

T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

ANNE DEPRESYONU İLE ANNE BEBEK  
BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Büşra ARIK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/ 2025



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

Bu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof.Dr.Derya İren AKBIYIK

Üye : Prof.Dr.Onur.Öztürk

Üye : Dr.Öğr. Üyesi Mustafa Oğulluk

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür YAĞAN

Dekan

## I.TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe, hayata bakış açısı ve önerileriyle mesleki gelişimimde büyük katkısı olan, bize yol gösteren, kendisinden çok şey öğrendiğim, ana bilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Derya İREN AKBIYIK'a, uzmanlık eğitimime başladığım günden beri yanımızda olan, bize destek olan değerli hocalarım Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK' a teşekkürlerimi sunarım.

Rotasyonlarımda klinik tecrübelerini paylaşan ve desteklerini esirgemeyen hocalarıma teşekkür ederim.

Eğitimi tamamlamış ve halen eğitim sürecinde olan asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan her zaman yanımda olan, emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim çok değerli babam Mehmet ARIK'a ve annem Bedriye ARIK'a, kardeşim Erdem ARIK'a en içten sevgi ve saygılarımla teşekkür ederim.

Dr. Büşra ARIK

## II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR .....	i
II. İÇİNDEKİLER .....	ii
III. ÖZET .....	iv
IV. ABSTRACT .....	vi
V. KISALTMALAR.....	ix
VI. TABLOLAR LİSTESİ .....	x
VII. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. POSTPARTUM DEPRESYON.....	3
2.1.1. Kliniği ve Tanımı .....	3
2.1.2. Ayırıcı Tanı.....	6
2.1.3. Epidemiyoloji.....	7
2.1.4. Etiyoloji ve Patofizyoloji.....	8
2.1.5. Risk Faktörleri.....	10
2.1.6. Komplikasyonlar.....	11
2.1.7. Tedavi .....	12
2.1.7.1 Antidepresan Tedavi.....	13
2.1.7.2 Nörosteroid Tedavi.....	14
2.1.7.3 Farmakolojik Olmayan Tedavi.....	16
2.2. BAĞLANMA KURAMI .....	17
2.2.1. Anne Bebek Bağlanması Tanımı.....	17
2.2.2. Anne Bebek Bağlanması Çeşitleri.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. İzinler .....	23
3.2. Evren ve Örneklem .....	23

3.3. İşlem.....	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	25
3.4.2. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği.....	25
3.4.3. Anne Bebek Bağlanma Ölçeği .....	26
3.5. Verilerin Analizi .....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	29
4.2.Katılımcıların Doğum İle İlgili Özellikleri.....	31
4.3.Katılımcıların Gebelik Ve Diğer Tıbbi Öykü Özellikleri.....	31
4.4.Katılımcıların Anne Bebek Bağlanma Ölçek Yanıtları.....	32
4.5.Katılımcıların Sosyodemografik Ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
4.6.Katılımcıların Sosyodemografik Ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle EPDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
4.7.Katılımcıların Sosyodemografik Ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle Postpartum Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması.....	37
4.8.Katılımcıların Doğum Özellikleri,ABBÖ ve EPDÖ Puanlarının İlişkisi.....	38
4.9.Katılımcıların ABBÖ ve EPDÖ Puanları.....	40
4.10.Katılımcıların Depresyon Riskleri.....	40
4.11.Katılımcıların ABBÖ Ve EPDÖ Puanlarını İlişkisi.....	41
4.12.Katılımcıların Postpartum Depresyon Riskiyle ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
7. KAYNAKLAR.....	51
8. EKLER.....	58
EK 1: Etik Kurul Kararı.....	58
Ek 2: Kurum Onayı (İl Sağlık Müdürlüğü) .....	59
Ek 3: Sosyodemografik Veri Formu.....	60
Ek 5: Anne Bebek Bağlanma Ölçeği.....	62
Ek 6:Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği.....	63

## ÖZET

**Amaç:** Biyopsikososyal yaklaşımla sağlık sorunlarını ele alan aile hekimleri açısından, hizmet verdikleri toplumu oluşturan bireylerde maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilecek ve bebeğin hem annesiyle hem de diğer bireylerle kuracağı ilişkileri zedeleyebilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu faktörlerin etkilerinin ortaya konulması, sağlık hizmetlerinin etkin, nitelikli ve bütüncül bir biçimde yürütülmesi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışma, anne-bebek bağlanmasını etkileyen sosyal ve psikolojik etmenlerin belirlenmesini amaçlamaktadır. Elde edilen bulguların, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülen izlem ve müdahalelerin niteliğini artırarak, anne ve bebek sağlığına olumlu katkılar sağlaması beklenmektedir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma 01.10.2024 ile 31.12.2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildikten sonra Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları mevcut olan Maternal Bağlanma Ölçeği ve Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği Google forms aracılığıyla doldurmaları istenmiştir.

**Bulgular:** Çorum il merkezindeki 33 aile sağlığı merkezinden 21'inin ve 100 aile hekimliği biriminden 70'inin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya doğum sonrası 0 ile 6 hafta arasında olan ,gönüllü ,okur-yazar, akıllı telefon kullanabilen 86 anne katılmıştır. Katılımcıların %1,16'sı ilkokul, %12,79'u ortaokul, %40,7'si lise, %39,53'ü üniversite, %5,81'i üniversite üstü mezunuydu. Gelir durumuna göre %24,42'si gelirinin giderinden az olduğunu, %53,49'u gelir-gider dengesinin eşit olduğunu, %22,09'u ise gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %17,44'ü ölü ya da sakat doğum öyküsüne sahipken, %82,56'sı bu durumu yaşamamıştı. Şimdiki bebeğin sağlıklı olduğunu belirtenlerin oranı %98,84'tü. Son gebelik %88,37 oranında isteyerek gerçekleşmiş, %23,26'sı riskli gebelik olarak değerlendirilmiştir. Evde bebek bakımına yardımcı olanların oranı %46,51'di. Gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık tanısı almış olanlar %4,65, psikiyatrik ilaç kullananlar ise %1,16 oranındaydı. Gebelik nedeniyle iş bırakma veya ekonomik değişiklik yaşama oranı %36,05'ti. Anne Bebek Bağlanma

Ölçeği (ABBÖ) puan ortalaması 4,36 ( $\pm 3,21$ ), ortanca puan 4'tü (0-16). Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) puan ortalaması 11,48 ( $\pm 6,76$ ), ortanca puan 10'du (0-28). Katılımcıların %65,12'sinde depresyon riski bulunmazken, %34,88'inde depresyon riski mevcuttu (EPDÖ sonuçlarına göre). Katılımcılardan çalışanların EPDÖ puanı ev hanımı olanlardan, lise üstü eğitim düzeyine sahip olanların lise altı eğitim düzeyine sahip olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p < 0,05$ ). Geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olanların EPDÖ puanı geliri giderine denk olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p < 0,01$ ). Son gebeliği isteyerek olmayanların, son gebeliği riskli olanların, evde bebek bakımına yardımcı olan kişiye sahip olmayanların, gebelik nedeniyle iş bırakma ya da ekonomik kayıp yaşayanların EPDÖ puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ). Katılımcılardan çalışanların ABBÖ puanı ev hanımı olanlardan, aylık geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk ya da geliri giderinden az olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p < 0,05$ ). Son gebeliği isteyerek olmayanların ABBÖ puanı isteyerek olanlardan, son gebeliği riskli gebelik olanların riskli gebelik olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde faaliyet gösteren aile hekimliği birimlerinde gerçekleştirdiğimiz gerçekleştiren bu araştırma ile anne ve bebek arasındaki bağlanmayı etkileyebilecek çeşitli sosyal ve psikolojik faktörler ortaya konmuştur. Doğum sonrası depresyon, anksiyete ve geçmiş travmalar annenin bebeğine karşı duyarlılığını ve bakım verme kapasitesini azaltabilir. Annenin psikolojik iyi oluşu, sosyal destek sistemleri, bebeğin sağlık durumu, ekonomik koşullar ve kültürel dinamikler; güvenli bağlanmanın sağlanmasında önemli rol oynar. Bu nedenle, anne ve bebeğin sağlıklı bir ilişki kurabilmesi için bütüncül destek mekanizmalarının oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Elde edilen verilerin, birinci basamakta sürdürülen izlem süreçlerinin iyileştirilmesine, anne bebek bağının güçlendirilmesine ve dolayısıyla anne ve bebek sağlığına bütüncül bir yaklaşımla olumlu katkılar sağlaması beklenmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Anne bebek bağlanması, Depresyon, Aile hekimliği, Birinci basamak sağlık hizmetleri

## ABSTRACT

### **The Relationship Between Maternal Depression and Mother-Infant Bonding**

**Aim:** In the context of primary care, where family physicians address health problems through a biopsychosocial approach, it is crucial to identify risk factors that may adversely affect maternal bonding within the community they serve. Such factors can potentially compromise the infant's relationship not only with the mother but also with others in their environment. Understanding these influences is essential for delivering effective, high-quality, and holistic healthcare services. This study aims to examine the social and psychological determinants that impact mother-infant bonding. The findings are expected to enhance the quality of follow-up and intervention practices in primary healthcare settings and contribute positively to both maternal and infant well-being.

**Materials and Methods:** The study was carried out between October 1 and December 31, 2024, with the participation of 21 out of 33 family health centers and 70 out of 100 family medicine units in the city center of Çorum. A total of 86 mothers, who had given birth within the past 0–6 weeks, were literate, volunteered to participate, and were able to use a smartphone, were included in the study. After collecting sociodemographic data, participants were asked to complete the Maternal Attachment Inventory and the Edinburgh Postnatal Depression Scale, both of which have been validated for use in Turkish, via Google Forms.

**Results:** In terms of educational background, 1.16% of participants had completed primary school, 12.79% middle school, 40.7% high school, 39.53% university, and 5.81% held a postgraduate degree. Regarding occupational status, 11.63% were unemployed, 50% were housewives, 30.23% were public servants, and 8.14% were self-employed. In terms of income, 24.42% reported that their income was less than their

expenses, 53.49% stated it was balanced, and 22.09% reported having an income higher than their expenses. A total of 17.44% of participants had a history of stillbirth or giving birth to a child with disabilities, while 82.56% had not experienced such outcomes. The majority (98.84%) reported that their current baby was healthy. The most recent pregnancy was planned in 88.37% of cases, and 23.26% were considered high-risk pregnancies. About 46.51% of participants reported having someone to assist with infant care at home. Prior to pregnancy, 4.65% had been diagnosed with a psychiatric disorder, and 1.16% reported using psychiatric medication. A total of 36.05% experienced job loss or economic changes due to the pregnancy. The mean score on the Maternal Attachment Inventory (MAI) was 4.36 ( $\pm 3.21$ ), with a median score of 4 (range: 0–16). The mean score on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was 11.48 ( $\pm 6.76$ ), with a median score of 10 (range: 0–28). According to EPDS results, 65.12% of participants were not at risk for depression, while 34.88% were identified as being at risk. EPDS scores were found to be significantly higher among employed participants compared to housewives, and among those with education above high school compared to those with lower educational levels ( $p < 0.05$ ). Participants whose income was either below or above their expenses had significantly higher EPDS scores compared to those whose income and expenses were balanced ( $p < 0.01$ ). EPDS scores were also significantly higher among participants whose most recent pregnancy was unplanned, those with high-risk pregnancies, those without support for infant care at home, and those who experienced job loss or economic hardship due to pregnancy ( $p < 0.05$ ). MAI scores were significantly higher among employed mothers compared to housewives, and among those whose monthly income exceeded their expenses compared to those whose income was equal to or less than their expenses ( $p < 0.05$ ). Additionally, mothers whose most recent pregnancy was unplanned or considered high-risk had significantly higher MAI scores compared to those with planned or low-risk pregnancies ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Through our study conducted within family medicine units operating at the primary healthcare level, various social and psychological factors that may influence the bonding between mother and infant have been identified. Postpartum depression, anxiety, and past traumas can reduce a mother's sensitivity and her capacity to provide adequate care for her infant. Maternal psychological well-being, social

support systems, the infant's health status, economic conditions, and cultural dynamics all play a critical role in establishing secure attachment. Therefore, developing comprehensive support mechanisms is essential to facilitate a healthy mother-infant relationship. The findings are expected to contribute positively to maternal and infant health by enhancing the quality of follow-up processes in primary care, strengthening mother-infant bonding, and promoting a holistic approach to care.

**Keywords:** Maternal-infant bonding, Depression, family medicine, Primary healthcare services



## V. KISALTMALAR

ABBÖ: Anne bebek bağlanma ölçeği

ACOG: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

ECT: Elektrokonvülsif tedavi

EDDÖ: Edinburgh doğum sonu depresyon ölçeği

HPA: Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks

KDT: Kişilerarası Davranış Terapisi

PPD: Postpartum depresyon

## VI. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	29
Tablo 2. Katılımcıların Doğum ile İlgili Özellikleri .....	30
Tablo 3. Katılımcıların Gebelik ve Diğer Tıbbi Öykü Özellikleri.....	31
Tablo 4. Katılımcıların Anne Bebek Bağlanma Ölçek Maddelerine Yanıtları.....	32
Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 6. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle EPDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle Postpartum Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 8. Katılımcıların Doğum Özellikleri, ABBÖ ve EPDÖ Puanlarının İlişkisi .....	38
Tablo 9. Katılımcıların ABBÖ ve EPDÖ Puanları.....	40
Tablo 10. Katılımcıların Depresyon Riskleri.....	40
Tablo 11. Katılımcıların Postpartum Depresyon Riskiyle ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması .....	422

## VII. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Akış Şeması.....	28
Şekil 2. Katılımcıların Aylık Gelirleri ile ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Şekil 3. Katılımcıların Gebelik Nedeniyle Ekonomik Kayıp Yaşama Durumuyla EPDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	366
Şekil 4. Katılımcıların EPDÖ Puanı ile İlk Gebelik Yaşının İlişkisi .....	39
Şekil 5. Katılımcıların Depresyon Riskleri.....	40
Şekil 6. Katılımcıların EPDÖ Puanı ile ABBÖ puanının İlişkisi .....	41
Şekil 7. Katılımcıların Depresyon Riskleriyle ABBÖ Puanının Karşılaştırılması .....	42

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bir kadının hamilelik ve doğum sonrası dönemi, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan hızlı değişimlere uyum sağlamaya çalıştığı yaşamının en anlamlı süreçlerinden biridir. Bebek sahibi olmak birçok anne için mutluluk kaynağı olsa da, artan rol ve sorumluluklar nedeniyle kaygı ve stres yaratabilir ve bu durum depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. (1) Postpartum dönem kadının psikiyatrik hastalıklara en fazla yakalanma riski taşıdığı dönemdir. Postpartum dönemdeki ruhsal hastalıklar, postpartum depresyon, postpartum psikoz ve annelik hüznü (baby blues) olarak üç değişik şekilde görülebilmektedir. PPD (Postpartum Depresyon) yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde görülmektedir. PPD'nin etiyolojisinde psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir. Belirtiler kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, genellikle mutsuz bir ruh hali, kendini yetersiz ve başarısız hissetme, iştah kaybı, eskiden keyif alınan aktivitelerden uzaklaşma, insanlara ve olaylara karşı ilgisizlik, uyku düzensizlikleri, günlük işleri yapmada güçlük, odaklanma ve dikkat sorunları, bebeğiyle bağ kurmada zorlanma ve hem kendine hem de bebeğine zarar verme isteği şeklinde ortaya çıkabilir (2)

Bağlanma, anne ile bebek arasında gelişen duygusal bir bağ olup, özellikle hamilelik ve doğum sonrası erken dönemler anne-bebek ilişkisi açısından büyük önem taşır. Anne duyarlılığı ve sevgisinin temelleri, genellikle hamilelik sürecinde atılmaktadır. (3) Anne, gebeliğin ilk haftalarından itibaren, özellikle bebeğin fetal hareketlerine karşılık olarak, giderek güçlenen etkili ve koruyucu duygular hissetmeye başlar. Annenin bebeğiyle kurduğu bu bağ, çocuğun gelecekteki bağlanma ilişkilerinin temelini oluşturur. Bağlanmanın sağlıklı bir şekilde gelişmesi büyük önem taşır, çünkü bağlanmadaki bozuklukların çocuğun duygusal, bilişsel ve davranışsal gelişimini uzun vadede olumsuz etkilediği, yetişkinlikte çeşitli davranış sorunları ve psikopatoloji riskini artırabileceği kanıtlanmıştır.(4) Postpartum depresyon, annenin özgüvenini, becerilerini, çocuklarının fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına yönelik duyarlılığını, aile içindeki farkındalıklarını, rollerini ve sorumluluklarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu

ciddi sonuçlar nedeniyle, postpartum depresyon riski taşıyan annelerin mümkünse hamilelik döneminde, değilse doğum sonrası erken dönemde tespit edilmesi büyük önem taşımaktadır. (5)

Bu çalışmanın başlangıç noktasını oluşturan düşünce postpartum depresyonun annelerin bebeklerine bağlanma düzeyini olumsuz etkileyebileceği hipotezi oluşturmuştur.

