' da prenatal bağlanmanın ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin kötü olduğu yönündeydi. Ancak çalışmamızda tüm gruplar arasında PBE ve ABBÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bununla birlikte literatürde bizim çalışmamızın tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Rollè ve arkadaşları tarafından yapılan geniş çaplı bir derlemede, prenatal bağlanma ile depresif belirtiler arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır [4]. Rubertsson ve arkadaşları 718 hamile kadında depresif belirtileri ve belirtilerin prenatal bağlanmayla ilişkisini incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda anne adaylarının prenatal bağlanma ölçeğinde aldıkları puanların düşük olmasının depresyon şiddeti ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir [135].

Prenatal bağlanmayı; gebeliğin istemli olup-olmaması, aile desteğinin olup-olmaması etkiler [136]. Bununla birlikte bizim çalışmamızda iki grup arasında gebeliğin planlı olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Grup – 1' de plansız gebelik oranı daha yüksek olmasına rağmen PBE açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda gruplar arasında prenatal bağlanma açısından anlamlı fark saptanmamasının nedeni çalışma popülasyonun demografik özellikleri ve çalışmalarda kullanılan yöntem farklılığından kaynaklanabilir. Bir diğer neden bağlanmayı etkileyen kişisel faktörlerin, kişinin inançları, geçmişi, çevresel ve kültürel farklılıkları olabilir.

PBE' nin orijinalinde ve Türkçeye uyarlanmış şeklinde gebeliğin 20. Haftasından sonra kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışmamızda PBE' nin 12 hafta ve üzerinde olan gebelere uygulanmış olması da sonuçları etkilemiş olabilir.

Depresyonu etkileyen faktörlerden biri de kişinin bağlanma biçimi olduğu için, çalışmamızda gebe kadınların bağlanma biçimlerini de değerlendirdik. Grup – 1 ve Grup – 2 arasında YİYE kaygılı bağlanma ve YİYE kaçınmacı bağlanma alt boyutlarında anlamlı fark saptadık. Grup – 1' de YİYE kaygılı ve YİYE kaçınmacı bağlanma puanları Grup – 2 ' ye göre daha yüksekti. Grup – A ve Grup – B arasında YİYE kaygılılık alt ölçeği açısından anlamlı fark saptadık. Sonuçlarımız literatür ile uyumluydu. McMahon ve arkadaşları çalışmamıza benzer şekilde, PPD tanısı alan annelerde güvensiz bağlanma oranının daha fazla olduğunu saptamışlardır[102]. Mikulincer; güvenli bağlanma biçimi özellikleri gösteren kadınların, gerçekle daha uyumlu ve yapıcı bir kognitif işleyişe sahip olduğunu, bunun sayesinde güvensiz bağlanma özelliğini gösterenlere kıyasla işlevselliklerinin daha iyi olduğunu saptamıştır. Güvenli bağlanma biçimi gösteren kadınların hamilelik ve doğum gibi zorlayıcı olabilecek bir yaşam olayının neticesinde postpartum depresyon başta olmak üzere diğer psikopatolojilere karşı daha düşük riskte oldukları gösterilmiştir[137]. Bizim çalışmamızda da güvenli bağlanan katılımcılar, güvensiz bağlanan katılımcılara göre depresyon açısından daha az riskli saptandı.

Gebelik döneminde BDE puanlarına göre depresyon riski yüksek olan gebelerin, riskin düşük olduğu gruba göre kaygılı ve kaçıngan bağlanma özelliklerinin daha fazla görüldüğü, EİDİO Yüksek-düşük, Düşük-yüksek ve total skor ortalamasının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

Postpartum dönemde EDSDÖ puanlarına göre depresyon riski yüksek olan gebelerde kaygılı bağlanma özelliklerinin daha fazla olduğu, mentalizasyon kapasitesini değerlendiren EİDİO total skor ortalamasının ise daha düşük saptanmıştır.

Doğum öncesi ve doğum sonrası kategorize edilen gruplara göre regresyon analizi yapıldığında postpartum depresyonu en iyi yordayan faktörün EİDİO total skor ortalaması olduğu saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda evlilik yaşının düşük olması, gebeliğin plansız olması, çocuk sayısının birden fazla olması gibi faktörlerin, gebelik dönemindeki depresyon riskini artırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda mentalizasyon kapasitesi yetersizliğinin depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Gebelik döneminde depresyon riski yüksek olan grupta, ebeveyn içsel düşünme işlevselliği ölçeğinin; EİDİO Yüksek-düşük ile EİDİO Düşük-yüksek alt ölçek puanları ve EİDİO total ortalama puanları anlamlı derecede düşük saptanmıştır.

