



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**BAĞLANMA BİÇİMİNİN DOĞUM SONRASI DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

**İŞILAY ECE ONAR  
144102170  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: Prof Dr. SERMİN KESEBİR**

**İstanbul-2017**

**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**BAĞLANMA BİÇİMİNİN DOĞUM SONRASI DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

**İŞILAY ECE ONAR  
144102170  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: Prof Dr. SERMİN KESEBİR**

**İstanbul-2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR  
ÜNİVERSİTESİ

## YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Sosyal Bilimler ENSTİTÜSÜ

### GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 166102170
Öğrenci Adı Soyadı	: Kılıç Fae ONAR
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Sermin Keserir
Tezin Başlığı	: Böglenme Bicimi ve Döjüm Sonrası Depresyon arandaki iliski

Toplantı Tarihi	: 07.03.2017	Saati	: 10.00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya :  Geldi

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

- Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak **KABUL** edilmesine,  
 Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının **DÜZELTİLMESİNE**, düzeltme için adaya ..... ay **EK SÜRE** verilmesine (en fazla 3 ay)  
 Yapılan savunma sınavının sonunda tezin **REDDEDİLMESİNE**  
 **OY BİRLİĞİ**  **OY ÇOKLUĞU**

İle karar verilmiştir.

Savunmada Tezin Başlığı :  Değişmedi  Değişti

Tezin Yeni Başlığı :  Değişmedi

Öğrenci Savunmaya :  Gelmedi

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

**OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.**

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan		
Danışman Üye		
Üye	Prof. Dr. Sermin Keserir	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Cevat Onur Kaya	
Üye	Doç. Dr. Kodut Uwey	

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih : ..... / ..... / 20 .....

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Anabilim Dalı Başkanı  
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

## BİLİMSEL ETİK SAYFASI

### Yemin Metni

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon arasındaki ilişki" adlı çalışmanın kendi çalışmam olduğunu ve tarafımdan tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek hiçbir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu , bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih: .../.../....

Işlay Ece ONAR

İmza:

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın başından sonuna kadar geçen süreçte birçok değerli insanın katkısı ve desteği olmuştur.Öncelikle tez sürecimin başlangıcından bitişine kadar tüm sorularımı sabırla yanıtlayan ve yardımını esirgemeyen sevgili bölüm danışmanım Yrd. Doç. Dr.Hüseyin Ünübol'a, tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup ve tez yazım sürecinde beni cesaretlendiren ve güven veren tez danışmanım Prof. Sermin Kesebir' e ve yüksek lisansım boyunca eğitimime katkıda bulunan,üzerimde emeği olan,büyük bir özveri ve sabır ile yanımda olan ve hayatıma tarifsiz deneyimler katan tüm hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan ölçeklerimi toplamamda yardımcı olan Doktor Sami Ulus Hastanesi öncelikle Dr. Mehmet Alican Sapmaz kadın doğum asistanlarına tüm yardımlarından dolayı teşekkür ediyorum.

Hayatım boyunca yanımda olacağından bir an bile şüphe etmediğim sevgili yol arkadaşım, müstakbel eşim Mehmet Alican Sapmaz'a ve bu süreçte varlığıyla beni rahatlatan, nefes almamı sağlayan, sabırla yanımda olan ve hayatıma anlam katan Mehmet Can Fal'a sonsuz teşekkürler. Siz olmasanız bu süreç tamamlanamazdı.

Ve son olarak bu günlere gelmemin ve varlığımın sebebi olan sevgili aileme,maddi ve manevi desteğini benden bir an olsun esirgemeyen, varlığıyla güven veren babama, koşulsuz sevgiyi bana öğreten , her zaman iyi hissetmemi sağlayan, bana güç veren pes etmememi sağlayan beni ben yapan anneme ve güzel kalbiyle hep yanımda olan kardeşime, yaşamımın her anında yanımda olan ve haklarımı asla ödeyemeyeceğim, hayatımı anlamlı ve güzel kılan tüm aileme sonsuz teşekkürler.

**Işlay Ece ONAR**

# BAĞLANMA BİÇİMİNİN DOĞUM SONRASI DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ

IŞILAY ECE ONAR

Yüksek Lisans Tezi

Üsküdar Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

İstanbul, 2017

Danışman: Prof. Dr. SERMİN KESEBİR

## ÖZET

Bu araştırmada, bağlanma biçimini ile doğum sonrası depresyon ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Erişkin bağlanma biçiminin, doğum sonrası depresyon ile ilgili bir bağının olup olmadığı incelenmiştir. Doktor Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastanesi'ndeki takipli gebe olan 51 hastaya ölçekler uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS 25 programında yorumlanmıştır.

Ankete cevap veren katılımcılar en çok 26 yaş ve üst yaş grubundandır. Evli olanların oranı %98,0'dır. Evlilik süresi 1-5 yıl arası olanların oranı %37,3'dür. Lise mezunu olanların oranı %33,3, çalışmayanların oranı ise %90,2'dir. Katılımcılardan herhangi bir rahatsızlığı olanların oranı %15,7; depresyon geçirmiş olanların oranı %3,9; alkol, sigara veya madde kullanımı olanların oranı %27,5'tir. Katılımcılardan çocuğu olanların oranı %86,3 iken, aylık geliri 1001-3000 TL arası olanların oranı %64,7 ile en fazla gruptur. Katılımcılardan doğum sonrasında depresyon görülmeyenlerin oranı %76,5'tir.

Erişkin bağlanma biçimi ile ilgili elde edilen sonuçlara göre, yaş, evlilik süresi, eğitim seviyesi, çalışma durumu, herhangi bir rahatsızlık olma durumu, alkol, sigara veya madde kullanma durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve aylık gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile ilgili elde edilen sonuçlara göre, yaş, evlilik süresi, eğitim seviyesi, çalışma durumu, herhangi bir rahatsızlık olma durumu, alkol, sigara veya madde kullanma durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve aylık gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Doğum Sonrası Depresyon, Bağlanma Biçimi, Gebeler

# BAĞLANMA BİÇİMİNİN DOĞUM SONRASI DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ

IŞILAY ECE ONAR

Yüksek Lisans Tezi

Üsküdar Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

İstanbul, 2017

Danışman: Prof. Dr. SERMİN KESEBİR

## ABSTRACT

Bu araştırmada, bağlanma biçimini ile doğum sonrası depresyon ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Erişkin bağlanma biçiminin, doğum sonrası depresyon ile ilgili bir bağının olup olmadığı incelenmiştir. Doktor Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastanesi'ndeki takipli gebe olan 51 hastaya ölçekler uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS 25 programında yorumlanmıştır.

Ankete cevap veren katılımcılar en çok 26 yaş ve üst yaş grubundandır. Evli olanların oranı %98,0'dir. Evlilik süresi 1-5 yıl arası olanların oranı %37,3'dür. Lise mezunu olanların oranı %33,3, çalışmayanların oranı ise %90,2'dir. Katılımcılardan herhangi bir rahatsızlığı olanların oranı %15,7; depresyon geçirmiş olanların oranı %3,9; alkol, sigara veya madde kullanımı olanların oranı %27,5'tir. Katılımcılardan çocuğu olanların oranı %86,3 iken, aylık geliri 1001-3000 TL arası olanların oranı %64,7 ile en fazla gruptur. Katılımcılardan doğum sonrasında depresyon görülmeyenlerin oranı %76,5'tir.

Erişkin bağlanma biçimi ile ilgili elde edilen sonuçlara göre, yaş, evlilik süresi, eğitim seviyesi, çalışma durumu, herhangi bir rahatsızlık olma durumu, alkol, sigara veya madde kullanma durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve aylık gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile ilgili elde edilen sonuçlara göre, yaş, evlilik süresi, eğitim seviyesi, çalışma durumu, herhangi bir rahatsızlık olma durumu, alkol, sigara veya madde kullanma durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve aylık gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Doğum Sonrası Depresyon, Bağlanma Biçimi, Gebeler

## KISALTMALAR VE SİMGELER

%	: Yüzde
ark.	: Arkadaşları
DSBÖ	: Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği
DSD	: Doğum Sonrası Depresyonun
EBBÖ	: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
EDDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektrokonvülsif
Gİ	: Glisemik İndeks
GY	: Glisemik Yük
PPD	: Postpartum Depresyon
PPDS	: Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği
YBG	: Yaygın Gelişmi Bozukluğu
YİYE	: Yakın İlişkiler Yaşantılar Envanteri



# İÇİNDEKİLER

	Sayfa.
ÖNSÖZ .....	i
Danışman: Prof. Dr. SERMİN KESEBİR.....	ii
ÖZET.....	ii
Danışman: Prof. Dr. SERMİN KESEBİR.....	iii
ABSTRACT .....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLolar LİSTESİ.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM .....	3
1.BAĞLANMA BİÇİMİ.....	3
1.1. Bağlanma Tanımı .....	3
1.2. Bağlanma Davranışının Temel Özellikleri.....	4
1.3. Bağlanma Kuramları .....	4
1.3.1. Ainsworth.....	4
1.3.2. Winnicott.....	6
1.3.3. Bowlby .....	7
1.4. Dörtlü Bağlanma Modeli.....	8
1.4.1. Güvenli Bağlanma.....	9
1.4.2. Kayıtsız Bağlanma .....	9
1.4.3. Saplantılı Bağlanma .....	10
1.4.4. Korkulu Bağlanma .....	10
1.5. Yetişkinlerde Bağlanma .....	11

1.6. Bağlanma ve Boyutlarının Ölçümü.....	14
1.7. Bağlanma ve Psikopatoloji.....	17
1.8. İlgili Araştırmalar.....	21
İKİNCİ BÖLÜM.....	26
2. DOğUM SONRASI (POSTPARTUM) DEPRESYON.....	26
2.1. Gebelik-Doğum ve Ruh Sağlığı.....	26
2.1.1. Gebelik Psikolojisi.....	30
2.2. Doğum Sonrası Depresyon Görölme Sıklığı.....	31
2.3. Doğum Sonrası Depresyonun Belirtileri ve Başlangıcı.....	32
2.4. Doğum Sonrası Depresyonun Risk Faktörleri.....	34
2.5. Postpartum Depresyonun Tanımı.....	35
2.6. Postpartum Depresyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	37
2.7. Postpartum Depresyonun Belirtileri, Tanı ve Epidemiyolojisi.....	40
2.8. Korunma ve tedavisi.....	42
2.9. Bağlanma Bozukluğu ve Psikiyatrik Hastalıklar.....	43
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	46
3. YÖNTEM.....	46
3.1. Evren ve Örneklem.....	47
3.2. Veri Toplama Araçları.....	47
3.3. Verilerin Analizi.....	48
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	49
4. BULGULAR.....	50
SONUÇ.....	78
KAYNAKLAR.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	93

## TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Dörtlü Bağlanma Modeli .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 2.1. Majör Depresyon Tanı Kriterleri .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.1. Kişisel Bilgiler .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.2. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.3. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutları İçin Normallik Testi	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.4. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Normallik Testi	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.5. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Betimsel İstatistikleri	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.5. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.6. Doğum Sonrası Depresyon Görülmeyenler İçin Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.7. Doğum Sonrası Depresyon Görülenler İçin Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.8. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İlişki Analizi (Korelasyon) .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.9. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.10. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Yaşa Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.11. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Evlilik Süresine Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.12. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Evlilik Süresine Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.13. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tablo 4.14. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

- Tablo 4.15. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.16. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.17. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Herhangi Bir Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.18. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Herhangi Bir Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.19. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.20. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.21. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.22. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.23. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.24. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.25. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Aylık Gelire Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.26. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Aylık Gelire Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.27. Doğum Sonrası Depresyon Görülüp Görülmeme Durumu ile Kişisel Bilgiler Arasındaki İlişki Analizi (Ki-kare) ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.28. Örnekleme İçerisindeki İlk Doğum ve İkinci ve Üzeri Doğum Yapan Kişi Sayıları ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Tablo 4.29. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin İlk Doğum ve İkinci ve Üzeri Doğumlar Bağlamında İncelenmesi..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.30. Doğum Sonrası Depresyon Görülüp Görülmeme Durmu ile İlk Çocuklu Katılımcıların Bağlanma Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.31 Doğum Sonrası Depresyon Görülüp Görülmeme Durmu ile İki ve Daha Fazla Çocuklu Katılımcıların Bağlanma Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.32. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Bağlamında Betimsel İstatistikleri ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.33. Erişkin Bağlanma Biçimi Alt Ölçeklerinin Varyasyonlarının Homojenlik Testi..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.34. Erişkin Bağlanma Biçimi Alt Ölçeklerinin Depresyon Sonrası Ölçeği Baz Alınarak Karşılaştırılması ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.35. Erişkin Bağlanma Biçimi Alt Ölçeklerinden Kaygılı/İkircikli ve Güvenli Kümelerin Betimsel İstatistiği..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.36. Erişkin Bağlanma Biçimi Alt Ölçeklerinden Kaygılı/İkircikli ve Güvenli Kümelerin Karşılaştırılması ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.37. Doğum Sonrası Depresyon ve Erişkin Bağlanma Biçimi Çapraz Tablolaması..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.38. Doğum Sonrası Depresyon ve Erişkin Bağlanma Biçimi Chi-Kare Testi (Kruskal-Wallis)..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.39. Doğum Sonrası Depresyon Puanları İçin Bağlanma Biçimi Alt Kümeleri Parametrik Olmayan Test Betimsel İstatistikleri ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tablo 4.40. Doğum Sonrası Depresyon Puanları ile Erişkin Bağlanma Biçimi Arasındaki İlişki Analizi (Ki-Kare)..... **Error! Bookmark not defined.**

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Dört Kategori Modelinde Temel Boyutlar ve Kategorileri (Sümer 2006)	
.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.1. Medeni Durum .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.2. Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumu	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.3. Herhangi Bir Rahatsızlık Olma Durumu .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.4. Öğrenim Durumu .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.5. Doğum Sonrası Depresyon Durumu .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.6. Kaçınan Bağlanma Biçimine Sahip Katılımcıların Doğum Sonrası Depresyon Puanları Dağılımları.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.7 Güvenli Bağlanma Biçimine Sahip Katılımcıların Doğum Sonrası Depresyon Puanları Dağılımları .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.8 Kaygılı/İkircikli Bağlanma Biçimine Sahip Katılımcıların Doğum Sonrası Depresyon Puanları Dağılımları.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.9. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutları Grafiği..	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Şekil 4.10. Doğum Sonrası Depresyon Görülenler İçin Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Betimsel Grafiği.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## GİRİŞ

İnsanlık tarihinin oluşmaya başladığı dönemlerde, ilkel insanlar tehlike ya da korku, şiddet gibi duygular hissettiklerinde, beyinlerinin duygusal bölümleri onları basit bir şekilde düşünebilecekleri temel duygulara yönlendirmekte olup bilişsel kabiliyetlerde gözlemlenen gelişimle beraber, pişmanlık, utanma, dargınlık, aşk vb. eskisine göre karmaşık duygular meydana gelmiştir. Birçok işlevi yerine getiren karışık duyguların, kişilerin doğum evrelerinden başlayarak temel bakım sağlayıcıları arasındaki ilişki neticesinde gelişim gösterebileceği değerlendirilmektedir.

Bağlanma biçimlerinin oluşmasında, anne babaların davranış biçimlerinin oldukça önemli bir role sahip olduğu düşünülmekte olup bu durum ele alındığında bağlanma, bebeğin annesi ya da bakımı sağlayan kişiyle arasında meydana gelen bilişsel, beyinsel ve duygusal dönemlerini tüm hayat süresinde etkileyebilecek bir süreçtir.

Sağlıklı bağlanma süreci doğum evresinin ardından bebeğin sağlıklı gelişimi için gerekli olan olumlu ortamı yaratmak hususunda önemli bir kavram olup anne ve bebek arasındaki iletişim ne kadar erken kurulursa ve ne kadar sağlıklı olursa anne ve bebek arasındaki bağlanma davranışı da o ölçüde kuvvetli gelişecektir.

Bu çalışmada, bağlanma biçimini ile doğum sonrası depresyon ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha önce yapılmış olan ilgili çalışmalarda bağlanma biçimleri ve post-partum depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çok az çalışma vardır.

Makalelerde genel olarak anne-bebek bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon, bağlanma biçimlerine ve bunların bağlantısı incelenmiştir. Bağlanma biçimlerinin doğum öncesi bağlanma durumu ve doğum sonrası depresyon ile ilgili bir bağın olup olmadığına bakılmış etkileşim olduğu bulunmuştur. Güvensiz bağlanmaya sahip bireylerde doğum sonrası depresyonun daha sık görüldüğü gözlenmiştir.

Bu çalışmada, ölçeklerin yapılacağı kişilerin doğum öncesi erişkin bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon baz alınarak oluşturulan örnekleme, Erişkin bağlanma

biçiminin, doğum sonrası depresyon ile ilgili bir bağının olup olmadığına bakılmıştır. Araştırmada bağlanma biçiminin durumlarına bakılarak doğum sonrası depresyonun olup olmayacağı yorumlanmıştır.





# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1.BAĞLANMA BİÇİMİ

### 1.1. BAĞLANMA TANIMI

Bağlanma, çocuk ve bakımını sağlayan birey arasında meydana gelen ilişkide, çocuğun bu bireye yakın olma isteği ile özellikle stresli zamanlarında daha da şiddetli bir şekilde ortaya çıkan, devamlı ve tutarlı duygusal bağ olarak tanımlanmakta olup bağlanma, çocukluk dönemlerinde başlayıp yaşamın tüm evrelerinde görülmektedir. Söz konusu devamlılık sağlanırken bağlanmanın dışı vuruş biçimi ve doğası değişmekte olup bireyde gözlenen ilk temel ilişki olan anne çocuk bağı, yaşamın diğer evrelerindeki bağlanmalar için örnek teşkil eder (Tüzün ve Sayar, 2006).

Anne çocuk ilişkisindeki eksikler veya ortaya çıkan aksamalar bağlanmayı negatif yönlü etkilemekte olup pozitif çevrilme ihtimali az olmaktadır. Bu hususta yetersiz veya aksamaya uğramış bir bağlanma sürecinin ve etkenlerinin süreklilik göstermesi, ileri evre gelişim basamaklarını da olumsuz yönde etkilemektedir (Kesebir ve ark., 2011).

Bowlby bağlanmayı, bireyin kendi için önemli olan bireylere karşı besledikleri güçlü duygusal bağ olarak tanımlamaktadır. Bağlanma teorileri, çocukluğun dönemlerinde bakımı sağlayan ilk kişilerle kurulan ilişkinin özelliğinin, sonraki yaşam evrelerinde kurulacak ilişkilere ışık tuttuğunu vurgulamaktadır. Söz konusu dönemde bakımı sağlayan bireyle çocuk arasında meydana gelen ilişki neticesinde, çocuğun bakımını sağlayan birey ile kendisi hakkında oluşturduğu zihinsel modellemeler yaşamın tüm evrelerinde devam etmekte ve her süreç bireyler arası ilişkilerin temelini meydana getirmektedir (Bowlby, 2012).

## 1.2. BAĞLANMA DAVRANIŞININ TEMEL ÖZELLİKLERİ

Bağlanmadan farklılık gösteren bağlanma davranışı aşağıdaki özellikleri içermektedir (Bowlby, 2012);

- Özellik (Specificity): Belirli bireyler üzerinde sergilenir.
- Süre (Duration): Yaşamın tüm evrelerinde devamlılık gösterir.
- Duyguların İlişkisi: Bağlanma sürecinde bağlanılan bireyle ortaya çıkan duygusal çerçeve, yaşamın sonraki evrelerinde yaşanacak olan bağlanma ilişkilerine ışık tutar.
- Ontogenetik (Ontogeny): Bağlanma davranışı hayata gelişin ilk dokuz ayında gelişmekte olup, bebek seçtiği bağlanma modeliyle duygusal ve sosyal etkileşme seviyesiyle doğru orantılı olarak ileri dönem ilişkilerinde bağlanma davranışı sergiler. Söz konusu süreçte bebeğin bakımını sağlayan kişi bağlanma modeli olur.
- Öğrenme: Söz konusu dönemde çocuk edindiği bağlar sayesinde tanıdığı bireyleri tanımadığı kişilerden ayırt etmeyi öğrenmektedir. Bu tür ceza-ödül sisteminden bağımsız olup cezalar göz ardı edilerek bağlanma sağlanmıştır.
- Organizasyon (Organisation): Karmaşık olarak başlangıç gösteren yaşam ve bağlanma bir süre sonra modeller meydana getirerek organizasyon oluşmasına katkıda bulunur.
- Biyolojik İşlev (Biological Function): Bu davranış farklılıklar göstermesine rağmen esas olarak tüm memelilerde ortak bir biçimde meydana gelmektedir (Bowlby, 1977).

## 1.3. BAĞLANMA KURAMLARI

### 1.3.1. Ainsworth

Ainsworth (1989) bağlanmanın matematiksel tanımını ortaya koyan kuramcı olup, öğrencileriyle düzenlediği ev ziyaretleri sonucunda anneler ve çocuklarını daha yakından gözlemlene imkanı bulmuş ve ağlama, gülümseme, beslenme gibi bazı temel alanlarda annenin çocuğun gereksinimlerine verdikleri cevapları incelemişlerdir.

Dünyaya gelişlerinin 12. Haftasında incelenmek üzere laboratuvara alınan anne ve bebeklere Ainsworth'un "garip durum (strange situation)" deneyi uygulanmıştır. Söz konusu deney kapsamında, annesinden ayrılan bebekler başka bir yabancıyla sekiz dakika boyunca yalnız kalmakta olup söz konusu süreçte anneden ayrılma ve anneye yeniden buluşma anları büyük önem taşımaktadır. Ayrılma ve barışma anlarında sergiledikleri tepkilere göre bebekler emniyetli bağlanma ya da emniyetsiz bağlanma şeklinde bağlanma türlerine göre sınıflandırılır. Emniyetsiz bağlanma türü de sergileniş biçimlerine göre, kararsız ve kaçınan olarak iki gruba ayrılır. Emniyetli bağlanma türünün gözlemlendiği çocuklar anneden ayrılma anında normal bir gerilim yaşarlar; anneye kavuşma anındaysa mutlu ve sevinçli bir karşılama sergilerler. Kararsız bağlanma türünün gözlemlendiği çocuklarda ise annenin ayrılma aşamasında olağandan fazla bir üzüntü ve ayrılmak istememe gözlenirken, anneye kavuşma anında öfke ve anneyi geri itici bir tavır ile karşı karşıya kalınmaktadır. Kaçınan bağlanma türünün görüldüğü çocuklardaysa, ayrılma anında oldukça sakin bir ruh hali gözlenirken, kavuşma anında anneyi reddedici bir tavır sergilerler (Ainsworth, 1989).

Ainsworth (1989)'un ortaya koyduğu anne ve bebek arasındaki emniyetli bağlanma, bebeğin güvenli bağlanma süreci ve psikolojik gelişiminde son derece önemli olup annenin ılımlı, cana yakın, bebeğin ihtiyaçlarını karşılamaya hevesli ve bağlanabilir olma özelliklerini taşımasıyla yakından ilişkilidir. Güvenli bağlanma, sağlıklı duygu gelişiminin bir anahtarı olup, çocuğa "ötekinin" onun için orada olacağı güvencesini vererek ileriki yaşam evrelerinde doyurucu ilişkiler kurmasına katkıda bulunmaktadır. Deney neticesinde elde edilen gruplandırma, yalnızca çocuğun duygu durumu ile ilgili olmayıp, çocuğun doğuştan gelen özelliklerinin yanında çevresel faktörlerden etkilenerek edindikleri karakter özellikleri de yakından ilişkilidir. Güvenli bağlanma türünün gözlemlendiği çocukların anneleri, çocuğun ağlamalarına tepkili, kolaylıkla onu mutlu edebilen ve de farklı ihtiyaçlarına uygun tepkiler verebilen anneler olup kararsız bağlanma türünün gözlemlendiği çocuk annelerinde ise genel olarak tutarsız tepkiler görülmektedir. Bu anneler duygusal olmayan, mesafeli ve çocuklarının gereksinimlerine tepki veremeyen tutumlar sergilerler. Annenin sergilediği tutuma göre çocukta gözlenen bağlanma tipi aradaki sebep sonuç ilişkilerini net bir şekilde ortaya koymamakta olup,

çocuğun mizacı üçüncü etmen olarak bağlanma tarzı üzerinde etkili olmaktadır (Tüzün ve Sayar, 2006).

### 1.3.2. Winnicott

Çocuklarla ve psikopatolojik olarak ağır hastalarla çalışan Winnicott'un çalışma ortamı onu "kendilik" ve "kendilik duygusunun gelişimi" ile ilgili araştırmalar yapmaya yöneltmiştir (Winnicott ve Donald, 1998).

Winnicott ve Bowlby'in anne-çocuk ilişkisi ve bu ilişkide yanlış gidebilecek durumlarla alakalı görüşleri birbirlerine yakın olup Winnicott, "çevreye tutunma" kavramının anne tarafından sağlandığını ve annenin gelişen çocuğun istek ve ihtiyaçlarına empati gösterebileceğini düşünmektedir. Çevreye tutunma olgusundaki esas sorumluluğu bağlanma ve korunma olarak görmekle birlikte, Bowlby'nin düşüncelerine zıt olarak Winnicott bu durumu varoluşsal terimlerle tanımlamaktadır. Buna ek olarak, çocukluk evresi psikopatolojilerden biri olan çalma davranışıyla ilgili olarak Winnicott ve Bowlby ifade şekilleri ve odak noktaları farklı olmak üzere birbirlerine oldukça benzer açıklamalar yapmışlardır (Tüzün ve Sayar, 2006).