Bu araştırmanın amacı, postpartum dönemde kadınların yaşadığı psikolojik değişimleri, özellikle postpartum depresyonun anne-bebek bağlanması üzerindeki etkilerini inceleyerek, erken dönemde müdahalenin önemini vurgulamaktır. Postpartum depresyonun ortaya çıkış nedenlerini ve belirtilerini ele alarak, bu durumun anne-bebek ilişkisine olan olumsuz etkilerine dikkat çekmek ve erken tanınım gerekliliğini ortaya koymaktır. Postpartum dönemde psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkış sürecini ve bu durumun anne ile bebek arasındaki bağlanmaya olan etkilerini değerlendirmek ve farkındalık oluşturarak gerekli psikososyal desteklerin önemini vurgulamaktır. Bu çalışmada doğum sonrası depresyonun annelik süreci ve bağlanma üzerindeki etkileri ele alınarak, risk altındaki annelerin erken tespit edilmesinin önemi açıklanmaktadır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.POSTPARTUM DÖNEM

#### 2.1.1 Kliniği ve Tanımı

Postpartum dönem, doğumdan sonra plasentanın çıkarılmasının ardından başlayan ve yaklaşık 6-8 hafta süren bir süreç olarak tanımlanır.(6) Postpartum dönem, doğumla birlikte başlayan ve tam fizyolojik involüsyon ile psikolojik dengenin yeniden sağlandığı süreci kapsar.

Doğumdan sonraki ilk yıl içinde, yaklaşık her 7 kadından 1'ini etkileyen, yaygın ve potansiyel olarak ciddi bir ruh hali bozukluğu olan postpartum depresyon, hormonal değişiklikler, genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkar. Ancak, durumla ilgili damgalanma ve hastaların semptomlarını ifade etmekte isteksizlik göstermesi nedeniyle vakaların yaklaşık %50'si teşhis edilememektedir. (2)

Postpartum dönem üç farklı ve birbirini izleyen dönemden oluşur; Başlangıç dönemi; ilk 6-12 saat arası dönemi içerir. Bu dönemde amnion sıvısı embolisi, postpartum kanama, eklampsi ve uterin inversiyon gibi acil durumlar meydana gelebilir. İkinci dönem (subakut postpartum dönem); 2-6 hafta sürer. Bu safhada hemodinamik, metabolizma, genitoüriner sistem ve duygusal durum ile ilgili değişiklikler gözlemlenebilir. Bu değişiklikler akut faza göre daha yavaş bir şekilde gelişir. Üçüncü dönem: 6 aya kadar devam eden dönemdir. Bu dönemde anne, doğum sonrası iyileşmeye devam eder ve anne-bebek ilişkisi güçlenir.(7)

Doğumdan sonraki ilk 6 haftayı kapsayan postpartum dönem, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yanı sıra, maternal ve neonatal mortalite ile morbiditenin en

yüksek olduğu dönem olması nedeniyle anne ve yenidoğan için büyük bir öneme sahiptir. Postpartum dönemde gerçekleşen anne ölümlerinin yaklaşık yarısının ilk 24 saatte, %66'sının ise ilk haftada meydana geldiği bildirilmiştir. Ayrıca, 2016 yılında ölen 2,6 milyon yenidoğanın yaşamlarının ilk ayında, 1 milyonunun ise ilk günlerinde hayatını kaybettiği belirtilmiştir.(6,8)

Ruhsal rahatsızlıklar , gebelik ve doğum sonrası dönemin en yaygın morbiditeleri arasındadır. Bu bozukluklar, yalnızca anne üzerinde değil, aynı zamanda çocuğu ve diğer aile bireyleri üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir.(9)

Doğum sonrası dönem, yeni anne ve ailesi için oldukça önemli bir süreçtir. Doğum sonrası ayakta tedavi, doğumdan sonraki üç hafta içinde şahsen veya telefonla başlatılmalı ve hastanın ihtiyaçları ve endişeleri tam olarak ele alınabilmesi için birden fazla temas gerekli olabilmektedir. Ayrıca, 12 hafta içinde kapsamlı bir değerlendirme yapılması önerilir. Bakım, başlangıçta akut ihtiyaçlar ve morbidite ile mortalite risklerine odaklanmalı, sonrasında ise kronik durumlar ve sağlıklı durumun sürdürülebilirliği için gerekli bakıma geçilmelidir.(10)

DSM-5'e göre, doğum sonrası depresyon (PPD) artık perinatal depresyon terimi altında yer almaktadır. Hamilelik sırasında veya doğum sonu 6 hafta içinde başlayan majör depresif bir dönem, peripartum depresyon olarak sınıflandırılır. DSM-5, PPD'yi ayrı bir tanım olarak ele almaz. Genellikle birkaç hafta içinde geçebilen "bebek hüznü" nün aksine, PPD daha şiddetli olup, tedavi edilmediği takdirde aylarca sürebilir.(11)

DSM-V’de PPD tanı ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

Postpartum depresyon tanısı, en az iki hafta boyunca süren ve en az beş depresif semptomun varlığı ile konur. Uzmanlar, genellikle doğumdan sonraki 12 ay içinde ortaya çıkan belirtileri bu kapsamda değerlendirmektedir. Etkilenen kişilerde aşağıdaki 9 semptom, neredeyse her gün görülebilir ve önceki rutin yaşamda bir değişiklik anlamına gelir; ancak, PPD tanısı koyulabilmesi için depresyon veya anhedoni (zevk alamama) gibi semptomların bulunması gerekir.

- Depresif ruh hali (gözlemlenen veya öznel ) ( günün çoğunda mevcuttur)
- Günün büyük bölümünde ilgi veya zevk kaybı (anhedoni)
- Uyku bozuklukları (uykusuzluk veya hipersomni)
- Psikomotor gerileme veya ajitasyon
- Değersizlik veya suçluluk
- Enerji kaybı veya yorgunluk
- İntihar düşüncesi veya girişimi ve tekrarlayan ölüm düşünceleri
- Konsantrasyon bozukluğu veya kararsızlık
- Kiloda veya iştahta değişiklik (örneğin, 1 ayda %5'lik bir kilo değişikliği)

Bu belirtiler, madde kullanımına veya başka bir tıbbi duruma bağlanamaz. Ayrıca, belirtilere psikotik bir bozukluk da neden olmamalıdır. Kişinin daha önce manik veya hipomanik bir epizod geçirmemiş olması gereklidir.(11)

PPD, kişide sanrılar ve halüsinasyonlar gibi psikotik semptomlara da yol açabilir. Bu durum, emzirme başarısızlığına, zayıf anne-bebek bağlanmasına, zararlı ebeveynlik uygulamalarına, evlilik sorunlarına ve çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimiyle ilgili olumsuz sonuçlara yol açabilir. Daha önce PPD yaşamış olan bireylerde, ilerleyen dönemlerde majör depresyon, bipolar bozukluk ve tekrar PPD riski artmaktadır. (11)

### 2.1.2 Ayırıcı Tanı

Doğum sonrası depresyonu değerlendirirken dikkate alınması gereken ayırıcı tanılar şunlardır:

- **Lohusa hüznü:** Genellikle doğum sonrası ilk hafta içinde meydana gelir ve doğumdan sonraki 10-14. gün arasında kendiliğinden geçer. Hastaların yaklaşık %50 ile %75'i, tedavi gerektirmeyen ve geçici olan lohusa hüznü yaşar. Semptomlar arasında üzüntü, kaygı, ağlama nöbetleri, iştah değişiklikleri, uyku bozuklukları ve yorgunluk yer alabilir. Lohusa hüznü, günlük işleyişi veya bebeğe bakım verme yeteneğini etkilemez. Ancak, şiddetli doğum sonrası lohusa hüznü, postpartum depresyon (PPD) riski ile ilişkilidir. (12)
- **Hipertiroidizm ve hipotiroidizm:** Tiroid bozuklukları, ruh hali bozukluklarına yol açabilir. Tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi, tiroid uyarıcı hormon (TSH) seviyelerinin test edilmesiyle yapılabilir. Bu test, tiroid bezinin düzgün çalışıp çalışmadığını belirlemeye yardımcı olur ve ruh hali değişikliklerinin altında yatan potansiyel tiroid sorunlarını tespit edebilir. (13)
- **Doğum sonrası kaygı, uyum bozukluğu veya travma sonrası stres bozukluğu:** Doğum sonrası kaygı, aşırı endişeye ve genellikle bebeğin sağlığı, bakımına ve annelikle ilgili diğer konulara odaklanır. Uyum bozukluğu, doğumun getirdiği stres ve duygusal, davranışsal tepkileri içerir; ancak bu durum, postpartum depresyondan (PPD) daha kısa süreli ve genellikle daha az şiddetlidir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travmatik bir doğum deneyimi sonucu ortaya çıkabilecek semptomları içerir ve bu semptomlar, travma ile ilişkilidir. (13)
- **Doğum sonrası psikoz :** Doğum sonrası psikoz, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayan psikoz olarak tanımlanır. Çoğu kadının bilinen bir psikiyatrik bozukluk geçmişi yoktur, ancak bazılarında geçmişte bipolar bozukluk öyküsü bulunabilir. Genellikle doğumdan sonraki 3 ile 10 gün içinde başlar, ancak doğumdan sonraki 4 hafta içinde de ortaya çıkabilir. Doğum sonrası psikoz,

potansiyel intihar ve bebek öldürme riski taşıyan ciddi bir psikiyatrik acil durumdur. Hastalar ajitasyon, halüsinasyonlar, alışılmadık davranışlar, dağınık düşünceler ve sanrılar yaşayabilir. Bu durum nadiren görülür, 1000 gebelikte yalnızca 1-2 vakada meydana gelir ve doğum sonrası ilk birkaç gün veya hafta içinde manik veya depresif psikozun akut başlangıcıyla kendini gösterir. (13)

### **2.1.3 Epidemiyoloji**

Depresyon, peripartum dönemin en sık görülen psikiyatrik rahatsızlığıdır. Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrası dönemde ebeveyn intiharı riskinin artmasıyla ilişkilidir ve doğum sonrası intihar, ikinci en yaygın ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir. PPD, dünya genelinde doğum sonrası hastaların %6,5 ile %20'sini etkiler.(14)

Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı, ülkenin ekonomik koşulları ve kültürel ortamı gibi değişken faktörlere bağlı olarak farklılık gösterir. Farklı araştırmalar, doğum sonrası depresyon için değişen risk faktörlerini ortaya koymuştur. Yapılan çalışmalara göre, depresyon ergenlerde, prematüre doğum yapmış hastalarda ve kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda daha sık görülmektedir. Bir meta-analize göre, doğum sonrası depresyonun yaygınlığı Çin'de %21,4 ile en yüksek seviyededir. Buna karşılık, Japonya'da yaygınlık %14, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise %8,6 olarak bulunmuştur. Postpartum depresyonun ortalama başlangıç süresi ise doğumdan sonraki 14 hafta civarındadır.(15)

### 2.1.4 Etiyoloji ve Patofizyoloji

Postpartum depresyonun (PPD) patogenezi şu anda tam olarak bilinmemekle birlikte, genellikle çok faktörlü bir süreç olarak kabul edilmektedir. PPD'nin gelişiminde biyolojik, psikolojik, çevresel ve genetik faktörlerin bir arada rol oynadığı düşünülmektedir. Bu faktörler arasında hormonal değişiklikler (özellikle doğum sonrası hormonal dalgalanmalar), genetik yatkınlık, sosyal destek eksiklikleri, stresli yaşam olayları ve kişisel geçmişteki ruhsal sağlık sorunları yer alabilir. Ayrıca, anne-bebek bağlanma süreçlerinin, psikolojik stres faktörlerinin ve çevresel etmenlerin de PPD'nin gelişimine katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir.(14,16,17) Üreme hormonlarının depresif davranışlardaki rolü, postpartum depresyonun (PPD) nöroendokrin patofizyolojisini düşündürmektedir. Üreme hormonlarındaki değişikliklerin, hassas bireylerde bu hormonların düzensizliğini tetikleyebileceği savunulmaktadır ve bu konuda çok sayıda veri mevcuttur. PPD'nin patofizyolojisi, immünolojik sistemdeki değişiklikler, hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenindeki (HPA) dengesizlikler ve laktojenik hormonlardaki değişiklikler gibi birden fazla biyolojik ve endokrin sistemdeki anormalliklerden kaynaklanabilir. Bu sistemlerdeki bozulmalar, depresif semptomların gelişmesine zemin hazırlayabilir ve PPD'nin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir.

HPA'nın doğum sonrası depresyonun gelişiminde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. HPA eksenini travma ve stres sırasında kortizol salınımına neden olur; HPA eksenini işlev bozukluğunda katekolamin salınımı azalır ve bu da zayıf bir stres tepkisine neden olur. HPA salgılatıcı hormonlar hamilelik sürecinde artar ve doğum sonrası 12 haftaya kadar yüksek kalır. Son kanıtlar PPD'nin gama-aminobütirik asit (GABA) nörotransmisyon sistemiyle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Beyindeki başlıca inhibitör nörotransmitter olan GABA'daki dengesizlik muhtemelen PPD'ye neden olmada rol oynar.(14) Doğumdan sonra östradiol ve progesteron gibi üreme hormonlarındaki hızlı düşüş, duyarlı hastalarda potansiyel bir stres faktörü olabilir ve bu değişiklikler depresif semptomların başlamasına yol açabilir. Yüksek kortizol seviyeleri ve düşük triptofan seviyeleri not edilebilir. (18) Oksitosin ve prolaktin, postpartum

depresyonun (PPD) patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu hormonlar, süt bırakma refleksini ve anne sütü sentezini düzenler. Emzirmeme ve PPD başlangıcının sıklıkla aynı zaman diliminde gerçekleştiği gözlemlenmiştir. Düşük oksitosin seviyeleri, özellikle PPD ve istenmeyen erken süttten kesilme ile ilişkilidir. Üçüncü trimester sırasında, düşük oksitosin seviyeleri, hamilelik boyunca ve doğum sonrası artan depresif semptomlarla bağlantılıdır. Bu hormonların düşüşü, hem emzirme sürecini hem de annenin ruh halini olumsuz etkileyebilir. Oksitosin, ayrıca bağlanma ve annelik içgüdülerinin desteklenmesinde de kritik bir rol oynar; dolayısıyla bu hormonun eksikliği, anne-bebek bağlanmasında sorunlara yol açabilir ve PPD'nin gelişimine katkıda bulunabilir.(19)



### 2.1.5 Risk Faktörleri

PPD nedenleri tam olarak anlaşılammış olmakla birlikte risk faktörleri biyolojik ve psikososyal olmak üzere iki başlık altında gruplanabilir. Biyolojik risk faktörleri arasında sentetik oksitosin kullanımı, nöroendokrin bozukluklara bağlı kronik hastalıklar, genetik PPD öyküsü, hormonal düzensizlikler, inflamatuvar hastalıklar, anne sütü yerine formula mama ile beslenme gibi faktörler yer alır. Bu faktörlerin PPD riskini artırdığı tespit edilmiştir(20,21)

PPD için psikososyal risk faktörleri arasında genç yaş, düşük sosyoekonomik düzey, bekar annelik, düşük eğitim seviyesi, düşük mesleki prestij ve birden fazla çocuk, eşten fiziksel yada psikolojik şiddet görme, daha önce geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü gibi faktörler sayılabilir. En güçlü risk faktörü, özellikle hamilelik sırasında aktif semptomları olan duygudurum veya anksiyete bozukluğu öyküsüdür.(20)

### 2.1.6 Komplikasyonlar

Postpartum depresyon (PPD), yalnızca annenin sağlığını değil, aynı zamanda bebeği ve tüm aileyi etkileyebilir. Tedavi edilmezse, PPD, kronik depresif bozukluğa dönüşebilir ve gelecekteki majör depresyon atakları için bir risk oluşturur. Ayrıca, tedavi edilse dahi, PPD'nin geçmişteki bir olay olarak birey üzerinde kalıcı etkiler bırakabileceği ve gelecekte depresyonun yeniden ortaya çıkabileceği gösterilmiştir.