Postpartum dönemde uygulanan EDSDÖ'ye göre PPD riski yüksek olan grupta EİDİO total ortalama puanı anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Bununla birlikte, EİDİO Yüksek-düşük ile EİDİO Düşük-yüksek alt ölçeklerinde fark saptanmamıştır.

Postpartum dönemde uygulanan BDE'ne göre PPD riski yüksek olan grupta EİDİO Yüksek-düşük ile alt ölçek puanları ve EİDİO total ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Çalışmamızın bir diğer hipotezi PPD'de prenatal bağlanmanın ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin kötü olduğu yönündeydi. Ancak çalışmamızda tüm gruplar arasında PBE ve ABBÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Güvensiz bağlanmanın alt tipleri olan kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları arttıkça gebelerde PPD riskinin arttığı saptanmıştır.

Gebelikte BDE'ye göre depresyon riski yüksek olan grubun YİYE – Kaygılılık ve Kaçınganlk alt boyutları ile pozitif yönde, EİDİO Yüksek-düşük, Düşük-yüksek ve total skor ortalaması ile negatif yönde ilişkisi saptanmıştır.

Postpartum dönemde EDSDÖ'ye göre depresyon riski yüksek olan grubun YİYE-Kaygılılık alt boyutu ile pozitif yönde, EİDİO total skor ortalaması ile negatif yönde ilişkisi saptanmıştır.

Doğum öncesi ve doğum sonrası kategorize edilen gruplara göre regresyon analizi yapıldığında postpartum depresyonu en iyi yordayan faktörün, annenin mentalizasyon yeteneğini gösteren EİDİO total skor ortalaması olduğu saptanmıştır.

7.KAYNAKLAR

1. Sabuncuoğlu OT, Berkem M. Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiyeden bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):252-258
2. Soysalı AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Attachment Process in Infancy: A Review. Journal of Clinical Psychiatry. 8(2):88-99
3. Bouchard G. The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination of moderational effects. J Reprod Infant Psycholocy. 2011;29(3):197-207. doi:10.1080/02646838.2011.592975
4. Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F, Trombetta T. Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(8):2644. Published 2020 Apr 12. doi:10.3390/ijerph17082644
5. Çalışkan H, Karademir Ç, Öntaş T. Relationships between value orientations of adolescents and motivational action conflicts. Participatory Educational Research. 2020;7(2):203-215. doi:10.17275/per.20.29.7.2
6. Pajulo M, Tolvanen M, Karlsson L, et al. The Prenatal Parental Reflective Functioning Questionare: Exploring Factor Structure And Construct Validity of a New Measure In The Finn Brain Birth Cohort Pilot Study.doi:10.1002/imhj.21523
7. Ak İ, Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):243-251
8. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. 2013;9:379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
9. Stein GS. The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. *Journal of Psychosomatic Research.* 1980;24(3-4):165-171. doi:10.1016/0022-3999(80)90038-0
10. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2009;29(1):206-214
11. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(4):357-364. doi:10.1016/J.AJOG.2008.11.033

12. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. Depress Anxiety. 2014;31(6):459-471. doi:10.1002/da.22217

13. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord. 2015;175:34-52. doi:10.1016/J.JAD.2014.12.041

14. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. J Affect Disord. 2006;91(2-3):97-111. doi:10.1016/J.JAD.2005.12.051

15. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Psychiatr Nurs. 2017;31(4):420-428. doi:10.1016/J.APNU.2017.04.006

16. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. Front Neuroendocrinol. 2019;52:165-180. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001

17. Wisner KL, Sit DKY, Mcshea MC, et al. Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. JAMA Psychiatry. 2013;70(5):490-498. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.87

18. Stewart DE, Robertson FE, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum Depression: Literature Review of Rısk Factors and Interventions.2003

19. Segre LS, Davis WN. Postpartum Depression and Perinatal Mood Disorders in the DSM. 2013

20. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry. 2008;8. doi:10.1186/1471-244X-8-24

21. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nurs Res. 1996;45(5):297-303. doi:10.1097/00006199-199609000-00008

22. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. Psychosomatics. 1998;39(2):93-101. doi:10.1016/S0033-3182(98)71355-6

23. Harris B. Biological and Hormonal Aspects of Postpartum Depressed Mood Working Towards Strategies for Prophylaxis and Treatment. The British Journal of Psychiatry. 1994;164.(3)288-292 doi:10.1192/bjp.164.3.288

24. Arafah BM. Increased need for thyroxine in women with hypothyroidism during estrogen therapy. N Engl J Med. 2001;344(23):1743-1749. doi:10.1056/NEJM200106073442302

25. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.Kaplan and Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Postpartum Psychiatric Sendromes; 1995.