Bowlby'e göre çalma davranışı sosyolojik bir fenomen olup, erken çocukluk döneminde aksamaya uğramış yaşantılarla ve anneye ayrılma sürecine olan hesaplaşmanın yansıma biçimidir. Winnicott'a göre ise, çalma davranışı sembolik bir açıklama yöntemi olup, çalınan nesne, kayıp anne sembolü olmakta ve annenin yokluğuyla meydana gelen duygu açlığı arasında bir köprü görevi görmektedir. Bu husustaki fark, Bowlby'in davranışı açıklamaya, Winnicott'ın ise davranışın anlamına yönelmesidir. Winnicott iyi anneyi, çocuğuna karşı empati kurabilen, çocuğun nesne sürekliliği bilgisinin seviyesini anlayabilen ve böylelikle, ayrı kalma süresini hesaplayabilen annedir (Winnicott ve Donald, 1998).

Winnicott'a göre, kendilik algısının esası olan tecrübeler başlangıç zamanı ve mekanı dağınık olan, henüz tamamlanmamış tecrübeler olup, kendiliğin tamamlanması ise, annenin çocuğu için yarattığı ortam koşullarına bağlı olarak, anne çocuk ilişkisinin

bünyesinde meydana gelir. Çocuğun zamanla tamamlanan bir algıya sahip olması ve kendilik duygusunu geliştirebilmesiyle, annenin ona sağladığı “kucaklayıcı ortam” a bağlıdır. Annenin çocukla alakalı tamamlanmış tasarımları sayesinde çocuk, git gide şahsi bütünlüğünü algılamaya başlamaktadır (Winnicott ve Donald, 1998).

Çocuk ile anne arasındaki iletişimin sağlandığı ilk dönemde tüm güçlülük duygusunun tamamı yerleştikten sonra, söz konusu farklı algılamamanın aşamalı olarak önlenmesi yöntemiyle, çocuk tüm güçlülük tecrübelerinden gerçeklik prensibine geçer. Bu hususta ihtiyaçlarıyla her şeyi meydana getiren koşullar kendisinden ziyade dış dünyanın zorlukları ve zorunlulukları olmaktadır. Söz konusu geçişi basite indirgeyen unsur ise, annenin yetersiz kalmasıdır. Bahsi geçen minimum seviyedeki yıpranmalar sayesinde çocuk dış dünya ve onun realitesinin farkına varmaktadır (Tüzün ve Sayar, 2006).

### **1.3.3. Bowlby**

Bağlanma teorisi İngiliz psikanalist ve psikiyatrist olan John Bowlby tarafından, erkek çocuklar ile annelerinin erken ayrılık süreçleriyle sonradan yaşanan suçluluk arasında pozitif ve güçlü bir ilişkinin mevcut olduğunu ortaya koyan yazısını yayınlamasından sonra 1950’de Dünya Sağlık Örgütü’nün Bowlby’den evsiz çocukların psikolojik durumlarını incelemesini istemesi üzerine, çocuk bakımı ve psikolojisi üzerinde araştırmalar yapmasıyla geliştirilmiştir. Nesne ilişkileri öğrencisi olan Bowlby, teoriyi oldukça inaksal bulmuş ve psikopatolojinin ilerlemesinde çevresel faktörlerin dikkate alınmadığını öne sürmüştür. Çocuk ve ergen suçluların hayatları üzerinde çalışmalarını yürütürken, bebeklik ve erken çocukluk evrelerinde annelerinden ayrı olduklarını fark etmiş ve ardından yürüttüğü araştırmalar neticesinde çocukların annelerini yalnızca beslenme gereksinimlerini karşıladıkları için sevdikleri teorisine karşı gelerek bağlanma teorisini ortaya koymuştur (Bowlby, 2012).

Bowlby, ilk makalelerinde (1951) iyi bir psikolojik gelişim için bebek ve erken çocukluk dönemlerindeki bireylerin anneleriyle içten, pozitif ve sürekli bir ilişki içerisinde olmaları gerektiğini ileri sürmektedir. Ona göre bağlanma davranışı güdülenme yoluyla gerçekleşip, esas amacı içgüdüsel gereksinimlerin giderilmesidir.

Bowlby' nin bağlanma teorisi nesne ilişkileri, psikodinamik yaklaşımlar ve neden bilimi üzerine kurulmuş bir kişilik gelişimi teorisi olup, esas olarak bağlanmayı bebeklik ve çocukluk evrelerini baz alarak açıklamaktadır. Bowlby söz konusu teoride nesne ilişkileri teorisiyle Darwin'e ait düşünceleri bir arada toplamıştır. Yakın ilişkiler kurma ve yakınlık isteme yönünde herkes için geçerli olan bir eğilimin mevcut olduğunu ve bunun bebeklik döneminden itibaren başlangıç ve gelişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bağlanma kavramını bebeğin annesine karşı beslediği, daha çok doğuştan gelen, biyolojik zarflarla yönlendirilen, sosyal ilişkilerin temelini oluşturan, gülme, ağlama, emme gibi davranışlarla ortaya çıkan ve ilerleyen yaşlarda kurulacak ilişkiler için temel hazırlayan bir ilişki olarak açıklanmıştır (Akt. Kesebir ve ark., 2011).

Bowlby'e göre, kişinin kurduğu ilk ilişki, anne veya bakımı sağlayan kişi, temel bakım veren başka bir bakıcıyla kurulmaktadır. Söz konusu ilişkinin, bebeğin gereksinimlerinin karşılanması, ona güvenli bir ortam sunulması, duygusal açıdan tatmin edilmesi gibi olumlu bir şekilde seyretmesi halinde, bebek bakımını sağlayan kişi ile kurduğu ilişki neticesinde kendini sevmeye ve kabul görmeye layık görerek önemli olduğunun farkına varacak ve eş zamanlı olarak karşısındaki bireyleri ve dünyayı, güzel ve güvenilir bir yer olarak algılayacaktır (Zerenoğlu, 2011).

#### **1.4. DÖRTLÜ BAĞLANMA MODELİ**

Horowitz ve Bartholomew (1991), Ainsworth ve arkadaşları (1978) tarafından çocuklar üzerinde yürüttükleri çalışmada ortaya koyulan, Hazan ve Shaver (1987)'in yetişkin bireylere uyarladıkları 3'lü bağlanma modelinin, dörtlü bağlanma biçiminde açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Horowitz ve Bartholomew, yetişkin bireylerin bağlanma şekillerinin, kişinin benliğini ve harici kişileri pozitif veya negatif yönlü olarak incelemesine dayalı olarak farklılık gösterdiğini öne sürmektedirler.

Kişinin şahsına ve diğer bireylere olumlu, kendine olumlu - başkalarına olumsuz, kendine olumsuz - başkalarına olumlu ve kendine olumsuz - başkalarına olumsuz olarak incelenmelerini kapsayan dört tip bağlanma şekli bulunmaktadır (Bartholomew ve Shaver, 1998).

**Tablo 1.1. Dörtlü Bağlanma Modeli**

	<b>Kendini Algılama</b>	<b>Diğerlerini Algılama</b>
<b>Güvenli</b>	Olumlu	Olumlu
<b>Saplantılı</b>	Olumsuz	Olumlu
<b>Kayıtsız</b>	Olumlu	Olumsuz
<b>Korkulu</b>	Olumsuz	Olumsuz

**Kaynak:**

Bartholomew ve Shaver, 1998

#### **1.4.1. Güvenli Bağlanma**

Güvenli bağlanma, kişinin kendisi üzerine olan algıları ile başkalarını algılama biçiminin olumlu olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Güvenli bağlanan kişiler yakın ilişkilerinde oldukça rahat olup kendilerini değerli görmektedirler. Güvenli bağlanma, diğer bireylerin genel olarak kabul edici ve pozitif tepki vereceğini umma, sevilme olasılığı ve değerli olma duygusunu ortaya koymaktadır (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

#### **1.4.2. Kayıtsız Bağlanma**

Kayıtsız bağlanma, kişinin kendini algılama şeklinin olumlu, başkalarını algılama şeklinin ise olumsuz olduğu durumlarda görülür. Kayıtsız bireyler beklentilerinin olumsuz olmasından kaynaklı olarak insanlarla yakın ilişkiler kurmak istemezler. Buna karşın yakın ilişkilerin değerini savunmacı bir biçimde yadsıyarak benlik duygusunu devam ettirirler (Bartholomew ve Shaver, 1998).

Bu bağlanma şekli, diğer bireylere olumsuz bir biçimde beslenen sevgi-değerlilik duygusu anlamına gelmektedir. Söz konusu bağlanma şeklindeki kişiler yakın ilişkiler kurmaktan uzak durarak, tek başına ve incitilemez bir tavır takınarak olası hayal kırıklıklarına karşı kendilerini korumaktadırlar (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

### **1.4.3. Saplantılı Bağlanma**

Saplantılı bağlanma, kişinin kendisini olumsuz, başkalarını ise olumlu olarak algılaması neticesinde görülen bağlanma türü olup, saplantılı bireyler başka insanların sevgisini ve güvenini kazanma hususunda korkulara sahiptirler (Bartholomew ve Shaver, 1998).

Saplantılı bağlanma, diğer bireylerin olumlu, bireyin kendisini ise değersiz olarak gördüğü bir bağlanma türüdür. Bahsi geçen bağlanma türünün gözlemlendiği bireyler yakın ilişkilerinde kendilerini değerli hissetmek ve kabul görmek için çaba sarf ederler (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

### **1.4.4. Korkulu Bağlanma**

Korkulu bağlanma, kişinin kendisi ve diğer bireylere olan algısının olumsuz olduğu durumlarda oluşan bağlanma türüdür. Korkulu bağlanma modelinin gözlemlendiği bireyler diğer insanlar tarafından kabul görme isteklerinin yüksek olmasından kaynaklı olarak saplantılı bireylere benzer özellik göstermelerine karşın korkulu bireyler, reddedilme ve kaybetme acısını önlemek için insanlarla yakın ilişkiler kurmaktan kaçınırlar (Bartholomew ve Shaver, 1998).

Korkulu bağlanma, kişinin diğer bireylerin güvenilmez ve onay vermeyen bireyler olacağı düşüncesiyle kendisinin sevgi göremeyeceğine dair düşünceleri ve değersiz hissetme duygusunu belirtmektedir. Bu bağlanma türü, diğer bireylerle yakın ilişkiler içerisine girmekten kaçarak, reddedilme riskine karşı kendilerini koruma çabalarını açıklamaktadır (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Bartholomew ve Horowitz (1991) güvenli ve kayıtsız bağlanmanın, benlik kavramı ile pozitif; korkulu ve saplantılı bağlanmanın ise negatif bir ilişki sergilediğini ortaya koymuşlardır. Buna ek olarak güvenli ve saplantılı bağlanma türlerinin sosyallik ile olan ilişkisi pozitif olarak gözlenirken; kayıtsız ve korkulu bağlanmada bu ilişki tipi negatif olarak ifade edilmektedir.



## 1.5. YETİŞKİNLERDE BAĞLANMA

Yetişkinlik evresinde bağlanma, bazı esas benzerliklere rağmen bebeklik evresi bağlanma biçiminden farklıdır. Bebek ve çocuklar kendilerini güvende hissetmek için fiziksel yakınlık ararken ilerleyen yaşlarda çocukluk, ergenlik ve buna bağlı olarak yetişkinlikte bağlanılan bireyin bağlanma betisi ile yakınlık kurabileceklerini bilmek kendini güvende hissetmesini sağlar (Hazan ve Shaver, 2000).

Bu duruma göre yetişkin birey gerektiği yerde fiziksel yakınlık gereksinimini giderebileceğinin bilincinde olup iki gelişim evresi arasındaki en önemli farklılık ise yetişkin bireyden farklı olarak bebeklik evresinde bakım sağlayan kişilere olan ihtiyaç, bakım verememe, güvenlik ihtiyacı ile bağlanma modeline sığınma fakat güven sağlayamamaktan dolayı meydana gelmektedir. Bu durumdan ayrı olarak yetişkinlik evresinde bağlanma ilişkileri arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Bu hususta her iki taraf da birbiri için gerekli olduğunda güvenlik gereksinimini karşılayabilecek birer bağlanma modeli oluşturmaktadır. Son olarak da aralarındaki diğer bir fark, çocukluk evresinde anne tarafından sergilemen rolün yerini yetişkinlik evresinde bir eşin sergilemesidir. Bu bir açıdan bebeklik ve yetişkinlik evrelerindeki bağlanma türünün benzer yönünü oluşturmaktadır. Buna ek olarak yetişkinlik evresinde eş ulaşılması mümkün ve güvenilir olduğunda birey için güvenli bir sığınak olma niteliği kazanarak çocukluk evresinde annenin sağladığı bu görev yetişkinlikte eşe devredilmiş olur. Bebeklik evresinde iletişim yalnızca anneyle kurulup bütün bağlanma görevleri anne üzerine yüklenirken çocuklu ve ardından ergenlik evreleriyle beraber güvenilir yer olma görevleri yaşlılara aktarılmaktadır. Yetişkinlik evresinde ise gereksinim olan tüm işlevler karşılıklı olarak yaşlılar arasında yerine getirilmektedir. Bu duruma göre bir yetişkinin bağlanma modeli haline gelmesi durumunda anne ve babaların görevleri yetişkine aktarılıp anne babalar bağlanma sistemine daha az dahil olurlar (Köroğlu, 2004).

Bu kuramlardan yola çıkarak Hazan ve Shaver, Ainsworth ve arkadaşlarının bebekler üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmalar neticesinde ortaya koydukları üçlü bağlanma

modelinden yararlanarak yetişkinlerin bağlanma modellerini tanımlamaya çalışmışlardır (Hazan ve Shaver 1987).

Yürütülen çalışmalar esnasında özellikle güdüsel işleyen modele dayanarak bebeklik evresinde zihinde oluşturulan profillerin yetişkinlik evresinde kurulan ilişkiler üzerinde etkisinin bulunduğu ve bireyin bağlanma tipini belirlediğini öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar bu düşünceyi baz alarak Ainsworth ve arkadaşlarının üçlü bağlanma modelini tanımlayan birer paragraf yazarak yetişkinlik evresiyle ilgili bir çalışma yürütmüşlerdir. Söz konusu çalışmada yetişkin bireylerin yazılan bu metinleri okuyup verilen üç paragraf arasında kendilerine en yakın gördükleri metni seçmelerini istemişler ve yapılan araştırma neticesinde bireylerin çocuk evrelerindeki bağlanma türlerinin yetişkinlik evresinde sahip oldukları bağlanma türü üzerinde etkileri olduğunu saptamışlardır. Aileyle güvenli bir bağ oluşturmanın altında anne ve babanın ulaşılabilirliği ve duyarlılığının mutlak kriter olduğunu, çocukluk evresinde güvenli bağlanma türüyle bağlanma davranışı sergileyen bireylerin ileriki dönemlerde eşleri ile ilişki kurmakta zorlanmadığı, karşısındaki insanla daha güvenli ve daha mutlu ilişkiler sergileyebildiği gözlemlenmiştir. Ayrıca güvensiz bağlanma türü ile bağlanma gerçekleştirmiş olan bireylerin terk edilme korkusu barındırdıkları ve bu yüzden insanlarla yakın ilişkiler kurmaktan kaçındıkları ve ilişkilerinde soğuk davranabildikleri görülmüştür (Hazan ve Shaver, 1987).

		BENLİK MODELİ	
		Düşük kaygı Pozitif	Yüksek kaygı Negatif
BAŞKALARI MODELİ	Düşük kaçınma Pozitif	GÜVENLİ	SAPLANTILI
	Yüksek kaçınma Negatif	KAÇINAN	KORKULU

**Şekil 1.1. Dört Kategori Modelinde Temel Boyutlar ve Kategorileri (Sümer 2006)**

Yürütöln ilk çalışmaların ardından yetişkinlik evresinde bağlanmayla alakalı olarak bir diğer çalışma, 1991’de Bartholomew ve Horowitz tarafından yürütölmüştür (Sümer ve Güngör, 1999). Buna ek olarak Brennan Clark ve Shaver (1998) benzer bir araştırma yürötmüşlerdir. Bahsi geçen çalışmacılar gerçekteştirilen araştırmalara ek olarak Bowlby’nin bağlanma modelinin kişinin kendisine ve diğer bireylere karşı güdüsel olarak işleyen tiplerini ve bununla ilgili bağlanma davranışının kaçınma ve kaygı türlerini göz önünde bulundurarak yeniden araştırmalar yürötmüşlerdir. Bu doğrultuda ise yetişkinlik evresinde yeni bir model olan “Dörtlü Bağlanma” modelini ortaya koymuşlardır. Dörtlü bağlanma modelinde iki temel boyut olan kaygı ve kaçınma boyutları üzerinden de tanımlamalar yapılmıştır. Bu model kişinin kendisine ve diğer bireylere karşı olan algıları baz alınarak olumlu ve olumsuz olmak üzere dört temel bağlanma türünde açıklanmıştır. Olumlu benlik modeli, yüksek özgüven, olumsuz benlik modeli ise düşük özgüveni ifade etmekte olup, olumlu diğerleri modeli pozitif yönlü beklenti ve inançları, olumsuz diğerleri modeli ise negatif yönlü beklenti ve inançları kapsayan tutum ve davranışları barındırmaktadır (Sümer ve Güngör 1999).

Güvenli bağlanma şekli kişinin kendisine ve başkalarına karşı olumlu algılar beslediği bağlanma türü iken, korkulu bağlanma şeklinde bunun tam tersi bir algı gözlenmektedir.

Saplantılı bağlanma şeklinde kişinin kendisine olumsuz başkalarına ise olumlu algılar beslediği gözlenmekte olup, kaçınan bağlanma şeklinde ise kişi kendisi üzerinde olumlu, başkaları üzerinde olumsuz algılar beslemektedir. Bartholomew ve arkadaşlarının çalışmalarını baz alan diğer araştırmalarda bağlanma boyutlarının daha açıklayıcı olacağı ön görülmüş ve Brennan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışma neticesinde yetişkin bağlanma davranışlarının ilişkinin özelliğine ve bireyin tavırlarına göre kaçınma ve kaygı olmak üzere iki boyutta tanımlanmıştır (Brennan, Clark ve Shaver 1998).

## 1.6. BAĞLANMA VE BOYUTLARININ ÖLÇÜMÜ

Yetişkin evrede bağlanma biçimlerinin değerlendirilmesiyle ilgili ilk araştırmalar 1980'li yıllarda başlamış olup bu araştırmaların baz aldığı nokta Ainsworth ve arkadaşlarının gözlemlerine bağlı olarak geliştirilen ve kişisel farklılıkların da dikkate alındığı bağlanma türleridir. Bu durumdan yola çıkarak hayatın tüm evrelerinde bağlanma biçiminin etkili olduğu fikrine bağlı olarak yetişkinlik evresinde bağlanmanın ne şekilde olduğunu değerlendirmek üzere iki temel ölçüm yönteminden yararlanılmıştır. İlk olarak Main ve arkadaşlarının öne sürdüğü Yetişkin Bağlanma Görüşmesi kullanılmıştır (Selçuk ve ark., 2005).

Buna ek olarak kullanılan ikinci ölçüm aracıysa sosyal psikologların geliştirdiği, öz-bildirim yöntemiyle bireylerin kendi doldurdukları ve Ainsworth ve arkadaşları tarafından açıklanan üç çeşit bağlanma şekline göre uyarlanmış üç ayrı paragrafın okutularak bireyin kendisine en uygun olanı seçmesine dayanan ölçüm yöntemidir (Sümer, 2006).

Yetişkin Bağlanma Görüşmesi bir buçuk saat sürmekte olup, Main ve arkadaşların bireylerin çocukluk evrelerindeki bağlanma türlerini yetişkin evre temsillerinde de kullandığı görüşünden hareketle Yetişkin Bağlanma Görüşmesi'nde bireylerden ebeveynleriyle aralarında olan çocukluk ilişkilerini betimlemeleri ve anne babanın tutumu ile ilgili yorum yapmaları istenmektedir. Bu durumdan yola çıkarak bireyin çocukluk evrelerinde oluşturduğu zihinsel profillerin yetişkinlik döneminde kurduğu

bağlanma biçimlerine etkisi araştırılmıştır. Yetişkin Bağlanma Görüşmesi, yapılan incelemeler neticesinde bireyin “güvenli özerk, kayıtsız- kaçınan ve saplantılı” ve bunlara 4. olarak eklenen “deorganize” olmak üzere 4 tip bağlanma türünü ortaya koymuştur (Çalışır 2009).

Yetişkin Bağlanma Görüşmesi tekniğinden yararlanılarak Sceery ve Kobak genç bireylerin benlik ve diğer insanlar zihinsel profillerini araştırdıkları diğer bir çalışmada ise güvenli bireylerin kendilerini stresten uzak ve başkalarını destekleyici, kayıtsız- kaçınan bağlanma tipinin gözlendiği bireylerin kendilerini stresten uzak fakat diğer insanları destekleme istekleri olmayan ve son olarak da saplantılı bağlanma tipinin gözlendiği bireyleri ise kendilerini stresli buldukları ve diğer insanları desteklemek istemedikleri saptanmıştır (Kobak ve Sceery 1988).

Yetişkin bağlanma şekillerinin değerlendirilmesinde Yabancı Durum Testi’ni baz alan ve 2. temel yöntem olan benlik bildirim yönteminde, ölçekler sosyal psikologlar tarafından kullanılarak yetişkinlik evresinde yaşlılara veya duygusal bağ içeren karşı cinse yönelik bağlanma biçimleri ölçülmektedir. Bu hususta araştırmacılar bağlanma teorisini yakın ilişkileri açıklamak üzere uygun bir tablo olarak görmektedirler (Sümer, 2006).

Ainsworth ve arkadaşlarının (1978) açıkladığı, güvenli, kaçınan ve saplantılı bağlanma türlerini kişinin duygusal bağ beslediği karşı cinse yönelik ilişkisinde de yansıttığını ileri sürerek, Hazan ve Shaver (1987) yetişkinlik evresinde bu hususların ölçülmesine ilişkin bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışma sonuçları incelendiğinde güvenli bağlanma türüne sahip yetişkin bireyler özgüveni yüksek, diyaloglarda girişken ve insan ilişkileri kurmaktan rahatsızlık duymayan bireyler olup güvensiz bağlanan, kaçınan ve kaygılı bireylerde bu duruma tam tersi bir durumla karşılaşmaktadır. Bu çalışmayı takiben yapılmış çalışmalardan diğeri ise ölçümlerde Bowlby’nin zihinsel profilleri baz alarak yaptığı kendilik ve diğer insanlar modelinden Bartholomew ve arkadaşlarının oluşturduğu ve Dörtlü Bağlanma Modeli temelli olan, bireylerin bağlanma türlerinin iki boyutlu düzlemde belirlenmiş bölgelerde açıklandığı çalışmadır (Sümer 2006). Bu duruma göre başkaları-benlik modelinin olumlu ya da olumsuz oluşuna göre dört ana

bağlanma modeli betimlenmiş ve bireyler bu ana boyutların kesişme noktalarından oluşan bağlanma türlerinden bir tanesine dahil edilmiştir. Bu bağlamda yürütülen diğer bir araştırma ise yakın ilişkilerde kullanılan bağlanmanın tipini belirleyen bir çalışma olup, örnek grubu olarak üniversite öğrencileri seçilmiş ve bireylere İlişki Ölçekleri Anketi, YBG ve Aile Bağlanma Görüşmesi ölçekleri uygulanmıştır (Bartholomew 1994).

Bu durum göz önüne alınarak, araştırma neticeleri önceden yapılmış olan ve yakın ilişkilerdeki bağlanma tiplerini belirleyen diğer çalışmalarla benzer şekilde olmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda da genel olarak bağlanma tipleri üzerinde durulmuş olup, yetişkin evrelerde gözlemlenen bağlanma türlerini belirlemek üzere kullanılan bağlanma ölçeklerinin bir arada toplandığı ve 323 maddelik etken incelemesinin yapıldığı bir çalışmada Shaver, Brennan ve Clark (1998) Yakın İlişkiler Yaşantılar Envanteri'ni (YİYE) ortaya koymuşlardır. Gerçekleştirilen etken incelemesi neticesinde yetişkin evrelerde bağlanma tutumlarının yakın ilişkilerde meydana gelen kaygı ve diğer bireylerle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınma olmak üzere iki boyuttan meydana geldiği saptanmıştır. Bu duruma göre kaygı düzeyi, yakın ilişkide terk edilmeye karşı meydana gelen duyarlılık neticesinde yaşanan bağlanma kaygısını, kaçınma boyutuysa diğer insanlarla karşılıklı yakınlık kurmaktan duyulan rahatsızlık neticesi meydana gelen huzursuzluğu açıklamaktadır (Sümer 2005).

Söz konusu ölçekte bu iki temel boyut 18'er maddeyle ölçülerek, söz konusu boyutlar küme incelemesi yapılarak bireylerin yerleştirildiği 4 bağlanma tipine göre meydana getirilmektedir. Gerçekleştirilen ölçümlerle önceki çalışmalardan elde edilen neticelerle beraber incelendiğinde kaygı seviyesiyle kendilik modelinin, kaçınma seviyesiyle de diğerleri modelinin alakalı olacağı ortaya koyulmaktadır (Brennan ve ark., 1998).