PPD, tüm aile için stresli bir durumdur. Ebeveynin depresyonu, çocukların gelişimini olumsuz etkileyebilir. Depresyonu tedavi edilmeyen ebeveynlerin çocuklarında dil gelişimi gecikmeleri, yeme zorlukları, uyku problemleri, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi davranışsal ve duygusal sorunlar gelişebilir. Bu durum, sadece anne ve bebekle sınırlı kalmayıp, geniş aile dinamiklerini de zorlayabilir.

Tedavi edilmediği takdirde, PPD, doğum sonrası dönemde ebeveynlerin sağlık davranışlarını, ilişkilerini, fizyolojilerini ve ebeveynlik yeteneklerini olumsuz etkileyebilir. Bu durum, fetüs, eş ve tüm aile üyeleri için bir risk faktörü oluşturur. Bu nedenle, ACOG (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği), gebelik nedeniyle psikiyatrik ilaçların kesilmesini veya durdurulmasını önermemektedir. Çünkü uygun tedavi, annenin ve ailenin genel sağlığı için çok önemlidir.(22)

### 2.1.7 Tedavi

Yüksek riskli hastalarda, doğum sonrası depresyonun (PPD) önlenmesi ve tedavi edilmesi amacıyla bilişsel davranış terapisi (BDT) ve kişilerarası davranış terapi (KDT) gibi psikoterapötik yaklaşımlar kullanılabilir. Bu tedavi yöntemleri, depresyonun semptomlarını yönetmeye ve bireyin duygu durumunu iyileştirmeye yardımcı olabilir. Bu terapiler, özellikle duygusal stresle başa çıkma becerilerini geliştiren ve bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmeyi hedefleyen kanıtlanmış yaklaşımlardır.

Tedavi seçeneklerinin belirlenmesi, her hasta için özel olarak yapılmalıdır. Klinik değerlendirmeler sonucunda, yüksek riskli hastalar için önleyici tedbirler geliştirilmelidir. Bu önleyici tedbirler, doğum öncesi ve sonrası dönemde psikososyal destek, düzenli takip, gerektiğinde psikoterapi veya farmakoterapi gibi stratejileri içerebilir.

Ayrıca, sağlık profesyonellerinin PPD'yi erken tespit etmeleri ve müdahaleleri hızla başlatmaları önemlidir. Bunun yanı sıra, toplumda doğum sonrası depresyon hakkında farkındalık yaratmak ve annelere destek sağlayan programlar oluşturmak da bu sürecin bir parçası olabilir.(22)

### 2.1.1.7.1 Antidepresan İlaçlar

Postpartum depresyon (PPD) için birinci basamak tedavi, psikoterapi ve antidepresan ilaçlar olarak belirlenmiştir.

Psikoterapi;hafif ila orta dereceli PPD olan hastalar için genellikle birinci basamak tedavi olarak tercih edilir. Psikoterapi, bireylerin depresif düşüncelerini yönetmelerine, stresle başa çıkma becerilerini geliştirmelerine ve ebeveynlik rolleriyle ilgili yaşadıkları zorluklarla baş etmelerine yardımcı olabilir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve kişilerarası terapi (KDT) gibi terapiler, olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmeyi ve sosyal ilişkilerdeki zorlukları ele almayı amaçlar.

Antidepresan ilaçlar;orta ila şiddetli depresyonu olan hastalarda, antidepresan ilaçlar tedavi planına dahil edilmelidir. Bu ilaçlar, beyindeki kimyasal dengesizlikleri düzeltmeye yardımcı olarak depresyon semptomlarını hafifletir. Bununla birlikte, ilaç tedavisi, genellikle psikoterapi ile birlikte önerilir, çünkü kombine tedavi daha etkili sonuçlar verebilir. Antidepresanlar, özellikle şiddetli depresyon vakalarında, semptomların hızla kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir.

Tedavi yaklaşımı her hasta için özelleştirilmelidir ve tedavi sürecinde uzman klinik değerlendirme gereklidir. Ayrıca, tedavi süresince annelerin sağlıkları düzenli olarak izlenmeli ve psikolojik destek sağlanmalıdır.(22)

ACOG, PPD tıbbi tedavisi için seçici serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri ve trisiklik antidepresanların kullanılmasını önermektedir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri PPD için ilk tercih ilaçlardır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri etkisizse serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörlerine veya mirtazapine geçiş düşünülmelidir.

Sertralin veya essitalopram tıbbi tedavi için birinci basamak seçeneklerdir. Sertralin kapsamlı ve güven verici güvenlik araştırmalarına sahiptir. Fluoksetin ve paroksetin, daha önce belirli bir birey için etkili bir şekilde kullanılmışsa, neonatal adaptasyon sendromu riskinin artmasına rağmen dűřünülebilir. Bu nedenle, geğmişte antidepresanla başarılı bir tıbbi tedavi görműř hastaların tedavisi, hamilelik sırasında veya sonrasında bu etkili ilacı kullanmaya devam etmesine izin verilmelidir.(22)

PPD tedavisindeki temel hedef, depresyon semptomlarının tamamen remisyonu veya çözümesidir. Bu, yalnızca belirtilerin hafiflemesi değil, aynı zamanda annenin psikososyal işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin tam olarak eski haline dönmesi anlamına gelir. %50 veya daha fazla bir iyileşme tedavi yanıtını tanımlar. Algoritmalar, Hasta Sağlık Anketi-9 veya EPDS ölçekleri ilaç dozlarının ayarlanmasına yardımcı olmak için kullanılabilir. Yetersiz veya tedavi edilmeyen ruh sağlığı koşulları, herhangi bir farmakolojik ajan gibi perinatal risklerle ilişkilidir; her ikisinin de risklerinin tanınması gerekir. Remisyon sağlanması için en dűřük etkili ilaç dozu kullanılmalıdır. Tek bir ajan kullanımıyla remisyon mümkünse ilaç değişikliğinden ve polifarmasiden kaçınılmalıdır. Tedavinin başlamasından sonraki 1 hafta içinde faydalar bildirilse de, semptomların iyileşmesi 4 ila 8 hafta sürebilir.(22)

Etkili bir doza ulaşıldığında, semptomların tekrarlamasını önlemek için en az 6 ila 12 ay boyunca tedaviye devam edilmesi önerilir.(23) Hamilelik sırasında veya doğum sonrası dönemde tıbbi tedavinin kesilmesi yüksek tekrarlama riskiyle sonuçlanır bu nedenle üçüncü trimesterde ilacın kesilmesi önerilmez. Ayrıca hem seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin hem de serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörlerinin birden kesilmesi, 2 ila 4 hafta boyunca kademeli bir şekilde azaltılmadığı takdirde komplikasyonlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kesilme semptomları olarak bulantı kusma, anksiyete, baş dönmesi, baş ağrısı, titreme ,uyku bozukluğu, yorgunluk, miyalji görülebilir. (22)

Emziren hastalar için emzirmenin faydaları, ilaç tedavisi önerileri, antidepresan kullanımının emzirme döneminde riskleri ve tedavi edilmeyen hastalık riskleri açık bir şekilde anlatılmalıdır. Transkraniyal manyetik stiműlasyon (PPD) tedavisinde umut verici bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Özellikle emziren anneler için, ilaç kullanımına alternatif, non-invaziv bir seçenek sunmaktadır. Serotonin geri alım

inhibitörü alırken emzirmenin riski nispeten düşüktür ve hastalar antidepresan kullanırken emzirmeye teşvik edilebilir. 12 hafta sonra tedavi sonucu hasta değerlendirilmesi gereklidir. Bilişsel davranışçı terapi, sertralin monoterapisi ve kombinasyon tedavisi bir arada verilen hastalarda daha hızlı bir iyileşme süreci olduğu gösterilmiştir. Sadece bilişsel davranışçı terapi ile monoterapi alan hastalarda da etkili sonuçlar alınmış semptomlarda hızlı bir gerileme gözlenmiştir.(22)

#### **2.1.1.7.2 Nörosteroid Tedavisi**

GABA-A reseptörlerinde pozitif etki gösteren intravenöz bir nörosteroid olan Brexanolone, Mart 2019'da Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından özellikle PPD için onaylandı. Brexanolone, üçüncü trimesterde veya doğum sonrası orta ila şiddetli depresyonda kullanılabilir.(24) Brexanolone'un etkisi hızlı başlar fakat erişimi zordur ve maliyeti yüksektir. Emzirme ile ilgili güvenliğini veya 30 günlük kullanımın ötesinde etkinliğini destekleyen hiçbir veri yoktur. İnfüzyon sırasında artan sedatif etkiler, ani bilinç kaybı ve hipoksi açısından yatarak izleme gereklidir.(13,25) Progesteronun bir metaboliti olan allopregnanolon analogu olan Brexanolone, FDA tarafından orta ila şiddetli doğum sonrası depresyonun tedavisi için onaylanan ilk ilaçtır. (24) Brexanolone, yaklaşık 2,5 gün süren 60 saatlik sürekli bir infüzyon olarak intravenöz olarak uygulanır. Çok sayıda yapılan klinik çalışmalar, brexanolone'un orta ila şiddetli PPD'li kadınlarda genellikle iyi tolere edildiğini ve hızlı bir faydalı yanıt sağlayabildiğini göstermektedir.(26,27) Brexanolon infüzyon tedavisi sırasında ve sonrasında 4 gün boyunca emzirme önerilmez. Brexanolone'un PPD tedavisinde uzun vadeli güvenliğini ve etkinliğini değerlendirmek için daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç vardır. (13)

Brexanolone gibi nöroaktif bir steroid olan zuranolon, aynı zamanda 4 Ağustos 2023'te PPD yönetimi için FDA tarafından onaylanan bir GABA-A reseptör modülatörüdür. Her gece 50 mg'lık oral doz, 14 gün boyunca yağ içeren (700 kal; %30 yağ) bir öğün ile birlikte verilir. Zuranolon oral antidepresanlarla birlikte veya tek başına kullanılabilir. Etki başlangıcı hızlıdır, saatlerden günlere kadar, bu da daha hızlı rahatlama sağlamaya yardımcı olur. Zuranolon ile görülen yan etkiler arasında sürüş yeteneklerinin azalabileceği konusunda hastalara bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca,

zuranolon'un gebelik ve emzirme döneminde fetüs üzerinde zararlı etkilere neden olduğu öne sürülmüştür. Genel olarak, zuranolon iyi tolere edilir ve minimum yan etkiye sahiptir.(28) Hastaların %26'sından fazlası tarafından bildirilen en yaygın yan etki uyuşukluktur. Güvenlik ve etkinlik henüz incelenmediğinden, zuranolon'un 14 günden uzun süre kullanılması önerilmemektedir.(29)

### **2.1.1.7.3 Farmakolojik Olmayan Tedaviler**

Transkraniyal manyetik stimülasyon, beynin hedeflenen bir bölgesindeki sinir hücrelerini uyarmak ve aktive etmek için manyetik dalgalar kullanan invaziv olmayan bir işlemdir. (30) Bu hücreler majör depresyonu olan kişilerde az aktiftir. Transkraniyal manyetik stimülasyon etkili olması için genellikle günde bir kez 4 ila 6 hafta süresince yapılır. Bu tedavi şekli antidepresanlara ve psikoterapiye yanıt vermeyen hastalarda kullanılabilir. Transkraniyal manyetik stimülasyon genel olarak güvenli ve iyi bir şekilde tolere edilir; ancak baş dönmesi, baş ağrısı ve yüz kaslarında seğirme gibi yan etkilere neden olabilir. Nöbetler, kulak koruması yeterli değilse işitme kaybı ve bipolar bozukluğu olan kişilerde mani dahil olmak üzere bazı ciddi yan etkiler nadiren görülür.(31) İlk sonuçlar ümit verici olsa da, PPD için transkraniyal manyetik stimülasyonun faydalarını ele almak için ilerleyen zamanlarda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.(32)

Şiddetli PPD'li hastalar farmakoterapiye ve psikoterapiye yanıt vermeyebilir. 4 ardışık ilaç denemesine karşın tedaviye yanıt alınamayan dirençli hastalar için elektrokonvülsif tedavi (ECT) önerilebilir. ECT, psikotik depresyonu olan, intihar veya bebek öldürme niyeti veya planları olan ve yemek yemeyi reddeden, yetersiz beslenen hastalarda faydalı sağladığı gösterilmiştir. (33) Birkaç gözlemsel çalışma, anne ve bebeği için daha az yan etkisi olmasından dolayı ECT'nin emziren hastalar için daha güvenli bir seçenek olduğunu öne sürmüştür.(34,35)

## 2.2 BAĞLANMA KURAMI

### 2.2.1 Tanımı

Bağlanma, bir çocuğun güvenli ve huzurlu hissetmesi için yanında ihtiyaçlarını karşılayan birine, genellikle annesine, duyduğu duygusal bağlıdır. Bu kavram, ilk olarak John Bowlby ve arkadaşları tarafından detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bowlby, bağlanma teorisini geliştiren kişilerden biridir ve bağlanmanın çocukların gelişimi üzerindeki etkilerini vurgulamıştır.

Bowlby, Londra Çocuk Rehberliği Kliniği'nde gerçekleştirdiği çalışmalarda, sevgisiz ve çalmaya meyilli olan 44 çocuğu incelemiştir. Bu çocukların çoğunun annelerinden ayrılma deneyimleri olduğunu ve bu ayrılıkların duygusal ve davranışsal sorunlarla ilişkili olduğunu keşfetmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, bağlanma eksikliğinin çocuklar üzerinde kalıcı olumsuz etkiler bırakabileceğini göstermiştir.

Bowlby'e göre bağlanmanın oluşması için; insanları ve hareket eden nesnelere tercih etmeye yönelim, daha sık görülen kişileri diğer insanlardan ayırt etmeyi öğrenme, tanıdıklarına yakınlık kurma ve tanımadıklarından uzak durma bilinci, istenilen sonuçları oluşturan davranışları ayırt etme gereklidir.(36)

Bowlby'e göre mental olarak sağlıklı gelişim için bebek veya çocuğun, birincil bakım veren kişi ile arasındaki ilişkinin tatmin edici, keyif verici, sıcak, samimi yaşanması gerekir. Bu da bağlanmanın temelidir. Doğumdan sonra erken dönemde sağlıklı kurulan bu bağ, bireyin yeterliliğini, öz sevgisini, benlik imgesini, diğer kişilerle ilişkisini, onlara olan güveni, kendine olan güveni konusunda beklentilerini belirler.(37)

### 2.2.2 Anne-Bebek Bağlanması Çeşitleri

Bebeğin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını ifade eden sinyaller göndermesi ve annenin bu sinyallere duyarlı bir şekilde yanıt vermesi, güvenli anne-bebek bağlanmasının yapıtaşını meydana getirir. Bu şekilde bağlanma, bebeklerin hayatta kalmaları ve sağlıklı gelişimlerini sürdürebilmeleri için kritik öneme sahiptir. Anne ve bebek arasındaki bağ, farklı dinamiklere bağlı olarak şekillenir. John Bowlby, bu bağlanmayı dört temel bileşen ile açıklamıştır.

İkincil Dürtü (Secondary Drive): Anne, bebeğin hayatta kalması için en temel gereksinimleri olan beslenme, dışkılama, tehlikelerden korunma ve barınma ihtiyaçlarını karşılar. Bu süreç, anne ve bebek arasında fiziksel ve duygusal bağın gelişmesinde önemli bir role sahiptir.

Birincil Nesne Emme (Primary Object Sucking): Doğumun ilk anlarından itibaren emme refleksi, bebeğin beslenmesini sağlarken aynı zamanda anne ile fiziksel bağın sürdürülmesine olanak tanır. Emme, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda duygusal bir bağlanma davranışı olarak da değerlendirilir.