26. Annagür BB, Annagür A. Doğum Sonrası Ruhsal Durumun Emzirme ile İlişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4(3): 279-292

27. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. CNS Spectr. 2015;20(1):48-59. doi:10.1017/S1092852914000480

28. Bolte AC, van Geijn HP, Dekker GA. Pathophysiology of preeclampsia and the role of serotonin. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;95(1):12-21. doi:10.1016/s0301-2115(00)00367-5

29. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 1967;11(2):213-218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4

30. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psychiatry. 1984; 144:35-47. doi:10.1192/bjp.144.1.35

31. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological Review. 1989;96(2):358-372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358

32. Neyer FJ, Voigt D. Personality and social network effects on romantic relationships: a dyadic approach. Eur J Pers. 2004;18(4):279-299. doi:10.1002/per.519

33. Beitel M, Cecero JJ. Predicting psychological mindedness from personality style and attachment security. J Clin Psychol. 2003;59(1):163-172. doi:10.1002/jclp.10125

34. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression. International Review of Psychiatry. 1996;8(1):37-54. doi:10.3109/09540269609037816

35. Selük S. Postpartum Depresyonu Olan Hastaların Yetişkin Biçimlerinin, Anne-Bebek Bağlanması Etkilerinin İncelenmesi. 2019;12-13

36. Murray L. The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1992;33(3):543-561. doi:10.1111/J.1469-7610.1992.TB00890.X

37. Jones NA, Field T, Fox NA, Davalos M, Gomez C. Journal of Reproductive and Infant Psychology EEG during different emotions in 10-month-old infants of depressed mothers. Published online 2010. doi:10.1080/02646830127204

38. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. J Psychosom Res. 1993;37(2):171-176. doi:10.1016/0022-3999(93)90084-s

39. Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2003;6 Suppl 2:S57-S69. doi:10.1007/s00737-003-0003-y

40. Gülnar D, Sunay D, Çaylan, A. Postpartum Depresyon ile İlişkili Risk Faktörleri. J Clin Obstet Gynecol, 2010;20(3), 141-148

41. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. Development and Psycpathology. 1997;9(4):679-700. doi:10.1017/S0954579497001399

42. Bateman A, Fonagy P. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. American Psychiatric Publising, 2nd ed; 2012.

43. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. Oxford University Press; 2016.doi:10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001

44. Holmes P, Farnfield S. The Routledge Handbook of Attachment: Theory. 1st ed. London; 2014. doi:10.4324/9781315762098

45. Hui CH, Triandis HC. Individualism-Collectivism; A Study of Cross-Cultural Researchers. Journal of Cross-Cultural Psychology.1986;17(2):225-248. doi:10.1177/0022002186017002006

46. Slade A. Parental reflective functioning: an introduction. Attach Hum Dev. 2005;7(3):269-281. doi:10.1080/14616730500245906

47. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in Clinical Practice. American Psychiatric Publishing; 2008.

48. Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry. 2008;165(9):1127-1135. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07081360

49. Fonagy P, Target M. Early Intervention and the Development of Self-Regulation. Psychoanal Inq. 2002;22(3):307-335. doi:10.1080/07351692209348990

50. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2020;16:297-325. doi:10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355

51. Bateman AW, Fonagy P. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.; 2019.

52. Csibra G, Gergely G. The teleological origins of mentalistic action explanations: A developmental hypothesis. Dev Sci. 1998;1(2):255-259. doi:10.1111/1467-7687.00039

53. Fonagy P, Target M. Playing with reality: IV.A theory of external reality rooted in intersubjectivity. Int J Psychoanal. 2007;88(4):917-937. doi:10.1516/4774-6173-241T-7225

54. Shahaeian A, Peterson CC, Slaughter V, Wellman HM. Culture and the sequence of steps in theory of mind development. Dev Psychol. 2011;47(5):1239-1247. doi:10.1037/a0023899

55. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind” ?. Cognition. 1985;21(1):37-46. doi:10.1016/0010-0277(85)90022-8

56. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. Neurosci Biobehav Rev. 2006;30(4):437-455. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.08.001

57. Bahrick LE, Watson JS. Detection of Intermodal Proprioceptive–Visual Contingency as a Potential Basis of Self-Perception in Infancy. Vol 21.; 1985. doi:10.1037/0012-1649.21.6.963

58. Koren-Karie N, Oppenheim D, Dolev S, et al. Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment. Dev Psychol. 2002;38(4):534-542. doi:10.1037/0012-1649.38.4.534

59. Bouchard MA, Target M, Lecours S, et al. Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. Psychoanalytic Psychology. 2008;25(1):47-66. doi:10.1037/0736-9735.25.1.47

60. Badoud D, Prada P, Nicastro R, et al. Attachment and Reflective Functioning in Women With Borderline Personality Disorder. J Pers Disord. 2018;32(1):17-30. doi:10.1521/pedi_2017_31_283

61. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. Reflective-Functioning Manual Version 5 for Application to Adult Attachment Interviews; 1998.