Waller, Fraley ve Brennan (2000) tarafından bağlanma değerlendirmelerinde yararlanılan ölçeklerin daha yüksek bir ölçüm duyarlılığına sahip olması için madde tepki teorisi kapsamında Yakın İlişkiler Yaşantılar Envanteri II meydana getirilmiştir. Yakın İlişkiler Yaşantılar Envanteri II, on sekiz kaygı, on sekiz kaçınma olmak üzere toplam otuz altı maddeden meydana gelmektedir. Söz konusu ölçeğin diğer toplum kültürlerinde de doğruluk ve geçerliliğini ölçmek üzere Sibley ve Liu (2004) Yeni

Zelanda'da, Sümer ve arkadaşları ise Türkiye'de çalışmışlar yürütmüşlerdir. Çalışmalar neticesinde kaygı ve kaçınma boyutlarının kültür farklılığı gözetmeden birbirine yakın sonuçlar verdiği tespit edilmiştir (Selçuk ve ark., 2005).

## 1.7. BAĞLANMA VE PSİKOPATALOJİ

Geçtiğimiz yıllarda, anne ve çocuk arasındaki ilişki konu alınarak yürütülen çalışmaların oldukça önemli bir kısmını bağlanma kuramının oluşturduğu görülmekte olup söz konusu duruma sebep veren en önemli olgu ise ebeveyn ve çocuk ilişkisi üzerine yapılan çalışmaların her iki nesil için de git gide önemli bir hal almasıdır. Bunun temelinde ise bağlanma kuramının çift yönlü bir süreç olması bulunmakta olup araştırmacıların çoğu anne ve çocuk arasındaki ilişkinin devamlılığının yaşamın ilerleyen dönemlerindeki bağlanmanın temelini oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bireyin hayatındaki en önemli bireylerin ebeveynleri olduğunu; ebeveyn ile kurulan pozitif iletişim ve ilişkinin genç ve erişkin psikolojisinde belirleyici rol oynadığı açıklanmıştır. Bowlby'nin yürüttüğü çalışmalardan başlayarak güvensiz bağlanma türü yaşamın sonraki evrelerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak görülmüşken, güvenli bağlanma olumlu süreçlerle bağdaştırılmıştır. Doğada normal olarak seyredilen bağlanma modeli güvenli bağlanma olup, güvensiz bağlanma türleri olan kaygılı/ikircikli bağlanma endişeli tutumlar ve depresif bozukluklara sebebiyet verirken, kaçınan bağlanma türünün gözlemlendiği bireylerde davranış bozukluğu ve diğer dışa vuruk patolojiler gözlemlenmektedir. Dağınık bağlanmanın ise dissosiyatif bozukluklarla yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (Nakash vd., 2000).

Hamilelik sürecinden sonra, annenin fetüsle ilgili meydana getirdiği tasarımın içeriği önem taşımaktadır. Doğum, anne ve bebeğin dokuz aylık birlikteliklerindeki ilk ayrılış olup doğumla beraber bebeğin anneye olan biyolojik gereksinimlerinin karşılandığı alışveriş evresi sona ermektedir. Doğum yapan kadın kendi ebeveynlerinden gördüğü davranış ve yakınlık derecesini bebeğiyle arasındaki ilişkisine ve bebeği ile eşinin ilişkisine verdiği desteğe de etki etmektedir. Doğum sonrası depresyon annenin bağlanma biçimiyle yakından ilişkili bir durum olup benzer bir şekilde bebeğin bağlanma süreci de annenin duygu durumuna bağlıdır. Yapılan çalışmalarda belirtildiği

üzere kültürel farklılıklar önemsiz olup, doğum sonrasında gözlenen depresyon annenin çocukluktan gelen güvensiz bağlanma türüyle ilgili olup doğum sonrası depresyonu, annenin, çocuğun ve ailenin bir takım zorluklarla karşılaşmasının yanında anne ve çocuk arasındaki ilişki üzerinde negatif yönlü etkilere yol açabilmektedir. Ayrıca doğum sonrası depresyon, çocuğun güvensiz bağlanma türü anneye bağlanmasına sebep vererek tedavi edilmemesi halinde çocuğun gelişimini olumsuz bir şekilde etkilediği görülmektedir (McMahon vd., 2005).

Tepkisel bağlanma bozukluğu, tanımı yapılmış olan ilk bağlanma bozukluğu olup 5 yaşından küçük çocuklarda görülmektedir. Bu tanının ketlenmemiş türünde çocuğun belirlenmiş bağlanma nesnesi bulunmamasına karşın, sosyal ilişkilerde herhangi bir sorun gözlenmemektedir. Ketlenmiş türde ise etkileşim türlerinde birey, bir takım zorluklarla karşılaşmaktadır. Bakım sağlayan kişinin uygun olmayan ve tutarsız bağlanma davranışları sergilemesi veya bakım sağlayan kişinin kısa süreli aralıklarla değişmesi böyle bir bozukluğa neden olabilmektedir. İlerleyen yaş gruplarında gözlenen seperasyon anksiyöz/ikircikli bağlanma türünün, klinik tanım sınırı aşan bir türü gibi olup, söz konusu bağlanma türünün gözlendiği bireyler, bağlanılan kişiden uzak kaldığında, huzursuz ve endişeli, tekrar kavuşma anında da öfkeli ve bakım sağlayan kişiyi bırakmayan bu çocuklar, okul dönemlerinde zaruri ayrılık halinde ayrılık anksiyetesi geliştirme riski taşırlar (Nakash vd., 2000).

Bowlby'nin araştırmalarından yola çıkarak, güvenli bağlanma şekli psikolojik sağlığı destekleyici ve olumlu ilişkiler ile örtüşürken; güvensiz bağlanma, yaşamın ilerleyen evrelerinde psikopatolojilerin belirleyicisi olarak görülmektedir. Doğada kendiliğinden meydana gelen ve normal olan bağlanma biçimi güvenli bağlanma olup, güvensiz bağlanma türleri olan kaygılı, kararsız bağlanma, endişeli ve depresif ruh haline sebep olurken; kaçınan bağlanma, dışa vuruş patolojileri ve davranış bozukluklarıyla özdeşleştirilmiştir. Dağınık bağlanma durumunda, genel olarak dissosiyatif bozukluklar görülmektedir.

Güvensiz bağlanma biçiminin psikopatoloji ile bağıntılı olduğunu ileri süren Bowlby'nin modeline göre, bebek ve bakımını sağlayan kişi ile kurulan bağlanma



bağlanma tipi, ilerleyen yaşlarda çocuğun kendisine ve diğer insanlara karşı olan algısını etkileyen ana gelişimsel etkendir (Kaya, 2010).

Bağlanma kuramının esas bireyler arası yansıması, bağlı iletişim olarak bilinen anne ile çocuk arasında gözlenen karşılıklı ilişkidir. İlerleyen yaşlarda şizoid, borderline ve narsisist kişilik bozukluklarında gözlemlenen psikopatolojinin, söz konusu esas bağlanmadaki iletişim kopukluk ve aksamalarından ileri gelebilmektedir (Masterson, 2008).

Bazı psikolojik rahatsızlıkların güvenli olmayan bağlanma türüyle olan ilişkileri yapılan farklı çalışmalarda ortaya konmuş olup, Fonagy ve arkadaşları (1996), güvensiz bağlanma türlerinin ergen ve yetişkin bireyde kişilik bozukluklarına sebebiyet verdiği, kaygılı bağlanma biçiminin içe vuruk, kaçınan bağlanma türünün ise içe ve dışa vuruk bozuklukların bir karışımı olduğunu ortaya koymuştur (Kesebir ve ark, 2012).

Bowlby (1998), majör depresyon ve bağlanma arasındaki ilişkiyi, iki ihtimali göz önünde bulundurarak olgusal hale getirmiş olup, bunlardan birincisi anne profilinin travmatik sonuçlara sebebiyet verebilecek kaybının majör depresyona belirtilerinin gözlenmesinde etkili olabileceği savunulup, ayrıca bebeğin anne profili ile güvenli bir bağlanma türü sergileyememesi veya bakımını sağlayan kişinin bebeği reddetmesinin bir sonucu olarak kendini değersiz ve sevilmez; başka insanları ise ulaşılamaz olarak algıladığı olumsuz güdüsel profillerin meydana gelmesi, öfke, kendini değersiz ve yetersiz görme gibi duygulara sebebiyet vererek majör depresyon oluşumuna sebebiyet vermektedir (Akt. Çalışır, 2009).

Yaşam evresinin ilk dönemlerinde meydana gelen bazı atipik bağlanma niteliklerinin kendisi, bir anormali veya psikopatoloji belirtisi olarak incelenmekte olup, bu hususta ilk sınıfta çocukluk evresi yaygın olarak gözlemlenen gelişim bozukluklarından biri olan “Tepkisel Bağlanma Bozukluğu”, çocuğun belirli bir nesneye bağlanmaması, çocuğun bakım aşamasında belirgin aksamalar gözlenmesi veya çocukluk evresinde bağlanılan nesneyle beklenmedik bir şekilde ayrılık veya kayıp yaşanması neticesinde oluşmaktadır (Balcı, 2011).

İkinci sınıfta ise güvensiz bağlanma biçimlerinin psikopatolojik gelişim süreçlerinde risk teşkil etmesi yer almaktadır. Güvensiz bağlanma, psikopatolojiye birçok açıdan katkı sağlayan, son derece önem taşıyan fakat özgül olmayan bir risk faktörü olup çocukluk evresi istismarı, bağların kopuşuyla neticelenmektedir. Bu nedenden dolayı bağlanma kuramcılarının çoğu, istismarın yetişkinlik evresinde meydana gelebilecek psikopatolojiler bakımından oluşturacağı riskler ve uzun dönem neticelerinin bağlanma kuramı temelinde anlaşılabilceğini ortaya koymuşlardır. Ülkemizde beş yüz altmış altı üniversite öğrencisi ile yürütölmüş olan bir araştırmada, fiziksel, cinsel, duygusal istismarlar ile bağlanma biçimleri, suçluluk ve utanç arasındaki ilişki incelenerek tüm istismar türleriyle saplantılı bağlanma tipi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, diğer bağlanma tipleriyle istismar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir ( Deniz, 2006).

Kesebir ve arkadaşları (2011), Warren ve arkadaşlarının (1997) yürüttüğü bir çalışmada, kaygılı bağlanma türünün göröldüğü küçük çocukların, çocukluk evresi ve ergenlik dönemi süresince endişe bozukluğu ortaya çıkması bakımından büyük risk taşıdıklarını belirlemişlerdir.

Collins ve arkadaşları (2002) ise yürüttükleri bir başka çalışmada, ergenlik çağında gözlemlenen güvensiz bağlanma biçiminin, yetişkin evredeki olumsuz ilişkiler açısından bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Bağlanma, sevgi ilişkilerinin ve yakınlık kurabilme özelliklerinin gelişimini belirlemede özellik taşıyan bir süreç olup çocuğun, ergenin ya da yetişkinin duygusal yakınlık kurma davranışı, erken bağlanma örüntülerinin izlerini taşımaktadır.

Konuyla ilgili olarak yürütölen ilk çalışmalarda, psikiyatrik bozukluğu olan olgular sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve duygusuz bakım sağlama biçimindeki anne baba yaklaşımını daha çok sergiledikleri saptanmıştır. Yaşları ortalama 15 olan ergen bireylerde duygusuz kontrolü olan ebeveyn davranışının öz kıyım düşünceleri için risk etmeni olduğu, bireyin kendine zarar veren davranışı 3 kat, depresyonu 5 kat arttırdığı ortaya konmuştur. İleriyi hedef edinen bir çalışmada, kaygılı bağlanma türünün gözlendiği küçük çocukların çocukluk ve ergenlik evresi süresince endişe bozukluğu gözlenmesi bakımından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir. Başka bir ileriye

yönelik yapılan çalışmada, ergenlik çağında gözlemlenen güvensiz bağlanmanın, erişkin dönemdeki olumsuz ilişkiler bakımından bir risk teşkil ettiği ortaya konmuştur. Bağlanma sevgi ilişkilerinin ve yakınlık kurabilme niteliklerinin gelişimini belirlemede önemli bir süreç olup örnek olarak kaçınan bağlanma türünün gözlemlendiği çocuklar başkaları tarafından reddedileceklerini düşündükleri için, diğer bireyleri iterek kendilerinden uzaklaştırabilirler ve bu ilişki türleri bekledikleri reddedilmeye sebebiyet verebilir. Bu bağlamda çocuğun, ergenin ya da yetişkin bireyin duygusal yakınlık kurma davranışı, erken bağlanma örüntülerinin izlerini taşımaktadır (Martin ve Waite, 1994).

Uzunlamasına yapılmış olan çalışmalar, bağlanma türlerinin rölatif olarak sabit kaldığını ve erken evrede güvenli bağlanmanın gözlenmiş olmasının, gelişim evrelerinde psikolojik sağlığı olumlu etkilediği belirlenmiştir. Bağlanma perspektifi ile uyumlu olarak, bağlanma türlerinin çocukluk evresinden yetişkinliğe kadar sürekliliğinde anne ve babalık türleri ve tutumları diğer partnerlerle kurulan ilişkilere yansımaktadır. Balcı (2011)'ya göre, travmatik duruma neden olan kişi anne ya da babadan bir tanesi olduğunda, çocukluk dönemi istismarı çocuğun bağlanmasını etkilemesinin yanında çocuğun güvenli bağlanma geliştirmiş olması da çocukluk çağı istismarına karşı tampon sağlayabilmektedir.

Bowlby, güvenli bağlanma hissinin bozulmasının diğer davranış sistemlerinin etkinliklerinin de aksamasına sebebiyet verdiğini belirtmektedir. Güvensiz bireyler veya belli bir dönem güvensizlikten zarar gören bireyler, stres yaratan durumla gerçek veya zihinsel bir uğraşı içinde takılırlar. Bu sebeple, dikkatlerini yalnızca güvenliklerini garanti altına alıp, rahatladıkları zaman bakış açılarını farklılaştırmaya ve yeni kabiliyetler kazanmaya başlayabilirler (Çalışır, 2009).

## **1.8. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR**

Collins (1996), sosyal algılamada bağlanma türü farklılıkları üzerine yürüttüğü iki çalışmasından ilkinde, katılımcılar her bir olaya tepki olarak nasıl davranmak istediklerini ve hissettiklerini ifade etmiş ve varsayılan ilişkiler için açık uçlu açıklamalarını yazmışlardır. Araştırmada güvenli katılımcılarla kıyaslanan saplantılı

katılımcılar olayları daha olumsuz yollarla ifade etmiş; aynı anda, daha duygusal çöküntü ve çelişkiye yöneltmesi muhtemel davranışlar göstermişlerdir. Bu analizin neticesinde ifade örnekleri ve duygusal çöküntünün bağlanma türü farklılığı üzerinde etkisi olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalardan ikincisi ise birinci çalışmadan hareketle gerçekleştirilmiş ve her bir sonucu öngören ilişki kalitesi ve bağlanma türünün önemi sınanmıştır. Araştırma sonuçları genellikle, her iki değişkenin de açıklamalarının anlamlı olduğunu, ancak yalnızca bağlanma türünün duygusal tepkileri ortaya koyduğunu kanıtlamıştır.

Trinke ve Bartholomew (1997), yürüttükleri çalışma neticesinde, duygusal ilişkisi olan ergen bireylerin bağlanma figürü olarak ilk sıraya duygusal bağ paylaştıkları kişiyi koyduklarını, bu bireyden sonra sırasıyla annelerini, babalarını, kardeşlerini ve en iyi arkadaşlarını seçtiklerini ortaya koymuşlardır. Duygusal bir ilişkiye sahip olmayan ergen bireylerdeyse önce anneleri, daha sonra sırasıyla babaları, kardeşleri ve en iyi arkadaşları öncelik olmaktadır. Ayrıca araştırmacılar, yaş farkının bu sıralamayı değiştirmedigini de tespit etmişlerdir.

Lopez ve diğerleri (2000), araştırmaları neticesinde güvenli bağlanma biçimine sahip yetişkinlerin, kaçınan bağlanma türüne sahip yetişkin bireylere göre ilişkilerinde daha yüksek yakınlık ve memnuniyet sergilediklerini ve buna ek olarak, kararsız bağlanma türüne sahip yetişkin bireylerde daha olumlu ve istikrarlı duygu seviyeleri ortaya koyduklarını belirlemişlerdir.

Woodhouse ve diğerleri (2003), yaptıkları çalışmayla, danışan bağlanmasıyla danışanın anne babalarına bağladıkları değerleri içeren anıları arasında olduğu kadar, danışanın terapistle bağlanma ve bilinçaltı duyguların yöneltildiği terapist algıları arasındaki ilişkileri de incelemişlerdir. Yapılan çalışmada katılımcılar elli bir danışan ve terapist çiftinden oluşmakta olup gerçekleştirilen bir terapi seansından sonra danışanlar, terapistlerine bağlanmalarının bir ölçeğini ve çocukluklarında ebeveynlerine bağladıkları değerlerin bir ölçeğini tamamlamışlardır. Terapistlerin, danışanın duygularını yöneltmesinin olumlu ve olumsuz düzeyleri ve miktarını inceledikleri

araştırma neticelerine göre; güvenli ve saplantılı bağlanma, olumsuz duygu yöneltme ve yöneltmenin miktarıyla olumlu bir şekilde ilişkili bulunmuştur.

Damarlı (2006)'nın, ergen bireylerde bağlanma türleri, toplumsal cinsiyet rolleri ve kendilik kavramı arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmasından elde edilen veriler neticesinde toplumsal cinsiyet rolü, bağlanma stilleri ve kendilik kavramı arasında anlamlı korelasyonlar olduğu belirlenmiştir.

Sabuncuoğlu ve Berkem (2006), yetişkinlerde bağlanma ve doğum sonrası depresyon belirtilerini inceledikleri araştırmalarında, İstanbul'da yerel sağlık birimlerine başvuran doğum sonrası 2-18 ay arası dönemdeki 80 anne üzerinde çalışmışlardır. Analiz yöntemi olarak Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanan bir bilgi formunun kullanıldığı çalışma sonuçlarına göre, Elde edilen sonuçlara göre örneklemin % 30'u depresyon belirtisi göstermiştir. Doğum sonrası depresyon belirtilerinin güvenli olmayan bağlanma modeliyle bağlantılı olarak gözlemlendiği tespit edilmiştir. Güvensiz bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon arasında batılı örneklemlerde gösterilen ilişki, Türk annelerde de desteklenmiştir. Araştırma neticesinde kültürel farkların göz ardı edilerek doğum sonrası depresyonun erken tanı ve tedavisinde annenin bağlanma türünü iyi belirlemek gerektiği ortaya konmuştur.

Şen (2007), anne çocuk bağlanma biçimlerini anneanneyi de bu hususta dahil ederek üç kuşakta incelenmiştir. Yapılan bu araştırmayla, Türk kültüründeki güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma biçimlerini tespit etmeye ve 1-4 aylık bebeği olan annelerin ve onların annelerinin bağlanma türleri ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi saptayarak bağlanmanın kuşaklar arasındaki geçişini ve bunun maternal bağlanma üzerine etkisini belirlemeye çalışmıştır. Yürütülen çalışmada 1-4 ay arası sağlıklı bebeği olan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 140 anne üzerinde çalışılıp araştırmanın ikinci aşamasında, 1-4 ay arası sağlıklı bebeği olan annelerin anneleri ile ev ziyareti yapılarak araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan anneanneler araştırma kapsamına alınmıştır. Veri toplama yöntemi olarak, "Anne-Bebek Tanıtım Formu", anneannelerin "Anneanne

Tanıtm Formu”, “Maternal Bağlanma Ölçeği”, “Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri” kullanılarak, annelerin kaygı ve kaçınma bağlanma türleriyle maternal bağlanmaları arasında negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Annelerin kaygı ve kaçınma bağlanma türleri ile anneannelerin kaygı ve kaçınma bağlanma türleri arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğunun belirlendiği çalışma neticesinde, bağlanma türlerinin nesilden nesile aktarıldığı ortaya konmuştur.

Alantar ve Maner (2008), anne ve bebek ilişkisini ve bu ilişkinin özellikle bebek üzerindeki etkisini inceleyen araştırmaları neticesinde aksamalı ve bozuk bir şekilde gerçekleşen ilk iletişimlerin, yeme davranışında bozukluğa neden olduğunu ortaya koymaktadır. Yeme bozukluğunda yiyecek, anne-babanın sevgisinin yerini aldığı hastanın ön düzenlemenin, miktarını ve niteliğini ayarlamının kontrolünü eline aldığı gözlemlenmiştir. Yeme bozukluklarında biyolojik yatkınlık, aile dinamikleri, gelişimsel ve sosyo-kültürel etkenler gibi risk etkenleri yeme bozukluğu gözlenecek bireyleri belirlemede yol gösterici olsa da wöz konusu hastalıkların altında yatan gerçek nedeni açıklayamadığı görülmüştür. Güvenli olmayan biçimde bağlanan bireylerde olduğu gibi yeme bozukluğu hastalarında da düşük benlik saygısı, yetersizlik ve işe yaramazlık duyguları saptanarak, çok fazla ölümü düşünmenin de yeme bozukluğu belirtileri göstermesinde önemli etkileri olduğu görülmektedir. Kilo alma korkusu ve gizlenmiş anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza belirtileri hastaların ölüm korkusunu uzaklaştırdığı tespit edilmiştir.

Brown ve arkadaşları (2008), algılanan ebeveyn yetiştirme davranışları, bağlanma şekli ile anksiyöz çocuklardaki endişe arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında, Primer anksiyete bozukluğu olan 7-18 yaş arasındaki 64 çocuk ve ergene EMBU-C ve PSWQ-C ölçeklerini uygulamışlardır. Araştırma sonuçlarına göre anne ve babaları tarafından reddedilen çocuk aynı oranda endişeli davranışlar ve anksiyete bozuklukları sergilemişlerdir. Anksiyetenin kaçınmalı bağlanma türünün gözlemlendiği çocuklarda, güvenli bağlanan çocuklara göre çok daha fazla seviyede olduğu saptanmıştır.

Akkoca (2009), doğum sonrası anne ve bebek bağlanması üzerinde etkili olan faktörleri incelediği araştırmasında, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

servisinde doğum yapmış olan 17-45 yaş arası yüz anneyi seçmiş; araştırma yöntemleri olarak SCID-I, SCID-II, doğum sonrası bağlanma ölçeği ve çift uyum ölçeklerinden yararlanmıştır. Annede mastit ve bebekte aşırı kolit olması gibi fiziksel sorunlar haricinde, anne yaşının küçük olması, düşük ekonomik durumun, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, annede önceki ve hali hazırda ruhsal hastalık tanısı, B kümesi kişilik özellikleri ve evlilik uyumunun bozuk olmasının anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır. Araştırma neticeleri bağlanma bozukluğunun birden fazla etkenle ilişkili olduğunu ve annelerin doğumdan hemen sonraki bebeğiyle ilgili duygularının süreç içerisinde değişebildiğini göstermiştir.

Aydoğdu (2010), kişilerin psikolojik dayanıklılık seviyelerini tespit etmek ve psikolojik dayanıklılık seviyelerine başa çıkma ve bağlanma biçimlerinin etkisini incelediği çalışmada, Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesinin çeşitli bölümlerine devam eden iki yüz kırk altı kadın, yüz erkek; toplam üç yüz kırk altı öğrenciyi örnekleme almıştır. Veri toplama yöntemi olarak Kişisel Bilgi Formu, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, İlişki Ölçekleri Anketi ve Başa Çıkma Biçimleri Ölçeği Kısa Formu ölçeklerinden yararlanılan araştırma neticesinde, üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık seviyeleri ile başa çıkma ve bağlanma türleri arasında kayda değer bir ilişki saptanmıştır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. DOĞUM SONRASI (POSTPARTUM) DEPRESYON

#### 2.1. GEBELİK-DOĞUM VE RUH SAĞLIĞI

Bir kadının rahminde fetüsün (ilk 8 hafta embryo) döllenişine gebelik adı verilmektedir. Fizyolojik bir olay olan normal gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar herhangi bir rahatsızlığın ya da komplikasyonun olmadığı, yaklaşık 280 gün sonrasında canlı bir fetüsün doğumu ile sonuçlanmaktadır. 40 hafta devam eden bir süreç olan gebelik her birisi yaklaşık üç ay olan toplam üç ayrı bölüme ayrılmaktadır. Gebelikte trimester adındaki bu bölümlerden her biri bir dönüm noktasını oluşturmaktadır. Fetüs bakımından incelendiğinde, ilk üç aylık dönemde daha çok hücreler çoğalmakta ve organlar oluşmaktadır, sonraki üç aylık dönemlerdeyse oluşan bu organlar gelişmektedir. Doğal bir olay olmasına karşın anne organizmasında gebeliğin meydana getirdiği ciddi anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler söz konusudur. Bu değişiklikler fertilizasyonun ardından başlayıp gebelik süresince devam etmekte olup, oluşum amacı annenin ve fetüsün sağlığının en iyi biçimde sürdürülmesi, metabolik ihtiyaçlarının karşılanması ve doğum eyleminde gereken anatomik değişikliklerin sağlanmasıdır (Fenkçi, 2004).