Birincil Nesneye Yapışma (Primary Object Clinging): Bebek, bakım veren kişiyle tensesel temas, sarılma ve tutunma yoluyla kendini güvende hisseder. Bu davranış, bebeğin dış dünyadaki tehlikelere karşı korunduğu hissini artırır ve güvenli bağlanmanın önemli bir parçasıdır.

Birincil Ana Rahmine Dönüş Özlemi (Primary Return to Womb Craving): Bebeğin, dış dünyayı keşfetmeye başlamasıyla birlikte, bir yandan bağımsızlık kazanırken bir yandan da ana rahminin sıcaklığını ve koruyuculuğunu özlemesi doğaldır. Bu özlem, bebeğin yeni çevresine uyum sağlarken aynı zamanda güven arayışının bir yansımasıdır.(36,38)

Bu kavramlar, anne ve bebeğin karşılıklı ilişkisinde güvenli bağlanmanın nasıl geliştiğini ve bebeğin bu süreçte temel ihtiyaçlarının karşılanmasının psikolojik gelişim üzerindeki etkilerini anlamak için önemlidir.

Ebeveynin, bebeğin ihtiyaçlarına verdiği yanıtlar ve bebeğiyle etkileşim şekli, ilerleyen yıllarda diğer bireylerle yakın ilişkilerdeki beklenti, güven, tutum ve davranışları belirleyen “içsel çalışan modelleri” meydana getirir. Bu modeller, doğumdan itibaren bakım verenin bebeğine gösterdiği tepkiler, davranışlar ile bakım verme tecrübeleri sonucunda bebeğin zihninde gelişen bilişsel temsillerdir. (39)

Bartholomew ve arkadaşları içsel çalışan modellerini temel alarak, zihnin olumlu ya da olumsuz değerlendirme biçimine göre; güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma, kaygılı bağlanma, korkulu/kaçınan bağlanma şeklinde dört grupta bağlanma şekli tanımlanmıştır. (39)

Güvenli bağlanmaya sahip bebekler, bakım aldıkları kişilerden ayrıldıklarında mutsuzluk ve huzursuzluk hissederler, fakat bu ayrılık bir panik durumuna dönüşmez. Bu bebekler, anneleri veya bakım verenleri geri döndüğünde hızlıca sakinleşir, yakınlık arayarak güvenli bir bağ kurmaya devam eder ve ardından çevrelerini keşfetmeye huzurlu bir şekilde devam ederler. Bakım verenlerinden ayrıldıklarında doğal bir şekilde rahatsızlık hissederler, ancak bu duygu aşırıya kaçmaz. Bakım verenin geri dönmesiyle birlikte hızlı bir şekilde sakinleşirler ve yeniden bağlanma davranışı gösterirler. Ebeveynin varlığını güvence olarak görerek, çevrelerini keşfetme ve öğrenme konusunda daha cesur ve rahat davranırlar.

Güvenli bağlanma, bebeğin duygusal gelişimi ve ilerleyen dönemlerdeki sosyal ilişkileri için kritik bir öneme sahiptir. Bakım verenin duyarlı ve sevgi dolu yaklaşımı, bu bağlanma stiline oluşmasını sağlar. Güvenli bağlanma yaşamın ilerleyen dönemlerinde daha yüksek özgüven ve duygusal dayanıklılık, ileriki yaşlarda daha sağlıklı sosyal ilişkiler kurma yeteneği, stresle daha etkili başa çıkma becerisi, öğrenmeye açık ve meraklı bir tutum geliştirmelerini sağlar. (40)

Kaygılı-kararsız bağlanma stiline sahip bebekler, anneleriyle olan ilişkilerinde güvensizlik ve kararsızlık yaşarlar. Bu bebekler, annelerinden ayrılmak istemezler ve ayrıldıklarında yoğun bir stres ve huzursuzluk yaşarlar. Yeniden buluşma sırasında ise hem fiziksel yakınlık arayışı hem de öfke ve kızgınlık tepkileri sergilerler. Annelerinin yanından ayrılmayı reddederler ve ayrıldıklarında aşırı derecede endişelenirler. Sürekli ağlama, sakinleşememe gibi belirtiler görülür. Yabancı bireylere karşı mesafeli ve güvensiz davranırlar; bu bireylerle etkileşime girmeyi reddederler. Anneye kavuştuklarında karışık tepkiler verirler; bir yandan sıkıca sarılarak yakınlık ararlar, diğer yandan kızgınlık ve öfke belirtileri gösterirler.

Bu bağlanma stili, bebekte kalıcı bir güvensizlik hissine yol açabilir. Bebek ilerleyen yaşlarda kaygı, düşük özgüven ve yoğun bir bağımlılık ihtiyacı geliştirebilir. Yakın ilişkilerde güven sorunu ve duygusal bağımlılıkla kendini gösterebilir. Bu bebekler annelerinin yanlarından ayrılmamışlar, yabancı bireylerle ilişki kurmayı kabul etmemişler ve ayrı kalma durumunda ise sürekli ağlayarak sakinleşmemişlerdir. Anneye tekrar kavuştuğunda bir yandan sarılırken diğer taraftan sinirlilik ve öfke belirtileri göstermişlerdir.(41)

Kaçınan bağlanma stiline sahip bebekler anneleriyle vakit geçirirken anneyi önemsemeyen tavırlar göstermişler, anneden ayrıldığında ise herhangi bir tepki göstermemiş ve strese girmemişlerdir. Anne ortama geri geldiğinde ise anne ile iletişim kurmaktansa uzak durmayı ve anne yerine çevreyle ilgilenip oyuncaklarıyla oynamaya devam etmişlerdir. Bu nedenle kaçınan bağlanma modeline sahip kişilerin sosyal ilişkilerinde ortaya çıkan uzak durma davranışlarının, bu kişilerin sosyalleşme problemleri yaşamalarına neden olabileceği söylenebilir. Saplantılı bağlanan bireyler devamlı kendini, düşüncelerini başkalarına onaylatmak ve kendilerini kanıtlamak ihtiyacı hissederler.(41)

## **Güvenli Bağlanan Bebekler**

Güvenli bağlanma gösteren bebekler, annelerinden ayrıldıklarında kısa süreli huzursuzluk yaşayabilirler; ancak anneleri geri döndüğünde hızla sakinleşir ve onunla olumlu etkileşim kurarlar. Bu durum, onların çevreyi keşfetmeye devam etmelerine olanak tanır ve annelerini bir güven kaynağı olarak görmelerini sağlar. Bu bebekler annelerinin her zaman yanlarında olup, her türlü zorluk durumunda yardımcı olacaklarını bilirler. (42) Güvenli bağlanan bebekler bireylere itimat ederler ve kendilerini bağlandığı bireylerle birlikte iken güvende hissederler. Güvenli bağlanma geliştiren bebeklerin anneleri, bebeklerinin ağlama ve diğer rahatsızlık sinyallerine karşı duyarlıdır ve bu sinyallere hızlı ve uygun tepkiler verirler. Özellikle yaşamın ilk yılında, annenin bebeğin sıkıntılarına karşı dikkatli ve duyarlı olması, güvenli bağlanmanın gelişimi için kritik bir faktördür. (43) Güvenli bağlanma geliştiren bebekler, anne veya bakım veren kişi yanlarında olmadığında kısa süreli huzursuzluk yaşayabilirler. Ancak, bu durum genellikle panik seviyesine ulaşmaz ve bebek, çevresini keşfetmeye devam eder. Tanımadığı kişilerle karşılaştığında ise, genellikle annesinin tepkilerine göre davranış sergiler; eğer anne sakin ve olumlu bir tutum sergiliyorsa, bebek de yabancıya karşı daha az tedirginlik gösterir. Bu, bebeğin annesini bir 'güvenli üs' olarak görmesinden kaynaklanır ve çevreyi keşfetme davranışını destekler. Anne, bebeğin ağlama ve rahatsızlık sinyallerine karşı hassasiyet gösterdiğinde, bebek annesinin her zaman orada olduğunu ve ihtiyaçlarını karşılayacağını öğrenir. Bu güvenli bağ, bebeğin çevresini keşfetme isteğini artırır ve duygusal gelişimini destekler. Güvenli bağlanma geliştiren bebekler ileriki yaşamlarında daha güçlü sosyal ilişkiler kurarlar ve duygularını ifade etmekte zorlanmaz ve özgüvenleri daha yüksektir. Bu çocuklar, empati yetenekleri gelişmiş, duygusal ilişkilerde daha rahat ve olgun bireyler olma eğilimindedirler.(44)

## **Kaygılı-Kararsız Bağlanan Bebekler**

Kaygılı-kararsız bağlanma geliştiren bebekler, anne veya bakım veren kişi yanlarından ayrıldığında yoğun bir huzursuzluk ve stres yaşarlar. Bu bebekler, ayrılık sırasında aşırı derecede üzülür ve ağlarlar. Anne geri döndüğünde ise bu olumsuz

duygular hemen azalmaz; bebek sakinleşmekte güçlük çeker ve annenin varlığına rağmen huzursuzluk devam edebilir. Kaygılı-kararsız bağlanma durumu olan çocuklar, tanımadıkları erişkinlere karşı itimatsız bir durum içindedirler, ayrıca annenin yardımcı olacağından emin olamayan, annenin davranışını tam kestiremeyen çocuklardır.(45) Kaygılı/kararsız bağlanan bebekler, bakım verenleri ile birlikteyken araştırmacı davranışlara devam edip duygularını bu kişi ile paylaşmamaktadırlar.(44)

Kaygılı-kararsız bağlanan çocuklar bağlandıkları kişi ile hem çok yakınlık kurmak niyetindedir hem de temasa ve ilişkiye engel olurlar. Bu tür bağlanma şekli olan çocukların anneleri ise, tutarsız davranış gösterme eğilimindedirler. Bu gruptaki çocuklar dikkatlerinin büyük kısmını bağlanmayı idame ettirmeye harcarlar.(43)

### **Kaçınan Bağlanan Bebekler**

Kaçınan bağlanma geliştiren bebekler, genellikle hem fiziksel hem de duygusal olarak ihmal edilmiş veya ihtiyaçları göz ardı edilmiş çocuklardır. Bu ihmal, sadece temel fiziksel ihtiyaçlarla sınırlı kalmayıp, duygusal ve sosyal gereksinimleri de kapsar; örneğin, temas kurma, birlikte vakit geçirme ve duygusal destek alma gibi. Bu tür bir bağlanma stiline sahip çocuklar, bakım verenlerinin tepkilerine karşı duyarsızlaşabilir ve ihtiyaçlarını ifade etmektan kaçınabilirler. Bu durum, çocukların duygusal ihtiyaçlarının karşılanmadığı bir ortamda, duygularını bastırarak hayatta kalma stratejisi geliştirmelerine neden olabilir. Sonuç olarak, bu çocuklar yetişkinlik dönemlerinde yardım ve destek aramaktan uzak durabilirler, çünkü geçmiş deneyimlerinde bu tür taleplerin karşılıksız kaldığını öğrenmişlerdir. Kaçınan bağlanma stiline, narsistik kişilik özelliklerinin gelişimiyle ilişkili olduğu da öne sürülmektedir. Çocuklukta duygusal ihmal yaşayan bireyler, duygusal ihtiyaçlarını bastırarak ve kendi kendilerine yetmeye çalışarak bir savunma mekanizması geliştirebilirler. Bu durum, ilerleyen yaşlarda başkalarına güvenmekte zorlanma, duygusal yakınlıktan kaçınma ve aşırı bağımsızlık gibi narsistik eğilimlerle sonuçlanabilir.(43-45)

### **3.GEREÇ VE YÖNTEMLER**

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma 01.10.2024 ile 31.12.2024 tarihleri arasında Çorum ili Merkez Aile Sağlığı Merkezleri'nde yürütülmüştür.

#### **3.1 İzinler**

Araştırma için Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 14.08.2024 tarihinde 2024-51 karar numarası ile onay alınmıştır.

Ayrıca Çorum İl Sağlık Müdürlüğü'nden 20.09.2024 tarih ve E-85322798-799-254543639 sayılı yazı ile araştırma izni alınmıştır.

#### **3.2 Evren ve Örneklem**

Bu çalışma kesitsel, tek merkezli, tanımlayıcı çalışma olarak tasarlanmış bir anket çalışmasıdır. Bu araştırma, 1 Ekim – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında, Çorum il merkezinde yer alan 33 aile sağlığı merkezinden çalışmaya katılmayı kabul eden 21 aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür. Araştırmaya, bu merkezlerdeki 70 aile hekimliği birimine kayıtlı, doğum sonrası 0–6 hafta arasında olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan lohusa kadınlar dahil edilmiştir.

Çalışmaya Çorum ili merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı doğum sonrası 0-6.hafta arasında lohusa izlem ve hepatit B aşısını yaptırmak için veya herhangi bir sebeple gelen akıllı telefon kullanan anneler dahil edilmiştir. Çalışmaya okuma yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen çalışmaya katılmaya gönüllü kişiler dahil edilmiştir.

Çalışmayı sürdüremeyecek kadar ileri bilişsel kaybı, mental ve fiziksel kısıtlılığı olan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

### 3.3 İşlem

Her bir aile sağlığı merkezi ve birimleri tek tek aranmıştır. Aile hekimleriyle görüşülerek aile sağlığı çalışanlarının lohusa izlem ve aşı için hastaları çağırdıkları günlere randevu oluşturulmuştur. Lohusaların aile sağlığı merkezlerine geldikleri randevu tarihlerinde araştırmacı tarafından ilgili aile sağlığı merkezine gidilerek lohusalara Google forms aracılığı ile ölçekleri cevaplamaları istenmiştir. Her bir katılımcıya ayrı ayrı bilgi verilerek çalışma hakkında bilgilendirme yapılmıştır ve katılımcı gönüllülüğü esas alınmıştır. Yazılı ve sözlü onamları alınmasının ardından anket soruları vasıtasıyla veriler toplanmıştır. Katılımcıların, çalışmaya katılmayı reddetme ve cevaplandırmaya başladıktan sonra anketi yarıda bırakma hakkı olduğu anlatılmıştır. Bilgilendirilmiş onam formu ve ölçekler, katılımcılar tarafından bireysel olarak doldurulmuştur. Bu süreçte, herhangi bir sorun yaşanması durumuna karşı araştırmacı ortamda hazır bulunmuştur.

G-power programı aracılığı ile yapılan hesaplamada , % 90 güç, % 5 hata payı ve 0.20'lik etki büyüklüğü ile araştırma için gereken örneklem büyüklüğü en az 52 katılımcı olarak bulunmuştur.

Çalışma için hazırlanan sosyodemografik veri formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Anne-Bebek Bağlanma Düzeyi Ölçeklerinin araştırmacı tarafından, katılımcılarla görüşme sağlanarak Google forms aracılığıyla doldurmaları istenmiştir. Ölçeklerin uygulanma süresi ortalama 15 dakika kadar sürmüştür. Çalışmanın yapılması esnasında araştırmacı tarafından katılımcıya hiçbir şekilde yönlendirme yapılmamıştır.

### 3.4 Veri Toplama Araçları

#### 3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan formda katılımcılara yaş, eğitim düzeyi, meslekleri, gelirleri, gebelik sayısı, ilk gebelik yaşı, düşük öyküsü, canlı doğum sayısı, bebeğinin sağlık durumu, ölü veya sakat doğum öyküsü, gebeliğin isteyerek olup olmadığı, riskli gebelik öyküsü, evde bebek bakımına yardımcı kişilerin varlığı, gebelikten önce tedavi gerektiren bir psikiyatrik hastalık tanısının varlığı, gebelik nedeniyle iş bırakma veya ekonomik değişikliklerin olup olmadığı, kullanılan psikiyatrik ilaç varlığı ile ilgili sorular soruldu.