62. Luyten P, Blatt SJ. Psychodynamic Treatment of Depression. Psychiatric Clinics of North America. 2012;35(1):111-129 doi:10.1016/j.psc.2012.01.001

63. Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, et al. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. J Affect Disord. 2010;123(1-3):264-269 doi:10.1016/j.jad.2009.08.017

64. Abu-Akel A. A neurobiological mapping of theory of mind. Brain Res Rev. 2003;43(1):29-40. doi:10.1016/S0165-0173(03)00190-5

65. Allen J., Fonagy P., Bateman A. Mentalizing in Clinical Practice. American Psychiatric Press.; 2008.

66. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. (Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, eds.). Routledge; 2018. doi:10.4324/9780429471643

67. Cicchetti D, Rogosch FA, Maughan A, Toth SL, Bruce J. False belief understanding in maltreated children. Dev Psychopathol. 2003;15(4):1067-1091. doi:10.1017/s0954579403000440

68. Cicchetti D, Olsen K. The Developmental Psychopathology of Child Maltreatment. Handbook of Developmental Psychopathology. Published online 1990:261-279. doi:10.1007/978-1-4615-7142-1_21

69. Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry. 2009;166(12):1355-1364. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09040539

70. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, et al. Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. PLoS One. 2016;11(7):e0158678. Published 2016 Jul 8. doi:10.1371/journal.pone.0158678

71. Nolte T, Bolling DZ, Hudac CM, Fonagy P, Mayes L, Pelphrey KA. Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. Front Hum Neurosci. 2013;7. doi:10.3389/fnhum.2013.00816

72. Simonsen S, Popolo R, Juul S, Frandsen FW, Sørensen P, Dimaggio G. Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment. Journal of Nervous & Mental Disease. 2022;210(3):163-171. doi:10.1097/NMD.0000000000001432

73. Taşkıran AS, Necef I. Çocuk ve Ergenlerde Zihinselleştirme Temelli Terapiler. Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi - Özel Konular. 2017;3(2):139-146.

74. Halfon S, Bulut P. Mentalization and the growth of symbolic play and affect regulation in psychodynamic therapy for children with behavioral problems. Psychotherapy Research. 2019;29(5):666-678. doi:10.1080/10503307.2017.1393577

75. Dyer JR, Shatz M, Wellman HM. Young children's storybooks as a source of mental state information. Cognitive Development. 2000;15(1):17-37. doi:10.1016/S0885-2014(00)00017-4

76. Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. Neuroimage. 2004;21(3):1155-1166. doi:10.1016/j.neuroimage.2003.11.003

77. Bartels A, Zeki S. The neural basis of romantic love. Neuroreport. 2000;11(17):3829-3834. doi:10.1097/00001756-200011270-00046

78. Taylor M, Carlson SM. The Relation between Individual Differences in Fantasy and Theory of Mind. Child Dev. 1997;68(3):436-455. doi:10.1111/J.1467-8624.1997.TB01950.X

79. Karakelle S. Zihin Kuramı Gelişiminde Kardeş Etkisi: İkizler, Tek Kardeşliler ve Tek Çocukların Karşılaştırılması. 2012;15(29):43-52.

80. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Publications.2 nd ed. 2010.

81. Bodur Ş, Şenol S, Sosyal AŞ, İşeri E. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2005;8(2):88-99.

82. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume 1 Attachment. The British Journal of Psychiarty. 1969. Price 116 (530): 102-103. Doi:10.1192/bjp.116.530.102.

83. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume I Attachment. Second Edition. New York: Basic Books. 1982.

84. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. J Adv Nurs. 1976;1(5):367-376. doi:10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x

85. N Elkin. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Sted Dergisi. 2015;24(6):230-236.

86. Kavlak O, Şirin A. The Turkish version of Maternal Attachment Inventory. Journal of Human Sciences. 2009;6(1):188-202.

87. Barlow J. The relationship with the unborn baby: Why it matters. İnternational Journal of Birth and Parent Education. 2016;4(1):5-8.

88. Kaplan RM, Saccuzzo DP. Psychological Testing Principles, Applications and Issues. Brooks/Cole Publ. Company; 1989.

89. Cannella BL, Cns R. Maternal-fetal attachment: an integrative review. 2005;50(1):60-68. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03349.x

90. Bowlby J. A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. USA. Basic Books;1988.

91. Shaw SK, Dallos R. Attachment and adolescent depression: The impact of early attachment experiences. Attach Hum Dev. 2005;7(4):409-424. doi:10.1080/14616730500365902

92. Hamilton CE. Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. Child Dev. 2000;71(3):690-694. doi:10.1111/1467-8624.00177

93. Bowlby J, Ainsworth M. The origins of attachment theory. Developmental Psychology. 1992;28:431-471.

94. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of Attachment. Psychology Press; 2015. doi:10.4324/9780203758045