Kadınlar açısından doğal bir yaşam krizi olan gebeliğin fizyolojik bir olay olmasına karşın kadınların gebeliğe karşı gösterdikleri davranışlar, kendi ruh yapısına, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına uygun şekilde olmaktadır. Kadın gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü bu dönem içinde benimsemelidir. Kadının görev ve sorumluluk anlayışı, inanç ve tutumları, ilişkileri ve davranışlarından bu benimseme etkilenmektedir. Kadının yaşamında bedensel, ruhsal ve sosyal değişimler yaşamakta olduğu bir süreç olan ve kısa sayılmayan gebelik döneminde kadın vücudu bu değişimlere uyum sağlama çabasıdadır. Gebe kadının ruhsal dalgalanmalar yaşamaması bir yandan uyum çabalarından, bir yandan yeni bir bebeğe sahip olmanın verdiği heyecan ve sorumluluk duygusundan kaynaklanmaktadır. Gebelik sürecinin kadının ruhsal durumundan ve yaşantısından etkilenmesinin yanında; kadının ruhsal ve



duygusal yaşantısı üzerinde gebeliğin kendisinin de önemli yansımaları bulunmaktadır. Önemli biyolojik, fizyolojik ve psiko-sosyal değişikliklere gebelik sırasında rastlanmakta olup evlilik, aile ve toplumsal rollerde gerçekleşen hızlı değişime uyum sağlanmalıdır (Kuğu ve Akyüz, 2001)

Gebelik karşısında kadının tutumuna, aile ve iş durumu, eş ile olan ilişkisi, gebelikte meydana gelebilecek yeni güçlük ve gereksinimler etki etmektedir. Gebelik sürecinde vücutta meydana gelen hormonal değişiklikler de kadında büyük ruhsal değişikliğe sebep olmaktadır. Gebeliğin bir neşe, doyum, olgunluk ve mutluluk kaynağı şeklinde yaşanabilmesin yanı sıra; endişe, kaygılı bekleyiş ve psikolojik açıdan baskı artışının sebebi olabilecek bir duruma dönüşmesi de söz konusudur. Gebelikte değişik zamanlarda gebe kadının; belirsizlik, kendini beğenmeme, pasiflik, içe dönüklük, bağımlılık, korku ve anksiyete şeklinde emosyonel reaksiyonlarına rastlanabilmektedir. Aşağıda belirtilmiş olan alanların etkileşimlerinin içerisinde gebelik ve doğum sırasındaki ruhsal-davranışsal-duygusal değişikliklerinin değerlendirilmesi gereklidir (Yılmaz, 2013: 9):

- Endokrin-hormonal değişiklikler
- Vücut değişiklikleri ve algılanması
- Gebelik ile ilişkili bilinçli ya da farkına varılmayan duygu, düşünce, tutum, istekler ve çatışmalar
- Anne olma konusunda ruhsal yapı ve kişilik organizasyon

Gebe kadınların büyük çoğunluğunca gebelik sırasında oluşan oldukça ciddi biyolojik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere karşın bu süreç iyi tolere edilmekte, ancak istenmeyen evlilik ve gebelik hallerinde, genç annelerde, sosyal destek yoksunluğunda ve geçmişte psikiyatrik bozukluğu bulunan kadınlar uyumda zorlanmaktadır. Gebelik sırasında görülen uyum sorunları çoğunlukla gebelik ile bağlantılı olmayan dış streslerle ve zorluklarla da artabilmekte, mevcut psikiyatrik semptomlarda gebelik döneminde alevlenme yaşanabilmekteyken, psikiyatrik semptomların ilk kez gebelik esnasında ortaya çıkması da mümkün olmaktadır. Bunun için, kadınların depresyon, anksiyete bozukluğu benzeri psikiyatrik hastalıklara yatkınlıkları gebelik ve annelik sürecinde artabilmektedir. Fizyolojik ve psikolojik bakımdan genel olarak ikinci trimesterin daha

rahat geçtiği, ilk trimesterde istenmeyen gebeliklerin, üçüncü trimesterde doğumla ve fetüsün normalliği ile alakalı korkuların anksiyete ve depresyon ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001).

Duygu durum değişikliklerinin yanında gebelikte, bulantı-kusma benzeri birçok fizyolojik değişikliklerle de karşılaşmaktadır. İştah değişiklikleri, mide bulantıları, duygu-mizaç değişikliklerinin şiddeti ve gidişatını gebenin ruhsal durumunun ve gebeliğe hazırlığının etkilemesi muhtemeldir. Gebelik başladıktan sonra görülen bitkinlik, bulantı ve kusmaların aşırı olmasının, psikolojik kökenli bir durum olduğu düşünülebilir fakat aşırılık ile alakalı düzey konusunda uzlaşmamıştır. Bunun yanında biyolojik ve psikolojik faktörlerin nasıl bir etkileşimde oldukları bilinmemektedir (Tan ve ark., 2010).

Tüm gebelikler % 50,0-% 80,0 oranında bulantı ve kusmadan etkilenmekteyken, tüm gebeliklerde % 0,3-% 2,0 oranında şiddetli formu olan hiperemesis gravidarum görülmektedir. Şiddetini ise psikososyal faktörlerin de etkileyebileceğine vurgu yapılmaktadır. İmmatür, abartılı duygusallık ve ilgi çekmeyle alakalı kişilik özellikleri (histriyonik kişilik) ve eşleriyle yaş ve kültür farklılıklarına bu gebelerde sık sık rastlanmaktadır (Simpson ve ark., 2001).

McCarty ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada hiperemesis gravidarumu bulunan gebelerde, gebeliğe adaptasyonun daha zayıf, yüksek stres-anksiyete ve depresyon skorları olduğu belirlenmiştir. Benzer biçimde, King ve ark. (2010) tarafından 120 gebeyle yürütülen çalışmada, hiperemesis gravidarumu bulunan gebelerde depresyon skorunun kontrol grubuna göre belirgin derecede yüksek bulunduğu ulaşılmıştır.

Gebelikte meydana gelebilecek komplikasyonlar ve riskli gebeliğe sebebiyet verebilecek tıbbi sorunlar (preeklampsi, hipertansiyon, erken doğum tehdidi, diyabet, intrauterin büyüme geriliği, poli/ oligohidroamnios vb.), ciddi zorlamalar ve psikiyatrik semptomlarla sonuçlanabilecektir. Herhangi bir tıbbi sorunu olmayan gebe kadınlara nazaran, diyabet, hipertansiyon, gibi tıbbi sorunlara sahip olan gebe kadınlarda ve erken doğum tehdidi, preeklampsi, intrauterin büyüme geriliği, poli/oligohidroamnios gibi

obstetrik riskli durumlar ile karşı karşıya olan gebe kadınlarda daha fazla psikopatoloji saptanmıştır. Gebelerin riskli gebelik karşısında tepkileri, savunma düzenekleri, kişilik yapıları, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı şekilde değişmektedir. Genel olarak, anne olabilme yönünde bu durum güven sarsıcı olmaktadır ve benlik saygısını azaltmaktadır. Korkuların, sıkıntının, kendini suçlama eğilimlerinin, kızgınlığın, depresif yaşantıların ve regresif davranışların gelişmesi muhtemeldir. Kaygının artmasıyla umutsuzluk ve çaresizlik duygularının ortaya çıkmasına çocuğun risk altında olabileceği olasılığı sebep oluşturabilmektedir. Gebenin kendine bakması ve doğum için gereken uyum ve önlemleri uygulaması zorlaşmaktadır (Tan ve ark., 2010).

Benute ve ark. (2010) tarafından tıbbi hastalığa sahip 326 gebenin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, depresyon riskinde artış bulunduğu, ayrıca bu kadınların, gebelik depresyonu bakımından gebeliklerinde taranmaları gerektiği belirtilmiştir. King ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışma, tıbbi hastalığı bulunmayan gebelere nazaran herhangi bir medikal hastalığı bulunan gebelerin anksiyete ve depresyon skorunun yüksek olduğunu göstermiştir. Depresyon skoru tıbbi hastalığı bulunan gebelerin, % 26,7 kadarında kesim noktasının üzerinde iken, sağlıklı gebelerinse sadece % 6,7 kadarında bu değerin üstünde olduğu görülmüştür.

Kadının içsel duygu durumunun doğrudan etkilendiği, eşin, kadının/erkeğin anne-babasının, aileyi etkilemekte olan diğer kişilerin tutumu ve içerisinde yaşadığı psiko-sosyal çevrenin gebelikte oldukça önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Gebelikte psikiyatrik hastalıkların artmasına; evlilikte yaşanan sorunlar, olumsuz yaşam deneyimleri, sosyal desteğin zayıf olması, partner yokluğu, aile içi huzursuzluk ve şiddetin sebep olduğu belirtilmektedir (Xie ve ark, 2009).

Evlilik ilişkisinde kadının gebeliğiyle yeni değişiklikler gündeme gelmekte ve baba adayı belli görevlerle yüklenmektedir. Kadının cesaretlendirilmesinde, onun gebeliğe uyumunun arttırılmasında ve yaşadığı ruhsal karmaşanın azaltılmasında erkeğin çeşitli zorlanmalar ile başarılı bir biçimde mücadelesi, destek, güven ve yakın ilgisinin önemi büyüktür. Gebelik ve doğumun ilişkilerini derinleştirmesi ve ebeveyn rolüne beraber hazırlanmaları bakımından eşinin, kadının gebeliğinin başı itibariyle takibinde ve

doğumda birlikte olmasının katkısı büyük olacak, kadın daha kolay şekilde bu zorlu sürecin üstesinden gelebilecektir. Kısacası ebeveynlik, insan yaşamında yeni bir evre olmakta ve kadınlar açısından stres yaratmaktadır. Gebelikte her şeyin yolunda olmaması olasılığıyla beraber olan anksiyeteye bu stresin birleşmesi, kadınlar açısından ağır bir yüke dönüşebilmekte ve depresyon başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıkların gebelik sürecinde meydana gelmesine sebep oluşturabilmektedir (Yılmaz, 2013: 13).

### **2.1.1. Gebelik Psikolojisi**

Kadınlar hamilelik başlangıcı itibariyle, hamilelik süresince ve bu süreç sonlandığında farklı yoğun duygularla karşılaşır. Kadınlar açısından, planlı veya plansız, her gebelik bilinçli ve bilinçdışı güdüleyicilere sahiptir. Bunların içinde; çocuk yetiştirme istekleri, sevme ve sevilme ihtiyaçları, kadınlığını doğrulama isteği ve bazen istenen bir gebeliğin istenmedik bir biçimde sonuçlanması durumunda kaybın yerine konması bulunmaktadır (Kuğu ve Akyüz, 2001).

Kadın ve erkek, hamileliğin gerçekleşmesiyle bu duyguyu anlama çabasına girmekte ve hamilelik sürecinin ilerleyişiyle, yaşamlarının nasıl şekilleneceğine ilişkin gerçekleri görüp ikili duygular yaşamaktadırlar. Gebelik bu bakımdan, çatışma ve ambivalansın da katılabildiği normal, gelişimsel bir öğrenme ve yeni deneyimlerin kazanılması süreci şeklinde görülebilmektedir. Kadınlar hamilelik boyunca meydana gelen metabolik, hormonal ve psikolojik değişimlere de uyum sağlama çabasındadırlar (Uludağ ve Ünlüoğlu, 2012).

Bundan dolayı, anne adayının psikolojik gelişiminde bu dönemin önemi büyüktür. Kadınlarda hamilelik öncesi bazı psikodinamik çatışmalarla yeniden karşılaşılmasına sebep olabilen hamilelik sürecinde bazı çatışmaların çözümü de sağlanabilir. Çoğu anne adayı hamilelikte gerileme, kaygı, depresif belirtiler, duygusal çekişmelerle karşılaşabilmektedir ve belli düzeylere dek bu belirtilerin normal olduğu kabul edilebilir. Önemli ayarlamaların yapılması gereken, duygusal bir karmaşa yaşanan bir

dönem olan hamilelikte hamile olmanın doğal sonuçlarının patolojik şekilde değerlendirilmesi hatadır (Karabekiroğlu, 2012).

Kadınlar kendi gelişimlerinin erken evrelerinde, annelerinden ayrılmayı ve bağımsız bir kimlik geliştirmeyi deneyimlerler. Sonrasında bu deneyim annelik konusunda kendi başarılarına etki edebilir. Anne adayının bebeği ile geliştireceği anne bebek bağlanmasında öncesinde kendi ebeveynleri ile kurduğu bağlanma ilişkisinin belirleyiciliği vardır. Bu sürecin güvenli bağlanma stili bulunan anne adayları tarafından daha sağlıklı şekilde yaşanacağı söylenebilir (Kuğu ve Akyüz, 2001).

Anne adaylarının öznel deneyimleri ile hamileliğin olgunlaşma evrelerinin tanımlanabileceği bazı araştırmacılarca ileri sürülmektedir. Bu araştırmacıların arasında bulunan Raphael-Leff (1991, 1993) ilk evrenin, anne adayı tarafından bebeğin hareketlerin hissedilmeye başladığı zaman son bulurken, ikinci evrenin " bebek eğer şu an doğsa hayatta kalabilir" düşüncesinin ortaya çıkmasıyla sona erdiğini belirtmektedir. İlk evre, annenin ağırlıkla dış görünüşünde oluşan değişiklikler ile meşgul olduğu süreçtir. Bununla birlikte "özellikle kendi annesi ile ilişkisi içinde" yaşanmış olan eski çatışmalar yeniden devrededir. İkinci evre, annenin dikkatinin hamilelikten ziyade bebeğe yöneldiği süreçtir. Üçüncü evrede, bilinçli veya bilinçdışı şekilde anne adayı doğuma ve bebeğe kendini hazırlamaktadır. Zamanla annenin hayalindeki bebek yerini gerçek olana bırakmaktadır (Akt.: Pajulo ve ark., 2001).

## **2.2. DOĞUM SONRASI DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI**

Yapılan çalışmalar tanı koyma aracı, örneklem hacmi, popülasyon farklılıkları ve doğum sonrası tanılama zamanına bağlı olarak doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının değişiklik gösterdiğini belirtmektedir (Dennis ve ark 2009).

Bu bağlamda, ülkemizde EDDÖ (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği) kullanılmak suretiyle yapılmış olan çalışmalar doğum sonrası depresyon görülme oranının % 12,5-37 arasında değiştiği göstermektedir. İller bazında doğum sonrası depresyon görülme sıklığının incelenmesinde; Erzurum %14, Aydın %12,5, Konya

%19,4, Zonguldak %19,5, İzmir %22, Samsun %23, Sakarya %24, Ankara %27,2, %23,4 ve %15, Trabzon %28,1 ve Şanlıurfa %37 oranlarına ulaşmıştır (Kırkpınar ve ark 2012).

Doğum sonrası depresyon görülme sıklığının yurtdışında yapılan çalışmalarda %7,5-59,4 arasında değiştiğini göstermektedir. Ülkeler bazında doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının incelenmesinde; Avustralya %7,5, İtalya %10,9 Tayland %16,8, Çin %13,8, İngiltere %17,5 İran %22, Bangladeş %22, ve %15,5, Kanada %25, Nijerya %27,2, Malezya %53,2 ve Hindistan'ın %59,4 oranlarında olduğu görülmüştür (Matteo ve ark 2012).

### **2.3. DOĞUM SONRASI DEPRESYONUN BELİRTİLERİ VE BAŞLANGICI**

Kadınların doğum olayı ile alakalı olmayan zamanlarda karşılaşılabilecekleri duygulanım bozukluklarıyla doğum sonrası duygudurum bozukluklarının belirgin derecede farklılıkları vardır. Sıklıkla ağlamak, iştah azalması, duygusal oynaklık, uyku sorunları, karamsarlık, suçluluk duyguları, intihar düşünceleri, dikkat ve konsantrasyon güçlükleri, sinirlilik ve halsizlik, bebekle yeterince ilgilenememek ve bebeğin ihtiyaçlarının ihmal edilmesi belirtileriyle DSD kendini göstermektedir. Bazı kadınların, bebeğin beslenme alışkanlıkları ve sağlığı ile alakalı aşırı derecede endişeli olmaları ve kendilerini yeterli görmeyip belirgin suçluluk duygularına kapılmaları mümkündür (Karabekiroğlu, 2012).

DSD belirtilerinin başlama zamanıyla ilişkili ölçütlerde kesin yargılar bulunmamaktadır. Annenin semptomları "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı"na (DSM-5) göre, doğum sonrasındaki 4 hafta içinde major depresif epizod tanı kriterlerini (Tablo 2.1) karşılaması halinde DSD tanısı verilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

**Tablo 2.1. Majör Depresyon Tanı Kriterleri**

<p>A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. <b>Not:</b> Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Çökkün duygudurum, hemen hemen her gün, günün büyük bir bölümünde mevcuttur ve bu durumu kişinin kendisi bildirir veya bu durumu başkaları gözleyebilir.</li><li>2. Bütün veya hemen hemen bütün etkinlikler karşısında ilginin belirgin şekilde azalması veya bunlardan zevk alınamaması durumu, hemen hemen her gün günün büyük bölümünde bulunur.</li><li>3. Kilo verme çabasında değilken çok kilo verme veya kilo alma veya hemen hemen her gün, yeme isteğinde azalma veya artma.</li><li>4. Hemen hemen her gün, uykusuzluk çekme veya aşırı uyuma.</li><li>5. Hemen hemen her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) veya yavaşlama</li><li>6. Hemen hemen her gün, bitkinlik veya içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).</li><li>7. Hemen hemen her gün, değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları</li><li>8. Hemen hemen her gün, düşünmekte veya odaklanmakta güçlük çekme veya kararsızlık yaşama</li><li>9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri veya intihar girişimi veya intihar üzereine özel bir eylem tasarlama.</li></ol>
<p>B. Bu belirtiler klinik bakımdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, iş ile alakalı alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebebiyet verir.</p>
<p>C. Bu dönemin, bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile alakalı etkilerine bağlanması mümkün değildir.</p>
<p>D. Şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk veya şizofreni açılımı bağlamında ve psikoz ile giden tanımlanmış veya tanımlanmamış diğer bozukluklar ile major depresyon döneminin ortaya çıkışı daha iyi açıklanamaz.</p>
<p>E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.</p>

**Kaynak:** Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013

Beck'e (1999) tarafından da DSD'nin, doğum sonrası 12 ay içerisinde herhangi bir zaman görülebileceği fakat çoğu kadında doğum sonrasındaki ilk 3 ayda başladığı belirtilmektedir. Cox ve diğerleri (1993) tarafından gerçekleştirilen araştırma sonuçları, doğum sonrasındaki 6 aylık süredeki ve 6. ayda görülen depresyon sıklığı ile benzer yaş, medeni hal ve çocuk sayısına sahip olan ve son 12 aydır doğum yapmamış kadınlardaki depresyon sıklığının benzer olduğuna dikkat çekmektedir. Fakat doğum yapan kadınlarda, doğumun ardından beşinci hafta içerisindeki depresyon başlangıç oranı, belirgin olarak fazladır.

## 2.4. DOĞUM SONRASI DEPRESYONUN RİSK FAKTÖRLERİ

Şimdiye kadar pek çok araştırma DSD'nin oluşumunda rol oynayan risk faktörlerini, konu edinmiştir. Beck (2001) bu araştırmalardan en kapsamlı olanlarından birini gerçekleştirmiştir. Beck (2001) tarafından yapılan çalışmada, 84 araştırma meta analiz aracılığı ile incelenmiş ve neticesinde DSD'nin önemli yordayıcılarının; düşük benlik saygısı, evlilik ilişkisi, stresli yaşam olayları, çocuk bakım stresi, doğum öncesi kaygı, gebelik depresyonu, geçirilmiş depresyon öyküsü, zor mizaçlı bebek ve annelik hüznü, sosyal destek azlığı olduğu bulunmuştur. Bunun yanında DSD'yi medeni durumun, sosyoekonomik durumun ve plansız/istenmeyen gebeliğin yordamak ile beraber bu risk faktörlerinin belirleyiciliğinin daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Gebelik depresyonunun belirlenmesi, gebeliğin doğal somatik şikayetleri olan uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri, duygusal hassasiyet, yorgunluk gibi depresif belirtilerden dolayı engellenebilir (Williamson ve McCutcheon, 2004). Bunun yanında DSD'nin en önemli yordayıcılarından birinin gebelik depresyonu olduğunu çok sayıda araştırmacı ortaya koymaktadır. Bundan dolayı DSD bakımından gebelik depresyonunun teşhisi önem sahibidir (Beck, 2001; Orhon ve ark., 2008).

DSD gebelik dönemi anksiyetesiyle de yakın ilişkidir. Yapılan araştırmalar, DSD riskinin gebelik dönemi anksiyetesi sebebiyle yaklaşık üç kat arttığını belirtmektedir. Araştırmalarda bununla birlikte DSD'nin; emzirmeme, premenstrüel sendrom, nörotisizm, gebelik sayısı değişkenleriyle de alakalı olduğu belirtilmektedir (Efe ve ark., 2009).

Bazı araştırmacılar tarafından DSD gelişimi ile erken doğum, aşırı bulantı ve kusma, acil sezaryen müdahaleli doğum, gebelik zehirlenmesi, doğumda aşırı kanama benzeri doğumla ilişkili faktörlerin düşük düzeyde alakalı olduğu ortaya konulsa da; diğer araştırmacılarca bahsi geçen etmenlerle DSD'nin ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Annenin medeni durumunun DSD ile alakalı olabilecek diğer bir risk faktörü olduğu söylenebilir. DSD gelişme ihtimalinin Avustralya'da evli annelere göre, bekar anneler



ve kanunen evli olmayıp partneri ile birlikte yaşamakta olan annelerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Willinck ve Cotton, 2004).

DSD'nin risk faktörlerinin arasında evlilik sorunları da bulunmaktadır. Asya kültüründe gerçekleştirilmiş olan bir çalışma DSD'yi açıklamakta, eşler arasındaki ilişkiden kayınvalide-gelin çatışmalarının, daha güçlü bir risk oluşturduğunu göstermektedir (Lee ve diğerleri, 2004). Bununla birlikte, uykusuzluk, yetersiz psikolojik donanım, bakım güçlükleri, bebeğin bakımında yetersizlik hissi, yardım ve destek yetersizliği, ölü ya da kusurlu bebek faktörlerinin DSD üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır (Deveci, 2003).

Doğum sonrası kadının yatıp dinlenmesi, bakımına komşularla yakınlarının yardım etmesi gibi gelenek görenekler Türkiye gibi kolektivistik kültürlerde, kadının kendini ve çocuğunu güven içerisinde algılamasını kolaylaştırmaktadır. Doğum sonrası depresyon bakımından bunun gibi kültürel etmenlerin koruyucu rolü bulunmaktadır (Willinck ve Cotton, 2004).

## **2.5. POSTPARTUM DEPRESYONUN TANIMI**

Doğum sonrasındaki ilk 4 haftada başlayan major depresif epizot şeklinde tanımlanan postpartum depresyon (PPD) bir yıl içerisinde herhangi bir zamanda görülebilen, hatta iki yıla dek uzayabilen, anne, bebek ve ailenin sağlığı açısından tehdit unsuru olan ciddi ve yaygın bir bozukluktur. Uluslararası hastalıkların sınıflandırılması şeklinde bilinen ICD-10 (International Classification of Diseases) tarafından PPD, doğum sonrasındaki 6 hafta içerisinde başlayan mental ve davranışsal bozukluk şeklinde tanımlanmıştır. PPD'yi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1994'te çıkartmış olduğu Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM-IV) duygu durum bozukluklarının içinde ele almış olup doğum sonrasındaki ilk 4 haftada başladığını belirtmiştir (Gereklioğlu ve ark., 2007).

Belirtilerin şiddeti, özellikleri, tedavi ve prognozları göz önünde bulundurularak doğum sonrasında görülen psikiyatrik bozuklukların; annelik hüznü, PPD ve postpartum psikoz şeklinde üç grupta sınıflandırılması mümkündür (Durat ve Kutlu, 2010).

Doğum sonrası kadınlarda %15-85 oranında ilk on günde görülebilen annelik hüznü, ilaç tedavisi gerektirmeksizin iyileşilebilen bir bozukluktur. Fakat, PPD gelişmesi açısından bir risk faktörü olduğundan annelik hüznü önem sahibidir. Annelik hüznü” tablosuna göre PPD belirtileri daha şiddetli olmakta ve hastada özkıyım düşünceleri görülebilmektedir (Marakoğlu ve ark., 2009).

Bundan dolayı, normal yaşam dönemlerindeki depresyona göre PPD daha ciddi sonuçlar doğurmaktadır. PPD belirtilerinin tanılanmaması ve tedavi edilmemesi durumunda ilerleyip her 1000 kadından birinde postpartum psikoz gelişmesine sebep olduğu araştırma bulgularında görülmektedir (Taşdemir ve ark., 2009).

Yaşam boyu depresyon prevalansının kadınlarda %14–21 olduğu saptanmıştır. Araştırmalarda, depresyonun kadınlarda erkeklere oranla ülkeler ve kültürlerden bağımsız şekilde, 2–3 kat daha fazla görüldüğü ve her yedi kadının birinde PPD bulunduğu belirtilmektedir. Bazı faktörler dolayısıyla PPD prevalansının değişiklik göstermesi mümkündür. Hastaların değerlendirilme zamanlarının farklı olması, çalışmanın örneklem büyüklüğü ve metodolojisi, popülasyon farklılığı, araştırma yapılan nüfusun kültürü, depresyon riskinin belirlenmesi açısından tanımlamada kullanılan ölçek şeklinde bu değişikliklerin sayılması mümkündür (Erdem ve Bez, 2009).

Genellikle PPD prevalansının %10–15, ortalamasınınsa %13 olduğu belirtilmiştir. Ülkeler bazında PPD prevelansının, Çin’de %15.5, Kanada’da %20, İtalya’da %30, İngiltere’de %31, Hong Kong’da %37 ve Amerika’da %38 olduğu saptanmıştır (Yozwiak, 2010). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçeğinden yararlanılarak Türkiye’nin, farklı illerinde çalışmalar yapılmıştır.

Durat ve Kutlu (2010) tarafından, PPD oranı postpartum dördüncü haftada 126 kadında %23.8, Arslantaş ve arkadaşları (2009) tarafından PPD oranı postpartum altıncı haftada 248 kadında %12.5, Özdemir ve arkadaşları (2008) tarafından PPD oranını postpartum iki ile altı ay arasında 242 kadında %19.4 ve Ayvaz ve arkadaşları (2006) tarafından PPD oranınının 192 postpartum kadında %28.1 olduğu bulunmuştur.

## **2.6. POSTPARTUM DEPRESYONUN NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ**

Nedeni tam anlamıyla bilinmeyen postpartum depresyonu, multifaktöriyel şekilde açıklanmaktadır (Beck, 1999).

### **Biyolojik faktörler**

Norepinefrin, gaba, asetilkolin, serotonin, nöropeptidler, dopamin, somatostatin depresyonda etkili olan biyojenik aminlerdir. Beyinde bulunan nörotransmitörler arasından en çok serotoninin depresyon oluşumunda etkisinin olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte depresyonun oluşmasında üreme süreciyle alakalı bazı faktörler muhtemel belirleyicilerdir (Akkaya, 2005).

Kadının psikolojik açıdan savunmasız hal almasının sebebinin gebelik ve doğum sırasındaki hormonal değişiklikler olduğu düşünülebilir. Diğer hormonların yanında doğum sırasında östrojen ve progesteron hormonlarında da önemli değişiklikler görülmektedir. Gebelikte östrojen ve progesteronun yükseldiği görülür. Normal menstürel siklus seviyesiyle karşılaştırıldığı takdirde östradiol seviyesinin 100 kat, progesteron seviyesininse 10 kat yükseldiği belirtilmektedir. Doğumun ardından bu seviyeler ani ve dramatik biçimde düşer, laktasyon prolaktinin yükselmesiyle başlamaktadır. Oksitosin salınımı bebeğin emmesiyle artmaktadır (Wilson ve Lowdermilk, 2006).

Gebelik ve laktasyonda androjenlerin normal dönem içindeki seviye değişiklikleriyle karşılaşılmaktadır. Bu durumun PPD'nin sebebi olduğu düşünülmekte olup buna karşın PPD geçirmiş olan ve olmayan annelerin östrojen, progesteron seviyelerinin

karşılaştırılmasında farka rastlanmamıştır. Bunun neticesinde hormon düzeyindeki bu düşüş karşısında bazı kadınların hassas oldukları, duygulanımda değişiklik yaşadıkları belirtilmiştir. PPD belirtilerinin östrojen ve progesteron verilmiş olan kadınlarda azalmasıysa hormonal etkiyi gösterir. Östrojen çeşitli yollar ile serotonin düzeyinde artışa sebep olmaktadır. Bu yollar (Green ve ark., 2009):

- Serotonini yıkıcı enzim olan monoamine oksidazın düşüşünü artırır.
- Daha kullanılabilir serotonin sentezini tryptophanın albümin bağlayıcı yerini değiştirmek suretiyle sağlamaktadır.
- Seroton transportunun gelişmesini sağlamaktadır.

Kortizol da kadın üreme hormonlarıyla birlikte, PPD oluşumundan sorumludur. Progesteron ve östrojen düzeyleri doğumun ardından 5 gün içerisinde normal düzeylere dönerken, kortizolun normal düzeyine dönmesi 15. günde olmaktadır (Skalkidou ve ark., 2009).

PPD bakımından doğumda serum leptinin düşük düzeyde olması biyolojik açıdan risk oluşturur. Leptin tarafından sağlıklı kadının üreme fonksiyonlarını, Gonadotrophin Releasing Hormon ve Luteinize Edici Hormon salınımı stimüle edilerek düzenlenmektedir. Gebelik ve erken postpartum dönemde leptin ve interlökin-6 değişik metabolizma gösterir. Leptin seviyesi sağlıklı bir kadında, gebelik süresince yükselip doğum ile beraber düşmekteyken, postpartum altı ay boyunca düşmeyi sürdürmektedir. Gebelik süresince yükselen interlökin-6, doğum sonrası ilk gün en yüksek değerine ulaşmış sonrasında düşmektedir (Skalkidou ve ark., 2009).

Otoimmün sistem de doğum sonrasındaki süreçte değişiklikler göstermektedir. Doğum sonrasındaki dört saatte tiroid fonksiyonlarında büyük ölçüde düşüş olmaktadır. Doğumun ardından dört hafta içerisinde tiroid fonksiyonlarının gebelik öncesindeki seviyeye döndüğü görülmektedir. Depresyon görülme riskinin tiroid işlevlerindeki değişiklikler ve sorunlar sebebiyle arttığı görüşü yaygındır (Taşkın, 2005).

PPD'nin emzirmeden etkilenmesi hakkında çeşitli bilgiler mevcuttur. Östrojen düzeyinin emziren annelerde düştüğü ve bu durumun depresyona sebep olduğu düşüncesi yaygındır. Skalkidou ve ark (2009) tarafındansa bebeğin strese cevabının

annenin emzirmesinden etkilendiğini, bebeğe anne sütüyle, anne kanındaki konsantrasyon ile doğru orantıda leptin geçişi olduğunu ve adrenal glukokortikoid salgısının bastırılmasıyla bebeğin huyunun iyi olmasına katkı yaptığını, PPD risk faktörlerinden biri de bebeğin huyu olduğundan annenin böylelikle PPD'den korunduğu öne sürülmüştür. Kan prolaktin düzeyiyse emzirmeyen annelerde hızla düştüğünden PPD'ye sebebiyet verebilmektedir (Karaçam ve Taskın 2004).

Selvi ve ark (2004) tarafından şiddet, intihar ve depresif belirtilerle düşük serum kolesterolünün arasında ilişki olduğu, bu ilişkilerin; azalmış merkezi sinir sistemi serotonin aktivitesiyle düşük kolesterol düzeyinin arasında bulunan ilişkiyle gerçekleştiği savunulmaktadır. Gebelik süresince, serum kolesterol seviyesi özellikle son trimesterde yaklaşık %50 oranında artmakta, yüksek serum kolesterol değerleri doğumun ardından düşmeye başlamakta, gebelik öncesindeki seviyesine inmeleriye postpartum 20. hafta kadar ulaşabilmektedir. Selvi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada PPD'nin düşük serum kolesterolüyle arasında anlamlı ilişkinin bulunduğu belirtilmektedir.

Diyet insülin sekresyonu Yüksek Glisemik indeks (Gİ) veya Glisemik yük (GY) ile artarak beyinde serotonin proküsörü olan tryptophanın taşınımı kolaylaştırmakta ve duygulanım bozuklukları böylelikle azalmaktadır. Seratonerjik fonksiyonun düşmesi ve PPD doğum sonrası insülin seviyesinin ani düşüşünden kaynaklanabilmektedir. Bu durumun etkisinin, Gİ beslenmenin yüksek olduğu ülkelerde (Hong Kong, Japonya, Malezya, Singapur'da, PPD sıklığı %0,5-5,5), Gİ diyetin düşük olduğu ülkelerde (UK, Avustralya, USA'da PPD sıklığı %11,5- 18,6) görüldüğü iddia edilmektedir (Murakami ve ark 2008).

## **Obstetrik faktörler**

Preeklampsi, prematür kontraksiyonlar, prematür eylem, hiperemezis, uzamış doğum eylemi, acil/elektif sezaryen, müdahaleli doğum, doğumda aşırı kanamanın postpartum depresyona sebep olan obstetrik faktörlerden olduğu söylenebilir. O'Hara ve Swain (1996) tarafından yapılan meta-analizlerde postpartum depresyona obstetrik faktörlerin etkisinin zayıf olduğu bulunmuştur (Akt. Karaçam ve Taskın 2004).

Klinik faktörler (Beck 2001);

- Geçmiş depresyon öyküsü
- Ailenin depresyon öyküsü
- Gebelikteki duygu durumu
- Prenatal anksiyete

Diğer risk faktörleri (Beck 2001);

- Uyku düzeninde bozukluk
- Çocuk bakım stresi
- Hayat stresi
- Prenatal depresyon
- Düşük sosyal destek
- Annelik hüznü
- Evlilik ilişkisinin zayıf olması
- Bebek bakımının zor olması
- Benlik saygısının düşük olması,
- Düşük sosyoekonomik statü,
- Beklenmeyen/ istenmeyen gebeliktir.

## **2.7. POSTPARTUM DEPRESYONUN BELİRTİLERİ, TANI VE EPİDEMİYOLOJİSİ**

Hazırlayıcı faktörler arasında primipar olmak, aile öyküsü ve yaşın genç olması; bipolar hastalık, gebeliğin planlanmaması, eşle ilişkinin zayıf olması ve hipotroidizm bulunmaktadır (Kısa ve ark 2007).

### **Postpartum Psikozun Belirtileri**

Genel olarak ani bir başlangıç olmakta, psikotik tablo hastaların üçte ikisinde ilk iki haftada başlamakla beraber 8 haftaya kadar bu sürenin uzaması da mümkündür. Sıklıkla en erken belirtilerin yorgunluk, huzursuzluk ve uykusuzluk olduğu görülür. Sonrasında duygusal dalgalanma ve ağlama dönemleriyle dağınıklık, şüphecilik, mantıksız davranışlar ve konfüzyonla karşılaşılabilir. Kadınların %50'sinde delüsyon, %25'inde halisünasyon görülebilmektedir. Genel olarak bebek ile ilgili olan delüsyonlar, bebeğin sakat veya ölüyor olmasıyla alakalı, bebeğin özel güçlerinin olduğu ile alakalı, bebeğin şeytan ya da tanrı olduğuyla alakalı düşünceler olabilir. Çoğunlukla işitsel olan halisünasyonlar bebeğe ve kendine zarar vermeyle alakalı komutlar verir niteliktedir. Tedavi edilmemesi halinde infantisit ile karşılaşmaktadır. Daha düşük orandaysa suisid riski mevcuttur (Yüksel ve ark 2004).

### **Postpartum Psikozda Tanı**

DSM IV'de başka şekilde adlandırılmamış psikotik bozuklukların içerisinde sınıflandırılmış olup belirti dağılımının tanımlaması yapılmamıştır. Suisid düşüncesi ya da delüsyonların postpartum depresyon yaşayan annede görülmesi halinde postpartum psikoz tanısının konulması gerekir. Manik veya depresif episodlar kadınların çoğunluğunda konfüzyon ve disoryantasyon ile beraber gelişim göstermektedir (Sinclair 2004).

### **Epidemiyolojisi**

1000 doğumun 1-2'si kadarında postpartum psikoza rastlanmaktadır. Postpartum psikoz yaşayan kadınların %50-70 oranında rekürrens görülebilir (Kısa ve ark 2007).

## **2.8. KORUNMA VE TEDAVİSİ**

Doğum sonrasındaki ilk dört hafta içinde sinsi şekilde başlayan PPD, fark edilemediği takdirde hastaneye yatışa sebep olabilecek kadar ağırlaşabilmektedir. Erken tanı bundan dolayı oldukça önemlidir. Hemşireler ve sağlık hizmeti veren bireylerin PPD riski olanların belirlenmesinde; PPDS (Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği) ya da EDSÖ'ni (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği) tarama araçları olarak kullanılmaları mümkündür. Kadınlara yönelik prekonsepsiyonel ve konsepsiyonel sağlık danışmanlığı konusunda ve yenidoğan takipleri açısından hemşireler, PPD belirtilerinin saptanması ve erken tanı konulmasında kilit personeldirler (Tezel, 2006).

Kadınların doğum sonrasındaki süreçte yaşadıkları ruhsal sorunlardan dolayı kendilerini çaresiz, kötü ve yetersiz hissetmeleri mümkündür. Kadınların anneliğe adaptasyon göstermeleri, bebeklerini benimsemeleri ve bebek bakımını eksiksiz yapmaları postpartum dönemin özellikle ilk günlerinde beklenmemelidir. Kadınların; bebek sahibi olur olmaz bu yetenekleri kazanabilecekleri gibi yanlış bir inanış mevcuttur. Bu inanışların yok edilmesi veya gereksiz yere kendini suçlayan kadının anneliğe geçiş konusunda zorluklar yaşadığını düşünmemesi gerekmektedir. Hemşireler tarafından verilecek eğitimler ile bunlardan dolayı gelişebilecek PPD riskinin önlenmesi de mümkündür. Hemşireler PPD'den korunma konusunda önemli görevlere sahiptir. Doğumun ardından ilk zamanlarda bebeğin tam anlamı ile benimsenmemesinin veya bebeğin bakımı hakkında yetersiz hissedilmesinin normal olduğu, annelik becerilerinin zamanla kazanılacağına kadınlara (özellikle primipar ve adölesan anneler için); anlatılması gerekir. Bebekleri ile ilgilenmek için büyük enerji gerektiği ve kendilerine yardımcı olabilecek kişilerden yardım isteyebilmeleri hakkında annelere yol gösterilmesi gerekmektedir (Gereklioğlu ve ark., 2007).

Eşler de PPD'den korunma konusunda önemli görevlere sahiptir. Annenin bebeği ile beraber yaşamaya başladığı bu hassas süreçte eşi gerçekten kadına yardım edebilecek



kişidir. Annenin bu gerilimlerini bebeği ve eşi ile ilgilenen babalar, hafifletip depresyonu daha rahat ve çabuk atlatması konusunda yardım edebilir (Gerekliolu ve ark., 2007).

Kadınlardan alınacak olan detaylı anamnez (öykü), fiziki değerlendirmeler ve laboratuvar incelemeleri, Sheehan sendromu (postpartum hipopituiterizm), hipotiroidizm benzeri organik hastalıkların ekarte edilmesi PPD tedavisine karar verilmeden evvel en başta yapılmalıdır. Belirtilerin erken tanınması ve hızlıca tedaviye başlanması daha sonra yapılması gerektirir. Erken dönemde tanı koyulmaması, etkin bir tedavi planlanmaması ve uygulanmaması halinde belirtilerin kronikleştiği ve hastaların tedaviye direnç kazandığı bilinmelidir (Marakoğlu ve ark., 2009).

Farmakolojik ve nonfarmakolojik şekilde, tanı konulmasıyla tedavi edilen bir bozukluk olan PPD'nin tedavisi yapılabilmektedir. Psikoterapiler (kişilerarası terapi, psikodinamik terapi, bilişsel davranışçı terapi, evlilik ve aile terapileri), farmakolojik tedaviler (antidepresan ve antipsikotik ilaçlar, hormon tedavisi), psiko-sosyal bakım ve elektrokonvülsif (EKT) tedavi PPD'nin şiddetine göre uygulanabilir (Yozwiak, 2010).

## **2.9. BAĞLANMA BOZUKLUĞU VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR**

Duygusal açıdan anne ve çocuğun arasındaki ilişkinin gelişimi, temel psikolojik bir işleyiş olarak doğumun ardından gerçekleşmektedir. Çocuğun duygusal, bilişsel ve davranışsal gelişimi açısından güvenli anne bebek bağlanmasının olmayışının, uzun süreli sorunlara yol açması muhtemeldir. Doğum sonrasında psikiyatrik hastalıklar bu süreci bozabilir. Anne bebek arasında ilişki bozukluğu olan annenin bağlanma bozukluğunun oluşumu birkaç klinik durumun üst üste eklenmesi ile olmaktadır. Annelik hissinin kaybı, kin duyma (hostilite), saldırgan dürtüler, sinirlilik (irritabilite), hastalıklı düşünceler ve reddetme dolayısıyla bunlar oluşmaktadır. Bu düşüncelerin olduğu bağlanma bozukluğunun doğum sonrası depresyon geçiren annelerin %29'unda görüldüğü bildirilmiştir. Böylelikle iki bozukluğun farklılığı gösterilmiştir (Brockington ve ark., 2001).

Tronik ve Weinberg (1997) tarafından, anne bebek ilişkisi olumlu ve olumsuz duygu durumlarının arasında gidip gelen bir yapı şeklinde yorumlanmıştır. Yazarlar DSD'li annelerin yalnızca %30'unun çocuğundaki olumsuz etkileri depresyon ile ilişkilendirmektedir. Lohusalık dönemi kadında tüm psikiyatrik bozukluklar karşısında hassastır. Doğum sürecinde psikiyatrik hastalıkların belirtilerinin, tedavisinin ve sonuçlarının diğer zamanlardan farklı olduğu görülmemiştir. Fakat psikiyatrik bozukluklar ile annenin bebeğine olan duygusal yakınlığı ya da bağlanmasının ve anne bebek arasında bulunan davranışsal ilişkinin sık sık etkilendiğinin üzerinde durulmaktadır. Öyle ki DSD yaşamakta olan annelerin bebeklerinin ikinci yılında, anneye güvensiz bağlandıkları görülmüştür (Wisner ve ark., 2002).

DSD'li anneler video kaydı yardımı ile anne bebek ilişkisini değerlendiren pek çok çalışmada, araştırılmıştır. Bebeklerine karşı depresif annelerin davranışları sık sık ya duygusal katılımı az, ilgisiz, tepkisiz, pasif ya da olumsuz düşüncelerin aşırı gösterilmesi şeklinde görülmüştür. Depresyondaki gibi anne bebek ilişkisinin psikotik annelerde de bozulduğu ve hatta daha da kötü olduğu belirtilmektedir (Snellen ve ark., 1993).

Anne bebek arasındaki ilişkinin duygusal boyutu değerlendirilirken kişinin kendi düşüncelerinin araştırılması mümkündür. Annenin bebeğine bağlanma algısının değerlendirildiği, doğum sonrası annenin bağlanma ölçeği, normal ve depresif anneler üzerine uygulanarak geçerliliğini göstermiş, iyi derecede özgüllüğü ve duyarlılığı bulunan bir ölçektir (Brockington ve ark., 2001).

Erken dönemde annenin bağlanma bozukluğunun annenin doğum sonrası depresyonuyla ilişkili olduğunun gösterilmesine karşın etkisi 14. ayda gösterilememiştir. İlk aylarda annenin bebeği ile ilişkisinin şekillenmesinin ardından yaşamının 2. yılında dış etkenler karşısında daha dirençli olabileceği bunun nedeni olarak belirtilmiştir (Öztürk, 2001).

Annenin akıl sağlığının ilk aylarda ne derece önemli olduğu bu bilgiyle vurgulanmaktadır. Bebeğin ilk aylarda anneye aşırı bağımlı olması ve annenin onun açısından temel çevre olması ilişkinin kırılgan olmasının bir nedeni olduğu söylenebilir.

Erken dönemde ayrılmanın gerektiği durumların yaşanmasından da annenin bağlanma sorunu etkilenmektedir. Bu çalışma kapsamında bağlanmanın sosyoekonomik durum ile ilişkisinin bulunmadığı gösterilmiştir (Moehler ve ark., 2006).

Hornstein ve arkadaşları (2006) tarafından depresif ve psikotik bozukluğu bulunan anneler üzerinde yapılan bir araştırmada, göreceli şekilde kişi tarafından algılanan bağlanmayla nesnel açıdan video gözlemi ile yapılan bağlanmanın karşılaştırılması sonucunda, bağlanma bozukluğu değerleri DSBÖ (doğum sonrası bağlanma ölçeği) sonucunda yüksek bulunan depresif anneler tarafından bebeklere kötü, aşağılayıcı davranıldığı, bunun yanında bebekler ile oynamanın kaba bir biçimde bırakıldığı görülmüştür. Bu belirtilere red ve öfke alt ölçek oranlarının yüksek olduğu depresif annelerdeyse açık bir biçimde rastlanmamıştır. Fakat red ve öfke oranlarıyla bebeklerini oynayarak uyarmanın kaba bir şekilde kesilmesinin arasındaki ilişkinin önemli olduğu bulunmuştur. Bebeklerine karşı bu anneler aşağılayıcı davranma eğilimindedirler. Diğer yandan bakıldığı takdirde red ve öfke bildiren annelerin bebeklerinin, anneleri ile göz iletişimde bulunmadıkları belirtilmiştir. Kötü duygu dışavurumu ve uyarının kesilmesiyle, bakım kaygısıyla annelerde görülen bebeğine duyarsızlık ya da yanıtızlığın arasında da açık bir ilişkiye rastlanmıştır. Bağlanma bozukluğu psikotik bozukluklu annelerdeyse gözlenmemiş fakat tüm ölçeklerde düşük puanların bulunduğu, bebeklerine karşı fazla ilgili ve duyarlı oldukları görülmüştür (Akt. Moehler ve ark., 2006).

Farkı klinik pratik bakımından öznel ve nesnel değerlendirmelerin önemli bulunduğu ulaşılmıştır. Depresif ve psikotik annelerin bebekleri ile aralarındaki etkileşim arasında nesnel değerlendirmelerde önemli bir farka rastlanmamış, bunun yanında her iki grupta da tepki vermeme, tahammül, uyarı verme konusunda bozukluklara ulaşılmıştır. Riordan ve ark. (1999) tarafından psikotik annelerin bebekleri ile olan etkileşimleri daha bozuk şekilde bulunmuştur. Çocuk ile etkileşim konusunda davranış, duygulanım ve psikomotor aktivite gibi genel belirtilerin önem arz ettiği ve psikotik annelerde bunun sık sık negatif belirtiler ile bağlantılı şekilde sonuçları etkilediğine değinilmektedir. Bunlar Snellen (1999)'in görüşünün devamı niteliğindedir. Depresif annelere göre psikotik annelerde bebeklerin göz iletişiminden daha fazla kaçınması hepsinde dikkati

çeken noktadır. Çocukların depresif anneleriyle göz iletişimi kurmaktan kaçınmalarının, anne ile etkileşimde kendilik düzenlemesiyle alakalı olduğu belirtilmektedir. Her iki grubun da anne ile etkileşim davranışında fark bulunamamıştır. Fakat stres karşısında psikotik annelerin çocuklarının daha savunmasız oldukları, kendiliğın düzenlenmesi konusundaki daha güçlü girişimden anlaşılmaktadır. DSBÖ'nin öznel değerlendirme konusunda anlamlı olduğuna, nesnel değerlendirmeler içinse birbiri ile bağlantılı olduğuna sonuçların değerlendirilmesinde ulaşılmıştır (Akt. Öztürk, 2001).

Noorlander ve ark. (2008) tarafından hastanede yatarken ve taburculuk sonrası izlemlerde doğum sonrası depresyon ve psikotik atak geçirmekte olan annelerin bebeklerine olan bağlanmaları, sağlık personelinin gözlemiyle ve annelerin kendi düşünceleriyle değerlendirilmiştir. Depresyonlu hastalarda psikotik hastalara göre, hastaneye kabul edilişlerinde, geçmiş çalışmalar ile benzer şekilde, red ve öfke, bağlanma bozuklukları, bakım kaygısının önemli derecede yüksek olduğuna ulaşılmıştır. Doğum sonrası depresyonda taburculuk sonrasında bağlanma tecrübeleri olumsuz şekilde sürmüş iken psikotik annelerin bağlanmasının daha olumlu olduğu görülmüştür. DSD'nin daha uzun süreli olmasından ve psikozun daha kısa süre içinde düzelmesinin bu farkı oluşturduğu düşünülür. Gerçeklik algısının bozulmasından dolayı doğum sonrası psikozda tedavinin daha elzem olduğunun düşünülmesine karşın bu çalışma sonuçlarından DSD'nin bağlanma bakımından daha fazla zorluklar içerdiğine ulaşılmıştır.

Psikiyatrik hastalıklardan, uzun dönemde anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilendiğı daha önceki çalışmalarda belirtilmiştir. Hipwell ve ark. (2000) tarafından yapılan çalışmada DSD'da, doğumun 1 yıl sonrasında bakılan anne-bebek bağlanmasının güvenli olmadığı gösterilmiştir (Akt. Öztürk, 2001).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. YÖNTEM

### 3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmada Doktor Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastanesi'ndeki takipli gebe olan 51 hastaya anket uygulanarak veri elde edilmiştir. Ankette "Sosyo Demografik Veri Formu", "Bağlanma Biçimi Ölçeği" ve "Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır. Gebelere doğumdan hemen önce sosyo demografik bilgi formu verilmiş ve bağlanma biçimi ölçeği uygulanmıştır. Doğum sonrasında ise gebelere doğum sonrası depresyon ölçeği uygulanmıştır.

### 3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

İlk uygulanan ölçek Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğidir (EBBÖ). Doğumdan sonra ise Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) uygulanmıştır.

**Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği:** Cox. ve ark. (1987) tarafından geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EDSDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan ise 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. Maddeler 0 1 2 3 şeklinde puanlanırken, 3. 5. 6. 7. 8. 9. ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. EDSDÖ'nin Türkçe uyarlanması Engindeniz (1996) tarafından gerçekteştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 olarak bulunmuştur. EDSDÖ'nün yalnızca doğum sonrası dönemde değil gebelikte sürecindeki depresyon belirtilerini de saptama oldukça yüksektir. EDSDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon  $r:0.7$  ( $p>0.0001$ ) bulunarak geçerliliği kabul edilmiştir. EDDÖ'nin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir.

**Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği:** Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliği Kesebir, Kökçü ve Dereboy tarafından yapılmıştır (Kesebir, Kökçü ve Dereboy, 2012). Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin (EBBÖ) Hazan ve Shaver (1987) tarafından geliştirilen ilk bölümü üç farklı ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Mikulincer (1993) tarafından geliştirilen ikinci bölümünde her bir bağlanma biçimi 5 madde ile temsil edilmekte ve en yüksek puan hangisinden alındıysa bireyin bağlanma biçimi onunla belirlenmektedir. Bu çalışma söz konusu ölçüm aracının uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasıdır.

### 3.3. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

#### **Parametrik Testler:**

- Bağımsız Gruplar T Testi: Bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Söz konusu testin uygulanabilmesi için her iki grubun normal dağılım varsayımını sağlaması gerekir.
- One –Way ANOVA: Bağımsız k grubun ( $k>2$ ) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Söz konusu testin uygulanabilmesi için her iki grubun normal dağılım varsayımını sağlaması gerekir.

#### **Non-Parametrik Testler:**

Mann Whitney bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında, Kruskal Wallis bağımsız k grubun ( $k>2$ ) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir.

Katılımcıların Kaçınan; Güvenli ve Kaygılı/İkircikli alt boyutları puanlarının demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanının demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu ANOVA ve t testleri ile analiz edilmiştir.

Spearman korelasyon testi bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi kullanılan test tekniğidir.

Ki-kare: İki kategorik değişken arasındaki ilişkinin incelenmesi için kullanılır.



## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1. Kişisel Bilgiler**

		n	%
Yaş	25 yaş ve altı	24	47,1
	26 yaş ve üstü	27	52,9
Medeni Hal	Evli	50	98,0
	Bekar	1	2,0
Evli iseniz süresi	1 yıldan az	6	11,8
	1-5 yıl	19	37,3
	6-10 yıl	10	19,6
	10 yıldan fazla	16	31,4
Öğrenim Durumu	Okumadım	2	3,9
	İlkokul	10	19,6
	Ortaokul	15	29,4
	Lise	17	33,3
	Yüksekokul	3	5,9
	Üniversite	4	7,8
Çalışıyor musunuz?	Evet	5	9,8
	Hayır	46	90,2
Herhangi bir rahatsızlığınız var mı?	Evet	8	15,7
	Hayır	43	84,3
Hiç depresyon geçirdiniz mi?	Evet	2	3,9
	Hayır	49	96,1
Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?	Evet	14	27,5
	Hayır	37	72,5
Çocuğunuz var mı?	Evet	44	86,3
	Hayır	7	13,7
Kaç çocuğunuz var?	2	17	60,7
	3	8	28,6
	4	2	7,1
	6	1	3,6
Aylık gelirinizi belirtiniz?	500 TL'den az	1	2,0
	500-1000 TL arası	13	25,5
	1001-3000 TL arası	33	64,7
	3000 TL'den fazla	4	7,8

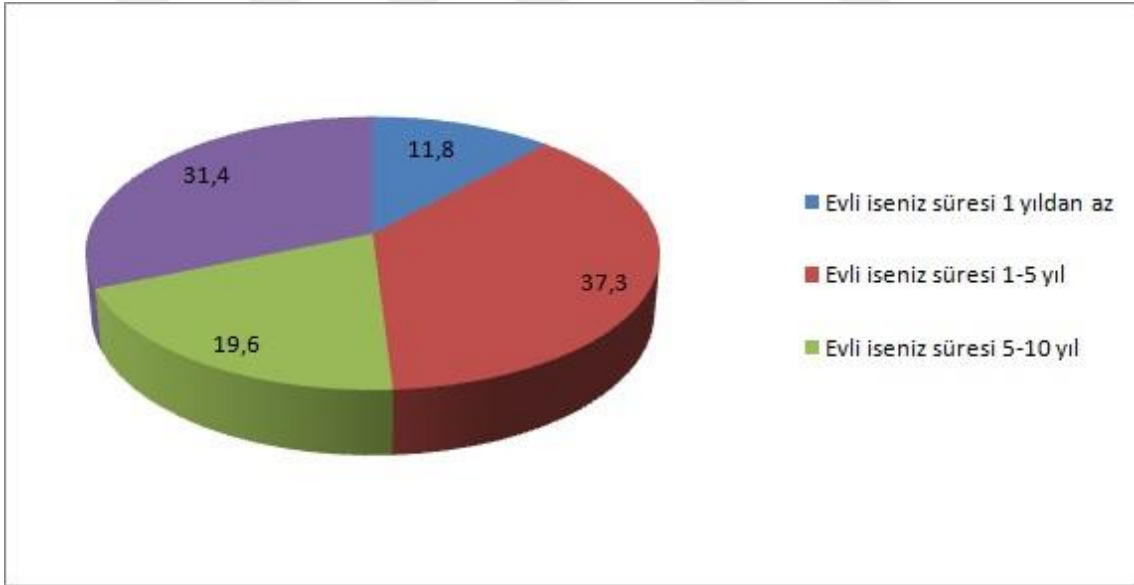
Ankete cevap veren katılımcılardan 25 yaş ve altı olanların oranı %47,1 iken 26 yaş ve üstü olanların oranı %52,9; evli olanların oranı %98,0 iken bekar olan bir kişinin oranı



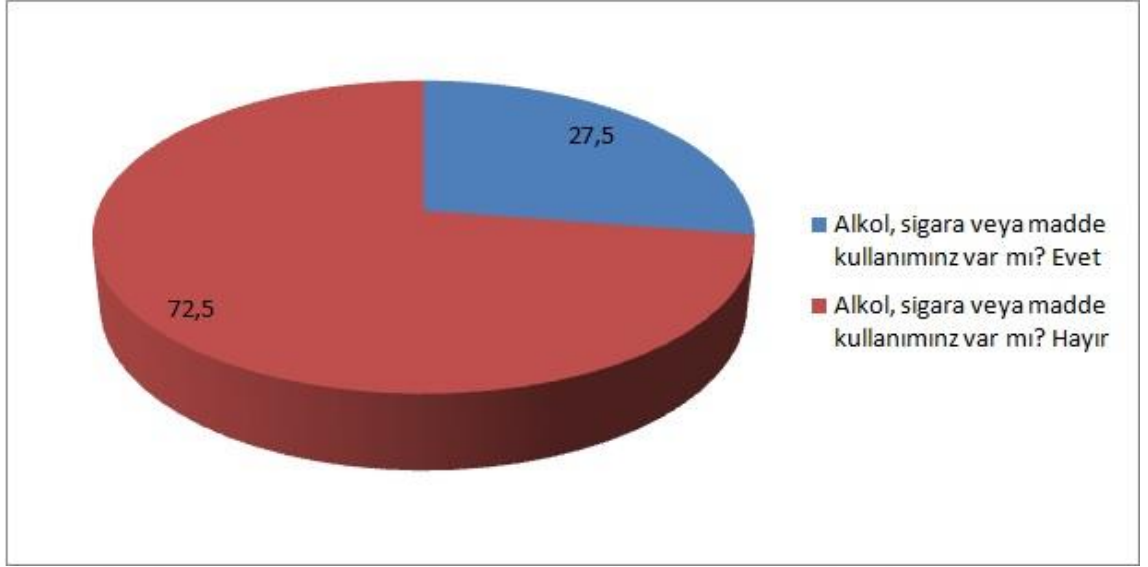
%2,0; evlilik süresi 1 yıldan az olanların oranı %11,8; 1-5 yıl arası olanların oranı %37,3; 6-10 yıl arası olanların oranı %19,6; 10 yıldan fazla olanların oranı %31,4; okumamış olanların oranı %3,9; ilkokul mezunu olanların oranı %19,6; ortaokul mezunu olanların oranı %29,4; lise mezunu olanların oranı %33,3; yüksekokul mezunu olanların oranı %5,9; üniversite mezunu olanların oranı %7,8; çalışanların oranı %9,8 iken çalışmayanların oranı %90,2'dir.

Katılımcılardan herhangi bir rahatsızlığı olanların oranı %15,7; depresyon geçirmiş olanların oranı %3,9; alkol, sigara veya madde kullanımı olanların oranı %27,5'tir.

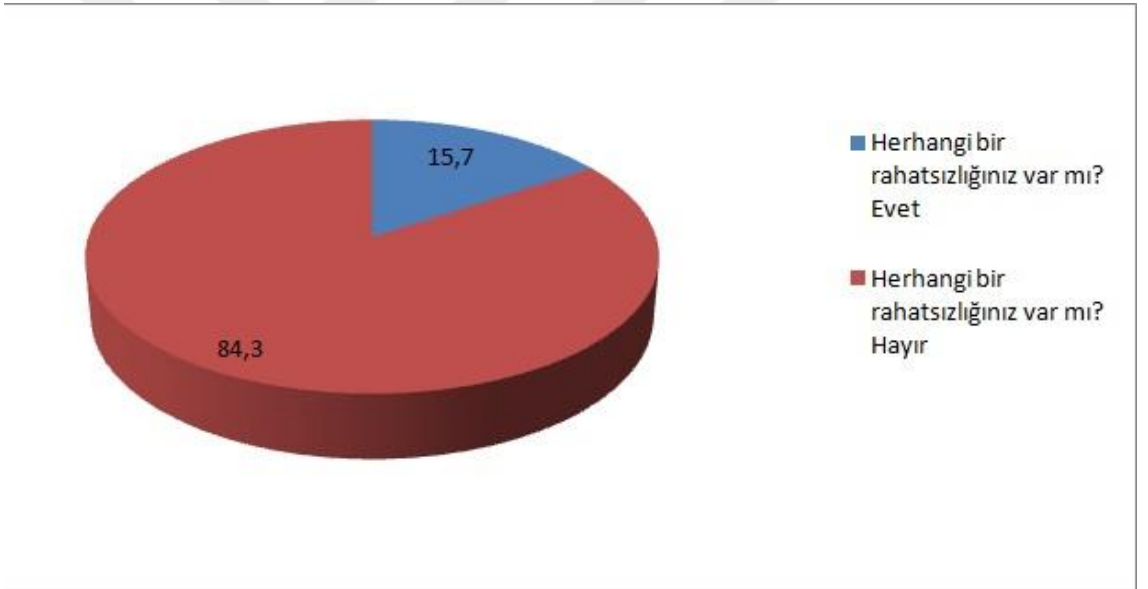
Katılımcılardan çocuğu olanların oranı %86,3; 2 çocuğu olanların oranı %60,7; 3 çocuğu olanların oranı %28,6; 4 çocuğu olanların oranı %7,1; 6 çocuğu olan bir kişinin oranı %3,6; aylık geliri 500 TL'den az olan bir kişinin oranı %2,0; 500-1000 TL arası olanların oranı %25,5; 1001-3000 TL arası olanların oranı %64,7; 3000 TL'den fazla olanların oranı %7,8'dir.



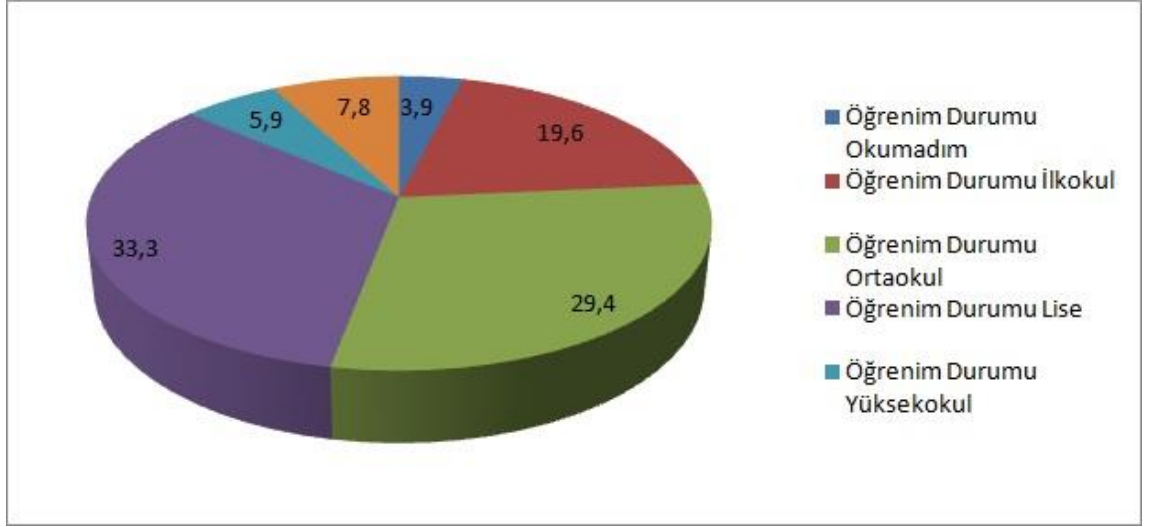
**Şekil 4.1. Medeni Durum**



**Şekil 4.2. Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumu**



**Şekil 4.3. Herhangi Bir Rahatsızlık Olma Durumu**

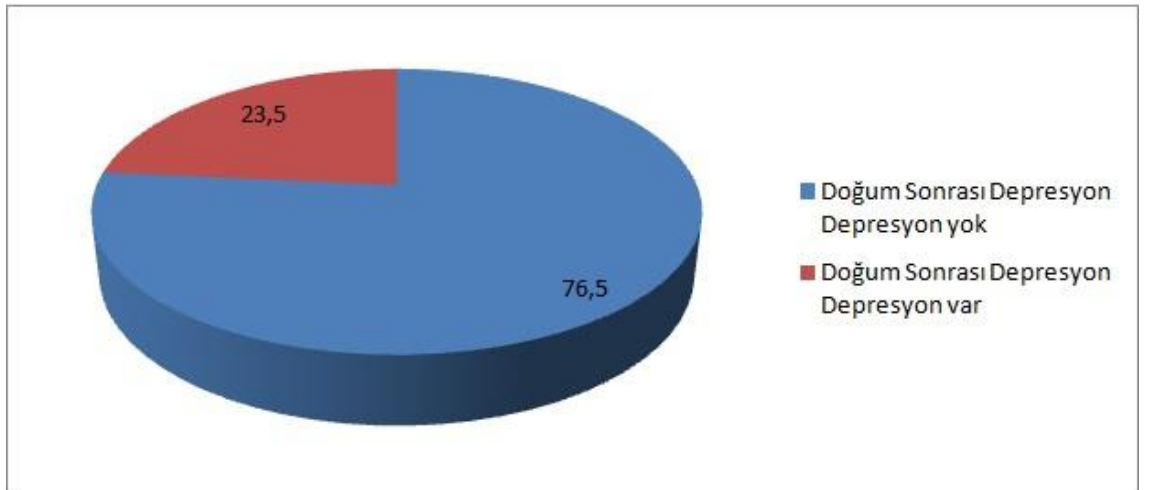


Şekil 4.4. Öğrenim Durumu

Tablo 4.2. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

		n	%
Doğum Sonrası Depresyon	Depresyon yok	39	76,5
	Depresyon var	12	23,5

Katılımcılardan doğum sonrasında depresyon görülenlerin oranı %23,5 iken görülmeyenlerin oranı %76,5'tir.



Şekil 4.5. Doğum Sonrası Depresyon Durumu

**Tablo 4.3. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutları İçin Normallik Testi**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kaçınan	,169	51	,001	,936	51	,009
Güvenli	,158	51	,003	,932	51	,006
Kaygılı/İkircikli	,262	51	,000	,835	51	,000
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	,119	51	,067	,977	51	,413

Katılımcıların Kaçınan; Güvenli ve Kaygılı/İkircikli alt boyutları puan ortalamaları için yapılan Shapiro-Wilk normallik analizi sonucu söz konusu puanların normal dağılım göstermediği; Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanının normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Kaçınan; Güvenli ve Kaygılı/İkircikli alt boyutları puan ortalamaları için yapılmış olan gruplar arası karşılaştırma testlerinde parametrik olmayan test teknikleri; Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puan ortalamaları için yapılmış olan gruplar arası karşılaştırma testlerinde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

**Tablo 4.4. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Normallik Testi**

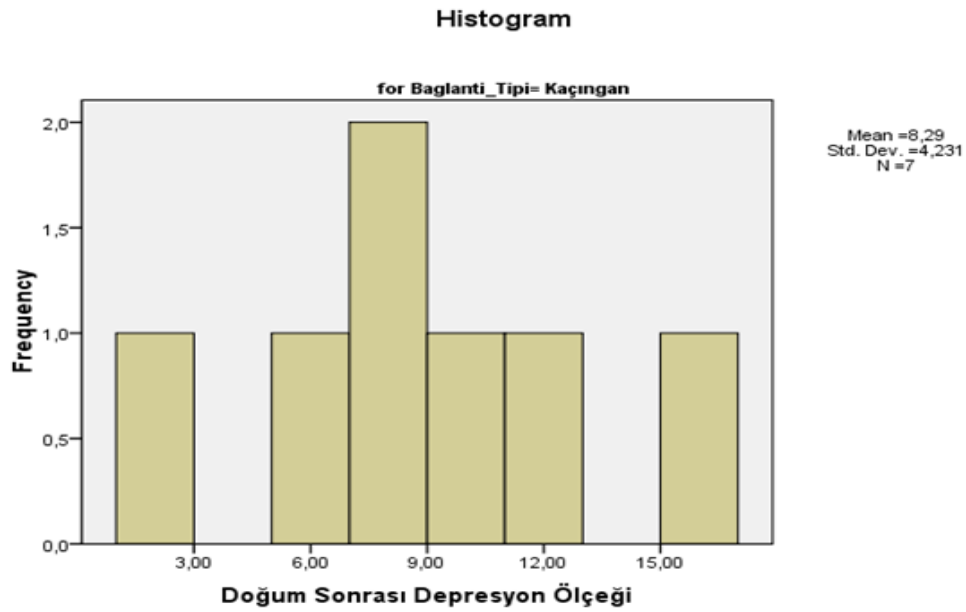
	Bağlanti_Tipi	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Doğum Sonrası	Kaçınan	,191	7	,200*	,969	7	,888

Depresyon Ölçeği	Güvenli	,156	22	,175	,954	22	,383
	İkircikli	,152	22	,200*	,964	22	,569

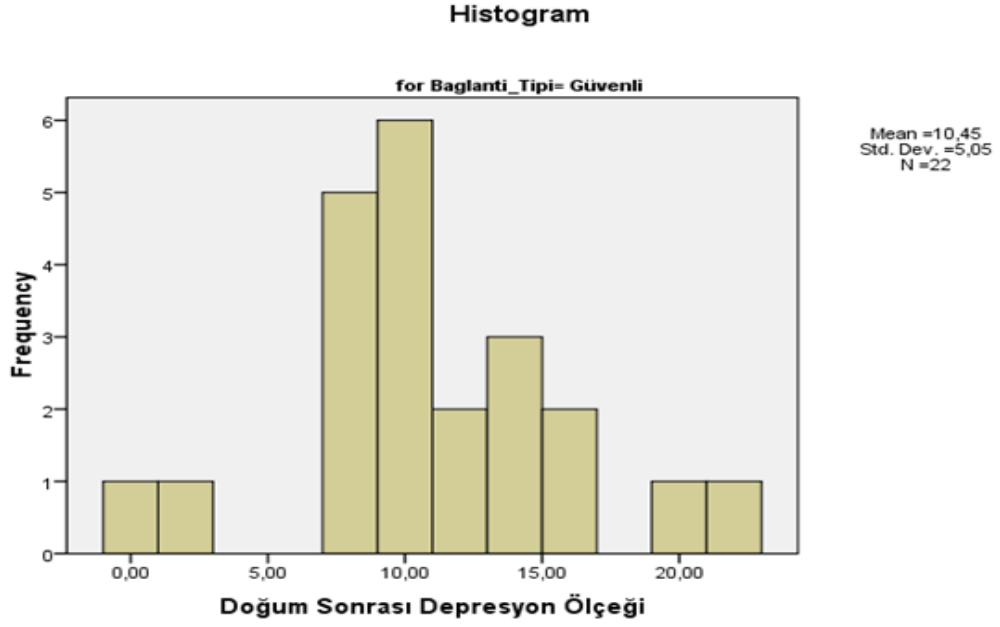
a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

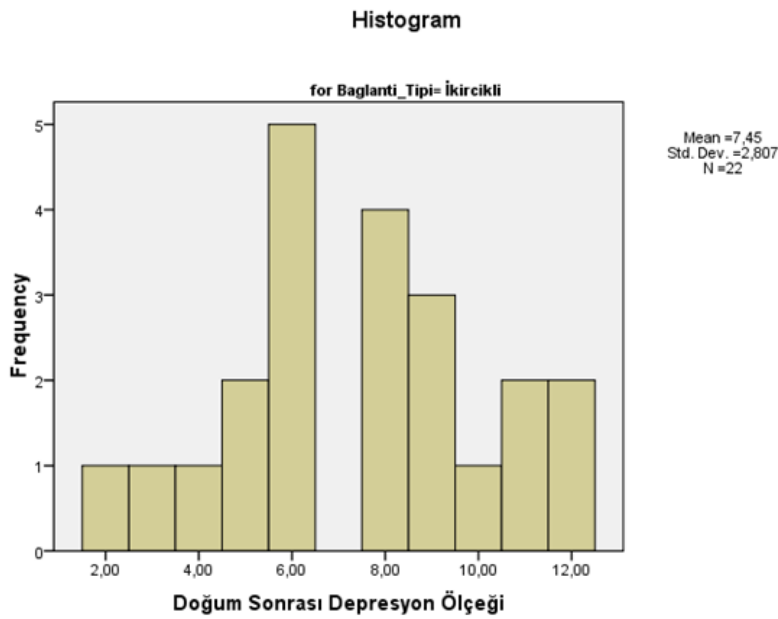
Katılımcıların doğum sonrası depresyon anketlerine verdikleri puanların ortalamaları için yapılan Shapiro-Wilk normallik analizi sonucu söz konusu puanların normal dağıldığı gözlemlenmiştir. İleride yapılacak analizlerde söz konusu puanlar analizlerde kullanılacağı zaman parametrik test teknikleri kullanılabilir. Şekil 4.6’da kaçınan grubu için doğum sonrası depresyon puanları dağılımı görülebilir. Öte yandan güvenli ve ikircikli gruplar için histogram grafikleri sırasıyla şekil 4.7’ da şekil diğer 4.8’ dendir.



Şekil 4.6 Kaçınan Bağlanma Biçimine Sahip Katılımcıların Doğum Sonrası Depresyon Puanları Dağılımları



Şekil 4.7 Güvenli Bağlanma Biçimine Sahip Katılımcıların Doğum Sonrası Depresyon Puanları Dağılımları



**Şekil 4.8 Kaygılı/İkircikli Bağlanma Biçimine Sahip Katılımcıların Doğum Sonrası Depresyon Puanları Dağılımları**

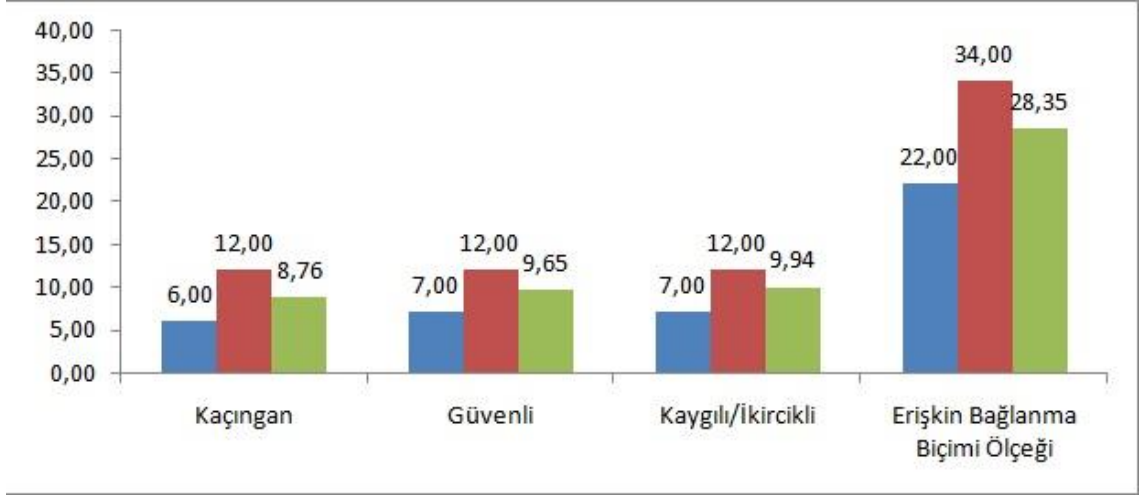
**Tablo 4.5. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Betimsel İstatistikleri**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	51	,00	22,00	8,8627	4,26624
Valid N (listwise)	51				

**Tablo 4.5. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri**

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Kaçıngan	51	6,00	12,00	8,76	1,52
Güvenli	51	7,00	12,00	9,65	1,32
Kaygılı/İkircikli	51	7,00	12,00	9,94	1,30
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	51	22,00	34,00	28,35	2,73

Ankete cevap veren katılımcıların Kaçıngan puanı ortalaması  $8,76 \pm 1,52$ ; Güvenli puanı ortalaması  $9,65 \pm 1,32$ ; Kaygılı/İkircikli puanı ortalaması  $9,94 \pm 1,30$ ; Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanı ortalaması  $28,35 \pm 2,73$ 'tür.



**Şekil 4.6. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutları Grafiği**

**Tablo 4.6. Doğum Sonrası Depresyon Görülmeyenler İçin Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri**

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	39	0,00	11,00	7,10	2,69

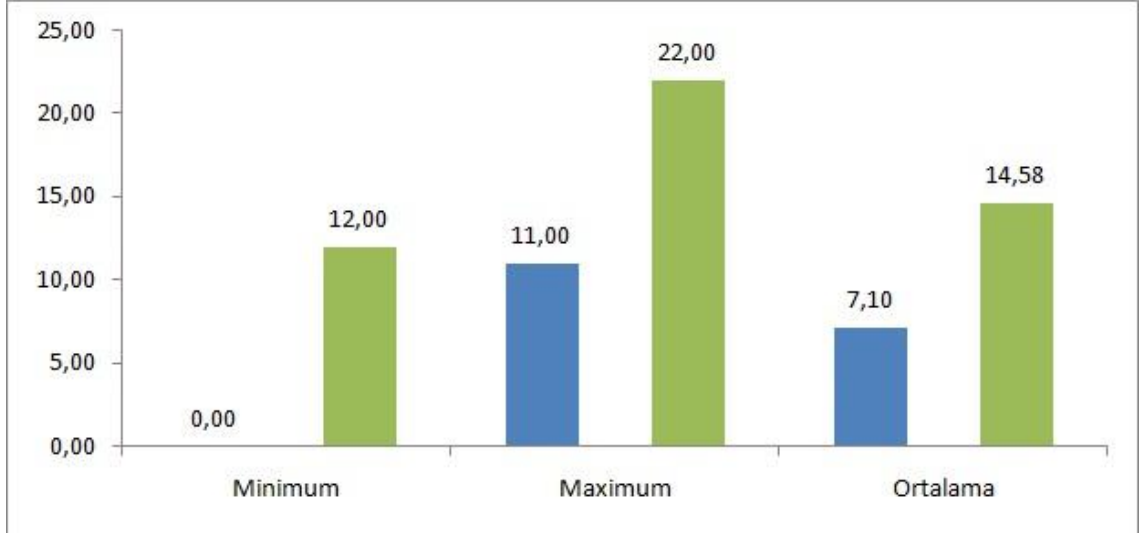
Ankete cevap veren doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ortalaması  $7,10 \pm 2,69$ 'dur.

**Tablo 4.7. Doğum Sonrası Depresyon Görülenler İçin Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri**

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	12	12,00	22,00	14,58	3,32

Ankete cevap veren doğum sonrası depresyon görülen katılımcıların Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ortalaması  $14,58 \pm 3,32$ 'dir.





**Şekil 4.8. Doğum Sonrası Depresyon Görülenler İçin Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Betimsel Grafiği**

**Tablo 4.8. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İlişki Analizi (Korelasyon)**

		Kaçınan	Güvenli	Kaygılı/İkircikli	Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
Kaçınan	rho	1	,037	,286*	,712**
	p		,794	,042	,000
	n	51	51	51	51
Güvenli	rho		1	,115	,562**
	p			,420	,000
	n		51	51	51
Kaygılı/İkircikli	rho			1	,693**
	p				,000
	n			51	51
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	rho				1
	p				
	n				51

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İlişki Analizi (Pearson Korelasyon)

Kaçınan ile Kaygılı/İkircikli alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $p < 0,05$   $\rho = ,286$ ); Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ( $p < 0,05$   $\rho = ,712$ ) bulunmaktadır.

Güvenli alt boyutu ile Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ( $p < 0,05$   $\rho = ,562$ ) bulunmaktadır.

Kaygılı/İkircikli alt boyutu ile Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ( $p < 0,05$   $\rho = ,693$ ) bulunmaktadır.

**Tablo 4.9. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Yaş		n	Sıra Ort.	U	p
Kaçınan	25 yaş ve altı	24	25,35	308,500	,764
	26 yaş ve üstü	27	26,57		
Güvenli	25 yaş ve altı	24	25,23	305,500	,719
	26 yaş ve üstü	27	26,69		
Kaygılı/İkircikli	25 yaş ve altı	24	23,83	272,000	,299
	26 yaş ve üstü	27	27,93		

Kaçınan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney)

25 yaş ve altı ile 26 yaş ve üstü olan gruplar arasında Kaçınan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

25 yaş ve altı ile 26 yaş ve üstü olan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

25 yaş ve altı ile 26 yaş ve üstü olan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4.10. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Yaşa Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Yaş	n	Ortalama	ss	t	p
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	25 yaş ve altı	24	28,00	2,78	
	26 yaş ve üstü	27	28,67	2,69	-,869
					,389

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Yaş Açısından Karşılaştırılması (t testi)

25 yaş ve altı ile 26 yaş ve üstü olan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.11. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Evlilik Süresine Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Evli iseniz süresi	n	Sıra Ort.	X2	p
Kaçınan	5 yıldan az	25	27,38	
	6-10 yıl	10	27,10	,901
	10 yıldan fazla	16	23,16	,637
Güvenli	5 yıldan az	25	27,34	
	6-10 yıl	10	29,35	2,098
	10 yıldan fazla	16	21,81	,350
Kaygılı/İkircikli	5 yıldan az	25	26,16	
	6-10 yıl	10	32,10	3,223
	10 yıldan fazla	16	21,94	,200

Kaçınan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Evlilik Süresi Açısından Karşılaştırılması (Kruskal Wallis)

Evlilik süresi farklı olan gruplar arasında Kaçınan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Evlilik süresi farklı olan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Evlilik süresi farklı olan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.12. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Evlilik Süresine Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Evli iseniz süresi	n	Ortalama	ss	F	p
5 yıldan az	25	28,60	2,68	2,093	,134
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği 6-10 yıl	10	29,40	2,46		
10 yıldan fazla	16	27,31	2,77		

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Evlilik Süresi Açısından Karşılaştırılması (ANOVA)

Evlilik süresi farklı olan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.13. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Öğrenim Durumu	n	Sıra Ort.	X2	p	
Kaçınan	İlkokul ve altı	12	21,92	1,725	,631
	Ortaokul	15	29,07		
	Lise	17	25,53		
	Yüksekokul/Üniversite	7	27,57		
Güvenli	İlkokul ve altı	12	19,46	3,464	,325
	Ortaokul	15	28,87		
	Lise	17	28,24		
	Yüksekokul/Üniversite	7	25,64		
Kaygılı/İkircikli	İlkokul ve altı	12	26,58	0,666	,881
	Ortaokul	15	23,60		
	Lise	17	27,53		
	Yüksekokul/Üniversite	7	26,43		

Kaçınan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Öğrenim Durumu Açısından Karşılaştırılması (Kruskal Wallis)

Öğrenim durumu farklı olan gruplar arasında Kaçınan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Öğrenim durumu farklı olan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Öğrenim durumu farklı olan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.14. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Öğrenim Durumu	n	Ortalama	ss	F	p	
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	İlkokul ve altı	12	27,42	2,43	,620	,605
	Ortaokul	15	28,67	2,64		
	Lise	17	28,71	2,71		
	Yüksekokul/Üniversite	7	28,43	3,60		

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Öğrenim Durumu Açısından Karşılaştırılması (ANOVA)

Öğrenim durumu farklı olan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.15. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi**

Çalışıyor musunuz?	n	Sıra Ort.	U	p	
Kaçınan	Evet	5	29,00	100,000	,626
	Hayır	46	25,67		
Güvenli	Evet	5	28,40	103,000	,696
	Hayır	46	25,74		
Kaygılı/İkircikli	Evet	5	25,40	112,000	,920
	Hayır	46	26,07		

Kaçınan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney)

Çalışıp çalışmama durumu farklı olan gruplar arasında Kaçınan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Çalışıp çalışmama durumu farklı olan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Çalışıp çalışmama durumu farklı olan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.16. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi**

Çalışıyor musunuz?	n	Ortalama	ss	t	p
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği					
Evet	5	29,20	1,92	,728	,470
Hayır	46	28,26	2,80		

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Çalışıp Çalışmama Durumu Açısından Karşılaştırılması (t testi)

Çalışıp çalışmama durumu farklı olan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.17. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Herhangi Bir Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi**

Herhangi bir rahatsızlığınız var mı?	n	Sıra Ort.	U	p	
Kaçınan	Evet	8	18,63	113,000	,117
	Hayır	43	27,37		
Güvenli	Evet	8	27,13	163,000	,810
	Hayır	43	25,79		
Kaygılı/İkircikli	Evet	8	25,50	168,000	,913
	Hayır	43	26,09		

Kaçıngan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Herhangi Bir Rahatsızlık Olup Olmama Durumu Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney)

Herhangi bir rahatsızlığı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Kaçıngan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Herhangi bir rahatsızlığı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Herhangi bir rahatsızlığı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.18. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Herhangi Bir Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi**

Herhangi bir rahatsızlığınız var mı?	n	Ortalama	ss	t	p
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Evet	8	27,75	1,98	-,678	,501
Hayır	43	28,47	2,85		

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Herhangi Bir Hastalık Olup Olmama Durumu Açısından Karşılaştırılması (t testi)

Herhangi bir hastalığı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.19. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi**

Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?		n	Sıra Ort.	U	p
Kaçınan	Evet	14	21,61	197,500	,183
	Hayır	37	27,66		
Güvenli	Evet	14	22,25	206,500	,254
	Hayır	37	27,42		
Kaygılı/İkircikli	Evet	14	21,61	197,500	,170
	Hayır	37	27,66		

Kaçınan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney)

Alkol, sigara veya madde kullanıp kullanmama durumu farklı olan gruplar arasında Kaçınan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Alkol, sigara veya madde kullanıp kullanmama durumu farklı olan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Alkol, sigara veya madde kullanıp kullanmama durumu farklı olan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.20. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi**

Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?	n	Ortalama	ss	t	p
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	Evet	14	27,21	2,78	-1,881
	Hayır	37	28,78	2,62	

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması (t testi)



Alkol, sigara veya madde kullanıp kullanmama durumu farklı olan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.21. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi**

Çocuğunuz var mı?		n	Sıra Ort.	U	p
Kaçınan	Evet	44	24,90	105,500	,173
	Hayır	7	32,93		
Güvenli	Evet	44	26,33	139,500	,683
	Hayır	7	23,93		
Kaygılı/İkircikli	Evet	44	24,91	106,000	,165
	Hayır	7	32,86		

Kaçınan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney)

Çocuk sahibi olan ile olmayan gruplar arasında Kaçınan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Çocuk sahibi olan ile olmayan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Çocuk sahibi olan ile olmayan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.22. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasının İncelenmesi**

Çocuğunuz var mı?		n	Ortalama	ss	t	p
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	Evet	44	28,16	2,74	-1,281	,206
	Hayır	7	29,57	2,51		

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Çocuk Sahibi Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması (t testi)

Çocuk sahibi olan ile olmayan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.23. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Kaç çocuğunuz var?	n	Sıra Ort.	U	p	
Kaçınan	2 çocuk	17	13,26	72,500	,303
	3 ve üstü çocuk	11	16,41		
Güvenli	2 çocuk	17	13,85	82,500	,595
	3 ve üstü çocuk	11	15,50		
Kaygılı/İkircikli	2 çocuk	17	13,68	79,500	,493
	3 ve üstü çocuk	11	15,77		

Kaçınan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Sahip Olunan Çocuk Sayısı Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney)

2 ile 3 ve üzeri çocuk sahibi olan gruplar arasında Kaçınan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

2 ile 3 ve üzeri çocuk sahibi olan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

2 ile 3 ve üzeri çocuk sahibi olan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.24. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Kaç çocuğunuz var?	n	Ortalama	ss	t	p	
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	2 çocuk	17	27,35	3,04	-1,124	,271
	3 ve üstü çocuk	11	28,64	2,80		

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Sahip Olunan Çocuk Sayısı Açısından Karşılaştırılması (t testi)

2 ile 3 ve üzeri çocuk sahibi olan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.25. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Aylık Gelire Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Aylık gelirinizi belirtiniz?	n	Sıra Ort.	U	p	
Kaçınan	1000 TL'den az	14	28,04	230,500	,537
	1000 TL ve üstü	37	25,23		
Güvenli	1000 TL'den az	14	29,11	215,500	,345
	1000 TL ve üstü	37	24,82		
Kaygılı/İkircikli	1000 TL'den az	14	22,93	216,000	,337
	1000 TL ve üstü	37	27,16		

Kaçınan, Güvenli ve Kaygılı/İkircikli Alt Boyutlarının Aylık Gelir Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney)

Aylık geliri 1000 TL'den az ile 1000 TL ve üstü olan gruplar arasında Kaçınan alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Aylık geliri 1000 TL'den az ile 1000 TL ve üstü olan gruplar arasında Güvenli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Aylık geliri 1000 TL'den az ile 1000 TL ve üstü olan gruplar arasında Kaygılı/İkircikli alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.26. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Aylık Gelire Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Aylık gelirinizi belirtiniz?	n	Ortalama	ss	t	p	
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	1000 TL'den az	14	28,57	2,77	,349	,729
	1000 TL ve üstü	37	28,27	2,75		

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeğinin Aylık Gelir Açısından Karşılaştırılması (t testi)  
Aylık geliri 1000 TL'den az ile 1000 TL ve üstü olan gruplar arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.27. Doğum Sonrası Depresyon Görülüp Görülme Durumu ile Kişisel Bilgiler Arasındaki İlişki Analizi (Ki-kare)**

		Doğum Sonrası Depresyon				Ki-kare	p
		Depresyon yok		Depresyon var			
		n	%	n	%		
Yaş	25 yaş ve altı	20	51,3	4	33,3	,576	,448
	26 yaş ve üstü	19	48,7	8	66,7		
Evli iseniz süresi	5 yıldan az	22	56,4	3	25,0	3,815 <sup>a</sup>	,148
	6-10 yıl	7	17,9	3	25,0		
	10 yıldan fazla	10	25,6	6	50,0		
Öğrenim Durumu	İlkokul ve altı	10	25,6	2	16,7	3,596 <sup>a</sup>	,309
	Ortaokul	10	25,6	5	41,7		
	Lise	12	30,8	5	41,7		
	Yüksekokul/Üniversite	7	17,9	0	0,0		
Çalışıyor musunuz?	Evet	5	12,8	0	0,0		,245
	Hayır	34	87,2	12	100,0		
Herhangi bir rahatsızlığınız var mı?	Evet	5	12,8	3	25,0		,275
	Hayır	34	87,2	9	75,0		
Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?	Evet	9	23,1	5	41,7		,185
	Hayır	30	76,9	7	58,3		
Çocuğunuz var mı?	Evet	32	82,1	12	100,0		,133
	Hayır	7	17,9	0	0,0		
Kaç çocuğunuz var?	2 çocuk	10	55,6	7	70,0		,368
	3 ve üstü çocuk	8	44,4	3	30,0		
Aylık gelirinizi belirtiniz?	1000 TL'den az	8	20,5	6	50,0		,055
	1000 TL ve üstü	31	79,5	6	50,0		

Doğum Sonrası Depresyon Görülüp Görülme Durumu ile Kişisel Bilgiler Arasındaki İlişki Analizi (Ki-kare)

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğu (%51,3) 25 yaş ve altında iken depresyon görülenlerin çoğunluğu (%66,7) 26 yaş ve üstüdür. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmeme durumu ile yaş arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$  Ki-kare=,576).

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun (%56,4) evlilik süresi 5 yıldan az iken depresyon görülenlerin çoğunluğunun (%66,7) 10 yıldan fazladır. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmeme durumu ile evlilik süresi arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$  Ki-kare=3,815).

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğu (%30,8) lise mezunu iken depresyon görülenlerin çoğunluğu (%83,4) ortaokul ya da lise mezunudur. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmeme durumu ile öğrenim durumu arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$  Ki-kare=3,596).

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğu (%87,2) ve depresyon görülenlerin tamamı (%100,0) çalışmamaktadır. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmeme durumu ile çalışma durumu arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun (%87,2) ve depresyon görülenlerin çoğunluğunun (%75,0) herhangi bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmeme durumu ile herhangi bir rahatsızlık olma durumu arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun (%76,9) ve depresyon görülenlerin çoğunluğunun (%58,3) alkol, sigara veya madde kullanımı yoktur. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmeme durumu ile alkol, sigara veya madde kullanma durumu arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğu (%82,1) ve depresyon görülenlerin tamamı (%100,0) çocuk sahibidir. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmeme durumu ile çocuk sahibi olma durumu arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun (%55,6) ve depresyon görülenlerin çoğunluğunun (%70,0) 2 çocuğu bulunmaktadır. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmemeye durumu ile sahip olunan çocuk sayısı arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun (%79,5) aylık geliri 1000 TL ve üstü iken depresyon görülenlerin tamamının (%100,0) aylık geliri 1000 TL'den az ya da 1000 TL ve üstüdür. Doğum sonrası depresyon görülüp görülmemeye durumu ile aylık gelir arasında ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.28. Örneklem İçerisindeki İlk Doğum ve İkinci ve Üzeri Doğum Yapan Kişi Sayıları**

Grup İstatistikleri					
	Dogum_Drm	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	ilkCocuk	23	7,4783	3,24555	,67674
	Birden fazla	28	10,0000	4,70618	,88938

**Tablo 4.29. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin İlk Doğum ve İkince ve Üzeri Doğumlar Bağlamında İncelenmesi**

**Bağımsız Örneklem Testi**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	Equal variances assumed	1,683	,201	-2,178	49	,034	-2,52174	1,15802	-4,84886	-,19462
	Equal variances not assumed			-47,694	2,256	,029	-2,52174	1,11758	-4,76916	-,27432

Doğum sonrası depresyon görülüp görülmemeye durumunun katılımcıları ilk çocuk, ikinci ve üzeri çocuk sayıları göz önünde bulundurularak karşılaştırılması.

İlk çocuk sahibi olan anneler (M= 7.4 ,SD=3.24), ikinci ve üzeri çocuk sahibi olan anneler (M = 10.00, SD=4.70) arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. t (49)=0.34, p<0.05

**4.30. Doğum Sonrası Depresyon Görülüp Görülmemeye Durumu ile İlk Çocuklu Katılımcıların Bağlanma Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması**

**ANOVA**

Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	27,964	2	13,982	1,372	,276
Within Groups	203,775	20	10,189		
Total	231,739	22			

İlk çocuklu katılımcıların, doğum sonrası depresyon ölçeklerinin katılımcıların bağlanma alt biçimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

#### 4.31 Doğum Sonrası Depresyon Görülüp Görülmemeye Durmu ile İki ve Daha Fazla Çocuklu Katılımcıların Bağlanma Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	78,133	2	39,067	1,879	,174
Within Groups	519,867	25	20,795		
Total	598,000	27			

İki ve daha fazla çocuklu katılımcıların, doğum sonrası depresyon ölçeklerinin katılımcıların bağlanma alt biçimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

#### 4.32. Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Bağlamında Betimsel İstatistikleri

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					Kaçıngan	10		
Güvenli	19	10,6842	5,37538	1,23320	8,0934	13,2751	,00	22,00
Kaygılı	22	7,7727	2,86077	,60992	6,5043	9,0411	2,00	12,00
Total	51	8,8627	4,26624	,59739	7,6628	10,0626	,00	22,00

Ankete cevap veren katılımcılardan Kaçıngan olanların doğum sonrası depresyon puanı ortalaması  $7.8\pm 3.6$ ; Kaygılı/İkirçikli olanların ortalaması  $7.77\pm 2.86$ ; Güvenli olanların ortalaması  $10.68\pm 5.37$ 'dir.



#### 4.33. Erişkin Bağlanma Biçimi Alt Ölçeklerinin Varyasyonlarının Homojenlik Testi

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,491	2	48	,093

Grup içerisindeki erişkin bağlanma biçiminin alt ölçek kümelerinin doğum sonrası depresyon varyosyanlarının homojenlik testi istatistiksel olarak anlamlı değildir. ( $p>0,05$ ).

#### 4.34. Erişkin Bağlanma Biçimi Alt Ölçeklerinin Depresyon Sonrası Ölçeği Baz Alınarak Karşılaştırılması

##### ANOVA

Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	100,470	2	50,235	2,978	,060
Within Groups	809,569	48	16,866		
Total	910,039	50			

Doğum sonrası depresyon ölçeği puanlarının, katılımcıların erişkin bağlanma biçimi alt boyutlarına göre karşılaştırılması sonucunda, bu alt kümelerin istatistiksel olarak birbirlerinden farklı değildir ( $p>0,05$ ).

#### 4.35. Erişkin Bağlanma Biçimi Alt Ölçeklerinden Kaygılı/İkircikli ve Güvenli Kümelerin Betimsel İstatistiği

##### Group Statistics

	Bağlanma Biçimi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	Güvenli	19	10,6842	5,37538	1,23320
	Kaygılı	22	7,7727	2,86077	,60992

Çalışmaya katılan katılımcıların 19'u Güvenli  $M=10,68\pm 5,37$  ve 22'si Kaygılı  $M=7,77\pm 2,86$  olarak kümelendi.

#### 4.36. Erişkin Bağlanma Biçimi Alt Ölçeklerinden Kaygılı/İkircikli ve Güvenli Kümelerin Karşılaştırılması

##### Bağımsız Örneklem Testi

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	Equal variances assumed	4,449	,041	2,207	39	,033	2,91148	1,31921	,24312	5,57984
	Equal variances not assumed			2,116	26,523	,044	2,91148	1,37578	,08623	5,73673

Doğum sonrası depresyon ölçeği puanlarının, erişkin bağlanma biçimi alt kümelerinden Güvenli, Kaygılı/İkircikli kümelerinin karşılaştırılması sonucu doğum sonrası depresyon puanlarında istatistiksel bir fark gözlemlenmiştir  $t(39)=2,20$  ,  $p<0,05$ .

#### 4.37. Doğum Sonrası Depresyon ve Erişkin Bağlanma Biçimi Çapraz Tablolaması

		Erişkin Bağlanma Biçimi			Total
		Kaçıngan	Güvenli	Kaygıcıklı	
Doğum Sonrası Depresyon	Depresyon yok	8	11	20	39
	Depresyon var	2	8	2	12
Total		10	19	22	51

Doğum sonrası depresyon ölçeği ve erişkin bağlanma biçimi ölçeği puanlarına göre, depresyonu olan katılımcılardan 2 kişi Kaçıngan, 8 kişi Güvenli, 2 kişi Kaygılı olarak gözlemlenmiştir.

**Tablo 4.38. Doğum Sonrası Depresyon ve Erişkin Bağlanma Biçimi Chi-Kare Testi (Kruskal-Wallis)**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,262 <sup>a</sup>	2	,044
Likelihood Ratio	6,375	2	,041
Linear-by-Linear Association	1,489	1	,222
N of Valid Cases	51		

Tablo 4.3'den anlaşılacağı üzere katılımcıların erişkin bağlanma biçimi puanlarının ortalamaları normal dağılım göstermemiştir. Ek olarak Tablo 4.4'den görüldüğü üzere doğum sonrası depresyon puanları normallik testini ihlal etmemektedir. Ancak erişkin bağlanma biçimi alt gruplarının oluşturduğu kümelerdeki katılımcı sayıları kaçınan grubu için 7 kişi diğer gruplar için 22 kişidir. Gruplar arasındaki katılımcı sayılarının farklı olması ve bağlanma biçimi puanlarının normal dağılmadığı göz önünde bulundurularak Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Yapılan analizden ve Tablo 4.40'dan anlaşılacağı üzere bağlanma biçimi alt kümelerinin doğum sonrası depresyon puanlarının dağılımları kıyaslandığında doğum sonrası depresyon değişkeni ve bağlanma biçimi değişkeni arasında anlamlı bir bağlantı gözlemlenmiştir. ( $p < 0,05$ ,  $Ki-kare=6,198$ )

**Tablo 4.39. Doğum Sonrası Depresyon Puanları İçin Bağlanma Biçimi Alt Kümeleri Parametrik Olmayan Test Betimsel İstatistikleri**

	Baglanti_Tipi	N	Mean Rank
Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	Kaçınan	7	23,86
	Güvenli	22	31,82
	İkircikli	22	20,86
	Total	51	

Doğum sonrası depresyon puanlarını bağlantı tiplerine göre kümelendiğinde 7 kaçınan katılımcının sıralama ortalaması 23,86, 22 güvenli katılımcının sıra ortalaması 31,82 22 ikircikli katılımcının sıra ortalaması 20,86 dır.

**Tablo 4.40. Doğum Sonrası Depresyon Puanları ile Erişkin Bağlanma Biçimi Arasındaki İlişki Analizi (Ki-Kare)**

Test Statistics <sup>a,b</sup>	
	Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
Chi-Square	6,198
df	2
Asymp. Sig.	,045

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:  
Baglanti\_Tipi

## SONUÇ

Bu araştırmada, ölçeklerin yapılacağı kişilerin doğum öncesi erişkin bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon baz alınarak oluşturulan örnekleme, Erişkin bağlanma biçiminin, doğum sonrası depresyon ile ilgili bir bağının olup olmadığı incelenmiştir.

Ankete cevap veren katılımcılardan 25 yaş ve altı olanların oranı %47,1 iken 26 yaş ve üstü olanların oranı %52,9; evli olanların oranı %98,0'dir. Evlilik süresi 1-5 yıl arası olanların oranı %37,3'dür. Lise mezunu olanların oranı %33,3, çalışmayanların oranı ise %90,2'dir. Katılımcılardan herhangi bir rahatsızlığı olanların oranı %15,7; depresyon geçirmiş olanların oranı %3,9; alkol, sigara veya madde kullanımı olanların oranı %27,5'tir. Katılımcılardan çocuğu olanların oranı %86,3; aylık geliri 1001-3000 TL arası olanların oranı %64,7 ile en fazla gruptur. Katılımcılardan doğum sonrasında depresyon görülme yenlerin oranı %76,5'tir.

Erişkin bağlanma biçimi ile ilgili elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Erişkin bağlanma biçimlerinin alt kümelerinin depresyon puanları dağılımlarının istatistiksel olarak birbirlerinden farklı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç Sabuncuoğlu ve Berkem'in (2006) çalışmalarıyla tutarlılık göstermektedir. Bu bağlamda yapılan Chi-Kare analizinde erişkin bağlanma biçimlerinin doğum sonrası depresyonla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir  $Ki\text{-Kare} = 6,198$  ( $p < 0,05$ ).
- Erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve alt boyutlarının evlilik süresine göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sabuncuoğlu ve Berkem (2006) evlilik süresi ile bağlanma biçimi arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır.
- Erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve alt boyutlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kesebir ve ark. (2012) öğrenim durumunun bağlanma biçimine göre farklılaşmadığını saptamışlardır. Güler (2014), eğitim seviyesi düştükçe bağlanma biçiminde düştüğünü saptamıştır, bu nedenle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir.
- Erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve alt boyutlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kesebir ve ark. (2012) çalışma durumunun bağlanma biçimine göre farklılaşmadığını saptamışlardır. Sabuncuoğlu ve Berkem (2006) evlilik süresi ile bağlanma biçimi arasında anlamlı bir farklılık saptamışlardır. Sabuncuoğlu ve Berkem (2006), çalışan annelerin çalışmayan annelere göre anlamlı olarak daha az depresyon belirtisi göstermesiyle bağlantılı, çalıştığı için çocuğun birincil bakıcısı olmayan anneler anlamlı olarak daha az depresyon belirtisi gösterdiklerini ortaya koymuşlardır.
- Erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve alt boyutlarının herhangi bir rahatsızlık olma durumuna göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- Erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve alt boyutlarının alkol, sigara veya madde kullanma durumuna göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Elde edilen bu sonuç Erol (2010)'un çalışması ile uyumludur. Erol (2010)'da alkol, sigara veya madde kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulamamıştır.

- Erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve alt boyutlarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sabuncuoğlu ve Berkem (2006) ilk çocuk olma ile bağlanma biçimi arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır.
- Erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve alt boyutlarının sahip olunan çocuk sayısına göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- Erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve alt boyutlarının aylık gelire göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile kişisel bilgiler arasındaki ilişki analizi sonuçlarına göre;

- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğu 25 yaş ve altında iken depresyon görülenlerin çoğunluğu 26 yaş ve üstüdür. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile yaş arasında ilişki yoktur. Eren (2007) çalışmasında yaş ile doğum sonrası depresyon arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır.
- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun evlilik süresi 5 yıldan az iken depresyon görülenlerin çoğunluğunun 10 yıldan fazladır. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile evlilik süresi arasında ilişki yoktur. Eren (2007) çalışmasında evlilik süresi ile doğum sonrası depresyon arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır.
- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğu lise mezunu iken depresyon görülenlerin çoğunluğu ortaokul ya da lise mezunudur. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile öğrenim durumu arasında ilişki yoktur. Righetti ve ark. (1998), 570 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulamamışlardır. Çalışkan ve ark. (2005), Dindar ve Erdoğan (2005), Şirin ve Gözüyeşil (2005) ve Eren (2007), çalışmaların öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır. Chung ve ark. (2004) çalışmalarında, postpartum depresyonu olan kadınlar arasında düşük eğitim düzeyinin oldukça yaygın olduğu belirtilmiştir. İnandı ve ark. (2002), Türkiye'nin doğu

ve güneydoğu bölgesindeki 5 ilde, 2514 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada eğitimle depresyonda belirgin azalma eğilimi görmüşlerdir.

- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğu ve depresyon görülenlerin tamamı çalışmamaktadır. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile çalışma durumu arasında ilişki yoktur. Çalışkan ve ark. (2005), Dindar ve Erdoğan (2005) ve Şirin ve Gözüyeşil (2005) çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır.
- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun ve depresyon görülenlerin çoğunluğunun herhangi bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile herhangi bir rahatsızlık olma durumu arasında ilişki yoktur. Eren (2007) çalışmasında herhangi bir rahatsızlık olma durumu ile doğum sonrası depresyon ilişkisini anlamlı bulmuştur. Nicholson ve ark. (2006) 175 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, depresyon semptomu gösteren kadınlarda belirgin derecede düşük sağlık kalitesi tespit etmişlerdir. Brown ve Lumley (2000) çalışmalarında, annenin ruhsal iyilik hali ile fiziksel sağlığı arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuşlardır.
- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun ve depresyon görülenlerin çoğunluğunun alkol, sigara veya madde kullanımı yoktur. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile alkol, sigara veya madde kullanma durumu arasında ilişki yoktur. Eren (2007) çalışmasında sigara kullanan kadınların genel olarak PPD geçiren kadınlar içinde oranı % 44,4 oranında bulunmuştur. Sigara kullanan olgularda depresyon görülme oranı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur, bu sonuç araştırmamız ile uyumsuzdur. Kahn ve ark. (2002) çalışmalarında, eğitim düzeyi düşük olan kadınların sigara içmeye daha meyilli oldukları ve gebelik döneminde sigara bırakma oranlarında herhangi bir değişiklik göstermedikleri saptamışlardır. Amerika'da 2001-2002 yılları arasında Alkol ve İlişkili Durumlar Ulusal Epidemiyolojik Yoklaması için 1516 gebe kadın üzerinde yapılan çalışmada kadınların %21.7'sinde sigara kullanımı saptanmış ve %12.4'si nikotin bağımlılığı kriterlerini karşılamıştır.119 İngiltere'de, 1997'de yapılan bir çalışmada, Sigara içme davranışı, postnatal depresyon ile anlamlı derecede ilişkilendirilmiştir (Brown ve ark., 2000).

- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğu ve depresyon görülenlerin tamamı çocuk sahibidir. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile çocuk sahibi olma durumu arasında ilişki yoktur.
- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun ve depresyon görülenlerin çoğunluğunun 2 çocuğu bulunmaktadır. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile sahip olunan çocuk sayısı arasında ilişki yoktur. Eren (2007) çalışmasında birden fazla çocuk sahibi olma durumu ile doğum sonrası depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmuştur. Gürel ve Gürel (2005)'in çalışmasında yüksek parite, mutsuz duygu durumu ile ilişkilendirilmiştir. Postpartum depresyon için risk grubu kadınları belirlemek için yapılan 2 büyük çalışma, birden fazla çocuğu sahibi olmayı ve yüksek pariteyi, artmış depresyon riski ile ilişkilendirmişler ve yüksek paritenin PPD riskini 2-3 kat arttırdığını tespit etmişlerdir (Brown ve ark., 2000).
- Doğum sonrası depresyon görülmeyen katılımcıların çoğunluğunun aylık geliri 1000 TL ve üstü iken depresyon görülenlerin tamamının aylık geliri 1000 TL'den az ya da 1000 TL ve üstüdür. Doğum sonrası depresyon görülüp görülme durumu ile aylık gelir arasında ilişki yoktur. Eren (2007) çalışmasında gelir ile doğum sonrası depresyon arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Literatürde ise düşük gelir ile PPD arasındaki ilişki defalarca kanıtlanmıştır (Reading, 2001; Goodman, 2004). Çalışkan ve ark. (2005), Dindar ve Erdoğan (2005) ve Şirin ve Gözüyeşil (2005) gelir ile doğum sonrası depresyon arasında anlamlı bir farklılık saptamışlardır.

Çalışmanın sınırlılıkları dikkate alındığında, ilk olarak çalışılan örnekleme katılımcıların ilk çocuk sahibi olmaları ve çok çocuk sahibi olmaları depresyon puanları ortalamalarını oldukça değiştirmektedir. Tablo 4.28'den de hatırlayacağınız üzere ilk çocuk sahibi olanlar ve çok çocuk sahibi olanlar arasındaki ortalama fark -2,52 civarında olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bağlamda bu çalışmanın örnekleminin benzer çocuk sayısına sahip anne adayları arasından yapılmaması oldukça önemli bir sınırlılıktır.

Ek olarak erişkin bağlanma biçimi puanlarından elde edilen gruplardaki katılımcı sayısı kaçınan grup için n=7'dir. Bu sebepten dolayı çalışmanın önemli bulguları parametrik



olmayan testler kullanılarak elde edilmiştir. Eşit grup sayıları örneklem içerisinde bilinçli bir şekilde bulundurulamayacağı için bu sorun daha fazla sayıda katılımcı bulunarak her grubun en az 20 kişi kapsayacağı şekilde aşılabılır.

Öte yandan doğum sonrası depresyon ölçeği puanları katılımcılardan doğumdan sonraki bir kaç gün içerisinde toplanmıştır. Gerek doğum sonrası rahatlama gerekse yeni anneler için anne olma heyecanı, diğerleri için yeni bir çocuk sahibi olma heyecanı ile yaşadıkları depresyonu yeterli miktarda doğum sonrası depresyon ölçeğine yansıtamamış olabilirler. Bu sorun doğum sonrası depresyon ölçeklerinin puanlarının en az 1 hafta ve en çok 1 ay içerisinde toplanmasıyla aşılabılır.

Doğum sonrası depresyon anne adaylarında sıkça görülen duygusal bir durumdur. Bu durumun ilk ve en önemli sebebi annenin vücudunda yaşadığı fizyolojik değişikliklerdir.

Bu çalışma Türk literatüründe sıklıkla ele alınmamıştır. Benzer bir çalışma Berkem ve Sabuncuoğlu (2006) tarafından yapılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmanın Türk literatüründeki doğum sonrası depresyon ve bağlanma biçimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışmadan biri olduğu göz önünde bulundurulursa literatüre katkısı açıktır. Çalışmanın sınırlılıkları, toplanan verilerin analizleri ve sunumları, gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutup; özellikle sınırlılıkların ortadan kaldırılmasına vesile olacaktır.

Son olarak, bu çalışmada erişkin başlanma biçimi alt kümelerinin, doğum sonrası depresyon puanlarını dağılımsal olarak farklılaştırdığı yapılan istatistiksel analizler sonucunda gözlemlenmiştir. Dağılımdaki bu farklılık literatürde de desteklenmekte olup (Berkem, Sabuncuoğlu, 2006), bulgular bu iki değişkeni birbirleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.



## **KAYNAKLAR**

Ainsworth M.D.S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall S. 1978. Patterns Of Attachment: A Psychological Study Of The Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M. D. S. 1989. Attachments Beyond Infancy. American Psychologist; 44, 709-716.

Akkaya C. 2005. Depresyon etiyolojisinde serotonin ve noradrenalin. Yeni Symposium. 43(3): 91- 96.

Akkoca, Y. 2009. Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler Uzmanlık Tezi. T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Alantar, Z. ve Maner, F. 2008 Bağlanma Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9, 97-104.

Amerikan Psikiyatri Birliği 2013. *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: HYB Basım Yayın.

Arslandaş, H., Ergin, F., Balkaya, N. A., 2009. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, 10(3), 13-22.

Atar Gürel S, Gürel H. 2005. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance if parity and inter-pregnancy interval.

Aydoğdu, İ. 2010. Romantik İlişkilerin Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ayvaz, S., Hocaoglu, Ç., Tiryaki, A., Ak, İ. 2006. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4), 243-251.

Balcı, GC. 2011. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travmalarının Bağlanma İle İlişkisi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul

Bartholomew K. 1994. Assessment of individual differences in adult attachment. Psychological Inquiry 5: 23-27.

Bartholomew K., ve Shaver, P.R. 1998. Methods of Assessing Adult Attachment Do They Converge? Attachment Theory and Close Relationships. J. A. Simpson ve W. S. Rholes (Editörler). New York: The Guilford Press.

Bartholomew, K., ve Horowitz, L. M. 1991. Attachment Styles Among Young Adults: A Test of A Four-Category Model. Journal of Personality and Social Psychology. 61, 226-244.

Beck, C. T. 1999. Postpartum depression: Stopping the thief that steals motherhood. *Awhonn Lifelines*, 3(4), 41–44.

Beck, C. T. 2001. Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285.

Benute, G.R.G., Nomura, R.M.Y., Reis, J.S., Junior, R.F., Souza De Lucia, M.C., Zugaib, M. 2010. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*, 65: 1127-1131.

Bowlby, J. 2012. Bağlanma ve Kaybetme, Pinhan Yayıncılık, İstanbul

Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. 1998. Self report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS (Eds.). Attachment Theory and Close Relationships. New York: Guilford;1998. p. 46-76.

Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M. 2001. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Arch Womens Ment Health*; 3: 133–140.

Brown C, Madden PA, Palenchar DR, Cooper-Patric L. 2000. The association between depressive symptoms and cigarette smoking in an urban primary care sample. *Int J Psychiatry Med*, 30(1):15-26

Brown, A. M., ve Whiteside, S. P. 2008. Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*(22), 263–272.

Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. 2004. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*. Jun;113(6):523-9.

Collins, Nancy L. 1996. Working Models of Attachment: Implications for Explanation, Emotion and Behavior, *Journal of Personality & Social Psychology*, 32 (2), 201-219.

Çalışır, M. 2009. Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi, *Current Approaches in Psychiatry*, 1: 240-255.

Çalışkan D, Öncü B, Köse K. 2005. Gebelikte depresyon: Kontrollü bir çalışma. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı. Ankara BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Damarlı, Ö. 2006. Ergenlerde Toplumsal Cinsiyet Rollerini, Bağlanma Stilleri ve Benlik Kavramı Arasındaki İlişkiler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Deniz, E. 2006. Ergenlerde Bağlanma Stilleri ile Çocukluk İstismarları ve Suçluluk-Utanç Arasındaki İlişki, Eurasian Journal of Educational Research, 22: 89-99

Dennis CL, Hondnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, Kiss A. 2009. Effect of poor support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. British Medical Journal, 15(338): 1-9.

Deveci, A. 2003. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*, 2, 42-46.

Dindar İ, Erdoğan S. 2005 Türk kadınlarında doğum sonrası ilk bir yıl boyunca postpartum depresyon taraması: Toplum örnekleminde bir profil. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı. Ankara BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., s. 196.

Durat, G., Kutlu, Y. 2010. Sakarya’da Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler, New Symposium Journal, 48(1), 63-67.

Efe, İ., Taşkın, L. ve Eroğlu, K. 2009. Türkiye’de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 10, 14-20.

Erdem, Ö., Bez, Y. 2009. Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon, Konuralp Tıp Dergisi, 1(1), 32-37,

Eren, İ.T. (2007). Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Erol, T.C. 2010. Kozmetik Amaçlı Plastik Cerrahi Geçiren Kadınların Çocukluk Çağı Travmaları İle Erişkin Bağlanma Biçimleri Ve İntihar Risk Faktörleri Açısından İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

Fenççi, V. 2004. Maternal Fizyoloji. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı*, Güneş Kitapevi, Ankara

Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. 2000. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78: 350-365.

Gereklioğlu, Ç., Poçan, A. G., Başhan, İ., 2007. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17, 126-133.

Goodman, JH. 2004. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Jognn*,33:310-20.

Green AD, Barr AM, Galea LAM. 2009. Role of estradiol withdrawal in 'anhedonic' sucrose consumption: A model of postpartum depression. *Physiology and Behavior*, 97:259–265.

Güler, H.K. 2014. Yetişkin Bireylerde Bağlanma Biçimleri İle Psikososyodemografik Değişkenlerin Aleksitimi Düzeyi Üzerindeki Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Hazan C, Shaver PR. 2000. Bağlanma: yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve. (Çev: A. Dönmez). *Türk Psikoloji Bülteni*, 6 (16-17): 29-50.

Hazan C, Shaver PR. 1987. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 511–524.

İnanđı T, Elçi OC, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. 2002. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology* 31:1201-7.

Kahn RS, Certaşn L, Whitaker R. 2002. A reexamination of smoking before, during and after pregnancy. *Am J Public Health*, 92(11):1801-8.

Karabekiroğlu, K. 2012. Gebelik dönemi ve bebek ruh sağlığı. K. Karabekiroğlu (Ed.), *Bebek Ruh Sağlığı Temel Kitabı* (ss. 25–36). Ankara: HYB Basım Yayın.

Karaçam T, Taskın L. 2004. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemsirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 14(3):14-24.

Kaya, F. 2010. Çocukluk Döneminde Yaşanan İstismarın Kişilerarası İlişki Tarzları Üzerindeki Etkisi: Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara

Kesebir, S., Kavzoğlu, S., Üstündağ, M. .2011. Bağlanma ve Psikopatoloji, *Current Approaches in Psychiatry*, 3 (2) : 321-342

Kesebir, S., Kökçü, F. ve Dereboy, F. 2012. Erişkin bağlanma biçimi ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *New Symposium Journal*, 50(2); 99-104.

King, N.M, Chambers, J., O'Donnell, K., Jayaweera, S.R, Williamson, C., Glover, V.A. 2010. Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Arch Womens Ment. Health*, 13: 339-345.

Kırkpınar İ, Öztürk Tepeli I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. 2012. Erzurum il merkezinde Doğum Soması Depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısıl dağılımı: ileriye dönük bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13:16-23.

Kısa C, Aydemir Ç, Kurt A, Gülen S, Göka E. 2007. Doğum ardı psikoz tanısı konulan hastaların uzun süreli izlemi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3):223-230.

Kobak RR, Sceery A. 1988, Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representation of self and others. *Child Development*, 59: 135-146.

Köroğlu E. 2004. *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 513-556.

Kuğu, N., Akyüz, G. 2001. Gebelikte Ruhsal Durum. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 23: 61-64.

Lopez, Frederick G. ve ark. 2000. Parental Divorce, Parent-Child Bonds and Adult Attachment Orientations Among College Students: A Comparison of Three Racial / Ethnic Groups, *Journal of Counseling Psychology*, 51, 192-200.

Marakoğlu, K, Özdemir, S., Çivi, S. 2009. Postpartum Depresyon Derleme, *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci*, 29 (1), 206-214,

Martin G, Waite S. 1994. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide *Acta Psychiatr Scand* 89 :246-254.

Masterson, J. 2008. *Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları*, Litera Yayıncılık, İstanbul

Matteo B, Miriam I, Giulia B, Salvatore C, Anita C, Lorenza D, Diego M, Paola P, Michela R, Adriana Z, Stefania Z, Guido DS, Roberto L, Cesario B. 2012. Determinants of Ante partum depression: a multicenter study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4)

Mccarthy, F.P., Khashan, A.S, North, R.A., Moss-Morris, R., Baker, P.N, Dekker, G., Poston, L., Kenny, L.C. 2011. A Prospective Cohort Study Investigating Associations between Hyperemesis Gravidarum and Cognitive, Behavioural and Emotional Well-Being in Pregnancy. *PLoS One.*, 6: e27678.

McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. 2005. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord*; 84:15-24.

Moehler E, Brunner R., Wiebel A, Reck C, Resch F. 2006. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding *Arch Womens Ment Health*, 9: 273-278

Murakami K, Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, Fukushima W, Kiyohara C, Hirota Y. 2008. Dietary glycemic index and load and the risk of postpartum depression in Japan: The Osaka maternal and child health study. *Journal of Affective Disorders*, 110:174-179.

Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. 2000. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1111-1123.

Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. 2006. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics & Gynaecology*, 107:798-806.

Noorlander Y, Bergink V, Berg M. P. 2008. Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Arch Womens Ment Health* 11: 49-56

Orhon, F. İ., Ulukol, B. ve Soykan, A. 2008. Bir sağlıklı çocuk polikliniğinde doğum sonrası depresyonda risk faktörleri: Anneye ve bebeğe ait özellikler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 61(1), 7-12.

Özdemir, S., Marakoğlu, K., Çivi, S. 2008. Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5), 391-398.

Öztürk MO. 2001. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 8. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 305-310., 427-440.

Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Piha, J. ve Helenius, H. 2001. Prenatal maternal representations: Mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 529-544.

Reading R, Reynolds S. 2001. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science and Medicine*, 53:441-53.

Righetti, V. M, Conne-Perreard e, Bousquet A, Manzano J. 1998. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49:167-80.

Sabuncuoğlu, O. ve Berkem, M. 2006. Bağlanma Bicemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(4):252-258

Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A. 2005. Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi, *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(16) : 1-11.

Selvi Y, İnci R, Kıran ÜK, Ağargün MY, Özer ÖA, Eryonucu B. 2004. Postpartum depresyon ve serum kolesterolü. *Klinik Psikiyatri*. 7:48-50.

Simpson S.W., Goodwin, T.M., Robins, S.B., Rizzo, A.A., Howes, R.A., Buckwalter, D.K., Buckwalter, J.G. 2001. Psychological factors and hyperemesis gravidarum. *J Womens Health Gend Based Med.*, 10: 471-7.

Sinclair L. 2004. Psychological changes of the puerperium. *A Midwife's Handbook*, California, Elsevier, 238-241



Skalkidou A, Sylvén SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Larsson A, Poromaa IS. 2009. Risk of postpartum depression in association with serum leptin and interleukin-6 levels at delivery: A nested case control study within the UPPSAT cohort. *Psychoneuroendocrinology*. 34 (9):1329-1337.

Snellen M, Mack K, Trauer T. 1999. Schizophrenia, mental state and mother-infant interaction: examining the relationship. *Aust NZ J Psychiatry* 33: 902–911

Sümer N, Güngör D. 1999. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 14 (44): 35-58.

Sümer N. 2006. Ergenlikte ebeveyn tutum ve davranışlarının bağlanma kaygısındaki rolü. 11. Ergen Günleri, Konuşma Metni. Ankara.

Şen, S. 2007. Anneanne- Anne- Bebek Bağlanmasının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Şirin A, Gözüyeşil EY. 2005. Gebe kadınlarda depresyon durumu. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı. Ankara BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., s. 252

Tan, P.C., Vani, S., Lim, B.K, Omar, S.Z. 2010. Anxiety and depression in hyperemesis gravidarum: prevalence, risk factors and correlation with clinical severity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 149: 153-158.

Taskın L. 2005. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği. 7. basım, Ankara.

Taşdemir, S., Kaplan, S., Bahar, A. 2006. Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 105-120.

Tezel, A. 2006. Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde Hemşirelerin/Ebelerin Sorumlulukları, *New Symposium Journal*, 44:1, 49-51.

Trinke, S.J. ve Bartholomew, K. 1997. Hierarchies of Attachment Relationships in Young Adulthood, *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (5), 603-625.

Tüzün, O., Sayar, K. 2006. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*: 19(1); 24-39.

Uludağ, A. ve Ünlüoğlu, İ. 2012. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(3), 19–26.

Williamson, V. ve McCutcheon, H. 2004. Postnatal depression: a review of current literature. *Australian Midwifery*, 17(4), 11–16

Willinck, L. A. ve Cotton, S. M. 2004. Risk factors for postnatal depression. *Australian Midwifery*, 17(2), 10–15.

Wilson WH. 2006. Lowdermilk P. Support for postpartum depression. *Maternal Child Nursing Care*. 3. ed., USA, Mosby Elsevier, 676-675.

Winnicott, W. 1998. *Oyun ve Gerçeklik*, İstanbul: Metis Ötekini Dinlemek Yayınları.

Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. 2002. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 18: 194-199.

Woodhouse, Susan S. ve ark. 2003. Client Attachment to Therapist: Relations to Transference and Client Recollections of Parental Caregiving, *Journal of Counseling Psychology*, 50 (4), 395-408.

Xie, R.H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., Wen, S.W. 2009. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Ann Epidemiol.*, 19: 637-43.

Yılmaz, E.A. 2013. Ankara'da Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniği'ne Başvuran Gebelerde “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” İle Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler. Yüksek Lisans Tezi. Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Yozwiak, J.A. 2010. Postpartum Depression and Adolescent Mothers:A Review of Assessment and Treatment Approaches, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 23:172-178.

Zerenoğlu, L. 2011. Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stilleriyle Çocukluktaki Örselenme Yaşantıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

## ÖZGEÇMİŞ

### **İŞILAY ECE ONAR**

ece.onar@yandex.com.tr

Öveçler 1066.sok Eylül apt. 2/11

05067165465

### **EĞİTİM BİLGİLERİ**

Ankara Ahmet Haşim İlköğretim Okulu  
Siirt Mehmetçik İlköğretim Okulu  
Konya Özel Diltaş İlköğretim Okulu  
Konya Mehmet Beğen İlköğretim Okulu  
Konya Özel Diltaş Lisesi  
Ankara Anıttepe Lisesi  
Ankara Atılım Üniversitesi Psikoloji Bölümü  
Groningen Üniversitesi (Erasmus)  
Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

### **DENEYİMLERİM**

Şizofreni Hastaları Derneğinde Gönüllü Çalışma  
Şizofreni Hastalarını Anlama ve Farkındalık Haftası  
Bireysel Birikim Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (6 ay)  
Mor Menekşe Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (1 buçuk yıl)  
Konya Devlet Tiyatrosu (2 yıl)  
Keçiören Kız Yetiştirme Yurdu (5 ay Gönüllü Çalışma)  
Yaşam Danışmanlık Merkezi (Halen)

## **ARAŞTIRMALAR**

Müziğin hatırlama üzerinde etkisi

Akraba evliliğine karşı tutum

İŞ memnuniyeti ve İÇten ayrılma oranı (Ulusal Psikoloji Öğrenci Kongresi Sunumu)

Bağlanma Biçimi ve Doğum Sonrası Depresyon İlişkisi (Tez)

## **SERTİFİKALAR**

Ben Ötesi Psikoloji

Kriz ve Mücadele Eğitimi (Rick Meyer)

Cinsel Terapi Eğitimi

Narsisizm Workshop

Zorlu Bireylerle Kolay AnlaŐın (Madalyon Psikiyatri Merkezi)

Türk Psikologlar Derneği MMPI Eğitimi

Aile Danışmanlığı Eğitimi

Pozitif Psikoterapi Eğitimi

İlişki Kurma Sanatı Workshop( Madalyon Psikiyatri Merkezi)