#### 3.4.2 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Cox, Holden ve Sagovsky tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olan ve Edingburgh Postnatal Depresyon Scale (EPDS) isimli, British Journal of Psychiatry’de yayınlanan ölçek, Engindeniz, Kuzey ve Kültür tarafından 1996 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı geliştirilmiştir. Bireyin son yedi gün içindeki psikolojik durumunu içeren 10 maddeden oluşan değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0-3 olarak derecelendirilmiş (“Evet, her zaman”, “Evet, çoğu zaman”, “Hayır, çok sık değil”, “Hayır, hiçbir zaman”) dörtlü Likert skalasına sahiptir. Toplam puan 0-30 arasında olabilmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Çalışmada EPDÖ’nin Türkçe uyarlaması kullanılmıştır. EPDÖ’nin kesim noktası 13 olarak kabul edilmiştir. Orijinal çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.87 bulunmuştur. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak rapor edilmiştir.(46)

### 3.4.3 Anne-Bebek Bağlanma Düzeyi Ölçeği

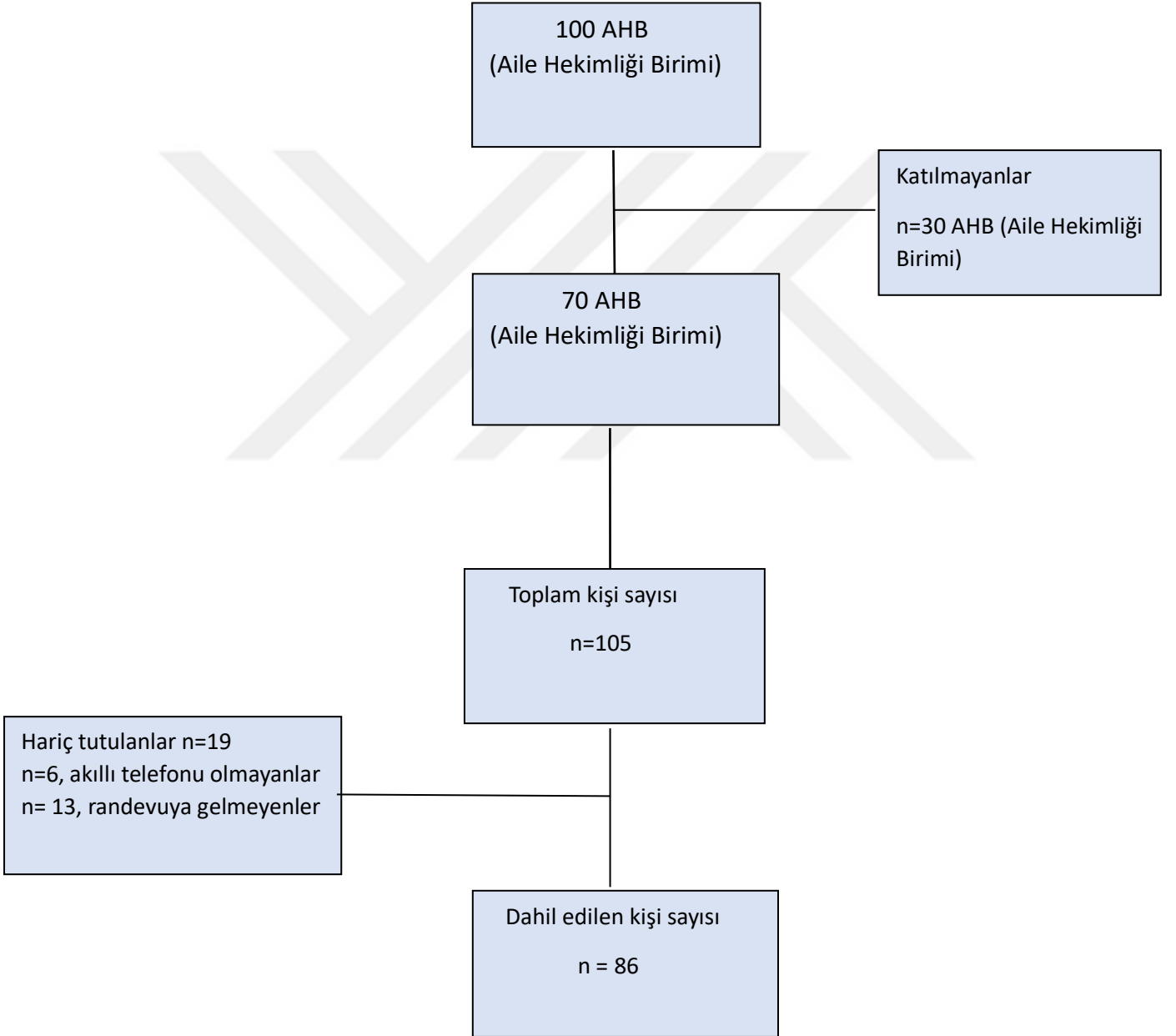
Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), doğumdan sonraki ilk günden uygulanabilecek bir ölçek olup annenin bebeğine olan duyguları ile kurduğu bağı göstermektedir. Taylor ve ark. (2005) tarafından geliştirilen Ölçeğin özgül adı “Mother-to-Infant Bonding Scale” dır. Taylor ve ark. (2005)’nin yapmış olduğu çalışmada 3. Gün ve 10. Haftadaki ölçek toplam puanları arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur ( $r=0.54$   $p<0.001$ ) Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir Karakulak ve Alparslan (2016) tarafından 202 anne ile ilk iki gün içerisinde ve 8-10 haftada iken görüşülerek iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 24 olmaktadır. Değerlendirmede her madde, “(0) Çok fazla” ile “(3) Hiçbir zaman” uçlarına sahip, dört birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanmaktadır (“Çok Fazla” = 0, “Çok” = 1, “Biraz” = 2 ve “Hiç” = 3). Olumlu ve olumsuz duygu ifadelerinden oluşan bu ölçekte 1,4, ve 6. maddeler olumlu, 2., 3., 5., 7. ve 8. maddeler ise olumsuz olup ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması anne-bebek bağlanma problemi göstergesi 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.(46,47)

### 3.5 Verilerin Analizi

Gerçekleştirilen bu araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences, version 25) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortanca, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma ile gösterildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Sürekli değişkenlerde normal dağılım göstermeyen verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testinden yararlanıldı. Normal Dağılım gösteren verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanıldı. Araştırmada yer alan sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon (*Korelasyon katsayısı: 0-0.20, zayıf korelasyon; 0.21-0.40, düşük/orta korelasyon; 0.41-0.60, orta korelasyon; 0.61-0.80, önemli/güçlü korelasyon ve 0.81-1.0, mükemmele yakın korelasyon*) analizi kullanılarak değerlendirildi. Kategorik veriler karşılaştırılırken Pearson ki kare ve Fisher's Exact test kullanıldı.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## 4.BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı süre içerisinde çalışmaya alınan 105 kişiden 13 kişi randevu verildiği gün ASM'ye gelmemiş,6 kişi de akıllı telefon kullanamadığı için çalışma dışı tutulmuş ve toplam 86 katılımcı dahil edilmiştir. (Şekil 1)



Şekil 1: Akış Şeması

#### 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

		N (%)
Eğitim Durumu	İlkokul	1 (1,16)
	Ortaokul	11 (12,79)
	Lise	35 (40,7)
	Üniversite	34 (39,53)
	Üniversite Üstü	5 (5,81)
Meslek	Çalışmıyor	10 (11,63)
	Ev hanımı	43 (50)
	Memur	26 (30,23)
	Serbest meslek	7 (8,14)
Aylık Mali Bilanço	Gelir giderden az	21 (24,42)
	Gelir gidere denk	46 (53,49)
	Gelir giderden fazla	19 (22,09)

## 4.2 Katılımcıların Doğum İle İlgili Özellikleri

**Tablo 2. Katılımcıların Doğum ile İlgili Özellikleri**

	Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±std. sapma
Yaş	30 (22-44)	29,97±4,3
İlk Gebelik Yaşı	25 (18-39)	25,63±4,18
Gebelik Sayısı	2 (1-6)	2,15±0,96
Düşük Sayısı	0 (0-3)	0,43±0,62
Canlı Doğum Sayısı	2 (0-4)	1,73±0,73

### 4.3 Katılımcıların Gebelik ve Diğer Tıbbi Öykü Özellikleri

**Tablo 1. Katılımcıların Gebelik ve Diğer Tıbbi Öykü Özellikleri**

	Hayır N (%)	Evet N (%)
Ölü ya da Sakat Doğum Öyküsü Var mı?	71 (82,56)	15 (17,44)
Şimdiki Bebek Sağlıklı mı?	1 (1,16)	85 (98,84)
Son Gebelik İsteyerek mi?	10 (11,63)	76 (88,37)
Son Gebelik Riskli Gebelik mi?	66 (76,74)	20 (23,26)
Evde Bebek Bakımına Yardımcı Kişiler var mı?	46 (53,49)	40 (46,51)
Gebelikten Önce Tedavi Gerektiren Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalık Tanısı Konuldu mu?	82 (95,35)	4 (4,65)
Gebelik Nedeniyle İş Bırakma veya Ekonomik Değişiklikler Oldu mu?	55 (63,95)	31 (36,05)
Kullanılan Psikiyatrik Bir İlaç Var mı?	85 (98,84)	1 (1,16)

#### 4.4 Katılımcıların Anne Bebek Bağlanma Ölçek Maddelerine Yanıtları

**Tablo 2. Katılımcıların Anne Bebek Bağlanma Ölçek Maddelerine Yanıtları**

	Çok fazla N (%)	Çok N (%)	Biraz N (%)	Hiç N (%)
Sevgi dolu	37 (43,02)	40 (46,51)	9 (10,47)	0 (0)
Kızgın	0 (0)	2 (2,33)	38 (44,19)	46 (53,49)
Nötr / hiçbir şey hissetmeme	0 (0)	2 (2,33)	35 (40,7)	49 (56,98)
Sevinçli	39 (45,35)	36 (41,86)	10 (11,63)	1 (1,16)
Hoşlanmama	2 (2,33)	5 (5,81)	26 (30,23)	53 (61,63)
Koruyucu	37 (43,02)	38 (44,19)	11 (12,79)	0 (0)
Hayal kırıklığı	0 (0)	2 (2,33)	31 (36,05)	53 (61,63)
Öfke	1 (1,16)	3 (3,49)	31 (36,05)	51 (59,3)

#### 4.5 Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleri ile ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcılardan çalışanların ABBÖ puanı ev hanımı olanlardan, aylık geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk ya da geliri giderinden az olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Son gebeliği isteyerek olmayanların ABBÖ puanı isteyerek olanlardan, son gebeliği riskli gebelik olanların riskli gebelik olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ).

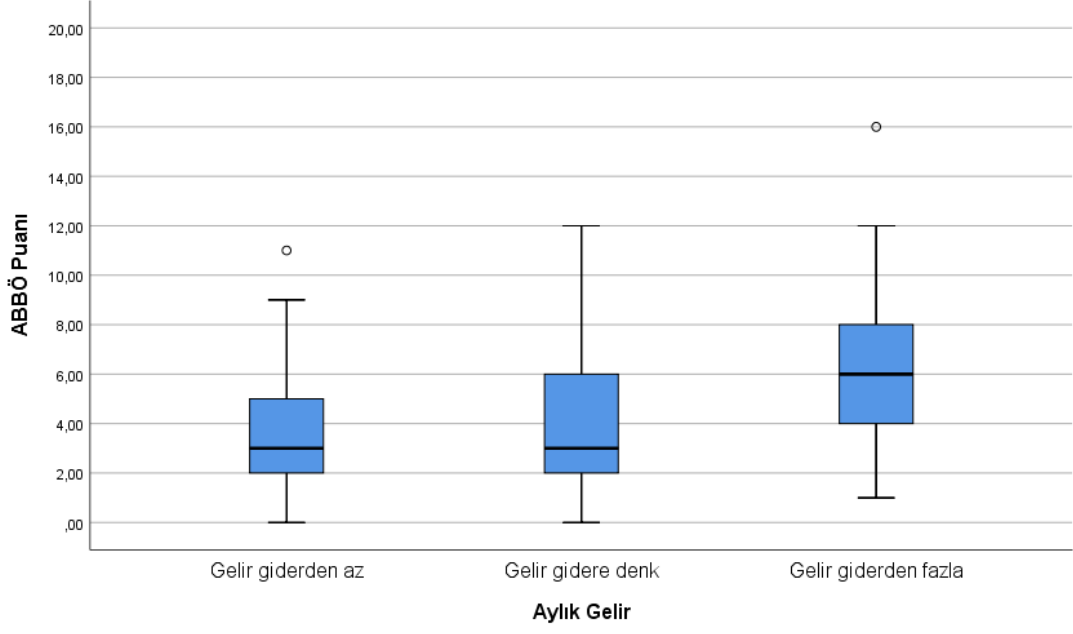
**Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleri ile ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması**

		ABBÖ Puanı		p
		Ortanca (Min.- maks.)	Ort.±std. sapma	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	3 (0-10)	3,91±2,54	<sup>a</sup> 0,341
	Lise üstü	4 (0-16)	4,9±3,83	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	3 (0-10)	3,5±3,31	<sup>b</sup> 0,029*
	Ev hanımı	3 (0-9)	3,58±2,42	
	Çalışıyor	5 (0-16)	5,64±3,71	
Aylık Gelir	Gelir giderden az	3 (0-11)	3,95±2,92	<sup>b</sup> 0,010*
	Gelir gidere denk	3 (0-12)	3,63±2,85	
	Gelir giderden fazla	6 (1-16)	6,58±3,45	
Ölü ya da Sakat Doğum Öyküsü Var mı?	Hayır	3 (0-16)	4,24±3,23	<sup>c</sup> 0,450
	Evet	4 (0-9)	4,93±3,15	
Son Gebelik İsteyerek mi?	Hayır	7 (2-16)	7,9±4,33	<sup>a</sup> 0,004**
	Evet	3 (0-12)	3,89±2,74	
Son Gebelik Riskli Gebelik mi?	Hayır	3 (0-12)	3,67±2,62	<sup>a</sup> 0,001**
	Evet	6,5 (0-16)	6,65±3,92	
Evde Bebek Bakımına Yardımcı Kişiler var mı?	Hayır	4 (0-16)	4,98±3,5	<sup>a</sup> 0,072
	Evet	3 (0-11)	3,65±2,7	
Gebelik Nedeniyle İş Bırakma veya Ekonomik Değişiklikler Oldu mu?	Hayır	3 (0-12)	4,04±2,97	<sup>a</sup> 0,243
	Evet	4 (0-16)	4,94±3,57	

<sup>a</sup>Mann Whitney U testi, \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$

<sup>b</sup>Kruskal Wallis testi

<sup>c</sup>Bağımsız örneklem t test



**Şekil 2. Katılımcıların Aylık Gelirleri ile ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması**

#### 4.6 Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle EPDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcılardan çalışanların EPDÖ puanı ev hanımı olanlardan, lise üstü eğitim düzeyine sahip olanların lise altı eğitim düzeyine sahip olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olanların EPDÖ puanı geliri giderine denk olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p<0,01$ ). Son gebeliği isteyerek olmayanların, son gebeliği riskli olanların, evde bebek bakımına yardımcı olan kişiye sahip olmayanların, gebelik nedeniyle iş bırakma ya da ekonomik kayıp yaşayanların EPDÖ puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle EPDÖ Puanlarının Karşılaştırılması**

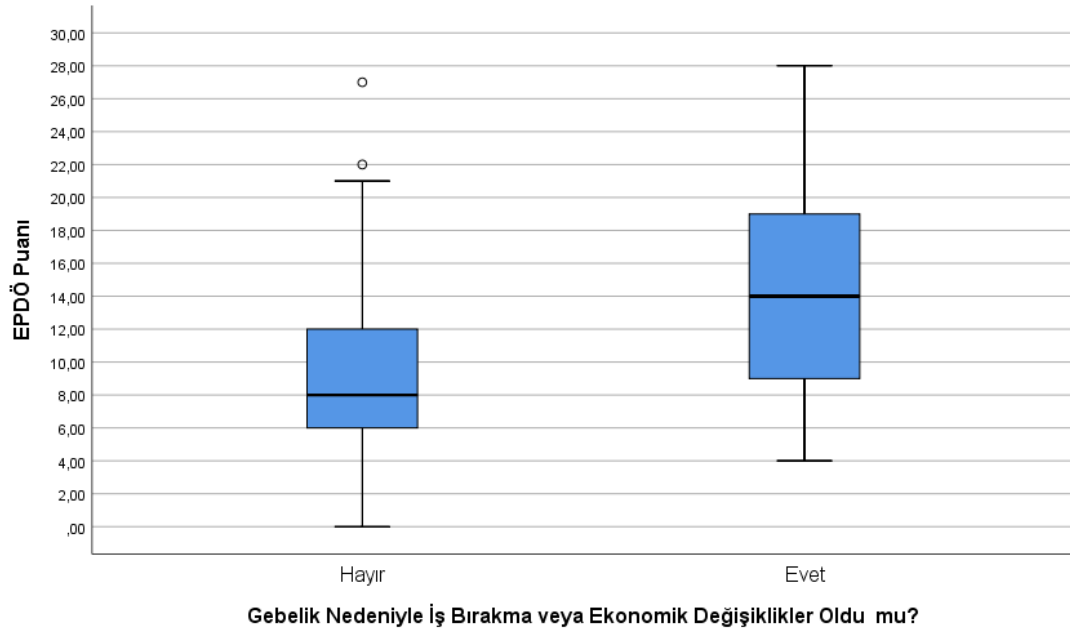
		EPDÖ Puanı		p
		Ortanca (Min.- maks.)	Ort.±std. sapma	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	9 (0-27)	9,91±6,46	<sup>a</sup> <b>0,037*</b>
	Lise üstü	12 (4-28)	13,36±6,7	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	11,5 (7-21)	12±4,94	<sup>b</sup> <b>0,016*</b>
	Ev hanımı	9 (0-27)	9,3±6,21	
	Çalışıyor	14 (4-28)	14,15±7,0	
Aylık Gelir	Gelir giderden az	11 (7-27)	13,38±5,5	<sup>b</sup> <b>0,001**</b>
		9		
	Gelir gidere denk	8 (0-22)	8,83±5,72	
	Gelir giderden fazla	17 (5-28)	15,79±7,5	
Ölü ya da Sakat Doğum Öyküsü Var mı?	Hayır		11,14±6,2	<sup>a</sup> 459
		10 (0-28)	3	