95. Bowlby J. The Making and Breaking of Affectional Bonds: I. Aetiology and Psychopathology in the Light of Attachment Theory. The British Journal of Psychiatry. 1977;130(3):201-210. doi:10.1192/bjp.130.3.201

96. Carlson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald K. Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. Dev Psychol. 1989;25(4):525-531. doi:10.1037/0012-1649.25.4.525

97. Lamb ME, Thompson RA, Gardner WP, Charnov EL, Estes D. Security of infantile attachment as assessed in the “strange situation”: Its study and biological interpretation. Behavioral and Brain Sciences. 1984;7(1):127-147. doi:10.1017/S0140525X00026522

98. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between Attachment Patterns and Personality Pathology in Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(9):1111-1123. doi:10.1097/00004583-200209000-00012

99. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult Attachment, the Transition to Parenthood, and Depressive Symptoms. J Pers Soc Psychol. 2003;84(6):1172-1187. doi:10.1037/0022-3514.84.6.1172

100. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. Emotion. 2001;1(4):365-380. doi:10.1037/1528-3542.1.4.365

101. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N, et al. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. Br J Psychiatry Suppl. 2004;46(SUPPL. 46). doi:10.1192/BJP.184.46.S31

102. McMahon CA, Barnett B, Kowalenko NM, Tennant CC. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006;47(7):660-669. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x

103. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 1988;8(1):77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5

104. Durak A, Palabıyıkoğlu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. Kriz Dergisi. 1994:311-319. doi:10.1501/Kriz_0000000071

105. Karabulut DH, İlhan AO, Kumru A, Arıkan G. Turkish Journal of Psychiatry. Vol 27.; 2016. Accessed January 26.

106. Yılmaz S, Beji NK. Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. Journal of anatolia nursing and health Sciences.2013.

107. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. J Pers Soc Psychol. 2000;78(2):350-365. doi:10.1037/0022-3514.78.2.350

108. Selçuk E, Günaydın G, Sümer N. Yetişkin Bağlanma Boyutlan İçin Yeni Bir Ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II' nin Türk Örnekleminde Psikometrik Açıdan Değerlendirilmesi. 2005;8(16):1-11 psycnet.apa.org

109. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. British Journal of Psychiatry. 1987;150(6):782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782

110. Engindeniz AN, Küey L. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Psikiyatri Derneği Yayınları;1997 (1):51-52.

111. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. Arch Womens Ment Health. 2005;8(1):45-51. doi:10.1007/s00737-005-0074-z

112. Aydemir Karakulak H, Alparslan Ö. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Aydın Örneği. J Contemp Med. 2016; 6(3): 188-199 doi:10.16899/ctd.45668

113. Türkiye İstatistik Kurumu, Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri, 2021. Ankara: TÜİK, 2022.

114. Tezcan S, Coşkun Y. Türkiye'de 20. Yüzyılın Son Çeyreğinde Kadınlarda İlk Evlenme Yaşı Değişimi ve Günümüz Evlilik Özellikleri. Nüfusbilim Dergisi. 2016; 26(1): 15-34.

115. Gül M. Göç Sürecinde Erken Yaşta Evlilikleri Türkiye'de Yaşayan Suriyeli Çoçuklar Özelinde Düşünmek. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2022; (49): 573-588

116. Smits J, Hoşgör AG. Effects of family background characteristics on educational participation in Turkey. International Journal of Educational Development. 2006;26(5):545-560. doi:10.1016/j.ijedudev.2006.02.002

117. Yeşim C, Eyidiker U. Türkiye'de Kadın İstihdam Profilinin İstatistiksel Bölgeler Arasındaki Farklılıklarının İncelenmesi. XIII. International Balkan and Near Eastern Social Sciences Congresses Series -IBANESS - Tekirdağ/Turkey, 5-6 October 2019

118. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996;8(1):37-54. doi:10.3109/09540269609037816

119. Esen Danaci A, Dinç G, Deveci A, Seyfe Şen F, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37(3):125-129. doi:10.1007/s001270200004

120. Wang L, Wu T, Anderson JL, Florence JE. Prevalence and Risk Factors of Maternal Depression During the First Three Years of Child Rearing. J Womens Health. 2011;20(5):711-718. doi:10.1089/jwh.2010.2232

121. Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. Niger J Clin Pract. 2019;22(1):85. doi:10.4103/NJCP.NJCP_193_17

122. Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatain M, et al. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. Arch Iran Med. 2009;12(5):461-467.

123. Nakku JEM, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. Afr Health Sci. 2006;6(4):207-214.

124. Ege E, Timur S, Zincir H, ve ark. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2008;34(4):585-593. doi:10.1111/j.1447-0756.2008.00718.x

125. Inandi T, Bugdayci R, Dundar P, Sumer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(9):725-730. doi:10.1007/s00127-005-0949-3

126. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. British Journal of Psychiatry. 1996;168(5):607-611. doi:10.1192/bjp.168.5.607

127. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. J Affect Disord. 2007;100(1-3):115-121. doi:10.1016/j.jad.2006.10.004

128. Öztürk R, Kavlak O, Sevil Ü. Postpartum Depresyonda Kültürel Faktörlerin Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012;28(3):107-116.

129. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, Içelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37(3):125-129. doi:10.1007/s00127020000

130. Taubner S, Kessler H, Buchheim A, Kächele H, Staun L. The Role of Mentalization in the Psychoanalytic Treatment of Chronic Depression. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. 2011;74(1):49-57. doi:10.1521/psyc.2011.74.1.49

131. Krink S, Muehlhan C, Luyten P, et al. Parental Reflective Functioning Affects Sensitivity to Distress in Mothers with Postpartum Depression. J Child Fam Stud. 2018;27:1671-1681. doi:10.1007/s10826-017-1000-5

132. Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. Published online 2017. doi:10.1371/journal.pone.0176218

133. Fischer-Kern M, Fonagy P, Kapusta ND, et al. Mentalizing in Female Inpatients With Major Depressive Disorder. Journal of Nervous & Mental Disease. 2013;201(3):202-207. doi:10.1097/NMD.0b013e3182845c0a

134. Cordes K, Smith-Nielsen J, Tharner A, et al. Reflective functioning in postpartum depressed women with and without comorbid personality disorder. Psychoanalytic Psychology. 2017;34(4):414-421. doi:10.1037/pap0000135

135. Rubertsson C, Pallant JF, Sydsjö G, et al. Maternal depressive symptoms have a negative impact on prenatal attachment – findings from a Swedish community sample. J Reprod Infant Psychol. 2015;33(2):153-164. doi:10.1080/02646838.2014.992009

136. Ossa X, Bustos L, Fernandez L. Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. Midwifery. 2012;28(5):e689-e696. doi:10.1016/j.midw.2011.08.015

137. Mikulincer M. Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. Journal of Personality and Social Psychology, 1998;74(5):1209-1224. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1209

8. SİMGELER VE KISALTMALAR

PPD: Postpartum Derpesyon

PPP: Postpartum Psikoz

BDE: Beck Depresyon Envanteri

YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

EİDİÖ: Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği

PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

ABBÖ: Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği

HPA: Hipotalamus-pituiter-adrenal aks

BDNF: Beyin-türevi nörotrafik faktör

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

SSGİ: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri

BDT: Bilişsel Davranış Terapisi

ACT: Kabul ve Kararlılık Terapisi

KİPT: Kişiler Arası Psikoterapi

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

p: İstatistiksel Anlamlılık İçin Kabul Edilen Değer

r: Korelasyon katsayısı

9.ŞEKİL VE TABLOLAR DİZİNİ

Şekil 2.1. Mentalizasyon modeli

Tablo 2.1. Postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar

Tablo 2.2. PPD risk faktörleri

Tablo 4.1 . Gebelik döneminde değerlendirilen katılımcılara ait sosyodemografik veriler

Tablo 4.2. Postpartum dönemde değerlendirilen katılımcılara ait sosyodemografik veriler

Tablo 4.3. Beck Depresyon Envanteri Puanlarına Göre Grup-1 ve Grup-2 katılımcılarının sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.4. Doğum Öncesi Beck Depresyon Envanteri ile Prenatal Bağlanma, Ebeveyn Yansıtıcı İşlevleri ve Yakın İlişkiler Özelliklerinin İlişkisi

Tablo 4.5. EDSDÖ'ye göre Grup-A ve Grup-B' nin sosyodemografik verileri

Tablo 4.6. Grup-A ve Grup-B'nin EİDİO puanları ile ilişkisi

Tablo 4.7. Grup-A ve Grup-B'de yer alan katılımcıların PBE, YİYE alt ölçekleri ve ABEÖ ile ilişkisi

Tablo4.8. Grup-X ve Grup-Y'deki katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması

Tablo 4.9. Grup-X ve Grup-Y'deki katılımcıların EİDİO toplam ve alt ölçek puanları, PBE, YİYE alt ölçek puanlarıve ABBÖ puanları açısından karşılaştırması

Tablo 4.10.Tüm gebe katılımcıların BDE, Bağlanma ve EİDİO korelasyonları

10. EKLER

EK-1:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Adı-Soyadı:

2.Telefon No:

3. Gebeliğiniz Kaç Haftalık:(.....)

4. Yaşınız: (.....)

5. Eşinizin Yaşı: (.....)

6. Yaşadığınız Yer: a) Köy(…….) b)İlçe (…) c)Şehir merkezi (….)

7. Eğitim Durumu: a)Okuryazar b)İlköğretim c)Lise d)Üniversite

8. 8.Mesleğiniz a) Ev hanımı b) Diğer.Belirtiniz (.....)

9. Gelir Düzeyi

a) 2500 TL ve altı b)2500 TL -8000 TL c)8000 TL ve üstü

10.Evlenme Yaşı: (.....)

11. Çocuğunuz Var mı?

a) Yok b) Var (sayısı.....)

12. Kaç Kez Doğum Yaptınız:

13. Yaşayan Çocuk Sayısı:

14 .Çocuğunuzun Sağlık Problemi Var mı:

a) Yok b) Var (belirtiniz .....)

15.Ölü doğum: a) Yok b) Var (.....kez)

16.Bu Gebeliğiniz : a) Planlanmış b)Planlanmamış

17.Geçmişte Psikiyatrik Tedavi Gördünüz mü? a) Hayır b)Evet(.....)

18.Şuanda Psikiyatrik Tedavi Görüyor musunuz? a)Hayır b)Evet (.....)

19.Sürekli İlaç Kullandığınız Başka Hastalığınız var mı? a)Yok b)Var(.....)

20.Ailenizde Psikiyatrik Hastalığı Olan Var mı? a)Yok b)Var(.....)

EK-2. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.
Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.
Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

EK-3. Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği (EİDİO)

Ebeveyn İçsel Düşünme İşlevselliği Ölçeği (EİDİO)

EİDİÖ: Aşağıda siz ve çocuğunuz hakkında bir takım ifadeler yer almaktadır. Her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz ve her maddeye ne derecede katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Cevaplarınızı maddelerin yanındaki sayıları seçerek gösteriniz. Belirtilen ifadeye **tamamen katılıyorsanız 7; hiç katılmıyorsanız 1; ne katılıyor ne katılmıyorsanız ya da kararsızsanız 4** rakamını işaretleyiniz.		**Hiç Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Biraz Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Biraz Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
1.	Çocuğumla ben aynı şey hakkında farklı şeyler hissedebiliriz.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Çocuğumun nasıl hissettiğini genellikle merak ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Çocuğum kötü bir gün geçirdiğimi anlar ve daha dakötüleştirecek şeyler yapar.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Çocuğumun duygu ve davranışlarının altındaki sebepleri anlamakisterim.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Olaylara çocuğumun gözünden bakmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Çocuğumun davranışlarının sebebini her zaman bilirim.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Çocuğum bazen yapmak istediğim şeyden beni alıkoymak için hastaolur.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Çocuğum bir olaya tahmin ettiğimden çok farklı tepki verebilir.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Bazen çocuğumun neye ihtiyacı olduğunu ya da ne istediğinianlamak için birkaç tahminde bulunmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Çocuğum mızmızlandığı zaman bunu beni kızdırmak için yapar.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Anne olduktan sonra, görüyorum ki anne-babam çocukluğumdaonlara verdiğim tepkileri yanlış anlamış olabilirler.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Çocuğumun ne yapacağını her zaman tahmin edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Çocuğumun ne düşündüğünü ve hissettiğini çok merak ederim.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Çoğu zaman, çocuğumun davranışları çaba göstersem deanlaşılamayacak kadar karmaşıktır.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Çocuğumun yaramazlık yapması, onun beni sevmediğini gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Çocuğum yabancıların yanında beni mahcup etmek için ağlar.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Çocuğumun ne hissettiğine dikkatimi veririm.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Çocuğumun aklından geçenleri tamamıyla okuyabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Çocuğumun davranışlarının nedenlerini anlamak, ona kızgınlığımıazaltır.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Çocuğumun ne hissettiğini tahmin etmeye çalışmanın bir işeyaramadığına inanıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Sıklıkla çocukken nasıl hissettiğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Çocuğumun neden yaramazlık yaptığını anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7

23.	Çocuğumun ne istediğini her zaman bilirim.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Telefonda konuşurken çocuğumun ağlamasından ve/veya benimle konuşmasından hiç hoşlanmam	1	2	3	4	5	6	7
25.	Çocuğumun beni sevdiğinden yalnızca o bana gülümsediği zamanemin olurum.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Çocuğunuzun sizi sevdiğini, en iyi o uslu davranınca anlarsınız.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Çocuğuma neyi neden yaptığımı her zaman bilirim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-4: Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

İsim:

Bu sorular ilk birkaç hafta içinde, çocuğunuza karşı duygularınıza ilişkindir. Bebekler doğduktan sonra, ilk haftalar içinde, annelerin bebeklerine karşı bazı duygularını tanımlayan bir takım ifadeler aşağıda liste edilmektedir. Lütfen, **İLK BİRKAÇ HAFTA** boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan sözcüğün karşısındaki kutuya bir tik (✓) işareti koyunuz.