	Evet		13,07±8,9	
		13 (0-27)	4	
Son Gebelik İsteyerek mi?	Hayır	18,5 (7-28)	18,1±7,75	<sup>a</sup> 0,006**
	Evet	9 (0-27)	10,61±6,1	
Son Gebelik Riskli Gebelik mi?	Hayır	9 (0-27)	10,33±5,9	<sup>c</sup> 0,017*
	Evet	17 (0-28)	15,25±7,9	
Evde Bebek Bakımına Yardımcı Kişiler var mı?	Hayır	12 (1-28)	13,2±6,81	<sup>a</sup> 0,011*
	Evet	8 (0-21)	9,5±6,21	
Gebelik Nedeniyle İş Bırakma veya Ekonomik Değişiklikler Oldu mu?	Hayır	8 (0-27)	9,71±6,18	<sup>c</sup> 0,001**
	Evet	14 (4-28)	14,61±6,6	

<sup>a</sup>Mann Whitney U testi, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

<sup>b</sup>Kruskal Wallis testi

<sup>c</sup>Bağımsız örneklem t test



**Şekil 3. Katılımcıların Gebelik Nedeniyle Ekonomik Kayıp Yaşama Durumuyla EPDÖ Puanlarının Karşılaştırılması**

#### 4.7. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle Postpartum Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması

EPDÖ'ye göre katılımcıların depresyon riski belirlendi. Katılımcılardan lise üstü eğitim düzeyine sahip olanların depresyon risk sıklığı lise ve altında olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Çalışanların depresyon risk sıklığı ev hanımlarından yüksekti. Geliri giderinden fazla olanların depresyon riski geliri giderine denk olanlardan yüksekti. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p<0,05$ ).

Son gebeliği isteyerek olmayanların, son gebeliği riskli olanların, gebelik nedeniyle iş bırakma ya da ekonomik kayıp yaşayanların depresyon risk sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tıbbi Öykü Özellikleriyle Postpartum Depresyon Risklerinin Karşılaştırılması**

		EPDÖ; Depresyon Riski		p
		Yok	Var	
		N (%)	N (%)	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	35 (74,47)	12 (25,53)	<sup>a</sup> <b>0,046</b> *
	Lise üstü	21 (53,85)	18 (46,15)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	7 (70)	3 (30)	<sup>a</sup> <b>0,035</b> *
	Ev hanımı	33 (76,74)	10 (23,26)	
	Çalışıyor	16 (48,48)	17 (51,52)	
Aylık Gelir	Gelir giderden az	13 (61,9)	8 (38,1)	<sup>a</sup> <b>0,006</b> **
	Gelir gidere denk	36 (78,26)	10 (21,74)	
	Gelir giderden fazla	7 (36,84)	12 (63,16)	
Ölü ya da Sakat Doğum	Hayır	49 (69,01)	22 (30,99)	<sup>a</sup> 0,099
Öyküsü Var mı?	Evet	7 (46,67)	8 (53,33)	
Son Gebelik İsteyerek mi?	Hayır	3 (30)	7 (70)	<sup>b</sup> <b>0,029</b> *
	Evet	53 (69,74)	23 (30,26)	
Son Gebelik Riskli Gebelik mi?	Hayır	47 (71,21)	19 (28,79)	<sup>a</sup> <b>0,031</b> *
	Evet	9 (45)	11 (55)	
Evde Bebek Bakımına Yardımcı Kişiler var mı?	Hayır	26 (56,52)	20 (43,48)	<sup>a</sup> 0,073
	Evet	30 (75)	10 (25)	
Gebelik Nedeniyle İş Bırakma veya Ekonomik Değişiklikler Oldu mu?	Hayır	42 (76,36)	13 (23,64)	<sup>a</sup> <b>0,004</b> **
	Evet	14 (45,16)	17 (54,84)	

<sup>a</sup>Pearson ki kare, \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$

<sup>b</sup>Fisher's Exact

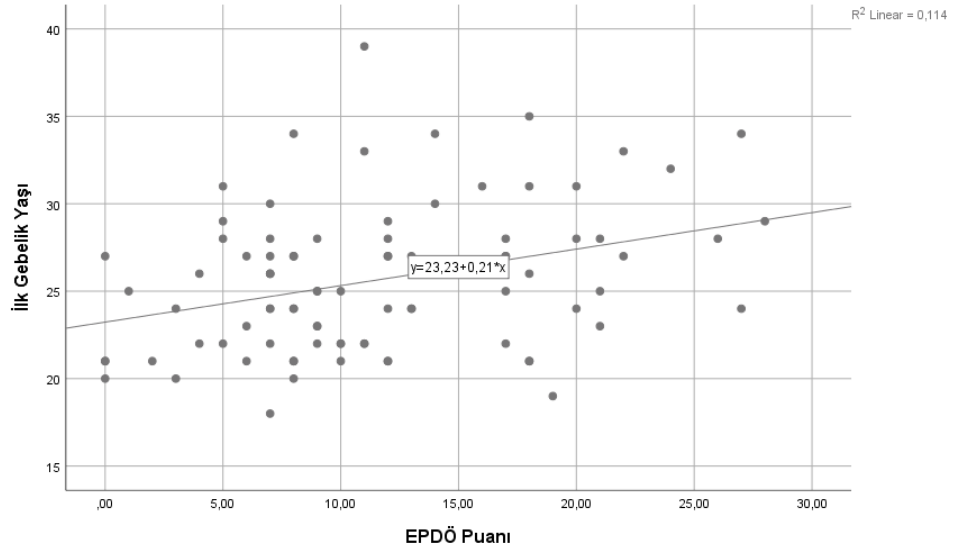
#### 4.8 Katılımcıların Doğum Özellikleri, ABBÖ ve EPDÖ Puanlarının İlişkisi

Katılımcıların yaşları ile ABBÖ ve EPDÖ puanı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı ( $r_1=0,217$ ,  $p_1=0,045$ ;  $r_2=0,320$ ,  $p_2=0,003$ ). Katılımcıların ilk gebelik yaşıyla EPDÖ puanı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı ( $r=0,325$ ,  $p=0,002$ ).

**Tablo 8. Katılımcıların Doğum Özellikleri, ABBÖ ve EPDÖ Puanlarının İlişkisi**

			ABBÖ Puanı	EPDÖ Puanı
Spearman's rho	Yaş	r	0,217	0,320
		p	<b>0,045</b>	<b>0,003</b>
	İlk Gebelik Yaşı	r	0,176	0,325
		p	0,105	<b>0,002</b>
	Gebelik Sayısı	r	0,035	-0,029
		p	0,749	0,791
	Düşük Sayısı	r	-0,016	-0,010
		p	0,887	0,926
	Canlı Doğum Sayısı	r	-0,002	0,021
		p	0,986	0,845
	ABBÖ Puanı	r		0,486
		p		<b>&lt;0,001</b>

*Spearman korelasyon analizi*



**Şekil 4. Katılımcıların EPDÖ Puanı ile İlk Gebelik Yaşının İlişkisi**

#### 4.9 Katılımcıların ABBÖ ve EPDÖ Puanları

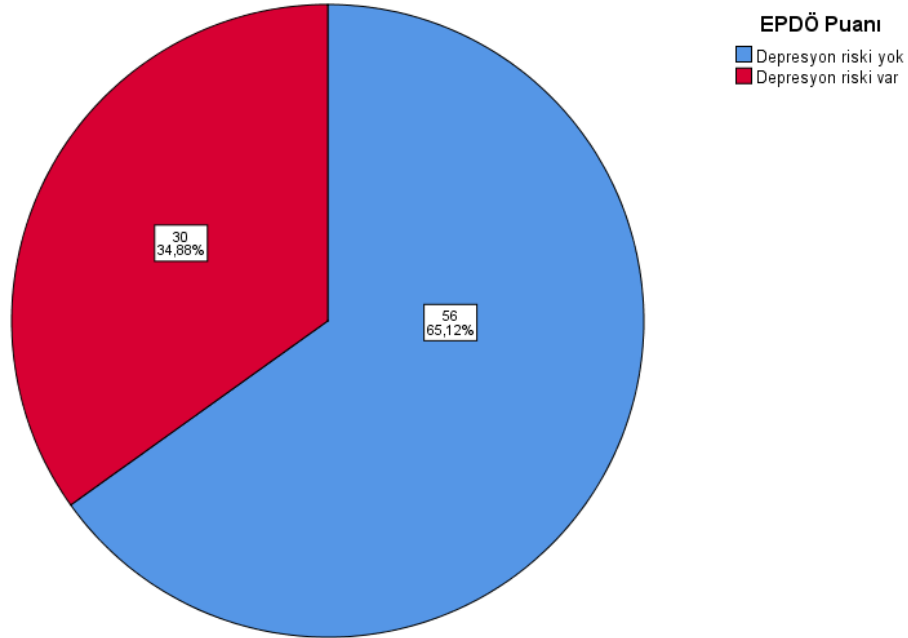
Tablo 9. Katılımcıların ABBÖ ve EPDÖ Puanları

	Ortanca (Min.- maks.)	Ort.±std. sapma
ABBÖ Puanı	4 (0-16)	4,36±3,21
EPDÖ Puanı	10 (0-28)	11,48±6,76

#### 4.10 Katılımcıların Depresyon Riskleri

Tablo 10. Katılımcıların Depresyon Riskleri

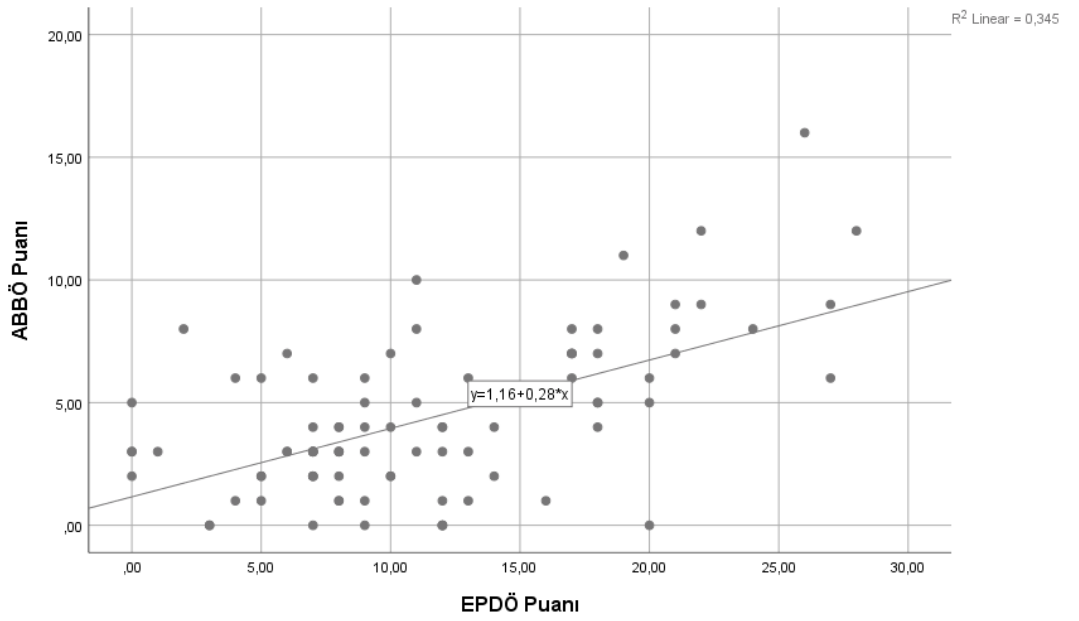
	Depresyon riski yok N (%)	Depresyon riski var N (%)
EPDÖ	56 (65,12)	30 (34,88)



Şekil 5. Katılımcıların Depresyon Riskleri

#### 4.11 Katılımcıların ABBÖ ve EPDÖ Puanlarının İlişkisi

Çalışmada ABBÖ puanı ile EPDÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon saptandı ( $r=0,486$ ,  $p<0,001$ ).



Şekil 6. Katılımcıların EPDÖ Puanı ile ABBÖ puanının İlişkisi

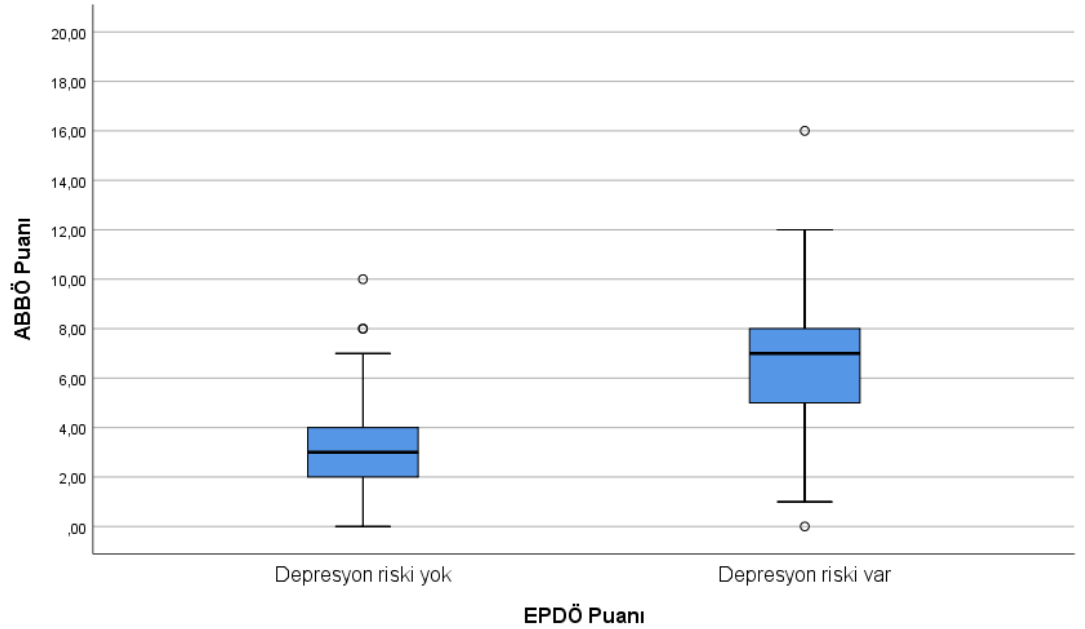
#### 4.12 Katılımcıların Postpartum Depresyon Riskiyle ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmada depresyon riski saptananların ABBÖ puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,001$ ).

**Tablo 3. Katılımcıların Postpartum Depresyon Riskiyle ABBÖ Puanlarının Karşılaştırılması**

		ABBÖ Puanı		p
		Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±std. sapma	
EPDÖ	Depresyon riski yok	3 (0-10)	3,14±2,26	<sup>a</sup> <0,001
	Depresyon riski var	7 (0-16)	6,63±3,5	

<sup>a</sup>Mann Whitney U testi, \* $p<0,001$



**Şekil 7. Katılımcıların Depresyon Riskleriyle ABBÖ Puanının Karşılaştırılması**

## 5.TARTIŞMA

Bu araştırma, doğum sonrası dönemde annelerin ruhsal sağlığını değerlendirmek ve postpartum depresyonun (PPD) anne-bebek bağlanmasına etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür. Gebelik ve doğum sonrası süreç, kadın yaşamının en özel ve aynı zamanda ruhsal açıdan en hassas dönemlerinden biri olarak değerlendirilir. Bu süreçte ortaya çıkabilecek ruhsal bozuklukların tespiti ve erken müdahale, hem anne hem de bebek için kritik öneme sahiptir.