	Çok fazla	**Çok**	**Biraz**	**Hiç**
Sevgi dolu				
Kızgın				
Nötr / hiçbir şey hissetmeme				
Sevinçli				
Hoşlanmama				
Koruyucu				
Hayal kırıklığı				
Öfke				

EK-5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE)

YIYE-II

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılarındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1……2……..3……4……..5……..6……7

Hiç katılmıyorum — Kararsızım/ fikrim yok — Tamamen katılıyorum

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmektenkorkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiyegöstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğumkişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmakkonusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onlarıönemsediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakınolma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazlayakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğumkişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakınolmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15.Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımıgösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7

16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pekendişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak banazor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüpheetmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı vekaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişidenyardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24.Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olanduygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiylekonuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27. Çok yakın olma arzum bazen insanlarıkorkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çokyakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakındantanıdıkça, “gerçek ben”den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenipinanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat vedesteği göememek beni öfkelendirir.	1	2	3	4	5	6	7
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenipinanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişeduyarım	1	2	3	4	5	6	7
34.Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermekbenim içi kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35.Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.	1	2	3	4	5	6	7
36.Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımıgerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

EK-6: PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Gecen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındakiharfi yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şuan neye benzediğini merak ederim.				
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.				
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.				
4.Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğu düşünürüm.				
5.Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.				
6.Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.				
7.Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.				
8.Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşırım.				
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.				
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.				
11.Bebeğimi hareket ettirebilirim.				
12. Bebeğim için bir şeyler satın alır ya da yaparım.				
13. Bebeğimi sevdiğimi hissederim.				
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeyeçalışırım.				
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.				
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.				
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.				
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.				
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşırım.				
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.				
21.Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.				

EK-7:EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

<table>
<tr><td colspan="2">Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi isaretleyiniz.</td></tr>
<tr><td>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</td><td>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</td></tr>
<tr><td>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, hiçbir zaman</td><td>4. (Son 7 gündür) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endiseli hissediyorum.
1-Hayır, hiçbir zaman
2-Çok seyrek
3-Evet, bazen
4-Evet, çoğu zaman</td></tr>
<tr><td>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, hiçbir zaman</td><td>6. (Son 7 gündür) Her sey giderek sırtıma yükleniyor.
3-Evet, çoğu zaman hiç basa çıkamıyorum
2-Evet, bazen eskisi gibi basa çıkamıyorum
1-Hayır, çoğu zaman oldukça iyi basa çıkabiliyorum
0-Hayır, her zamanki gibi basa çıkabiliyorum</td></tr>
<tr><td>7. (Son 7 gündür) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.
3-Evet, çoğu zaman
2-Evet, bazen
1-Çok sık değil
0-Hayır, hiçbir zaman</td><td>8. (Son 7 gündür) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.
3-Evet, çoğu zaman
2-Evet, oldukça sık
1-Çok sık değil
0-Hayır, hiçbir zaman</td></tr>
<tr><td>9. (Son 7 gündür) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.
3-Evet, çoğu zaman
2-Evet, oldukça sık
1-Çok seyrek
0-Hayır, asla</td><td>10. (Son 7 gündür) Kendime zarar verme düsüncesinin aklıma geldiği oldu.
3-Evet, oldukça sık
2-Bazen
1-Hemen hemen hiç
0-Asla</td></tr>
</table>

EK-8.BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

"Gebelik dönemindeki kadınların yansıtıcı işlevler becerilerinin ve bağlanma özelliklerinin postpartum depresyon ve anne bebek etkileşimi ile ilişkisi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmamızda Gebelik dönemindeki kadınların yansıtıcı işlevler becerilerinin ve bağlanma özelliklerinin postpartum depresyon ve anne bebek etkileşimi ile ilişkisi incelemek ve ilişkili risk etmenlerini saptamak amaçlanmaktadır. Bu yolla bu durumların altında yatan risk etkenlerinin daha iyi anlaşılmış olmasını ve literatüre katkı sağlamayı amaçlıyoruz. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmı doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları(sosyodemografik form,Ebeveyn içsel düşünme işlevselliği ölçeği,Anne bebk etkileşim ölçeği,Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II,Prenatal bağlanma envanteri,Beck depresyon envanteri,Edinburgh doğum sonu depresyon ölçeği,)uygulanacaktır.Sizin uygulayacağınız soru formları yaklaşık 50 dk sürecektir. Bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırmanın 01.01.2021-01.01.2022 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Bu araştırma yapılırken tarafınıza tıbbi olarak bir yarar sağlaması söz konusu değildir. Ancak bu çalışma sonuçları başka insanların yararına kullanılabilecek bilgiler sağlayabilir. Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırıcınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırıcınız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Psikiyatri Anabilim Dalında görevli Dr.Öğr. Üyesi Başar Ayrıbaş tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmalim nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

	Katılımcı	Araştırmacı	Görüşme Tanığı
Adı-Soyadı:			
Adresi:			
Telefon:			
İmza:			