Bu çalışmada , PPD'nin sıklığını, risk faktörlerini ve anne-bebek bağlanma düzeyi üzerindeki etkilerini araştırmak için gönüllü 86 kadına anket uygulandı. Anket kapsamında, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ile katılımcıların PPD riski değerlendirildi. Anne ile bebek arasındaki bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla ise Anne-Bebek Bağlanma Düzeyi Ölçeği (ABBDÖ) kullanıldı.

Toplanan veriler, literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmış ve analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlarla, doğum sonrası dönemde annelerin ruhsal durumlarının erken fark edilmesinin önemi vurgulanmış ve PPD'nin anne-bebek bağlanması üzerindeki etkilerine dikkat çekilmiştir. Bu çalışmada , doğum sonrası depresyonun erken teşhisi ve müdahalesinin, hem anne sağlığı hem de bebeğin sağlıklı gelişimi açısından kritik olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

Çalışmaya katılan 86 kişiye uygulanan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) puan ortalaması  $11,48 \pm(6,76)$  , Anne Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) puan ortalaması  $4,36 (\pm 3,21)$  olmuştur. Katılımcıların %65,12'sinde depresyon riski bulunmazken, %34,88'inde depresyon riski mevcuttu (EPDÖ sonuçlarına göre). Bulduğumuz sonuçlar literatürdeki diğer sonuçlarla benzerdir. Shorey ve arkadaşlarının 2018'de yaptığı çalışmada doğum sonrası depresyon insidansı %12 bulunmuştur.(48) Shorey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada farklı sonuçlar çıkmasının nedeni farklı coğrafi bölgelerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Amere ve arkadaşlarının Etiyopya'da yaptığı çalışmasında postpartum depresyon sıklığı %22,08 olarak

bulunmuştur. (49).Tenilson Amaral Oliveira ve arkadaşlarının 2022 yılında Brezilya’da yapmış olduğu çalışmada postpartum depresyon oranı % 19,7 olarak bulunmuştur(50) Bu oranlar bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bu bulgu farklı popülasyonlarda çıkan farklı oranlarla uyumludur. Farklı çalışmalarda postpartum depresyon sıklığı Çin’de % 21,4, Japonya ‘da %14 ve ABD’de % 8,6 olarak bulunmuştur. Bu oranlar, ülkelerin ekonomik koşulları ve kültürel ortamları gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir.

Çalışan katılımcıların EPDÖ puanları, ev hanımı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Ayrıca, lise üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların EPDÖ puanları, lise altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ( $p<0,05$ ).Özkan ve arkadaşlarının 2014 yılına Erzurum’da yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi düşük olan annelerin gebelik sayılarının da yüksek olduğu ve bu durumun PPD riskini artırabileceği belirtilmiştir.(51) Yurdakul ve arkadaşlarının 2024 yılında Ankara’da yapmış olduğu çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip annelerde PPD riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.(52) Dönmez ve arkadaşlarının 2017 yılında İstanbul’da yapmış olduğu çalışmada çalışan annelerin PPD riski daha düşük bulunmuştur. Bu bulguları etkileyecek farklı faktörler mevcut olmakla birlikte bu çalışmada farklı sonuç çıkmasının nedeni eğitim seviyesi farkının fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışma koşullarının zorluğu annelerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiye yol açmış olabilir.Ev hanımlarının boş vaktinin daha fazla olması kendilerine ve bebeklerine daha fazla vakit ayırmalarına olanak tanımış olabilir.

Geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olanların EPDÖ puanı geliri giderine denk olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p<0,01$ ).Can ve arkadaşlarının 2020 yılında Eskişehir’de yapmış oldukları çalışmada aile gelir durumu kötü olan kadınların EPDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.(53) Bu bulgu literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur. Finansal zorluklar, annelerde sürekli bir stres kaynağı olabilir. Bu stres, PPD gelişimine katkıda bulunabilir. Ekonomik sıkıntılar, annelerin gerekli sağlık hizmetlerine ve psikolojik desteğe erişimini kısıtlayabilir. Düşük gelir düzeyi genellikle düşük eğitim seviyesiyle ilişkilidir. Bu durum, PPD belirtilerini tanıma ve yardım arama konusunda eksikliklere yol açabilir.

Son gebeliği planlanmamış olan, riskli gebelik geçiren, evde bebek bakımına yardımcı kimsesi olmayan ve gebelik nedeniyle işini bırakmak zorunda kalan ya da ekonomik kayıp yaşayan katılımcıların EPDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu.( $p<0,05$ ) Bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.Sarıkaya ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalıştayda istenmeyen veya planlanmamış gebelikler, PPD riskini artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır. Sosyal destek eksikliği, özellikle evde bebek bakımında yardımcı olacak birinin bulunmaması, PPD riskini artıran önemli bir faktör olarak tespit edilmiştir.(54)Nelson ve arkadaşlarının ABD’de 2022 yılında yapmış oldukları çalışmada istenmeyen gebeliklerin PPD riskini artırabileceği gösterilmiştir. Gaillard ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışma riskli gebelik geçiren kadınların PPD geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.(55) Hahn-Holbrook ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada ekonomik zorlukların ve iş kaybının PPD riskini artırabileceği gösterilmiştir.(56)

Katılımcıların ilk gebelik yaşıyla EPDÖ puanı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı.Bu bulgumuz literatürle uyumluydu. Sylven ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar çıkmış erken gebelik yaşı ile doğum sonu depresyon arasındaki bağlantıya işaret edilmiştir.(57) Silverman ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar çıkmıştır, erken gebelik yaşı postpartum depresyon için risk faktörü olarak değerlendirilmiştir.(58) Dagher ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada da genç annelerde depresyon riskinin arttığı gösterilmiştir. Genç yaşta gebelik, kadınların duygusal ve psikolojik olarak henüz tam olarak gelişmediği bir dönemde anne olmaları demektir.Bu durum bir kadının anne olma rolüne adaptasyonunu zorlaştırabilir ve bu da depresyonun gelişmesine yol açabilir.

Katılımcılardan çalışanların ABBÖ puanı ev hanımı olanlardan, aylık geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk ya da geliri giderinden az olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ).Bu bulgu literatürdeki benzer çalışmalardan farklıydı.Çimen ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada çalışmayan ve gelir durumu dengeli annelerde bağlanma düzeyi düşük çıkmıştır(59).Bu çalışmada annelerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin arttıkça anne-bebek bağlanma düzeyinin azalmasının nedeni bu annelerin kariyerlerine daha fazla odaklanabilmeleri

nedeniyle bebekleriyle geçirdikleri zamanı kısıtlayarak bağlanma süreçlerini olumsuz etkilemiş olabilir. Finansal sorumluluklar ve çalışma hayatı annelerde daha fazla stres ve psikolojik yük oluşturabilir. Bu durum, annelerin duygusal olarak bebeklerine bağlanmalarını zorlaştırabilir. Yüksek eğitilmiş ve gelirliler anneler, ebeveynlik konusunda daha yüksek beklentiler ve baskılar hissedebilirler. İş ve ev sorumluluklarının yoğunluğu, annelerin fiziksel ve duygusal olarak tükenmelerine neden olabilir. Bu durum, bağlanma süreçlerini zorlaştırabilir.

Son gebeliği isteyerek olmayanların ABBÖ puanı isteyerek olanlardan, son gebeliği riskli gebelik olanların riskli gebelik olmayanlardan istatistiksel anlamda düzeyde yüksek saptandı. Bu bulgu literatürle uyumluydu. Çalışır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada planlanmamış gebelik yaşayan kadınların bebekleriyle etkileşimlerinin, planlı gebelik yaşayanlara göre daha yetersiz olduğu belirtilmiştir. (60) Planlanmamış gebelik yaşayan anneler, gebelik sürecine duygusal olarak daha az hazırlıklı olabilirler. Bu durum, doğum sonrası bağlanma süreçlerini zorlaştırabilir. Planlanmamış gebelikler annede stres ve anksiyete seviyelerini artırabilir, annenin beden algısını ve gebeliğe uyumunu zorlaştırabilir, sosyal desteğin yetersiz olmasına neden olabilir. Tüm bu faktörler bağlanmayı olumsuz etkileyebilir. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da riskli gebelik yaşayan annelerin bağlanma düzeyleri, düşük riskli gebelik yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur. (61) Riskli gebelik yaşayan anneler, gebelik sürecinde sağlık sorunları, belirsizlik ve hastane yatışları gibi nedenlerle anksiyete ve stres yaşayabilirler. Bu duygusal durumlar bebekle duygusal bağ kurmayı zorlaştırabilir ve bağlanmayı olumsuz etkileyebilir.

Bu çalışmada katılımcıların ABBÖ puanı ile EPDÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon saptandı. Depresyon riski saptananların ABBÖ puanı istatistiksel anlamda düzeyde yüksekti. Başka bir ifadeyle annelerde doğum sonrası depresyon durumu arttıkça anne bebek bağlanma düzeyi azalmakta, doğum sonrası depresyon durumu azaldıkça anne bebek bağlanma düzeyi artmaktadır. Özşahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada postpartum depresyonun maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. (62) Şenol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da postpartum depresyonun anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. (63) Literatürdeki çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçları benzerlikler göstermektedir.

Postpartum depresyonun anne bebek bağlanmasını azaltmasının nedenlerinden biri annenin duygusal yanıtlarının körelmesi olabilir. Annenin sevgi, şefkat ve neşe gibi olumlu duygularını ifade etmekte zorlanması, bebeğin ihtiyaçlarına duyarlılığını azaltabilir. Bebek, annesinden beklediği sıcaklığı ve ilgiyi alamadığında güvensiz bağlanma geliştirebilir. Depresyondaki anneler, genellikle daha az göz teması kurar, daha az konuşur, daha az oyun oynar ve bebeğiyle daha az zaman geçirir. Bu da bebeğin güvenli bağlanma geliştirmesini zorlaştırır. Bebek, annenin yüz ifadelerini ve ses tonunu anlamlandırarak bağlanma geliştirir, ancak depresif bir anne daha donuk ve tepkisiz olabilir. Bebekle temas oksitosin hormonunu artırarak bağlanmayı güçlendirir. Ancak depresyondaki anneler bebeği daha az kucaklayabilir, emzirme süresini kısaltabilir veya bebeğin yanında olmaktan kaçınabilir. Bu da bebeğin güven ve rahatlık duygusunun zayıflamasına neden olabilir. Bebekler, annelerinin ruh halini sezgisel olarak algılar. Depresif bir annenin yüzündeki üzüntü, kaygı veya ilgisizlik, bebeğin de stres seviyesini artırabilir. Bu bebekler, daha huzursuz olabilir ve bağlanma sürecinde zorlanabilir. Depresyondaki anneler kendilerini yetersiz hissedebilir "bebeğime iyi bakamıyorum" veya "ihtiyacını karşılayamıyorum" gibi düşünceler, annenin bebeğinden uzaklaşmasına neden olabilir. Bu durum da karşılıklı bağlanmayı olumsuz etkileyebilir. Bağlanma, sadece annenin değil, bebeğin de sürece katılımını gerektirir. Bebek, annesinin tepkisiz veya tutarsız olduğunu fark ettiğinde, daha az etkileşim kurabilir. Bu da bebeğin sosyal ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyerek bağlanmayı zayıflatabilir.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından biri, çalışmaya katılan tüm bireylerin psikiyatrik muayeneden geçirilmeden dahil edilmesi, mevcut olabilecek diğer psikiyatrik bozuklukların tespit edilememesine yol açmıştır. Bu çalışmanın bir diğer kısıtlılığı da çalışma google forms aracılığıyla yapıldığı için akıllı telefon kullanmayan hastalar çalışmaya katılamamışlardır.

Araştırmanın daha geniş bir katılımcı kitlesi ile farklı bölgelerden ve sosyoekonomik düzeylerden katılımcıların dahil edilmesi, sonuçların daha kapsamlı bir perspektifle değerlendirilmesine katkı sağlayabilir. Bu çalışma kesitsel bir çalışmaydı; ancak, daha uzun süreli bir araştırma planlanarak zamanın etkisi ve değişen koşullar daha iyi gözlemlenebilir.

Benzer çalışmaların farklı bölgelerden ve değişik sosyodemografik özelliklerde katılımcılarla yapılması ilgi çekici ve değerli başka sonuçları ortaya koyabilir. Ayrıca , zaman etkilerinin değerlendirilmesi için bebek büyüdükçe tekrarlayan ölçümlerin yapıldığı çalışmalar konuyu daha derinlemesine incelemek açısından değerli olacaktır.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Postpartum depresyon günümüzde önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Anne bebek bağlanması bireyi ruhsal, duygusal ve fiziksel açıdan etkileyerek kalıcı problemlere yol açabilir. Postpartum depresyon annenin ruh halini etkileyerek bebeğiyle kurduğu bağlanmada doğrudan sorunlara yol açabilir. Depresyon yaşayan anneler bebekleriyle yeterli duygusal ilişkiyi kurmakta zorlandıkları için bebekte güvensizlik, huzursuzluk duygusu oluşturabilir ve bebeğin ilerleyen yaşamında psikolojik rahatsızlıklara zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, doğum sonrası depresyonun erken teşhis ve tedavi edilmesi, hem annenin iyilik durumunun desteklenmesi hem de sağlıklı bir bağlanma sürecinin sürdürülmesini sağlama açısından büyük önem taşır.

Postpartum depresyon ve anne bebek bağlanma ilişkisini araştırdığımız bu çalışmada, katılımcıların %34,88'inde depresyon riski saptanmıştır. Çalışmada ABBÖ puanı ile EPDÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, ilk gebelik yaşı, son gebeliğin isteyerek olması, riskli gebelik süreçleriyle postpartum depresyon riski ve anne bebek bağlanması açısından anlamlı fark bulunmuş her iki ölçek puanının arttığı görülmüştür. Evde bebek bakımına yardımcı olan kişiye sahip olmayanların, gebelik nedeniyle iş bırakma ya da ekonomik kayıp yaşayanların EPDÖ puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmada depresyon riski saptananların ABBÖ puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmış olup bebekleriyle bağlanma düzeyleri daha düşük çıkmıştır.

Günümüzde sağlık problemleri ile karşılaşanların ilk müraccat ettikleri yerlerin başında aile sağlığı merkezleri gelmektedir. Aile hekimleri, postpartum depresyonun (PPD) erken tanı ve tedavisinde kritik bir role sahiptir. Aynı zamanda, anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesi konusunda da önemli katkılar sağlayabilirler. Doğum sonrası dönemde anneleri düzenli olarak izleyerek, PPD belirtilerini erken dönemde tespit edebilir, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) gibi geçerliliği kanıtlanmış tarama araçlarını rutin kontrollerde kullanabilir ve risk altındakiler yakın

takip edilebilir. Anneleri ve ailelerini PPD belirtileri, risk faktörleri ve anne-bebek bağlanmasının önemi konusunda bilgilendirebilirler. Annelerin sosyal destek almaları için rehberlik ederek aile içi iletişime destek olabilirler. Emzirmenin ve ten teması kurmanın anne-bebek bağlanmasını güçlendirdiğinin önemi vurgulanabilir. Annelerin bebek bakımı konusunda kendilerini daha yetkin hissetmeleri için eğitim ve destek sağlanabilir. Daha önce depresyon veya diğer ruhsal bozukluk öyküsü olan anneleri yakından izleyerek gerekli durumlarda psikiyatlara yönlendirebilirler. Ekonomik zorluklar veya sosyal destek eksikliği yaşayan ailelere yönelik destek mekanizmalarına ulaşabilmelerine yardımcı olunabilir. Psikologlar, psikiyatristler ve sosyal hizmet uzmanlarıyla beraber annelere kapsamlı destek sağlanması için multidisipliner bir iş birliği içinde olunabilir.

Sağlık alanına ayrılan kaynakların etkin ve verimli kullanımı toplum sağlığını koruma ve yükseltmede son derece önemlidir. Bu açıdan politika yapıcılar toplumda yaygın görülen hastalıkları daha kapsamlı ele almalıdırlar. Perinatal ruh sağlığını desteklemek ve doğum sonrasında PPD'den korunmak amacıyla çeşitli uygulamalar yapılabilir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde annelere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, yaygınlaştırılması ve bu hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sağlanmalıdır. Toplum çapında PPD ve anne-bebek bağlanmasının önemi konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılarak, anneler ve aileleri bu süreçte desteklenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının, PPD'nin erken teşhis ve yönetimi konusunda eğitilmesi, anne-bebek bağlanmasını iyileştirme yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Annelerin sosyal izolasyonunu en aza indirmek amacıyla sosyal destek mekanizmaları güçlendirilmeye çalışılarak ebeveynler desteklenmelidir. Ebeveynlik sürecinde babaların ve diğer aile bireylerinin aktif rol almasını sağlayarak, annenin üzerindeki yükün hafifletilmesi ve aile içi desteğin artmasına yönelik planlamalar ve çalışmalar yapılmalıdır. Doğum sonrası dönem annelere ve babalara yönelik izin sürelerinin uzatılması ve esnek çalışma koşullarının oluşturularak ailelerin bu dönemde daha fazla birlikte zaman geçirmelerine olanak tanınması gereklidir. Anne ve bebeklerinin sağlıklı bir başlangıç yapmalarını desteklemek uzun vadede ruhsal açıdan iyilik haline sahip bireylerden oluşan sağlıklı bir toplum oluşmasına kalıcı bir etki yapacaktır. Bu nedenle politika yapıcıların öncelikli konularından biri annenin ruh sağlığının önceliklendirilmesi ve bebekleriyle olan bağlanmanın güçlendirilmesi olmalıdır.

## 7.KAYNAKLAR

1. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet Lond Engl.* 15 Kasım 2014;384(9956):1775-88.
2. Aktaş MC, Şimşek Ç, Aktaş S. Etiology of Postpartum Depression: Culture Effect. *J Acad Res Nurs.* 2017
3. Siddiqui A, Hägglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction, *Early Hum Dev.* Temmuz 2000;59(1):13-25.
4. Gilden J, Molenaar NM, Smit AK, Hoogendijk WJG, Rommel AS, Kamperman AM, vd. Mother-to-Infant Bonding in Women with Postpartum Psychosis and Severe Postpartum Depression: A Clinical Cohort Study. *J Clin Med.* 19 Temmuz 2020;9(7):2291.
5. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord.* Haziran 1998;49(3):167-80.
6. Ateş E. Postpartum Bakım. *Türkiye Klin Aile Hekim - Özel Konular.* 2014;5(5):125-8.
7. Güneri SE. Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Cilt: 4 Sayı: 3, 482 - 496, 01.07.2015*
8. Zeren F, Gürsoy E. Dünya Sağlık Örgütü'nün Anne ve Yenidoğan İçin Postpartum Bakım Önerileri. *Cilt: 7 Sayı: 4, 95 - 102, 28.12.2018*
9. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet.* Kasım 2014;384(9956):1775-88.
10. Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *Am Fam Physician.* 15 Ekim 2019;100(8):485-91.

11. Karen Carlson; Saba Mughal; Yusra Azhar; Waquar Siddiqui. Postpartum Depression. 2024. Jan 22. Perinatal Depression. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
12. Chechko N, Stickel S, Votinov M. Neural responses to monetary incentives in postpartum women affected by baby blues. *Psychoneuroendocrinology*. Şubat 2023;148:105991.
13. Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5: Obstet Gynecol. *Haziran 2023;141(6):1262-88.*
14. Sharma R, Bansal P, Saini L, Sharma N, Dhingra R. Zuranolone, a neuroactive drug, used in the treatment of postpartum depression by modulation of GABAA receptors. *Pharmacol Biochem Behav*. Mayıs 2024;238:173734.
15. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. Ekim 2022;31(19-20):2665-77.
16. Couto TC e, Brancaglioni MYM, Alvim-Soares A, Moreira L, Garcia FD, Nicolato R, vd. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World J Psychiatry*. 22 Mart 2015;5(1):103.
17. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
18. Konjevod M, Gredicak M, Vuic B, Tudor L, Nikolac Perkovic M, Milos T, vd. Overview of metabolomic aspects in postpartum depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 20 Aralık 2023;127:110836.
19. Cardaillac C, Rua C, Simon EG, El-Hage W. Oxytocin and postpartum depression. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. Ekim 2016;45(8):786-95.
20. Stewart DE, Robertson E, Phil M, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum Depression: Literature Review Of Risk Factors And Interventions.

21. Kroll-Desrosiers AR, Nephew BC, Babb JA, Guilarte-Walker Y, Moore Simas TA, Deligiannidis KM. Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year: K ROLL-DESROSİERS ET AL . *Depress Anxiety*. Şubat 2017;34(2):137-46.
22. Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstet Gynecol*. 01 Haziran 2023;141(6):1262-88.
23. Beck CT. Postpartum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs*. Mayıs 2006;106(5):40-50; quiz 50-1.
24. Powell JG, Garland S, Preston K, Piszczatoski C. Brexanolone (Zulresso): Finally, an FDA-Approved Treatment for Postpartum Depression. *Ann Pharmacother*. Şubat 2020;54(2):157-63.
25. Hutcherson TC, Cieri-Hutcherson NE, Gosciak MF. Brexanolone for postpartum depression. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 19 Şubat 2020;77(5):336-45.
26. Kanes S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H, Raines S, Arnold R, Schacterle A, vd. Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 29 Temmuz 2017;390(10093):480-9.
27. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenbergr R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR, vd. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet Lond Engl*. 22 Eylül 2018;392(10152):1058-70.
28. Sharma R, Bansal P, Saini L, Sharma N, Dhingra R. Zuranolone, a neuroactive drug, used in the treatment of postpartum depression by modulation of GABAA receptors. *Pharmacol Biochem Behav*. Mayıs 2024;238:173734.
29. Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Maximos B, Peeper EQ, Freeman M, Lasser R, vd. Zuranolone for the Treatment of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry*. 01 Eylül 2023;180(9):668-75.

30. Senda M, Johnson K, Taylor I, Jensen M, Flynn H, Kozel FA. Accelerated Transcranial Magnetic Stimulation Provided Rapid Improvement in Depressive, Anxiety, Trauma, and Pain Symptoms in a Woman Experiencing Postpartum Depression. *J ECT*. 01 Eylül 2023;39(3):e14-5.
31. Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. Mart 2015;49(3):236-45.
32. Senda M, Johnson K, Taylor I, Jensen M, Flynn H, Kozel FA. Accelerated Transcranial Magnetic Stimulation Provided Rapid Improvement in Depressive, Anxiety, Trauma, and Pain Symptoms in a Woman Experiencing Postpartum Depression. *J ECT*. 01 Eylül 2023;39(3):e14-5.
33. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*. 27 Ocak 2019;70:183-96.
34. Robakis TK, Williams KE. Biologically based treatment approaches to the patient with resistant perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*. Ekim 2013;16(5):343-51.
35. Anderson EL, Reti IM. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med*. Şubat 2009;71(2):235-42.
36. Van Der Horst FCP, Van Der Veer R, Van Ijzendoorn MH. John Bowlby and ethology: An annotated interview with Robert Hinde. *Attach Hum Dev*. Aralık 2007;9(4):321-35.
37. Cumhuriyet University Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, Sivas, Turkey, Dağlar G, Nur N, Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Sivas, Turkey. level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatr Danub*. 15 Kasım 2108;30(4):433-40.
38. Harlow HF, Zimmermann RR. Affectional Response in the Infant Monkey: Orphaned baby monkeys develop a strong and persistent attachment to inanimate surrogate mothers. *Science*. 21 Ağustos 1959;130(3373):421-32.
39. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 01 Haziran 2011;3(2):321-42.

40. Nordahl D, Rognum K, Bohne A, Landsem IP, Moe V, Wang CEA, vd. Adult attachment style and maternal-infant bonding: the indirect path of parenting stress. *BMC Psychol.* Aralık 2020;8(1):58.
41. Sümer N, Güngör D. Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1999;
42. Bowlby J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds.* 1. bs. Londra: Routledge; 2012. 224 s.
43. John Bowlby and Mary Ainsworth .American Psychological Association.13 April 1991.karen.pdf .http://www.psychology.sunysb.edu/attachment
44. Soysalı AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Attachment Process in Infancy: A Review. *Turk J Clin Psychiatry.* 2005;8(2):88-99.
45. Bağlanma, anksiyete ve bilgi işleme. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı; 2015.
46. S.Songül Yalçın,Emel Örün,Pınar Özdemir,Banu Mutlu,Arzu Dursun. Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalık Derg.* 2014;(57):246-51.
47. Aydemir Karakulak H, Alparslan Ö. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Aydın Örneği. *J Contemp Med.* 2016 ;6(3).
48. Zeleke TA, Getinet W, Tessema ZT, Gebeyehu K. Prevalence And Associated Factors Of Post-Partum Depression In Ethiopia. A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE.* 19 Şubat 2021;16(2):e0247005.
49. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* Eylül 2018;104:235-48.
50. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet.* Mayıs 2022;44(5):452-7.

51. Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. SiSli Etfal Hastan Tip Bul Med Bull Sisli Hosp. 15 Haziran 2014;125-32.
52. Yurdakul FE, Karataş Eray İ. Kadınlarda Doğum Şekli ile Postpartum Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki. Turk J Fam Pract. 15 Haziran 2024;28(2):55-62.
53. Can R, Sayiner FD, Ünsal A, Ayrancı Ü. Postpartum Dönemdeki Kadınların Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. 2020;2(2).
54. Esmâ Sarıkaya, Anne Ruh Sağlığı ve Peripartum Depresyon, TUSEB-TACESE.pdf . <https://www.annehuhsagligi.com/>.30 Nisan 2019
55. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. Psychiatry Res. 28 Şubat 2014;215(2):341-6.
56. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. Front Psychiatry. 01 Şubat 2018;8:248.
57. Sylvén SM, Thomopoulos TP, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A. Correlates of Postpartum Depression in First Time Mothers Without Previous Psychiatric Contact. Eur Psychiatry. Şubat 2017;40:4-12.
58. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, vd. The Risk Factors For Postpartum Depression: A Population-Based Study: S İLVERMAN ET AL. Depress Anxiety. Şubat 2017;34(2):178-87.
59. Çimen K, Varol H. Maternal Bağlanma Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. Sak Üniversitesi Holistik Sağlık Derg. 28 Aralık 2021;4(3):126-35.
60. Taner S, Çalışır H. Planlanmamış Gebeliklerin Doğum Sonrası Erken Dönemdeki Annelik Davranışına Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 31 Ocak 2021;5(1):37-50.

61. Yıldırım AD, Şahin NH. Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Risklerin Değerlendirilmesi. Online Turk J Health Sci. 30 Aralık 2020;5(4):661-72.
62. ÖzşahiN Z, Akça E, Gökbulut n. Postpartum Depresyon Düzeyi İle Maternal Bağlanma Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Üksek Okulu Derg. 30 Kasım 2020;8(3):715-24.
63. Kaya Şenol D, Çiçekoğlu Öztürk P, Tar Bolacalı E. The Effect of Physical Symptoms Experienced by Mothers in the Postpartum Period on Depression and Mother-Infant Attachment. Kocaeli Med J. 2023;12(3):319-25.



## Ek 1: Etik Kurul Onayı



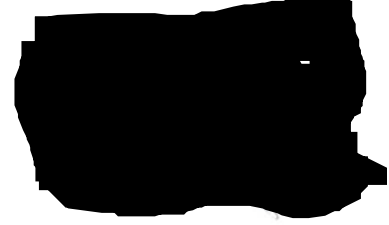
T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

15/08/2024

Sayın Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır. Bilgilerinize rica ederim.



Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK
Araştırma Başlığı	Anne Depresyonu ile Anne Bebek Bağlanması Arasındaki İlişki
Toplantı Tarihi	14/08/2024
Karar Numarası	2024-51

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

## Ek 2: Kurum İzin Belgesi



T.C.  
ÇORUM VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : E-85322798-799-254543639  
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin (Büşra ARIK)

20.09.2024

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından Arş. Gör. Dr. Büşra ARIK'ın Araştırmacılığında, Prof. Dr. Derya İREN AKBIYIK'ın Sorumlu Araştırmacılığında, "Anne Depresyonu ile Bebek Bağlanması Arasındaki İlişki" isimli çalışmayı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkındaki 17/09/2024 tarih ve E-85601924-000-254116211 sayılı talep yazısı, başvuru formu ve ekleri Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Mülga Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 27.03.2018 tarih ve 49654233-604.02-E.483 sayılı yazısında, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti alanında yapılacak çalışmaların usul ve esaları çerçevesinde çalışmaya ön izin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

Dr. İhsan DEMİRBAŞ  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı  
Komisyon Başkanı  
e-İmzalıdır

Dr. Hüseyin GÖKSAL  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan V.  
Üye  
e-İmzalıdır

Dr. Arif PİLGİR  
Sağlık Hizmetleri Başkanı  
Üye  
e-İmzalıdır

Selma YAŞAR  
Destek Hizmetleri Başkanı V.  
Üye  
e-İmzalıdır

OLUR  
.../09/2024  
Prof. Dr. Sinan ZEHİR  
İL Sağlık Müdürü  
e-İmzalıdır

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 9CDDDB3D4-0996-4D8D-A197-2C5D4AC9AFA9

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bahçelievler Mah. Çamlık Cad. No:3 Merkez/ÇORUM 19000

Telefon No: 03642195500

e-Posta: İnternet Adresi: <https://corumism.saglik.gov.tr/>

Keş Adresi: [corumilsaglik@hs01.kep.tr](mailto:corumilsaglik@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Yeliz YELEN AKPINAR

Ebe

Telefon No: 03642195500



### **Ek 3: Sosyodemografik Veri Formu**

Anne depresyonu ile anne -bebek bağlanma düzeyi ilişkisi

**1.Yaşınız:**

**2.Eğitiminiz:**

a) Hiç yok b)Okuma/yazma c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite g) Üniversite sonrası

**3.Mesleğiniz:**

a) Öğrenci b) Ev Hanımı c) Çalışmıyor d) Serbest meslek e) Memur f) Emekli

**4.Ailenizin aylık gelir durumu nedir?**

- a) Gelir giderden az
- b) Gelir gidere denk
- c) Gelir giderden fazla

**5.İlk gebelik yaşıınız:**

**6.Gebelik sayısı:**

**7.Düşük sayısı:**

**8.Canlı doğum sayısı:**

**9.Ölü/sakat doğum öykünüz var mı?**

a)Evet b)Hayır

**10.Şimdiki bebek sağlıklı mı?**

a)Evet b)Hayır

**11.Son gebelik isteyerek mi?**

a) Evet b) Hayır

**12.Son gebelik riskli gebelik mi?**

a) Evet b) Hayır

**13.Evde bebek bakımına yardımcı kişiler var mı?**

a) Evet b) Hayır

**14.Gebelik nedeniyle iş bırakma veya ekonomik değişiklikler oldu mu?**

a)Evet b)Hayır

**15.Gebelikten önce tedavi gerektiren herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı konuldu mu?**

a) Evet b) Hayır

**16.Kullanılan psikiyatrik bir ilaç var mı?**

a)Evet b)Hayır

#### Ek 4:Anne-Bebek Bağlanma leği (ABBÖ)

Anne-Bebek Bağlanma leği ( ABBÖ) (Mother-to-Infant Bonding Scale)

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:Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDDÖ)

### Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

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

Evet, her zaman  Hayır, çok sık değil

Evet, çoğu zaman  Hayır, hiç bir zaman

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

**Lütfen aşağıdaki soruları örnekte gösterildiği biçimde yanıtlayınız.**

1. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar  Artık kesinlikle o kadar değil

Artık pek o kadar değil  Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

Her zaman olduğu kadar  Her zamankinden kesinlikle daha az

Her zamankinde biraz daha az  Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

Evet, çoğu zaman  Çok sık değil

Evet, bazen  Hayır, hiç bir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

Hayır, hiç bir zaman  Evet, bazen

Çok seyrek  Evet, çoğu zaman

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

Evet, çoğu zaman  Hayır, çok değil

Evet, bazen  Hayır, hiç bir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

9. Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.

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

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla