

**T.C.**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**GEBE KADINLARDA MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN  
PRENATAL BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ, DEPRESYON  
VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Eda Gül AYKAÇ**

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

**İstanbul- 2021**



## TEZ TANITIM FORMU

**YAZAR ADI SOYADI** : Eda Gül AYKAÇ

**TEZİN DİLİ** : Türkçe

**TEZİN ADI** : Gebe Kadınlarda Mizaç Özelliklerinin  
Prenatal Bağlanma Özellikleri, Depresyon ve  
Anksiyete Düzeyleri ile İlişkisi

**ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim  
Enstitüsü

**ANABİLİM DALI** : Psikoloji

**TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans

**TEZİN TARİHİ** : 06/08/2021

**SAYFA SAYISI** : 88

**TEZ DANIŞMANI** : Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

**DİZİN TERİMLERİ** : Gebelik Dönemi, Mizaç, Depresyon, Anksiyete,  
Prenatal Bağlanma

**TÜRKÇE ÖZET** : Gebe kadınların mizaç özelliklerinin prenatal bağlanma özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde poliklinik ve servis hastası olan 200 gebe katılmıştır. Gebelerin

mizaç özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ve prenatal bağlanma özellikleri ve sosyodemografik bilgileri incelenmiştir. Katılımcılara gönüllü onam formu imzalatılıp ‘TEMPS-A’, ‘PHQ-15’, ‘GAD-7’, ‘PHQ-9’, ‘Prenatal Bağlanma Envanteri’ ve ‘Sosyodemografik Bilgi Formu’ yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Elde edilen veriler uygun istatistikî teknikler ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25 Programı kullanıldı. Araştırma sonucunda belirli mizaç özellikleri ile prenatal bağlanma, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki saptanmıştır. Siklotimik mizaç ve anksiyöz mizaç ile prenatal bağlanma ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Yapılan regresyon analizleri sonucunda ise siklotimik mizaç ve anksiyöz mizaç ile prenatal bağlanma arasında anksiyete düzeyinin tam aracılık rolü gösterdiği tespit edilmiştir. Depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç ve anksiyöz mizaç ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

**DAĞITIM LİSTELERİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim  
Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

*EDA GÜL AYKAÇ*

**T.C.**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**GEBE KADINLARDA MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN  
PRENATAL BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ, DEPRESYON  
VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Eda Gül AYKAÇ**

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

**İstanbul- 2021**

## **BEYAN**

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Eda Gül AYKAÇ

/ / 2021



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Eda Gül AYKAÇ'ın “Gebe Kadınlarda Mizaç Özelliklerinin Prenatal Bağlanma Özellikleri, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlişkisi” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalı, KLİNİK PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN

Üye

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Fuat AKGÜL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2021

İmzası

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

**Amaç:** Gebe kadınların mizaç özelliklerinin prenatal bağlanma özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde poliklinik ve servis hastası olan 200 gebe katılmıştır. Gebelerin mizaç özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ve prenatal bağlanma özellikleri ve sosyodemografik bilgileri incelenmiştir. Katılımcılara gönüllü onam formu imzalatılıp 'TEMPS-A', 'PHQ-15', 'GAD-7', 'PHQ-9', 'Prenatal Bağlanma Envanteri' ve 'Sosyodemografik Bilgi Formu' yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Elde edilen veriler uygun istatistik teknikler ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25 Programı kullanıldı.

**Bulgular ve Sonuç:** Araştırma sonucunda belirli mizaç özellikleri ile prenatal bağlanma, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki saptanmıştır. Siklotimik mizaç ve anksiyöz mizaç ile prenatal bağlanma ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Yapılan regresyon analizleri sonucunda ise siklotimik mizaç ve anksiyöz mizaç ile prenatal bağlanma arasında anksiyete düzeyinin tam aracılık rolü gösterdiği tespit edilmiştir. Depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç ve anksiyöz mizaç ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Gebelik dönemi, Mizaç, Depresyon, Anksiyete, Prenatal Bağlanma



## SUMMARY

**Aim:** It aimed to examine the relationship between temperament traits of pregnant women and prenatal attachment traits, depression, and anxiety levels.

**Method:** 200 pregnant women who were outpatient and inpatient in the T.C. Ministry of Health Goztepe Prof. Dr. Suleyman Yalcin City Hospital took part in the study. Pregnant women's temperament traits, depression and anxiety levels, prenatal attachment traits, and sociodemographic information were examined. Voluntary consent forms were signed by the participants, and 'TEMPS-A', 'PHQ-15', 'GAD-7', 'PHQ-9', 'Prenatal Attachment Inventory' and 'Sociodemographic Information Form' was filled in by face-to-face interview method. The obtained data was analysed with appropriate statistical techniques. SPSS Statistics 25 was used to evaluate the data.

**Findings and Conclusions:** As a result of the research, a relationship was found between certain temperamental traits and prenatal attachment, depression, and anxiety levels. The relationship between prenatal attachment and cyclothymic temperament and anxious temperament was found significant. As a result of regression analysis, it determined that anxiety level showed a full-mediator role between prenatal attachment and cyclothymic temperament and anxious temperament. A significant relationship was found between depressive temperament, cyclothymic temperament, irritable temperament, anxious temperament, and depression and anxiety levels.

**Keywords:** Pregnancy, Temperament, Depression, Anxiety, Prenatal Attachment

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR .....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
ÖNSÖZ.....	ix
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Mizaç.....	3
1.1.1. Akiskal'ın Kişilik Modeli .....	4
1.1.1.1. Akiskal'a Göre Duygusal Mizaçlar (Çamur, 2016; Hantouche ve Akiskal, 2005) .....	5
1.1.2. Gebelerin Mizaç Özellikleri ile İlgili Çalışmalar.....	6
1.2. Gebelik Dönemi .....	7
1.3. Bağlanma .....	10
1.3.1. Prenatal Bağlanma .....	11
1.3.1.1. Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon, Anksiyete İlişkisi .....	14
1.4. Depresyon ve Anksiyete .....	15
1.4.1. Depresyon .....	15
1.4.2. Anksiyete .....	16
1.4.3. Gebelik Döneminde Depresyon ve Anksiyete .....	18

### İKİNCİ BÖLÜM MATERYAL VE METOT

2.1. Araştırmanın Amacı.....	23
2.3. Araştırmanın Tipi.....	24
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	24
2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	24
2.5.1. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	24
2.5.2. Sosyodemografik Veri Formu.....	24

2.5.3. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire).....	24
2.5.4. Prenatal Bağlanma Ölçeği.....	25
2.5.5. Hasta Sağlığı Anketi .....	25
2.5.5.1. GAD-7.....	25
2.5.5.2. PHQ-9 .....	25
2.5.5.3. PHQ-15 .....	26
2.6. Verilerin İstatiksel Analizi.....	26

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

<b>BULGULAR.....</b>	<b>28</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>41</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>50</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>61</b>

## KISALTMALAR

<b>%</b>	: Yüzde
<b>B</b>	: Regresyon Kat Sayısı
<b>Beta</b>	: Standartize Edilmiş Regresyon Kat Sayısı
<b>f</b>	: Frekans
<b>F</b>	: F Testi Değeri
<b>K.O</b>	: Kareler Ortalaması
<b>K.T</b>	: Kareler Toplamı
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>Min</b>	: Minimum
<b>n</b>	: Kişi Sayısı
<b>p</b>	: Anlamlılık Değeri
<b>R</b>	: Korelasyon Katsayısı
<b>R<sup>2</sup></b>	: Determinasyon Katsayısı
<b>Sd.</b>	: Serbest Değişken
<b>Sh</b>	: Standart Hata
<b>Ss.</b>	: Standart Sapma
<b>T</b>	: T Testi Değeri
<b>Var. K.</b>	: Varyansın Kaynağı
<b><math>\bar{X}</math></b>	: Ortalama

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Ölçeğine Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	26
<b>Tablo 2.</b> Korelasyon Katsayısına İlişkin Sayısal Sınırlar (Büyüköztürk, 2011). .....	27
<b>Tablo 3.</b> Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	28
<b>Tablo 4.</b> Gebelerin Şu an ki Gebelik Haftasına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler .....	28
<b>Tablo 5.</b> Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 6.</b> Gebeler Arasında Düşük Yapanların Yaşadığı Sorunların Dağılımların .....	29
<b>Tablo 7.</b> Gebelerin Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete Seviyelerinin Dağılımları .....	30
<b>Tablo 8.</b> Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Arasındaki İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	31
<b>Tablo 9.</b> Çalışma Durumu Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 10.</b> Bebeğin Cinsiyeti Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması ....	32
<b>Tablo 11.</b> Düşük Öyküsü Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
<b>Tablo 12.</b> Yaş Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 13.</b> Eğitim Durumu Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
<b>Tablo 14.</b> Gelir Durumu Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 15.</b> Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular.....	37

**Tablo 16.** Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanterine İlişkin Aracı Değişken Analizleri Özet Tablosu ..... 38

**Tablo 17.** Siklotimik Mizaç Alt Ölçeğinin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanını Yordamasında GAD-7 Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar..... 39

**Tablo 18.** Anksiyöz Mizaç Alt Ölçeğinin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanını Yordamasında GAD-7 Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar..... 40



## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 1.** Siklotimik Mizaç Alt Ölçeğinin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanını Yordamasında GAD-7 Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları.....39

**Şekil 2.** Anksiyöz Mizaç Alt Ölçeğinin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanını Yordamasında GAD-7 Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları.....40



## ÖNSÖZ

“Gebe Kadınlarda Mizaç Özelliklerinin Prenatal Bağlanma Özellikleri, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlişkisi” adlı yüksek lisans tez çalışmam boyunca bilimsel birikim ve tecrübelerinden yararlanmamı sağlayan, her konuda destek ve yol gösterici olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hakan Karaş’a çok teşekkür ederim.

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi’nde yapmış olduğum çalışma boyunca yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Meryem Hocoğlu’na ve canım teyzem Ebe Zekiye Taşkın’a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bugün bu noktaya gelmemde emekleri olan ve her zaman desteklerini hissettiğim sevgili annem Aysel Aykaç ve babam Hakkı Aykaç’a, canım ablam Fatmanur Aykaç Bardakçı ve kardeşlerim Sevim Gizem Aykaç ve Süleyman Sefa Aykaç’a teşekkür ederim.

Eda Gül AYKAÇ



## GİRİŞ

Kişiliğin kalıtsal yönü olan ve doğuştan getirilen mizaç özellikleri, bireyin hayatındaki yeniliklere, çevresinde oluşan tehditlere ve ödül olarak sunulan durumlarda gösterilen davranışlardır. Bu özellikler bireyin hayatı boyunca hissettiği duyguları ya da sergilediği davranışları etkilemektedir (Dönmez, 2016). Gebelerin mizaç özellikleriyle ilgili literatürde çok çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak kişilik özelliklerinin gebelik dönemine, gebenin ruh sağlığına etkisinin olduğunu inceleyen çalışmaların var olmasından dolayı (Guszkowska, Langwald, Zaremba ve Dudziak, 2014) ve yapılan çalışmaların az olması nedeniyle kişilik özelliklerinin incelenmesi gereken bir durum olduğu düşünülmektedir.

Hormonal durum ile ruhsal durum ilişkisi Hipokrat döneminden beri merak konusudur (Özkan, 1993). Günümüze kadar yapılmış çalışmalarda, gebelik döneminde en sık görülen ruhsal sorunlar arasında depresyonun ve anksiyetenin olduğu vurgulanmaktadır (Edwards, Galletly, Semmler-Booth, ve Dekker, 2008; Bödecs, Horvath, Kovacs, Diffellne Nemeth ve Sandor, 2009; Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003; Vırit, Akbaş, Savaş, Sertbaş ve Kandemir, 2008). Gebelik döneminde genellikle gebenin biyolojik değişimlerine odaklanmak psikolojik faktörlerin göz ardı edilmesine sebep olabilmektedir. Bu dönemde yaşanan psikolojik değişimler gebelik sürecini etkilemektedir. Gebelik sürecinde yaşanan depresyon ve anksiyete gibi stresli yaşam olayları anne ve bebeğin sağlığını etkileyerek annenin ruh sağlığını ve bebeğin ileriki yaşamının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Kara, Çakmaklı, Nacak ve Türeci, 2001; Kleanthi, 2015). Gebelik döneminde yüksek oranlarda görülen anksiyete ve depresyon belirtileri anksiyete ve depresyondan farklı değildir. Ancak anksiyete ve depresyon belirtilerinin gebeliğin kendine özgü hormonal ve psikolojik değişimleri ile benzer olması doğum öncesi anksiyete veya depresyon teşhisinin konulmasını güçleştirmektedir (Bowen ve Muhajarine, 2006; Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008; Weisberg ve Paquette, 2002). Sağlıklı bir gebelik dönemi için gebelerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Koyuncu ve Yılmaz, 2015; Kleanthi, 2015). Gebelik döneminde yaşanan ruhsal hastalıklarının önemle takip edilmesi, risk etmenlerinin ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Kara, Çakmaklı, Nacak ve Türeci, 2001; Kleanthi, 2015).

Bir bebek dünyaya geldiğinde bakım verenin, annenin ya da babanın ilgisi, sevgisi ve desteğiyle hayata atılırlar ve bir birey olurlar. Kurulan bağlanma davranışları bebeğin dünyaya gelmesinden çok daha önce yani prenatal dönemde başlamaktadır. Bebeğin yaşamının devamında fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı ilerlemesi için bu dönemlerde güvenli bağlanmanın kurulması çok önemli olmaktadır (Yılmaz, 2013). Güçlü bir güvenli bağ kurmak için gebelik döneminde yaşanılacak sorunların belirlenmesi önem kazanmaktadır. Bazı çalışmalar prenatal bağlanmanın sosyodemografik özellikler, stres, uyku süresi, sosyal destek gibi faktörlerden etkilendiğini vurgularken (Nacar ve Taşhan, 2019; Coşkun, Okcu ve Arslan 2019; Küçükkaya, Süt, Öz ve Sarıkaya, 2020; Condon ve Corkindale, 1997; Yılmaz ve Beji, 2010) az sayıda çalışma anksiyete ve depresyondan da etkilendiğini (Özdemir, Çevirme ve Başkaya, 2020; Tunçel ve Süt, 2019) belirtmiştir. Bu açıdan araştırılması önemli bir konu olduğu düşünülmektedir.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## KURAMSAL ÇERÇEVE

### 1.1. Mizaç

Günlük dilde ve bilim dünyasında sıklıkla kullanılan bir kelime olmasına rağmen kişilik hakkında fikir birliğine varılmış bir tanım yapmak oldukça zordur. Tanımı yapanın bağlı olduğu ekole göre değişiklik gösterebilmektedir. Kişinin ilgileri, düşünceleri, duyguları, tutumları, davranışları, çevresiyle olan iletişimleri tek başına kişiliği etkileyebilirken bu unsurların birbirleriyle olan etkileşimleri de kişiliği etkileyebilmektedir. Kişiliğin bu şekilde birçok unsurunda bulunması yani karmaşık bir yapıya sahip olması ortak bir tanım oluşturulmamasına bir neden olabilmektedir (Özgüven, 2015).

Günlük konuşma dilinde birçok kavram kişilik ile karıştırılmaktadır. Huy, mizaç, karakter gibi kavramların belirgin farklılıkları bulunmalarına rağmen kişilik ile eş anlamlı kullanımlarına da sık rastlanılmaktadır. Kişilik, genetik özellikler (mizaç) ve çevreden kazanılan (karakter) özelliklerden oluşmaktadır. Bu özelliklerle uzun bir sürecin sonucunda bireyin kendine özgü ve bireyi başkalarından ayırt eden bir kişilik ortaya çıkarmaktadır (Köknel, 1999).

Mizaç, “bireye özgü olan ve doğumla birlikte görülen sonraki yıllarda süreklilik gösteren davranışsal veya duygusal özellikler” olarak ifade edilmektedir (Partridge’dan aktaran (Taşdöven, Emhan ve Dönmez, 2012)). Kişiliğin kalıtsal yönüdür ve yaşamın 2.-3. yıllarında sabitleşme eğilimi göstermektedir (Çamur, 2016).

Allport mizacı “bireye özgü duygusal doğaya sahip olma olgusu” olarak tanımlamıştır (Allport’tan (aktaran Burger, 2016)). Psikologlar ise mizacı “genel davranış eğilimleri” olarak tanımlamaktadırlar. Mizacın kişiliğin kalıtsal bileşeni olduğunu ve hayat boyunca kişilik özelliklerinin gelişimini etkilediğini öne sürmektedirler (Burger, 2016).

Kişilik özelliklerimiz kalıtsal mizaç ve çevre koşullarının etkileşimiyle gelişmektedir. Mizaç çevreyi etkilerken çevrede mizacın sürekli kişilik özelliklerine dönüşümünü etkilemektedir (Burger, 2016).

Arkar, kişilik özellikleri ile depresyon ilişkisini incelediği çalışmada yüksek zarardan kaçınma mizaç özelliği ile depresif duygudurum arasında güçlü bir ilişki saptamıştır. Düşük zarardan kaçınma mizaç özelliğine sahip kişiler; birçok insanın aşırı endişeleneceği durumlarda bile sakin kalabilen, kaygısız, rahat, yüksek enerjili, güçlü davranışlar sergilemektedir. Bu durumun depresif duygudurum sergileme karşısında dayanıklılık sağladığı söylenebilmektedir. Bu çalışmanın bir diğer sonucu; yenilik arayışı, sebat etme ve ödül bağımlılığı mizaç özellikleri ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kişiliğin bu mizaç boyutlarında depresif duygudurum ile yüksek bir ilişki bulunmamıştır (Arkar, 2010).

Mizaç ve karakter boyutlarının depresyon ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada Cloninger'in biyopsikolojik kişilik modelinin yüksek zarardan kaçınma mizaç boyutunun distimi gibi tekrarlı, uzun süren ve intihar riski bulunan depresyon ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Zarardan kaçınma boyutu davranışın durdurulması ya da engellenmesiyle ilişkili genetik bir özelliktir ve bu mizaç özelliğini sergileyen kişi; karamsar, endişeli, belirsizliğe karşı korkulu, çekinme gibi davranış özellikleri göstermektedir (Cankardaş, 2019).

### **1.1.1. Akiskal'ın Kişilik Modeli**

İnsanların davranış tarzlarının yapısal olarak farklı mizaç türlerine dayanması Hipokrat döneminden beri var olmaktadır (Placidi, Signoretta, Liguori, Gervasi, Marenmani ve Akiskal, 1998). Ancak klinik psikiyatri tarihinde mizacı ilk anlatan kişi Kraepelin olmuştur. (Akiskal, Khani ve Scott'ın çalışmasında (aktaran Vahip ve ark. (2005)). Kraepelin mizacı; depresif tip, hipertimik tip, irritabl tip ve siklotimik tip olarak 4'e ayırmıştır (Von Zerssen ve Akiskal, 1998).

Akiskal mizaç, karakter ve kişiliğin farklı kavramlar olduğunu ve insanın temel doğasında bulunan birbiriyle örtüşen yapılar olduğunu belirtmektedirler (Von Zerssen ve Akiskal, 1998). Kişi mizacının depresyon riski üzerinde etkili bir faktör olduğunu vurgulayan Akiskal, çalışmasında mizaç faktörünün duygudurum bozukluklarının temelinde rol oynadığını öne sürmektedir. Kraepelin'in mizaç türlerini kabul eden Akiskal beş ana afektif mizaç türünü açıklamıştır. Bunlar; depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl (sınırlı) ve anksiyöz (endişeli) mizaçtır. Afektif mizaçları değerlendirmek amacıyla Akiskal ve arkadaşları, TEMPS: Memphis, Pisa, Paris ve

San Diego Mizaç Değerlendirmesini geliştirmişlerdir (Hagop S.Akiskal ve Kareen K. Akiskal, 2005).

*1.1.1.1. Akiskal'a Göre Duygusal Mizaçlar* (Çamur, 2016; Hantouche ve Akiskal, 2005)

**Depresif mizaç:** 21 yaş öncesinde başlamaktadır. Günde 9 saati geçen uyku alışkanlıkları vardır. Derine dalıp düşünme, anhedoni, enerji azlığı, çaresizlik, üzüntü, değersizlik duygusu, şüpheli, kendini suçlama, başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı ve düşük şiddette depresyon özellikleri göstermektedirler.

**Hipertimik mizaç:** 21 yaş öncesinde başlamaktadır. Günde 6 saatten az uyuma alışkanlıkları vardır. Neşeli, iyimser, gösterişi ve abartmayı seven, dışadönük, çok planlı, azimli kişilik özellikleri göstermektedirler.

**Siklotimik Mizaç:** 21 yaş ve öncesinde başlamaktadır. Öznel ve davranışsal görünümleri arasında ani geçişleri olan iki dönemli yaşantıyı ifade etmektedir. Öznel görünümü; bitkin/canlı, kötümserlik/iyimserlik, zihinsel konfüzyon/yaratıcı düşünce, düşük özgüven/aşırı özgüven özellikleri ve davranışsal görünümleri ise az konuşma/çok konuşma, çok uykulu/çok uyanık, nedensiz ağlama/çok esprili, herkesten kendini soyutlama/aşırı insan arama özellikleri arasında değişen benlik saygısı sergilemektedirler.

**İrritabl Mizaç:** 21 yaş öncesi başlamaktadır. Sıkıntı verici özellikler sergileyen bu insanlarda karamsarlık, olumsuz düşünceler, eleştirel yaklaşım, hemen sinirlenme, disforik, istenmeyen şakalar yapma, hep şikayetçi özellikleri sergilemektedir. Ancak antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu kriterlerini karşılamaz.

**Anksiyöz Mizaç:** Anksiyöz mizaç kriterleri 3 başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;

A: Kişiliği bir parçası olarak anksiyete.

B: Bazı özel durumlarda gelişen anksiyete.

C: Anksiyöz mizacın huzurlu olmaya, işlevselliğe ve günlük streslere verilen aşırı reaksiyonlara etkisi şeklindedir. Daha sonra ise 3 boyutta incelenmiştir. Bunlar;

1)Anksiyöz-kaçıngan mizaç: Bu kişiler sosyal ortamlardan ve insanlarla yakın ilişki kurmaktan kaçınmaktadırlar. Utangaçlık duygusu ve desteği yitirme korkusu hakimdir.

2)Anksiyöz-fobik mizaç: Bu kişilerde endişeli hal, fazla gerginlik, somatik yakınmalar ve tehlikelerden korkma durumu hakimdir.

3)Anksiyöz-duyarlı mizaç: Bu kişiler ise yetersiz olma kaygısı, eleştirilmeye aşırı duyarlılık özellikleri göstermektedirler.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Vahip ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türk örnekleminde depresif, irritabl ve anksiyöz mizaçlar en yaygın mizaçlardır, siklotimik ve hipertimik mizaçlar ise en az görülen mizaç türlerindedir (Vahip, Kesebir, Alkan, Yazıcı, Knarig K. Akiskal ve Hagop S. Akiskal, 2005). Placidi ve arkadaşlarının çalışmalarında ise depresif mizacın kadınlarda daha sık görüldüğünü vurgulamaktadır (Placidi, Signoretta, Liguori, Gervasi, Maremmanni ve Akiskal, 1998).

### **1.1.2. Gebelerin Mizaç Özellikleri ile İlgili Çalışmalar**

Gebelik sürecinde anne adayının mizaç özellikleri ile distres düzeylerini inceleyen bir çalışmada anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; enerji azlığı, sık dinlenme, kolay sinirlenme, kararsız, dikkatli, evhamlı, şüpheli gibi mizaç özelliklerine sahip bireylerde distres düzeyi yüksektir (Özyurt ve Güzel, 2018). Kadınların mizaç ve karakter özelliklerinin gebelik depresyonu üzerinde etkisini inceleyen bir çalışma; anne adaylarının depresyon puanlarında mizaç ve karaktere bağlı farklılıkların oluştuğunu bildirmiştir (Es, 2018). Kleanthi'nin yapmış olduğu çalışma sonucuna göre gebelerde, gebelik dönemi depresyonu ve anksiyetesi ile nevrotik kişilik özelliği arasında ilişki saptanmıştır (Kleanthi, 2015). Yapılan başka bir çalışmanın sonucu olarak gebelerdeki psikolojik sağlığın iyileştirilmesinde kişilik özelliklerinin rolü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca gebelik depresyonu ve anksiyetesi geliştirmede risk grubunda olan nevrotik kişilik özelliğine sahip gebelerin tespit edilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Gök, 2018).

Yapılan çalışmaların sonucu olarak kişilik özelliklerinin önemini görmekteyiz. Ancak kişilik ölçümünün mevcut duygudurumdan ne derecede etkilenip etkilenmediği ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır çünkü aradaki ilişkinin net olarak belli olmadığı vurgulanmaktadır (Cankardaş, 2019).

## 1.2. Gebelik Dönemi

Döllenme ile başlayan ve doğum ile sona eren gebelik dönemi, fiziksel ve psikolojik değişimlerin yaşandığı, kadının vücudunda ani ve olağanüstü değişimlerin başladığı, mutluluk kaynağı olarak görüldüğü gibi kaygılı bekleyişinde yaşandığı doğal bir süreçtir (Özkan, 2018).

Gebeliğin her döneminde anne adayının vücudu, fetüsün gereksinimlerini karşılamak ve uygun ortam için adım adım doğuma hazırlar. Gebelik süresi, son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün ya da 10 gebelik ayı ya da 40 haftadan oluşmaktadır (Taşkın, 2020). Gebelik, trimester denilen üç aylık dönemlere ayrılmaktadır ve bu dönemlerin birbirinden farklı psikolojik uyum süreçleri bulunmaktadır (Özkan, 2018).

### 1. Trimester:

Bu dönemde gebe, fetüsten daha çok kendi fiziksel değişimlerine odaklanmaktadır. Yeni bir döneme, sorumluluklara, hamile olduğu gerçeğine uyum sağlanmaya çalışılan bu dönemde yorgunluk, bulantı, baş dönmesi gibi bedensel uyarımlar ve duygusal değişimler yaşanmaktadır. Duygu ve mizaç değişimlerinin görülmesinin yanı sıra yemek yeme arzusunda da değişiklik görülmektedir (Özkan, 2018).

Bu dönemde ambivalan (zıt) duygular yoğun olarak görülmektedir. Bunun nedenleri olarak menstruasyonun kesilmesi, mide bulantılarının başlaması, halsizlik ve kendini dinç hissetmemesi sayılabilir (Taşkın, 2020). Hafif düzeyde depresif ruh hali görülebilir ancak bu ruh hali genellikle ikinci ve üçüncü trimestere kadar sürmemektedir. Bunları yaşaması ise bebeğiyle ilgili az mutluluk duyulan bir dönem olmasına neden olmaktadır (Özkan, 1993).

### 2. Trimester:

İlk döneme kıyasla daha rahat geçirilen ve psikolojik olarak iyilik hali görülen bu dönemde gebeliğin yolunda gitmesi gebede güven duygusunu arttırmaktadır (Özkan, 2018) ve kişiliği denge içine girmektedir. Bulantıların geçmesi ve kendini daha iyi hissetmesi ile ilk dönemde yaşadığı ambivalan duygular ortadan kalkmaya başlamıştır. Gebeliğin benimsenmeye başladığı bu dönemde ani ve sebebi olmayan değişimler görülebilir. Ani öfkelenme, alınganlık, duyarlılık, fazla sevinç gibi davranışlar oluşabilmektedir (Taşkın, 2020).

Anne aday1 fetüsün hareketlerini hissetmeye başlamasıyla birlikte ilgi artık fetüse yoğunlaşmıştır. Hareketlerini hissetmeye başlayan anne aday1 ilk başta bebeğini kendi içinde bir parça olarak görmektedir daha sonra ise kendi içinde olan ama farklı bir varlık olduğunu kabullenmeye başlar. Böylelikle annelik rolüne uyum sağlaması kolaylaşır. Bu dönemde anne aday1 artık bebeği ve kendisiyle yakından ilgilenmeye başlayarak yeni bilgiler öğrenmeye ve diğere gebe kadınlarla konuşmaya isteklidir (Taşkın, 2020).

### 3. Trimester:

Kaygılı bekleyişin yoğun olduğu bir dönemdir. Fiziksel görünüm büyümüşür ve bebek annenin tüm sistemlerini etkilemiştir. Doğuma kısa bir süre kalması nedeniyle yaşanan endişeler artmaktadır. Doğumun nasıl olacağı, bebeğinin sağlığının nasıl olduğu gibi düşüncelerin yanında anneliğın getireceği sorumlulukları ve bebeğın bakımını yeterli düzeyde sağlayıp sağlayamayacağı da gebenin endişelerini arttırmaktadır (Özkan, 2018). Bu kaygılar ve yeni sorumluluklar gebe için artık psikolojik olarak doğuma hazırlanmasını gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu dönemde anne aday1 artık anne olacağını kabul etmektedir. Bebeğinin odasını hazırlayarak onun için isim düşünerek veya sağlığı için endişelenerek doğum ve bebeği için olan hazırlıkları ve bebeğine bağlılığı artmaktadır (Taşkın, 2020).

Gebelik, gebe kadının fiziksel görüntüsünde ve aile bireylerinin sorumluluklarında değişiklik yaparken aynı zamanda psikolojik ve sosyal durumunu da etkilemektedir (Bulut ve Yiğitbaş, 2018). Çevresinde bulunan kişilerden daha kolay yardım isteyebilecekleri ve daha çok ilgi görebilecekleri bir zamandır (Özkan, 1993). Bu dönem aile yaşantısı içinde önemli bir dönüm noktasıdır (Özkan, 2018). Fiziksel değişimleri sonucunda vücutları üzerindeki kontrolü kaybettiklerini düşünmeye başlamaları eşe artık çekici gelmemeye başlama düşüncesine neden olabilmektedir. Tüm bunlarla birlikte kendilerine duydukları saygı azalabilmektedir. Bu dönemde bu yaşananlarında etkisiyle bir destek arayışı içinde olabilirler. Eşinden destek alabilen gebe bu dönemi daha rahat geçirebilmektedir. Güvensizlik ve yetersizlik duyguları yaşayan kadın cesaretlendirilme ihtiyacı hisseder ancak bu durum doğumun gerçekleşmesiyle birlikte düzelebilmektedir. Çünkü doğum sonucu kadında başarıma duygusu yaratmaktadır (Solmuş, 2012).



Gebelik döneminde annenin düşüncelerinin ve duygularının bebeği etkilediği ya da annenin çok kitap okumasının, güzel müzikler dinlemesinin bebeğin gelişimine iyi yönde katkı sağlayacağı inanışları asılsızdır. Anne ile bebeğin sinir sistemi arasında bir etkileşim yoktur. Ancak sürekli duygusal krizler yaşayan anne adayının bedeni etkilenir ve rahminde buna bağlı değişimler olabilir. Hamilelikte görülen her belirti bu etkiyi yaratmamaktadır. Ancak genel olarak anne adayını iyilik hali içinde olması bebeğin huzurlu ve rahat gelişiyor olması anlamına gelmektedir (Baymur, 2020).

Gebelik döneminde bir kadın kendini hazır hissetse de ve bebek sahibi olmak istese de birtakım problemler yaşamaktadır. Hayatlarında yeni bir döneme girmektedirler ve bu da yeni sorumlulukları doğurmaktadır. Eski ve yeni hayatları arasında bir denge kurma arayışı içine girmektedirler. Bunun sonucunda ise kaygı ve depresyon yaşayabilirler. Duygusal yaşantılarında inişler çıkışlar, düşünsel olarak aynı şeyler üzerinde endişe duyma yaşanabilmektedir (Solmuş, 2012). Bazı kadınlar bu değişikliklere daha kolay uyum sağlarken bazıları da hafif, orta, şiddetli düzeyde ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler. Yaşanılan bu sorunlarla birlikte anneliğe uyum sürecinde sorun yaşanırken doğum sonuna kadar geçen sürede hem anne adayının hem de bebeğin sağlığı kötü etkilenebilir. Anneliğe uyum sağlanmasıyla birlikte doğacak bebeğin fiziksel, duygusal, sosyal gelişiminin daha iyi olacağı söylenebilir (Çevik ve Alan, 2019).

Genel kanının aksine durgun bir dönem olmayan gebelikte her türlü majör psikolojik rahatsızlık gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırmaktadır (Özkan, 2018). Hamilelik döneminde birçok duygu değişimleri yaşanmaktadır. Kadın için bu dönem mutluluk, heyecan, kendini gerçekleştirme kaynağı olabileceği gibi bebeği ve kendisi için endişeli bir bekleyiş dönemi de olabilir. Bazı gebelerde kaygıları azaltabildiği gibi kendine güven, kendini ortaya koyma ve değer duygusu vermektedir. Bazı gebeler ise bebeğe ilişkin endişeler, sakat kalma korkusu, ruhsal değişimler sonucunda panik yaşarlar ve bu panikler gebelik komplikasyonlarını etkilemektedir (Özkan, 1993). Genç yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyo-ekonomik düzey ya da çalışmayan kadınlar, evliliklerinde mutsuz olan ve eşi ile sürekli çatışma yaşayan kadınlar gebelik döneminde kaygı düzeyleri daha derin olmaktadır (Solmuş, 2012).

Kalıtımsal ve çevresel faktörlerin etkili olduğu anksiyete bozukluğu artan iş ve aile yükümlülüğü, değişen sorumluluklar, doğacak bebeğin hayat üzerine etkisi, hamileliğin getirdiği hormonal değişiklikler, düşük özgüven, toplumun desteğini

alamama gibi faktörlerden etkilenmektedir ancak kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni kesin olarak saptanmamıştır. Uzmanlar tarafından gebe ile eşine doğum ve sonrası için yapılacak olan bilgilendirme ya da gebenin eşiyile birlikte katılacağı gevşeme egzersizleri gebenin endişeli bekleyişini, kaygısını azaltmasında büyük yarar sağlayabilmektedir (Özkan, 2018).

Gebelik dönemi, kişilik ve duygu yaşamı yetersiz, ruhsal açıdan çocuksu ya da mazohistik özellikleri olan kadınlarda daha zor geçmektedir. (Özkan, 1993). Nevrotik kişilik özelliklerine sahip kadınlar stresinde artmasıyla depresyon yaşamaktadırlar ve bu durum tüm gebelik dönemini etkisi altına almaktadır. Depresyon yaşayan gebelerde iştah kaybı ile zayıflamasına ve güçsüzleşmesine yol açabilir, isteksizlik yaşanması durumunda sağlık kontrolleri aksatılabilir. Araştırmalar gösteriyor ki bu dönemde yaşanan kaygı ya da depresyon fetüs sağlığı için olumsuz sonuçlar oluşturabilmektedir (Solmuş, 2012).

### **1.3. Bağlanma**

Bağlanma teorisini öne süren psikoanalitik ekole bağlı olan John Bowlby'dir. Bağlanma ve nesne ilişkileri kuramına dayalı olan bağlanma teorisi, insanların birbirleriyle kurduğu güçlü duygusal bağlarının nedenleri açıklamaktadır. Bakım verene bağlanmanın, çocuğun hayatını sürdürmesi için çok önemli olmasının yanında başkaları ile oluşturulacak bağların gelişmesinde de etkili olduğunu ve bakım verenden ayrı kalmanın kişilik gelişimini olumsuz etkilediği savunulmaktadır. Bowlby bağlanmayı "iki birey arasındaki güçlü bir bağ" olarak tanımlanmaktadır (Bowlby, 2020). İki yaşam evresinden oluşan anne-çocuk bağlanması; annenin gebe kaldığını öğrendiği andan itibaren başlayan "anne-fetüs bağlanma dönemi" ve doğumun gerçekleşmesiyle birlikte "bebeklik, çocukluk, yetişkinlik dönemi" olarak devam eden uzun bir süreçtir (Solmuş, 2012; Karakaş ve Dağlı, 2019).

Anne ve baba adayının bebeğe ilişkin duyguları, algıları ve davranışları gebelik döneminde oluşan bağlanmayı ifade etmektedir. Ebeveyn ile bebek bağlanmasının kalitesi bebeğin ileriki yaşamı içinde hem bilişsel hem de duygusal gelişimini etkisi altına alabilmektedir. Psikolojik faktörlerin bağlanmayı etkilediğine dair belirsiz olsa da çalışmalar mevcuttur. Bu açıdan bağlanmayı etkileyen faktörleri belirleyerek ebeveyn-bebek arasındaki ilişkinin sağlıklı kurulmasını ve bebeğin fiziksel, duygusal

gelişimini korumasını sağlamak oldukça önemli olmaktadır (Pisoni, Garofoli, Tzialla, Orcesi, Spinillo, Politi, Balottin, Manzoni ve Stronati, 2014).

Bağlanma sürecinde güvenli bağın oluşturulması bebeğin yaşamının geri kalan dönemlerine birçok etkisi olmaktadır. Güvenli bağlanmanın; olumlu benlik saygısı geliştirmede, sağlıklı ilişkiler kurmada, stres faktörleriyle başa çıkabilmede, hayatına yön verebilmede (Keskin ve Çam, 2007), iyi bir fiziksel sağlık geliştirebilmede ve psikopatoloji riskini en aza indirmede (Uytun, Öztop ve Eşel, 2013; Nakash-Eisikovits, Dutra ve Westen, 2002) önemli bir yarar sağladığı düşünülmektedir. Güvensiz bağlanmanın ise psikopatoloji ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstindağ, 2011; Nakash-Eisikovits, Dutra ve Westen, 2002). Yeterli düzeyde gelişmeyen ebeveyn-bebek bağlanması sonucu, bebeğin ileriki yaşamında ilişki kurmakta zorlanmasına, öz saygı eksikliğine, psikolojik sağlığının kötü etkilenmesine veya madde kullanımına sebep olabilmektedir (Rees, 2005).

Bowlby'in çalışmalarından itibaren görülmektedir ki bağlanma, kişinin yaşamını sağlıklı devam edebilmesi açısından önemlidir (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstindağ, 2011). Sağlıklı bağlanmanın gerçekleşmesi için anne adayının gebelik dönemine hazır olması ve anneliğe hazır hissetmesi oldukça önem arz etmektedir. Gebelik dönemi boyunca güçlü bağlanma davranışları gösteren anne adayları bu davranışlarını çocuğuna da yansıtacaktır böylece çocuk ileriki yaşamında bu davranış biçimlerini kullanacaktır ve bu örüntü bu şekilde devam edecektir (Altıntaş, Kesebir ve İnanç, 2016). Gelecekteki nesillerin sağlığı için gebelik dönemi ve çocukların yetiştirildiği dönemlerde değerlendirilmeleri, desteklenmeleri oldukça önemli olmaktadır (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstindağ, 2011).

### **1.3.1. Prenatal Bağlanma**

Kadının gebe olduğunu öğrendi an ile doğumun gerçekleştiği an arasında geçen dönem doğum öncesi yani prenatal dönem olarak adlandırılmaktadır. Bebeğin gelişim gösterip oluşumunun gerçekleştiği bu dönemde anne adayları ve bebek arasında duygusal bir yakınlık kurulmaktadır. Oluşan bu duygusal yakınlık, anne adayının bebeğine bağlanmasının ilk adımıdır. Bu dönemde kurulan duygusal yakınlık, prenatal bağlanma olarak tanımlanmaktadır (Ainsworth, Blehar, Water ve Wall'dan aktaran (Aksoy, Yılmaz ve Aslantekin, 2016)). Muller, prenatal bağlanmayı "anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen eşsiz ilişki" olarak tanımlamıştır (Muller'den aktaran (Yılmaz, 2013)). Cranley ise prenatal bağlanmayı "kadınların doğmamış

çocuklarıyla olan bağlılığı ve etkileşimi temsil eden davranışlarda bulunma derecesi'' olarak ifade etmiştir (Cranley, 1981).

Gebelik döneminden itibaren başladığı düşünülen anne-bebek bağlanmasının kalitesinin annenin bebek ile olan ilişkisine bağlı olduğu düşünülmektedir (Bloom, 1995). Anne adayının bebeğiyle oluşan bağlanma sürecinde sağlığına dikkat etmesi, madde kullanımının olmaması, bebeği için hazırlık yapması gibi davranışlarıyla bağlanma yaşantısını göstermektedir. Fetüsün fiziksel hareketliliğini hissetmeye başlayan anne adayını da tepkide bulunur ve böylelikle bağ daha da güçlü hale gelir (Solmuş, 2012). Bağlanma davranışlarının gelişmesiyle birlikte anne adayının; bebeğinin gereksinimlerini karşılama, annesine ihtiyaç duyacak olması, ilgi ve şefkat ihtiyacı gibi konularda duyarlı hale gelmesine katkı sağlamaktadır (Ainsworth, Blehar, Water ve Wall'dan aktaran (Aksoy, Yılmaz ve Aslantekin, 2016)). Ayrıca güçlü bir bağlanma kurulmasıyla annenin yeni rolüne daha iyi uyum sağlayacağı ve bebeğiyle ilişkisinin daha iyi olacağı söylenebilir. Ancak bazen tam tersi durumlarda gelişebilir ve anne bebeğiyle bir bağ kuramayarak ondan kaçmaya çalışabilir. Anne adayının yaşadığı yoğun stres ve kaygıların sonucunda bebeği reddedebilir ve hatta düşük yapmak için çaba sarf edebilir. Bebeğiyle ilgili hayaller kuran, bebeğinin nasıl biri olacağını, kime benzeyeceğini ya da ona iyi bakıp bakamayacağını düşünen anne adayını bazen de nasıl doğum yapacağını, nasıl büyüteceğini, sorumluluklarını yerine getirip getiremeyeceğini tekrar tekrar düşünerek yoğun kaygı ve korkunun içinde bulabilirler kendilerini (Solmuş, 2012).

Bebeğin ileriki yaşamının sağlıklı bir şekilde ilerlemesi için güçlü bir anne-bebek bağlanması kurulması gerekmektedir. Doğum sonunda anne ile bebek arasında kurulan bağlanmanın temelleri prenatal dönemde atıldığı düşünüldüğü için prenatal dönemde bağlanmayı etkileyen faktörler önem arz etmektedir (Elkin, 2015). Peppers ve Knap anne-bebek bağlanmasına olumlu etkide bulunan dokuz durumdan bahsetmişlerdir. Gebelik döneminde meydana gelen durumlar; planlı bir gebelik, gebeliği istemek, gebeliği kabullenmek, fetal hareketleri algılamak, fetüsü anneden ayrı bir birey olduğunu kabullenmek ve gebelik sonrası gelişen durumlar; doğumun gerçekleşmesi, bebeği görmek, dokunmak ve gerekli olan bakımı verebilmek şeklinde sıralanmışlardır (Peppers ve Knap'tan aktaran (Elkin, 2015)). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da gebeliğin istekli bir şekilde olması, gebe kaldığı için mutluluk hissetmesi, kendisi ve ailesi için uygun bir zamanda olmuş olması stresle baş etmede

kolaylık sağlayarak prenatal dönemdeki anne bebek bağıllığını arttırdığı saptanmıştır (Bakır, Ölçer ve Oskay, 2014; Yılmaz ve beji, 2010; Küçükkaya, Süt, Öz ve Sarıkaya, 2020; Kartal ve Karaman, 2018). Bakır, Ölçer ve Oskay'ın yapmış olduğu çalışmada yaş, öğrenim durumu, gebelik ve doğum sayısı ve düşük durumunun olup olmaması durumlarının prenatal bağlanma düzeyine etkisi olduğu düşünülmüştür. Elkin'in yaptığı çalışmada ise gebenin iş yaşamı, ekonomik durumu ve gebelik haftasının prenatal bağlanmaya etkisinin olduğu ancak yaş, öğrenim düzeyi, aile tipi, gebeliğin planmış olup olmadığı, gebelik sayısı ile yaşayan çocuk sayısının prenatal bağlanma ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Elkin, 2015).

Anne adayının öğrenim seviyesinin yüksek olması (Yılmaz ve Beji, 2010; Küçükkaya, Süt; Öz ve Sarıkaya, 2020; Akarsu ve Oskay, 2017), herhangi bir işte çalışması (Yılmaz ve Beji, 2010; Küçükkaya, Süt; Öz ve Sarıkaya, 2020), gelirin giderine eşit olması, eşiyile tanışıp evlenmesi (Küçükkaya, Süt, Öz ve Sarıkaya, 2020), ilk doğumunun olması (Yılmaz ve Beji, 2010; Akarsu ve Oskay, 2017; Potur, Merih ve Demirci, 2020) gibi faktörlerin prenatal bağlanmayı arttırıcı yönde etkisi olduğu saptanmıştır. Kartal ve Karaman'ın yapmış oldukları çalışmada doğuma hazırlık eğitimi, gebenin bir işte çalışması ve ailenin çekirdek aile yapısında olması prenatal bağlanmayı arttıran faktörler arasında olduğu belirtilmiştir. Doğuma hazırlık eğitimini almak depresyon riskini azaltmakta olup gebe ve bebek için olumsuz sonuçlar doğurulmasını engellemekte önemli bir faktördür. Gebenin kendini hazır hissetmesiyle birlikte stresle daha kolay baş etmektedir ve prenatal bağlanmayı arttırmaktadır. Aile içine yeni bir bireyin katılması maddi sorumlulukları da arttırmaktadır ve çalışmayan gebe için bu stres verici bir durum oluşturabilmektedir. Gebenin çalışıyor olması bu ekonomik zorluğun altından kalkmak için önemli bir faktördür (Kartal ve Karaman, 2018).

Ülkemizde yapılmış çeşitli araştırmalarda prenatal bağlanmaya etkisi olan birçok başka faktör olduğu düşünülmektedir. Gebelerin duygusal zekâları ile prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada zayıf pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin duygusal zekâ düzeyleri arttıkça prenatal bağlanma düzeyi de artmaktadır. (Buko ve Özkan, 2016). Prenatal bağlanma ile uyku süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada gebelerin büyük bir kısmının uykusuzluk problemi yaşadığı saptanmıştır. Uykusuzluğu etkileyen faktörlerin ise öğrenim düzeyi, trimesterler ve bebeğin cinsiyeti olduğu düşünülmektedir. Uyku

süresi ve prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanan bu çalışmada uyku süresi 7 saat altına düşmüş olan gebelerde prenatal bağlanmayı arttırdığı düşünülmektedir (Nacar ve Taşhan, 2019). Gebelikte distres durumunun prenatal bağlanmaya etkisinin incelendiği bir çalışmada stres düzeyinin artmasıyla prenatal bağlanmada anlamlı düzeyde düşüş saptanmıştır. Gebenin yaşı, çocuklarının sayısı, gebeliğinin planlı olup olmaması, çiftler arası uyum ve gebelikte herhangi bir sorun yaşama durumu prenatal bağlanmada etkili olduğu düşünülmektedir (Coşkun, Okcu ve Arslan 2019). Küçükkaya, Süt, Öz ve Sarıkaya'nın yapmış olduğu çalışmada prenatal bağlanmanın, çiftler arasında uyum düzeyinin artmasıyla birlikte arttığı görülmüştür. Ayrıca duygusal veya fiziksel destek almış olan gebelerde prenatal bağlanma daha yüksek olarak saptanmıştır (Küçükkaya, Süt, Öz ve Sarıkaya, 2020). Gebenin çevresinde destek görmesi zorluklarla daha kolay bir şekilde baş edebilmesinde önemli bir etkidir. Bu bağlamda yapılan başka bir çalışmada ise prenatal bağlanma ile sosyal destek arasında yüksek düzeyde olmayan pozitif bir ilişki saptanmıştır. Çalışmada yeterli sayıda riskli gebeye ulaşılamamış olması aradaki ilişkinin yüksek olmamasına neden olarak düşünülmektedir (Aksoy, Yılmaz ve Aslantekin, 2016). Condon ve Corkindale'in yapmış olduğu çalışmada depresyon ve sosyal destek eksikliğinin prenatal bağlanma gelişimine zarar vereceği vurgulanmıştır (Condon ve Corkindale, 1997).

Anne-fetüs arasındaki bağlanmayı olumsuz etkileyen etmenler arasında gebelikte risk durumunun olması sayılabilmektedir. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma diğer gebelere göre daha düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır ancak risk ile ilgili bilgi düzeyleri prenatal bağlanmayı etkilememektedir (Akarsu ve Oskay, 2017). Ayrıca 35 yaş ve üzerinde gebe kalmanın bağlanma düzeyinin düşük olmasında bir neden olarak saptanmıştır (Yılmaz ve Beji, 2010).

#### *1.3.1.1. Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon, Anksiyete İlişkisi*

Gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyonun anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Düşük sosyoekonomik durumun kaygıya yol açmasıyla anne bebek bağlanması zarar görebilir. Bunun ile ilgili yapılmış bir çalışma sonucunda; gebelik döneminde yaşanan anksiyetenin prenatal bağlanmayı zayıflattığı saptanmıştır (Özdemir, Çevirme ve Başkaya, 2020). Aynı zamanda gebelik döneminde yaşanılacak kaygının anne adayının bebeğine bağlanmasını arttırdığı düşünülen bir

çalışmada anksiyetenin artmasıyla prenatal bağlanmanın arttığı saptanmıştır (Tunçel ve Süt, 2019).

Her trimesterde her gebe farklı fiziksel, psikolojik durumlar yaşamaktadır. 1. trimesterde prenatal distresin artmasıyla prenatal dönemde bebeğe bağlanma artarken 3. trimesterde depresyon düzeyinin artması prenatal dönemde bebeğe bağlanmayı azaltmaktadır (Tunçel ve Süt, 2019).

#### **1.4. Depresyon ve Anksiyete**

##### **1.4.1. Depresyon**

Depresif bozukluklar; “kişisel, toplumsal, mesleki, ekonomik kayıplara ve ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen psikiyatrik hastalıklardır.” İntihara kadar gidebilecek ve ciddi sağlık sorunlarıyla birlikte yeti yitimine sebep olabilecek en sık rastlanan tanılardan biridir (Tezcan, 2012).

Depresyon kelimesi Türkçede “çökkünlük” anlamına karşılık gelmektedir. Depresyon kişinin hayatında birçok alanda bozulmalara sebep olmaktadır. Hasta kendini mutsuz, kederli, çökkün, gergin, derin üzüntülü, çaresiz vb. depresif duygudurum hali içinde anlatır. Daha önce ilgi duyduğu alanlara karşı bir isteksizlik, zevk alamama, duygularını anlatamama, hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağı ve düzeltmeyeceği düşüncesi hakimdir. Depresyon beraberinde anksiyete ve panik ataklar eşlik edebilmektedir. Sosyal geri çekilmeler sıklığı; evlilik sorunları, meslek hayatında sorunlar ve beraberinde ekonomik sıkıntıları görülebilmektedir. Bilişsel alanda kişinin kendini değersiz, çaresiz, küçük görme, kendi kendini suçlama, obsesif düşünceler gibi belirtileri de görülebilmektedir. Ayrıca yeme düzeninin değişmesi ile iştahının azalmış ya da çok artmış olması, aşırı yorulma, uykularının sık sık bölünmesi, sık uyuma ya da hiç uyuyamama, cinsel ilgilerde azalma, dikkatini toparlamada güçlük çekme ve intihar düşünceleri de depresyon belirtileri arasında yer almaktadır (Tezcan, 2012).

Depresif bozukluklar en sık karşılaşılan bozukluklardandır. Epidemiyolojik çalışmalar göstermektedir ki kadınlar erkeklerden iki kat daha fazla depresyon oranı göstermektedir (Llewellyn, Stowe ve Nemeroff, 1997). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı, Sartorius ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucuna göre en yüksek prevalans depresyona aittir ve %11,7'dir (Berkun, 2003). Genel yaygınlık oranı %9-12 arasında olduğu belirtilmektedir. Depresif bozukluklar arasında en sık karşılaşılan

majör depresif bozuklukta ise erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 riskli bulunmuştur (Tezcan, 2012).

Depresyonun ortaya çıkması tek bir nedene bağlı kalmayıp birçok faktörden oluşmaktadır. Genetik, cinsiyet, yaş, medeni hal, stresli yaşam olayları, yas, olumsuz ekonomik koşullar, aile içi şiddet, kişilerarası ilişkilerde problemler, göç, kişilik ve biyokimyasal etkenler depresyonda risk etmenleri olarak sayılabilir (Tezcan, 2012).

Kadın ve erkekler arasında depresyon sıklığının farklı olmasının nedeni olarak kadınların birçok görevi üstlenmesi sayılabilir. İş yükü çok olan kadının; anne, iş kadını, ev hanımı ve eş rollerini üstlenmesi cinsiyetler arası eşitsizliği oluşturması sonucuyla kadınların depresyondan daha fazla etkilenmesine neden olabilmektedir. Kişilik yapısı, ruhsal özellikleri, sorunlarla baş edebilme becerisi, adet görme, gebelik, lohusalık, emzirme, menopoz, doğum kontrol hapı kullanımı kadınlar için depresif bozuklukları geliştirmeye etken olabilmektedir (Tezcan, 2012).

Depresyon Bozuklukları (Morrison, 2017):

- 1) Major Depresif Bozukluk (MDB),
- 2) Yıkıcı Duygudurumu Düzensizlik Bozukluğu,
- 3) Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi),
- 4) Premenstrüel (adet öncesi) Disforik Bozukluk,
- 5) Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu,
- 6) Başka Bir Tıbbi Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu,
- 7) Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu (Yineleyen Kısa Depresyon, Kısa Süreli Depresyon Dönemi, Yeterli Belirtisi Olmayan Depresyon Dönemi) ve
- 8) Tanımlanmış veya Tanımlanmamış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır

#### **1.4.2. Anksiyete**

Anksiyete, Latince “angere” kökünden türetilen “tıkanma”, “boğulma” anlamına karşılık gelmektedir. Tehdit ve tehlike oluşturan durumlara karşı ortaya çıkan duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda değişimler ve bunların öznel yaşantısını tanımlamada “anksiyete” terimi kullanılmaktadır (Berksun, 2003).



Anksiyete, korku ve stres tepkileri gündelik hayatımızın bir parçası olup insanın hayatta kalması için sergiledikleri doğal, uyum sağlayıcı ve vazgeçilmez tepkilerdir. Tehlikelere karşı korunmada, plan yapmada ve amaçlarımızı yönlendirmede bu tepkiler harekete geçer. Anksiyete gelecekte yaşanması beklenen bir problemle ilgili endişe duyma halidir. Korku ise şu anki tehlikeye karşı verilen bir tepkidir (Kring, Johnson, Davison ve Neale, 2015; Berksun, 2003).

Anksiyete, kişinin hayatının önemli alanlarında işlevselliğini bozan, aşırı sıkıntılara neden olan, durdurulmayan ve nedeni tam anlaşılmayan korku, endişe, kötü bir şey olacakmış hissi yaratan öznel bir duygudur (Kring, Johnson, Davison ve Neale, 2015). Ancak her durumda patolojik kabul edilmez. Eğer tehdit ve tehlikeye karşı duruma uyumluluk gösteriyorsa patolojik kabul edilmemektedir. Belli bir seviyeye kadar normal olup patolojik kabul edilebilmesi için; süre, şiddet ve işlevselliği bozma kriterleri bulunmaktadır. Anksiyete yaşayan bir kişide birçok ruhsal ve bedensel belirti görülebilmektedir. Ruhsal belirtiler; endişe, kaygı, dikkatte bozulma, heyecan, sinirlilik, ölüm korkusu gibi yaşantılarken bedensel belirtiler; çarpıntı, kalp atışında hızlanma, terleme, titreme, boğulma hissi, gevşeyememe, kaslarda ağrı gibidir (Berksun, 2003).

Çalışmalar göstermektedir ki anksiyete bozukluğu sık görülen önemli ruhsal hastalıklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sonuçlarını yayınladığı çalışmalara göre anksiyete bozukluğu prevalansı %10,5'tir. Anksiyete ve depresyonun bir arada görüldüğü durumlarda prevalans %4,6 olarak saptanmıştır. Avustralya'da yürütülen bir çalışmada depresyon ve anksiyete için prevalans %20,6 olarak belirtilmiştir. Anksiyete bozukluğunu daha sık kadınlarda görülmektedir. Kanada'da yapılmış olan bir çalışma anksiyete prevalansının kadınlarda %16, erkeklerde %9 olduğunu bildirmiştir (Berksun, 2003).

DSM-5'te anksiyete bozuklukları (Morrison, 2017).,

1-Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

2-Seçici Konuşmazlık (selektif Mutizm)

3-Özgül Fobi

4-Sosyal Kaygı Bozukluğu

5-Panik Bozukluk

6-Agarofobi

7-Yaygın Kaygı Bozukluğu

8-Madde veya İlacın yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

9-Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

10-Başka Türlü Adlandırılmayan Kaygı Bozukluğu (Diğer Tanımlanmış veya Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu)

### **1.4.3. Gebelik Döneminde Depresyon ve Anksiyete**

Kadınların en üretken olduğu ve çocuk büyüttüğü dönem olan 18-45 yaş arasında psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelik süreci kadının ruhsal durumunu etkilediği gibi kadının ruhsal durumu da gebeliği önemli bir derecede etkilemektedir (Özkan, 2018).

Gebelik döneminde anne adayları içinde bulunduğu çevresel etkenler ve gebeliğin getirdiği biyolojik etkenlerden dolayı ruhsal hastalıklar için risk altındadırlar. Çalışmalar stresin olumsuz etkisinin anne karnından itibaren başladığını vurgulamaktadır ve tedavi edilemeyen ruhsal hastalıklar anne adayına, doğacak bebeğine ve aile içi ilişkilere zarar verebilmektedir. Gebelik döneminde bebeğin strese maruz kalması düşük doğum ağırlığına, erken doğum riskine, çocuklukta dikkat sorunlarına, eğitim hayatında başarısızlıklara neden olabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle bebeğin yaşamının ileri dönemlerini sağlıklı geçirmesinde annesinin ruhsal durumu önemli bir faktördür (Öztürk ve Aydın, 2017). Gebelik döneminde yaşanan psikososyal sorunlar sonucunda gebenin ruh sağlığının etkilenmesi; anne-bebek bağlanmasını, anne-bebek sağlığını ve ileriki yaşamlarını fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkileyebilmektedir (Bekmezci ve Özkan, 2016).

Gebelik dönemi, kadınlar için yaşamlarının en önemli dönemlerinden olup bu dönem anne adayına mutluluklar yaşatabileceği gibi kaygı ve karamsarlıkta yaşatabilmektedir. Bu dönemde birçok sağlık sorunu yaşayabilirler ancak en önemli sağlık sorunlarının anksiyete ve depresyon olduğu belirtilmektedir. Anksiyete ve depresyon belirtilerinin çoğu gebelik döneminin kendine özgü belirtileri ile benzer olmasından dolayı ayırt edilmekte zorluk yaşanabilmektedir. (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008; Weisberg ve Paquette, 2002). Dağlar ve Nur'un yapmış olduğu çalışmaya göre depresyon ve anksiyete düzeyleri doğum sonrası dönemden daha çok gebelik döneminde yüksek olarak belirtilmiştir. Yaşanılan depresyon ve doğum sonrasında

yaşanılan depresyon ile anksiyete düzeyleri anne-bebek bağlanmasını olumsuz olarak etkilediği vurgulanmaktadır (Dağlar ve Nur, 2018). Gebelik döneminde depresyon yaşama doğum sonrasında depresyon geliştirme riskini arttırırken gebe kadını ve fetüsü olumsuz etkileyebilmektedir (Bowen ve Muhajarine, 2006).

Gebelik dönemde yaşanan depresyon ve anksiyete uzman tarafından sürekli takip edilmesi ve tedavi uygulanması gereken ciddi sorunlardır. Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar gebelik döneminde anksiyete ve depresyon riskinin yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonunun incelendiği bir çalışmada doğum öncesi depresyonun daha yaygın olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %30'unda doğum öncesi depresyon bulgularına rastlanırken %22,6'sında doğum sonrası depresyon bulguları saptanmıştır. Doğum öncesinde depresyon yaşanması doğum sonrasında depresyon yaşanma ihtimalini yükselttiği vurgulanmaktadır (Edwards, Galletly, Semmler-Booth, ve Dekker, 2008). Vırt ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada gebelerin %42,3 hafif %39,4 orta ve %18,3 şiddetli olmak üzere depresif belirti; %47,1 hafif ve %35,6 ise yüksek kaygı taşıyan gebelerdir (Vırt, Akbaş, Savaş, Sertbaş ve Kandemir, 2008). Maltalı kadınlarla ilgili yapılan bir çalışmada hamilelik dönemlerinde psikiyatrik hastalık yaygınlığı %19,2 olarak bulunmuş olup aralarından %14,8'i gebelik depresyonu, %4,4'ü ise gebelik anksiyetesi olarak saptanmıştır (Felice, Saliba, Grech, Cox, ve Calleja, 2007). Kurki ve arkadaşlarının Finlandiya'da yapmış oldukları çalışmada gebelikte depresyon sıklığı %30 ve gebelikte anksiyete sıklığı %16 olarak bulunmuştur (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila ve Ylikorkala, 2000). Da Costa ve arkadaşlarının Kanada'da yapmış oldukları çalışmada ise gebelerde depresif belirti gösterme sıklığı %25 olarak saptanmıştır (Da Costa, Larouche, Dritsa ve Brender, 2000). Amerika'da Marcus ve ark. yapmış olduğu çalışmada gebelerin gebelik döneminde depresif belirti gösterme sıklığı %20 olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonucu olarak depresyon semptomları gösteren gebelerin sayısının yüksek olduğu ve birçoğunun tedavi olmadığı saptanmıştır (Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003).

Gebelikte trimesterlerin her döneminde farklı psikolojik süreçler görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda farklı trimesterlerde farklı bulgular elde edilmiştir. Bunevicius ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ilk trimester gebelik depresyonunun en yoğun olduğu dönem olarak saptanmıştır ve bu yoğunluğun nedenlerini istenmeyen gebelik, düşük eğitim düzeyi, önceden yaşanan depresyon

olarak belirtmişlerdir (Robertas Bunevicius, Kusminskas, Adomas Bunevicius, Nadisauskiene, Jureniene K ve Pop, 2009). İkinci trimesterde psikiyatrik bozuklukların prevalansını tespit etmek amaçlı İsveç'te yapılan bir çalışmada gebelerin %14,1'inde psikiyatrik bozukluk tespit edilmiştir. Bu gebelerin %3,3'ünde majör depresyon görülürken %6,6'sında anksiyete bozukluğu görülmüştür. Gebeler arasında duygudurum ve anksiyete bozuklukları en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında olduğu görülmektedir (Andersson, Sundström-Poromaa, Bixo, Wulff, Bondestam ve Åström, 2003). Zaman ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada gebeliğin tüm trimesterlerinde anksiyete ve depresyon semptomları yüksek olarak saptanmıştır. Özellikle üçüncü trimesterde depresyon ve anksiyete semptomlarının arttığını belirttikleri çalışmada bu semptomların gebenin yaşamın kalitesini düşürdüğünü vurgulamaktadırlar (Zaman, Özkan ve Toprak, 2018).

Gebelik döneminde biyolojik değişimlerin yaşandığı gibi psikolojik değişimlerde yaşanmaktadır ve bu değişimler gebelik sürecini etkilemektedir. Araştırmalar göstermektedir ki gebelik döneminde depresyon ve anksiyete semptomlarına sıklıkla rastlanılmaktadır (Kuğu ve Akyüz, 2001). Bu nedenle depresyon ve anksiyeteye neden olan faktörlerin tespit edilmesi ve sağlık personeli tarafından yapılacak geniş ruhsal tarama anne bebek sağlığı için oldukça önemlidir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008). Bu kapsamda yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon için birçok risk faktörü saptanmıştır. Bunlar;

**Gebelik öncesi dönemde yaşanan ruhsal hastalıklar:** Gebe kadının geçmişinde depresyon öyküsü olması depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003; Bowen ve Muhajarine, 2006).

**Madde kullanımı:** Alkol ve sigara tüketiminin fazla olması depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003; Zuckerman, Amaro, Bauchner ve Cabral, 1989; Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel ve Mungan, 2011).

**Medeni durum:** Medeni durumunun bekar olması ile resmi bir evliliğin olmaması depresyon için risk faktörleri olarak bulunmuştur (Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003; Limlomwongse ve Liabsuetrakul, 2005; Karaçam ve Ançel, 2009).

**İş durumu:** Ekonomik katkı getirecek herhangi bir işte çalışmama durumu anksiyete ve depresif belirtileri arttırabilmektedir (Marcus, Flynn, Blow ve Barry,

2003; Karaçam ve Ançel, 2009; Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel ve Mungan, 2011).

**Eğitim düzeyi:** Eğitim düzeyi ilkököl ve ortaokul olması anksiyete ve depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003; Dağlar ve Nur, 2014; Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel ve Mungan, 2011).

**Sosyoekonomik durum:** Maddi ve barınma zorluğu yaşayan gebelerin anksiyete ve depresif semptomları daha yüksek olabilmektedir (Séguin, Potvin, St-Denis ve Loiselle, 1995; Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel ve Mungan, 2011).

**Gebelik ile ilgili düşünceler:** Gebeliğin istenmiyor olması ve gebeliğe yönelik olumsuz tutumlar depresif semptomları etkileyen bir faktördür (Karaçam ve Ançel, 2009; Limlomwongse ve Liabsuetrakul, 2005).

**Aile içi ilişkiler:** Evlilikte sorunların yaşanması depresif semptomlar ile ilişkili bulunmuştur (Karaçam ve Ançel, 2009; Bowen ve Muhajarine, 2006).

**Destek faktörü:** Aile ve eş desteğinin az olması gebelik döneminde depresif semptomlar ile ilişkili bulunmuştur (Séguin, Potvin, St-Denis ve Loiselle, 1995; Tunç, Yenicesu, Çakar, Özcan, Pekçetin ve Danışman, 2012).

**Yaş:** 18 yaş altında olmak gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyini arttırabilmektedir (Bödecs, Horvath, Kovacs, Diffellne Nemeth ve Sandor, 2009; Figueiredo, Pacheco ve Costa, 2007). Başka bir çalışmada ise gebelik yaşının 30'dan fazla olmasının depresyon belirtilerini arttırdığı saptanmıştır (Pınar Yücel, Çayır ve Mehmet Yücel, 2013).

**Gebelik sayısı:** Gebelik sayısını 4 ile 6 arasında olması depresyon riskini arttırdığı düşünülmektedir (Bulut ve Yiğitbaş, 2018). İlk gebelik olması anksiyeteyi arttırdığı saptanmıştır (Çakır ve Can, 2012). Gebelik sayısı ile yaşayan çocuk-ölü doğum sayısı da anksiyete ve depresyon sıklığını arttırdığı saptanmıştır (Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel ve Mungan, 2011).

**Kronik hastalık:** Gebenin kronik hastalığının olması anksiyete düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Dağlar ve Nur, 2014).

Gebe kadınların ruh sağlığı birçok faktörden etkilendiği gibi kişilik özelliklerinden de etkilendiği düşünülmektedir. Her faktörün değerlendirilmesi

gebelik süreci boyunca ruh sağlığının korunması açısından önem taşımaktadır (Guszkowska, Langwald, Zaremba ve Dudziak, 2014).

Birçok faktörden etkilenebilen depresyon ve anksiyete anne bebek sağlığı için risk faktörü oluşturmaktadır. Annenin ruhsal dengesini, bebeğin sağlıklı gelişimini ve anne-bebek ilişkisini olumsuz yönde etkilemeye sebep olan ciddi ruh sağlığı sorunlarıdır (Correia ve Linhares, 2007; Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003). Gebelik döneminde anksiyete bulguları sıklıkla görülmekte olup depresyon ile ilişki ierindedir ve doğum sonrası depresyon ihtimalini arttırdığı saptanmıştır (Heron, O'Connor, Evans, Golding ve Glover,2004). Tedavi edilmemiş ruhsal problemler doğmamış bebek için riskler oluşturabilir ve annenin sorumluluklarını yerine getirmesine, bebeğine yeterli ilgiyi, sevgiyi vermesine, gebeliğe uyum geliştirmesine engel olabilmektedir. Tedavi edilmesiyle olası problemlerin n geçilebilir ve gebenin korkularını, kaygılarını azaltabilir, farkındalığını arttırabilir. Erken yapılan ruhsal tarama gebelik komplikasyonlarını engelleyebilir, anne-bebek sağlığını koruyabilir ya da ruhsal sorunların önlenmesini sağlayabilir. Bu sebeplerden dolayı gebelik sırasında ruhsal problemler yaşayan kadınlar için risk faktörleri belirlenmeli, etkili ve güvenilir tedavi oluşturulması sağlanmalıdır (Weisberg ve Paquette, 2002; Kuğu ve Akyüz, 2001).

## İKİNCİ BÖLÜM

### MATERYAL VE METOT

#### 2.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, gebe kadınlarda mizaç özelliklerinin prenatal bağlanma özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

Araştırma soruları;

Gebe kadınların mizaç özellikleri ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

Gebe kadınların mizaç özellikleri ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

Gebe kadınların mizaç özellikleri ile prenatal bağlanma özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?

#### 2.2. Araştırmanın Hipotezleri

HO: Gebe kadınların mizaç özellikleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Gebe kadınların mizaç özellikleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

HO: Gebe kadınların mizaç özellikleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Gebe kadınların mizaç özellikleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

HO: Gebe kadınların mizaç özellikleri ile prenatal bağlanma özellikleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Gebe kadınların mizaç özellikleri ile prenatal bağlanma özellikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

### **2.3. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışmada kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

### **2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmamızda, gebe kadınlarda mizaç özelliklerinin; prenatal bağlanma, depresyon ve anksiyete düzeyleri, sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan gebe kadınlar tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Bu kapsamda Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'ne gelen 200 hasta örneklem olarak belirlenmiştir.

### **2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

#### **2.5.1. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Gönüllülük esasına dayanan formda çalışmanın amacı, araştırmanın yöntemi, katılma koşulları, katılımcı sayısı, araştırmada öngörülen süre, çalışmaya katılım ile sağlanacak yarar bilgileri bulunmaktadır.

#### **2.5.2. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Kişisel ve gebelik bilgileri kapsamında 8 soru sorulmuştur. Yaş, öğrenim durum, meslek, ailenin aylık ortalama geliri, gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti, düşük öyküsü gibi soruları kapsamaktadır.

#### **2.5.3. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire)**

Baskın affektif mizaç özelliklerini tanımlama amacıyla Akiskal ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Placidi, Signoretta, Liguori, Gervasi, Maremmani ve Akiskal, 1998). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları tarafından yapılan anket 99 sorudan oluşmaktadır ve 5 farklı mizaç türünü incelemektedir. Depresif mizacı tanımlayan '18 madde', siklotimik mizacı tanımlayan '19 madde', hipertimik mizacı tanımlayan '20 madde', iritabl mizacı tanımlayan '18 madde' ve anksiyöz mizacı tanımlayan '24 madde' bulunmaktadır. Kişiler yaşamlarının büyük bir bölümünü düşünerek uygunluğa göre maddeleri 'doğru' veya 'yanlış' olarak cevaplandırır (Vahip, Kesbir, Alkan, Yazıcı, Knarig K. Akiskal ve Hagop S. Akiskal, 2005)



#### **2.5.4. Prenatal Bağlanma Ölçeği**

“Prenatal Bağlanma Envanteri” (The Prenatal Attachment Inventory) Mary Muller tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Yılmaz ve Beji tarafından 2013 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ölçek 21 maddeden oluşmakta ve 1 ile 4 arasında puan alabilen dördümlü likert yapısındadır. 1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Puanın artması prenatal bağlanmanın arttığını göstermektedir (Yılmaz ve Beji, 2013).

#### **2.5.5. Hasta Sağlığı Anketi**

##### *2.5.5.1. GAD-7*

GAD-7 Spitzer ve ark. tarafından DSM-IV-TR ölçütlerine göre geliştirilmiş, yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendiren yedi sorudan oluşmaktadır ve dördümlü likert yapısındadır. 0: Hiçbir zaman, 1: Sadece birkaç gün, 2: Günün yarısından fazla, 3: Hemen hemen her gün şeklinde puanlanana öz bildirim dayalı bir ölçektir. Son iki hafta içerisindeki yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendirir (Spitzer, Kroenke, Williams ve Lowe, 2006).

Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Konkan ve ark. (2013) tarafından yapılmıştır. Cronbach's alpha değeri 0,852 bulunmuştur ve Türkçe formunun kullanılması uygundur (Konkan, Şenormancı, Güçlü, Aydın ve Sungur, 2013).

##### *2.5.5.2. PHQ-9*

PHQ-9, Kroenke ve ark. tarafından geliştirilen Hasta Sağlığı Anketinin bir formunu oluşturmaktadır. Süre uzunluğu ve uygulama kolaylığı açısından diğer ölçeklerden farklılaşmaktadır. Depresyonun şiddetini DSM-IV kriterlerine göre 9 soru ile ölçmektedir. Her soru 0 (hiç değil) ile 3 (neredeyse her gün) arasında puanlanır. Puanlar sırasıyla hafif, orta, orta şiddetli ve şiddetli depresyonu temsil etmektedir (Kroenke, Spitzer ve Williams, 2001).

PHQ-9 anket 3 araştırmacı tarafından Türkçe'ye çevrildi. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Sarı ve ark. tarafından yapıldı. Cronbach alfa katsayısı en az 0,813 ve en fazla 0,838 olarak hesaplandı. Bu sonuç PHQ-9 anketinin Türkçe formunun güvenilir ve geçerli bir biçimde depresyonun şiddetini ölçmekte olduğunu göstermektedir (Sarı, Kökoğlu, Balcıoğlu, Çolak ve Ünlüoğlu, 2016).

### 2.5.5.3. PHQ-15

Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilen anket en yaygın 15 somatik semptomu içermektedir (Kroenke, Spitzer, Williams ve Löve, 2010). Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması Yazıcı Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplamda Cronbach Alpha katsayısı somatizasyon alt boyutu için 0,82 olarak belirlenmiştir. Ölçek soru maddelerinde (0) “Hiç rahatsız olmadım”, (1) “Biraz rahatsız oldum” ve (2) “Çok rahatsız oldum” şeklinde cevap seçenekleri bulunmaktadır. Semptom düzeyi 0-4 puan aralığı için düşük, 5-9 aralığında orta, 10-15 aralığında yüksek olmak üzere 3 düzeye ayrılmıştır (Yazıcı Güleç, Hüseyin Güleç, Şimşek, Turhan ve Sünbül, 2012).

## 2.6. Verilerin İstatiksel Analizi

SPPS 25 programı veriler aktarıldıktan sonra analizler yapılmıştır. Analizin ilk aşaması olan normallik testi uygulanmış ve değişkenlere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, ilgili değerlerin -2 ile +2 arasında olduğu görülmektedir. George ve Mallery (2010)’a göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında olması normal dağılım için yeterli olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 1:** Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Ölçeğine Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	Çarpıklık	Basıklık
<b>Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	-0.373	-0.408
<b>Temps- A Mizaç Ölçeği</b>		
Depresif Mizaç	0.587	-0.396
Siklotimik Mizaç	0.258	-0.885
Hipertimik Mizaç	-0.133	-0.497
İrritabl Mizaç	1.329	1.011
Anksiyöz Mizaç	0.826	-0.200
<b>PHQ-15</b>	0.473	0.020
<b>PHQ-9</b>	0.515	-0.126
<b>GAD-7</b>	0.719	-0.063

Normal dağılıma karar verdikten sonra parametrik analizler kullanılmaya karar verilmiştir. Normallik analizden hemen sonra araştırmadaki demografik değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7, Prenatal Bağlanma Envanterinin demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için bağımsız örneklem için T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) uygulanmıştır. Pearson Korelasyon Analizi ile Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7, Prenatal Bağlanma Envanteri değişkenleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. SPSS PROCESS Macro eklentisi (Hayes, 2013) kullanılarak Temps-A Mizaç Ölçeğinin Prenatal Bağlanmaya etkisinde PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 değişkenlerinin aracı rolünü incelenmiştir.

**Tablo 2.** Korelasyon Katsayısına İlişkin Sayısal Sınırlar (Büyüköztürk, 2011).

<i>Korelasyon Katsayısı</i>	<i>Değerlendirme</i>
<b>0.00 – 0.30</b>	Düşük düzeyde ilişki
<b>0.31 – 0.70</b>	Orta düzeyde ilişki
<b>0.71 – 1.00</b>	Yüksek düzeyde ilişki

Yukarıdaki tabloda verilen sınırlara göre korelasyon bulguları mutlak değer olarak 0.00 ile 0.30 değerleri arasında ise düşük düzeyde ilişki, 0.31 ile 0.70 değerleri arasında ise orta düzeyde ilişki, 0.71 ile 1.00 değerleri arasında ise yüksek düzeyde ilişki olduğu söylenir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

**Tablo 3.** Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		n	%
<b>Yaş Grubu</b>	18-24	43	21,5
	25-30	82	41,0
	31-35	46	23,0
	35 yaş üstü	29	14,5
	Toplam	200	100,0
<b>Öğrenim Durumunuz</b>	İlkokul	29	14,5
	Ortaokul	41	20,5
	Lise	66	33,0
	Üniversite ve üstü	64	32,0
	Toplam	200	100,0
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışmıyor	132	66,0
	Çalışıyor	68	34,0
	Toplam	200	100,0
<b>Gelir Durumu</b>	2.825tl-3.500tl arası	98	49,0
	3.500tl-5.000tl arası	59	29,5
	5.000tl-8.000tl arası	31	15,5
	8.000tl-10.000tl arası	12	6,0
	Toplam	200	100,0

Gebelerin %21.5'i 18-24 yaşları arasında, %41'i 25-30 yaşları arasında, %23'ü 31-35 yaşları arasında, %14.5'i 35 yaş üstü, %14.5'i ilkokul mezunu, %20.5'i ortaokul mezunu, %33'ü lise mezunu, %32'si üniversite ve üstü mezun, %66'sı çalışmıyor, %34'ü çalışıyor, aile aylık toplam gelir ortalaması %49'unun 2.825tl-3.500tl arası, %29.5'inin 3.500tl-5.000tl arası, %15.5'inin 5.000tl-8.000tl arası, %6'sının 8.000tl-10.000tl arasıdır.

**Tablo 4.** Gebelerin Şu an ki Gebelik Haftasına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	n	Min	Maks	$\bar{X}$	Ss.
<b>Gebelik Haftası</b>	200	19	41	31	6

Şu an ki gebelik haftası ortalaması ( $\bar{X}=31$ ,  $SS=6$ ) ve gebeler en az 19'uncu, en çok 41'inci haftadadır.

**Tablo 5.** Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	%
<b>Bebeğinizin Cinsiyeti</b>	Kız	89	44,5
	Erkek	110	55,0
	Kız ve Erkek (ikiz)	1	0,5
	Toplam	200	100,0
	<b>Düşük Öyküsü</b>	Hayır	158
Evet		42	21,0
Toplam		200	100,0

Gebelerin %44.5'inin bebeğinin cinsiyeti kız, %55'inin bebeğinin cinsiyeti erkek, %0.5'inin bebeğinin cinsiyeti hem kız hem de erkek (ikiz), %79'unun düşük öyküsü yok, %21'inin düşük öyküsü var.

**Tablo 6.** Gebeler Arasında Düşük Yapanların Yaşadığı Sorunların Dağılımlarını

		n	%	
<b>Bulantıyı en yoğun hangi aylarda yaşadınız?</b>	Hayır-Sorun yaşamadım	52	26,0	
	1-3. ayın sonu evet	104	52,0	
	4-7. ayın sonu evet	6	3,0	
	8. ay ve sonrası evet	1	0,5	
	4-7. ay, 8.ay ve sonrası evet	1	0,5	
	1-3.ay ve 4-7.ay sonu evet	27	13,5	
	1-3. ay, 8.ay ve sonrası evet	5	2,5	
	Bütün aylarda sorun yaşadım evet	4	2,0	
	Toplam	200	100,0	
	<b>Kusmayı en yoğun hangi aylarda yaşadınız?</b>	Hayır-Sorun yaşamadım	89	44,5
1-3. ayın sonu evet		81	40,5	
4-7. ayın sonu evet		6	3,0	
4-7. ay, 8.ay ve sonrası evet		1	0,5	
1-3.ay ve 4-7.ay sonu evet		17	8,5	
1-3. ay, 8.ay ve sonrası evet		2	1,0	
Bütün aylarda sorun yaşadım evet		4	2,0	
Toplam		200	100,0	
<b>Kanamayı en yoğun hangi aylarda yaşadınız?</b>		Hayır-Sorun yaşamadım	165	82,5
		1-3. ayın sonu evet	25	12,5
	4-7. ayın sonu evet	3	1,5	
	8. ay ve sonrası evet	2	1,0	
	1-3.ay ve 4-7.ay sonu evet	4	2,0	
	1-3. ay, 8.ay ve sonrası evet	1	0,5	
	Toplam	200	100,0	
	<b>Uyku problemini en yoğun hangi aylarda yaşadınız?</b>	Hayır-Sorun yaşamadım	75	37,5
		1-3. ayın sonu evet	25	12,5
		4-7. ayın sonu evet	26	13,0
8. ay ve sonrası evet		32	16,0	
4-7. ay, 8.ay ve sonrası evet		9	4,5	
1-3.ay ve 4-7.ay sonu evet		21	10,5	
1-3. ay, 8.ay ve sonrası evet		5	2,5	
Bütün aylarda sorun yaşadım evet		7	3,5	
Toplam		200	100,0	
		Hayır-Sorun yaşamadım	3	1,5

	1-3. ayın sonu evet	3	1,5
	4-7. ayın sonu evet	4	2,0
	8. ay ve sonrası evet	1	0,5
	1-3.ay ve 4-7.ay sonu evet	2	1,0
	Toplam	13	6,5
<b>Kayıp</b>		187	93,5
<b>Toplam</b>		200	100,0

Düşük yapan gebelerin, %26'sı hiçbir ayda bulantı sorunu yaşamamış, en çok bulantı sorununu %52'si 1-3. aylar arasında, %3'ü 4-7. aylar arasında, %0.5'i 8. ay ve sonrası, %0.5'i 4-7. aylar, 8. ay ve sonrası, %13.5'i 1-3. aylar ve 4-7. aylar arasında, %2.5'i 1-3. aylar, 8. ay ve sonrası, %2'si bütün aylar bulantı sorununu yaşamışlar, %44.5'i hiçbir ayda kusma sorunu yaşamamış, en çok kusma sorununu %40.5'i 1-3. aylar arasında, %3'ü 4-7. aylar arasında, %0.5'i 4-7. aylar, 8. ay ve sonrası, %8.5'i 1-3. aylar ve 4-7. aylar arasında, %1'i 1-3. aylar, 8. ay ve sonrası, %2'si bütün aylar kusma sorununu yaşamışlar, %82.5'i hiçbir ayda kanama sorunu yaşamamış, en çok kanama sorununu %12.5'i 1-3. aylar arasında, %1.5'i 4-7. aylar arasında, %1'i 8. ay ve sonrası, %2'si 1-3. aylar ve 4-7. aylar arasında, %2'si bütün aylar kanama sorununu yaşamışlar, %37.5'i hiçbir ayda uyku problemi yaşamamış, en çok uyku problemini %12.5'i 1-3. aylar arasında, %13'ü 4-7. aylar arasında, %16'sı 8. ay ve sonrası, %4.5'i 4-7. aylar, 8. ay ve sonrası, %10.5'i 1-3. aylar ve 4-7. aylar arasında, %2.5'i 1-3. aylar, 8. ay ve sonrası, %3.5'i bütün aylar uyku problemi yaşamışlar, %1.5'i hiçbir ayda diğer sorunlar yaşamamış, en çok %1.5'i 1-3. aylar arasında, %2'si 4-7. aylar arasında, %0.5'i 8. ay ve sonrası, %1'i 1-3. aylar ve 4-7. aylar arasında diğer sorunlar yaşamışlardır.

**Tablo 7.** Gebelerin Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete Seviyelerinin Dağılımları

		n	%
<b>Somatizasyon Seviyesi</b>	Düşük	15	7,5
	Orta	48	24,0
	Yüksek	137	68,5
	Toplam	200	100,0
<b>Depresyon Seviyesi</b>	Asgari Seviye	57	28,5
	Hafif	72	36,0
	Orta	47	23,5
	Kısmen Şiddetli	19	9,5
	Şiddetli	5	2,5
	Toplam	200	100,0
<b>Anksiyete Seviyesi</b>	Asgari Seviye	84	42,0
	Hafif	74	37,0
	Orta	29	14,5
	Yüksek	13	6,5
	Toplam	200	100,0

Gebelerin %7.5'inin somatizasyon seviyesi düşük, %24'ünün somatizasyon seviyesi orta, %68.5'inin somatizasyon seviyesi yüksek, %28.5'inin depresyon seviyesi asgari düzey, %36'sının depresyon seviyesi hafif, %23.5'inin depresyon seviyesi orta, %9.5'inin depresyon seviyesi kısmen şiddetli, %2.5'inin depresyon seviyesi şiddetli, %42'sinin anksiyete seviyesi asgari düzey, %37'sinin anksiyete seviyesi hafif, %14.5'inin anksiyete seviyesi orta, %6.5'inin anksiyete seviyesi yüksektir.

**Tablo 8.** Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Arasındaki İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	n	Min	Maks	$\bar{X}$	Ss.
<b>Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	200	34	84	65.33	10.83
<b>Temps- A Mizaç Ölçeği</b>					
Depresif Mizaç	200	0	13	4.83	2.89
Siklotimik Mizaç	200	0	17	7.52	4.67
Hipertimik Mizaç	200	0	19	10.66	4.20
İrritabl Mizaç	200	0	15	3.20	3.56
Anksiyöz Mizaç	200	0	22	6.56	5.54
<b>PHQ-15</b>	200	0	30	12.66	5.92
<b>PHQ-9</b>	200	0	25	7.89	5.34
<b>GAD-7</b>	200	0	21	6.67	5.17

Prenatal Bağlanma Envanteri ortalaması ( $\bar{X}=65.33$ ,  $SS=10.83$ ), Depresif Mizaç alt ölçek ortalaması ( $\bar{X}=4.83$ ,  $SS=2.89$ ), Siklotimik Mizaç alt ölçek ortalaması ( $\bar{X}=7.52$ ,  $SS=4.67$ ), Hipertimik Mizaç alt ölçek ortalaması ( $\bar{X}=10.66$ ,  $SS=4.20$ ), İrritabl Mizaç alt ölçek ortalaması ( $\bar{X}=3.20$ ,  $SS=3.56$ ), Anksiyöz Mizaç alt ölçek ortalaması ( $\bar{X}=6.56$ ,  $SS=5.54$ ), PHQ-15 alt ölçek ortalaması ( $\bar{X}=12.66$ ,  $SS=5.92$ ), PHQ-9 alt ölçek ortalaması ( $\bar{X}=7.89$ ,  $SS=5.34$ ), GAD-7 alt ölçek ortalaması ( $\bar{X}=6.67$ ,  $SS=5.17$ ) olduğu görülmektedir.

**Tablo 9.** Çalışma Durumu Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	Çalışmıyor	132	64.43	11.18	-1.64	198	0.102
	Çalışıyor	68	67.07	9.97			
<b>Depresif Mizaç</b>	Çalışmıyor	132	5.05	2.94	1.47	198	0.142
	Çalışıyor	68	4.41	2.75			
<b>Siklotimik Mizaç</b>	Çalışmıyor	132	7.95	4.65	1.87	198	0.063
	Çalışıyor	68	6.66	4.62			
<b>Hipertimik Mizaç</b>	Çalışmıyor	132	10.18	4.05	-2.24	198	0.026*
	Çalışıyor	68	11.57	4.35			
<b>İrritabl Mizaç</b>	Çalışmıyor	132	3.48	3.77	1.61	198	0.109
	Çalışıyor	68	2.63	3.06			
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	Çalışmıyor	132	6.89	5.63	1.16	198	0.247
	Çalışıyor	68	5.93	5.35			
<b>PHQ-15</b>	Çalışmıyor	132	12.80	6.25	0.47	198	0.641

	Çalışıyor	68	12.38	5.24			
<b>PHQ-9</b>	Çalışmıyor	132	8.08	5.45	0.71	198	0.477
	Çalışıyor	68	7.51	5.16			
<b>GAD-7</b>	Çalışmıyor	132	6.76	5.15	0.33	198	0.740
	Çalışıyor	68	6.50	5.25			

\* $p < 0.05$  Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Bulguları incelediğimizde, Hipertimik Mizaç Alt Boyutundan ( $t(198) = -2.24$ ,  $p < 0.05$ ) aldıkları puanlar çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında çalışanların, çalışmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Prenatal Bağlanma Envanteri, Depresif Mizaç, Siklotimik Mizaç, İrritabl Mizaç, Anksiyöz Mizaç, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 alt boyutu çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 10.** Bebeğin Cinsiyeti Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	Kız	89	64.99	11.46	-0.41	197	0.681
	Erkek	110	65.63	10.39			
<b>Depresif Mizaç</b>	Kız	89	4.75	2.83	-0.40	197	0.689
	Erkek	110	4.92	2.95			
<b>Siklotimik Mizaç</b>	Kız	89	7.22	4.67	-0.78	197	0.437
	Erkek	110	7.75	4.70			
<b>Hipertimik Mizaç</b>	Kız	89	10.33	4.04	-0.94	197	0.347
	Erkek	110	10.89	4.34			
<b>İrritabl Mizaç</b>	Kız	89	2.91	3.43	-1.05	197	0.294
	Erkek	110	3.45	3.67			
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	Kız	89	5.96	5.48	-1.35	197	0.180
	Erkek	110	7.02	5.59			
<b>PHQ-15</b>	Kız	89	12.24	5.59	-0.72	197	0.469
	Erkek	110	12.84	5.98			
<b>PHQ-9</b>	Kız	89	7.96	5.28	0.20	197	0.839
	Erkek	110	7.80	5.43			
<b>GAD-7</b>	Kız	89	6.02	4.97	-1.59	197	0.114
	Erkek	110	7.19	5.31			

\* $p < 0.05$  Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Prenatal Bağlanma Envanteri, Depresif Mizaç, Siklotimik Mizaç, Hipertimik Mizaç, İrritabl Mizaç, Anksiyöz Mizaç, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 alt boyutu bebeğin cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 11.** Düşük Öyküsü Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	Hayır	158	64.95	11.08	-0.96	198	0.336
	Evet	42	66.76	9.84			
<b>Depresif Mizaç</b>	Hayır	158	4.65	2.67	-1.76	198	0.080



	Evet	42	5.52	3.55				
<b>Siklotimik Mizaç</b>	Hayır	158	7.29	4.55	-1.32	198	0.189	
	Evet	42	8.36	5.07				
<b>Hipertimik Mizaç</b>	Hayır	158	10.69	4.06	0.23	198	0.820	
	Evet	42	10.52	4.74				
<b>İrritabl Mizaç</b>	Hayır	158	3.31	3.73	0.89	198	0.377	
	Evet	42	2.76	2.81				
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	Hayır	158	6.44	5.53	-0.61	198	0.543	
	Evet	42	7.02	5.62				
<b>PHQ-15</b>	Hayır	158	12.37	5.67	-1.31	198	0.193	
	Evet	42	13.71	6.74				
<b>PHQ-9</b>	Hayır	158	7.83	5.40	-0.31	198	0.756	
	Evet	42	8.12	5.19				
<b>GAD-7</b>	Hayır	158	6.51	4.92	-0.87	198	0.387	
	Evet	42	7.29	6.03				

\*p<0.05 Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Prenatal Bağlanma Envanteri, Depresif Mizaç, Siklotimik Mizaç, Hipertimik Mizaç, İrritabl Mizaç, Anksiyöz Mizaç, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 alt boyutu düşük öyküsü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 12.** Yaş Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	18-24	43	66.47	9.05	G.Arası	671.73	3	223.91	1.94	0.125
	25-30	82	64.74	12.01	G.İçi	22676.49	196	115.70		
	31-35	46	67.54	9.93	Toplam	23348.22	199			
	35 yaş üstü	29	61.79	10.55						
	Toplam	200	65.33	10.83						
<b>Depresif Mizaç</b>	18-24	43	5.86	3.04	G.Arası	83.28	3	27.76	3.45	0.018*
	25-30	82	4.23	2.66	G.İçi	1574.94	196	8.04		
	31-35	46	5.15	2.86	Toplam	1658.22	199			
	35 yaş üstü	29	4.48	2.97						
	Toplam	200	4.83	2.89						
<b>Siklotimik Mizaç</b>	18-24	43	9.05	4.66	G.Arası	154.15	3	51.38	2.41	0.068
	25-30	82	6.88	4.32	G.İçi	4183.81	196	21.35		
	31-35	46	7.72	4.52	Toplam	4337.96	199			
	35 yaş üstü	29	6.72	5.48						
	Toplam	200	7.52	4.67						
<b>Hipertimik Mizaç</b>	18-24	43	10.88	4.16	G.Arası	12.74	3	4.25	0.24	0.870
	25-30	82	10.37	4.32	G.İçi	3496.45	196	17.84		
	31-35	46	10.93	4.15	Toplam	3509.20	199			
	35 yaş üstü	29	10.69	4.14						
	Toplam	200	10.66	4.20						
<b>İrritabl Mizaç</b>	18-24	43	4.07	3.47	G.Arası	55.64	3	18.55	1.47	0.223
	25-30	82	3.05	3.75	G.İçi	2467.76	196	12.59		
	31-35	46	3.17	3.43	Toplam	2523.40	199			
	35 yaş üstü	29	2.34	3.24						
	Toplam	200	3.20	3.56						
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	18-24	43	7.67	5.68	G.Arası	124.10	3	41.37	1.35	0.258
	25-30	82	6.41	5.51	G.İçi	5987.18	196	30.55		
	31-35	46	6.74	5.81	Toplam	6111.28	199			
	35 yaş üstü	29	5.03	4.85						
	Toplam	200	6.56	5.54						
<b>PHQ-15</b>	18-24	43	12.72	5.51	G.Arası	108.64	3	36.21	1.03	0.378
	25-30	82	12.77	6.29	G.İçi	6858.55	196	34.99		

	31-35	46	13.43	6.09	Toplam	6967.20	199			
	35 yaş üstü	29	11.00	5.03						
	Toplam	200	12.66	5.92						
<b>PHQ-9</b>	18-24	43	9.21	5.80	G.Arası	96.60	3	32.20	1.13	0.338
	25-30	82	7.59	4.96	G.İçi	5586.98	196	28.51		
	31-35	46	7.54	5.66	Toplam	5683.58	199			
	35 yaş üstü	29	7.34	5.13						
	Toplam	200	7.89	5.34						
<b>GAD-7</b>	18-24	43	7.60	5.41	G.Arası	99.56	3	33.19	1.25	0.294
	25-30	82	6.02	4.76	G.İçi	5220.66	196	26.64		
	31-35	46	7.30	5.57	Toplam	5320.22	199			
	35 yaş üstü	29	6.10	5.22						
	Toplam	200	6.67	5.17						

\* $p < 0.05$  Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Prenatal Bağlanma Envanteri, Siklotimik Mizaç, Hipertimik Mizaç, İrritabl Mizaç, Anksiyöz Mizaç, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 alt boyutu yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

Depresif Mizaç alt ölçeği ( $F(3.196)=3.45, p < 0.05$ ) aldıkları ortalama puanların yaş değişkenine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Levene's testi uygulanmış ve sonrasında grup varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Scheffe testi sonuçlarını kontrol ettiğimizde 18-24 yaş arası olan grubun aldığı puanların 25-30 yaş arası olan gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 13.** Eğitim Durumu Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	İlkokul	29	61.45	10.79	G.Arası	512.65	3	170.88	1.47	0.225
	Ortaokul	41	65.88	11.24	G.İçi	22835.57	196	116.51		
	Lise	66	66.11	10.10	Toplam	23348.22	199			
	Üniversite ve üstü	64	65.94	11.20						
	Toplam	200	65.33	10.83						
<b>Depresif Mizaç</b>	İlkokul	29	5.97	2.61	G.Arası	152.26	3	50.75	6.61	0.000*
	Ortaokul	41	4.44	2.86	G.İçi	1505.96	196	7.68		
	Lise	66	5.59	3.18	Toplam	1658.22	199			
	Üniversite ve üstü	64	3.78	2.29						
	Toplam	200	4.83	2.89						
<b>Siklotimik Mizaç</b>	İlkokul	29	9.24	4.58	G.Arası	521.92	3	173.97	8.94	0.000*
	Ortaokul	41	6.46	4.55	G.İçi	3816.03	196	19.47		
	Lise	66	9.17	4.57	Toplam	4337.96	199			
	Üniversite ve üstü	64	5.70	4.07						
	Toplam	200	7.52	4.67						
<b>Hipertimik Mizaç</b>	İlkokul	29	10.59	3.43	G.Arası	23.30	3	7.77	0.44	0.727
	Ortaokul	41	10.02	4.20	G.İçi	3485.90	196	17.79		
	Lise	66	10.79	4.45	Toplam	3509.20	199			
	Üniversite ve üstü	64	10.95	4.30						
	Toplam	200	10.66	4.20						
<b>İrritabl Mizaç</b>	İlkokul	29	3.66	3.71	G.Arası	82.44	3	27.48	2.21	0.089
	Ortaokul	41	3.17	3.68	G.İçi	2440.95	196	12.45		

	Lise	66	3.85	3.69	Toplam	2523.40	199			
	Üniversite ve üstü	64	2.33	3.16						
	Toplam	200	3.20	3.56						
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	İlkokul	29	7.90	4.78	G.Arası	362.27	3	120.76	4.12	0.007*
	Ortaokul	41	6.51	6.45	G.İçi	5749.01	196	29.33		
	Lise	66	7.77	5.62	Toplam	6111.28	199			
	Üniversite ve üstü	64	4.73	4.70						
	Toplam	200	6.56	5.54						
<b>PHQ-15</b>	İlkokul	29	12.10	4.69	G.Arası	173.31	3	57.77	1.67	0.176
	Ortaokul	41	11.78	7.45	G.İçi	6793.89	196	34.66		
	Lise	66	13.97	6.22	Toplam	6967.20	199			
	Üniversite ve üstü	64	12.11	4.79						
	Toplam	200	12.66	5.92						
<b>PHQ-9</b>	İlkokul	29	7.72	5.82	G.Arası	17.53	3	5.84	0.20	0.895
	Ortaokul	41	7.85	5.84	G.İçi	5666.05	196	28.91		
	Lise	66	8.29	4.72	Toplam	5683.58	199			
	Üniversite ve üstü	64	7.58	5.51						
	Toplam	200	7.89	5.34						
<b>GAD-7</b>	İlkokul	29	7.07	3.86	G.Arası	60.54	3	20.18	0.75	0.522
	Ortaokul	41	6.12	5.73	G.İçi	5259.68	196	26.84		
	Lise	66	7.32	5.18	Toplam	5320.22	199			
	Üniversite ve üstü	64	6.17	5.32						
	Toplam	200	6.67	5.17						

\* $p < 0.05$  Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Prenatal Bağlanma Envanteri, Hipertimik Mizaç, İrritabl Mizaç, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 alt boyutu eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

Depresif Mizaç alt ölçeği ( $F(3.196)=6.61$ ,  $p < 0.05$ ) aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Levene's testi uygulanmış ve sonrasında grup varyanslarının homojen olmadığı tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Tamhane testi sonuçlarını kontrol ettiğimizde ilkokul mezunu olan grubun aldığı puanların üniversite ve üstü olan gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Lise mezunu olan grubun aldığı puanların üniversite ve üstü olan gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Siklotimik Mizaç alt ölçeği ( $F(3.196)=8.94$ ,  $p < 0.05$ ) aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Levene's testi uygulanmış ve sonrasında grup varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Scheffe testi sonuçlarını kontrol ettiğimizde ilkokul mezunu olan grubun aldığı puanların üniversite ve üstü olan gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Lise mezunu olan grubun aldığı puanların üniversite ve üstü olan gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anksiyöz Mizaç alt ölçeği ( $F(3.196)=4.12, p<0.05$ ) aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Levene's testi uygulanmış ve sonrasında grup varyanslarının homojen olmadığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Tamhane testi sonuçlarını kontrol ettiğimizde lise mezunu olan grubun aldığı puanların üniversite ve üstü olan gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 14.** Gelir Durumu Değişkenine Göre Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Puanlarının Karşılaştırılması

		n	$\bar{X}$	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
<b>Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	2.825tl-3.500tl arası	98	65.00	11.50	G.Arası	302.48	3	100.83	0.86	0.464
	3.500tl-5.000tl arası	59	65.71	9.55	G.İçi	23045.74	196	117.58		
	5.000tl-8.000tl arası	31	63.97	10.82	Toplam	23348.22	199			
	8.000tl-10.000tl arası	12	69.67	11.35						
	Toplam	200	65.33	10.83						
<b>Depresif Mizaç</b>	2.825tl-3.500tl arası	98	5.28	2.87	G.Arası	52.33	3	17.44	2.13	0.098
	3.500tl-5.000tl arası	59	4.34	2.63	G.İçi	1605.89	196	8.19		
	5.000tl-8.000tl arası	31	4.84	3.28	Toplam	1658.22	199			
	8.000tl-10.000tl arası	12	3.58	2.71						
	Toplam	200	4.83	2.89						
<b>Siklotimik Mizaç</b>	2.825tl-3.500tl arası	98	8.35	4.21	G.Arası	143.92	3	47.97	2.24	0.085
	3.500tl-5.000tl arası	59	6.98	4.67	G.İçi	4194.04	196	21.40		
	5.000tl-8.000tl arası	31	6.26	5.48	Toplam	4337.96	199			
	8.000tl-10.000tl arası	12	6.58	5.30						
	Toplam	200	7.52	4.67						
<b>Hipertimik Mizaç</b>	2.825tl-3.500tl arası	98	10.28	4.02	G.Arası	54.28	3	18.09	1.03	0.382
	3.500tl-5.000tl arası	59	10.81	4.11	G.İçi	3454.91	196	17.63		
	5.000tl-8.000tl arası	31	10.87	4.75	Toplam	3509.20	199			
	8.000tl-10.000tl arası	12	12.42	4.60						
	Toplam	200	10.66	4.20						
<b>İrritabl Mizaç</b>	2.825tl-3.500tl arası	98	3.37	3.45	G.Arası	18.40	3	6.13	0.48	0.697
	3.500tl-5.000tl arası	59	2.85	3.36	G.İçi	2505.00	196	12.78		
	5.000tl-8.000tl arası	31	3.55	4.45	Toplam	2523.40	199			
	8.000tl-10.000tl arası	12	2.58	3.09						
	Toplam	200	3.20	3.56						
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	2.825tl-3.500tl arası	98	7.33	5.63	G.Arası	121.46	3	40.49	1.32	0.268
	3.500tl-5.000tl arası	59	6.00	5.76	G.İçi	5989.82	196	30.56		

	5.000tl- 8.000tl arası	31	5.39	4.60	Toplam	6111.28	199			
	8.000tl- 10.000tl arası	12	6.08	5.71						
	Toplam	200	6.56	5.54						
<b>PHQ-15</b>	2.825tl- 3.500tl arası	98	13.55	5.89	G.Arası	163.20	3	54.40	1.57	0.199
	3.500tl- 5.000tl arası	59	11.54	6.27	G.İçi	6804.00	196	34.71		
	5.000tl- 8.000tl arası	31	12.16	5.53	Toplam	6967.20	199			
	8.000tl- 10.000tl arası	12	12.08	4.76						
	Toplam	200	12.66	5.92						
<b>PHQ-9</b>	2.825tl- 3.500tl arası	98	8.35	5.28	G.Arası	52.22	3	17.41	0.61	0.612
	3.500tl- 5.000tl arası	59	7.17	5.05	G.İçi	5631.36	196	28.73		
	5.000tl- 8.000tl arası	31	7.74	5.82	Toplam	5683.58	199			
	8.000tl- 10.000tl arası	12	8.08	6.30						
	Toplam	200	7.89	5.34						
<b>GAD-7</b>	2.825tl- 3.500tl arası	98	7.13	4.94	G.Arası	175.64	3	58.55	2.23	0.086
	3.500tl- 5.000tl arası	59	5.47	5.42	G.İçi	5144.58	196	26.25		
	5.000tl- 8.000tl arası	31	6.55	4.75	Toplam	5320.22	199			
	8.000tl- 10.000tl arası	12	9.08	5.99						
	Toplam	200	6.67	5.17						

\* $p < 0.05$  Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Prenatal Bağlanma Envanteri, Depresif Mizaç, Siklotimik Mizaç, Hipertimik Mizaç, İrritabl Mizaç, Anksiyöz Mizaç, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 alt boyutu gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 15.** Prenatal Bağlanma Ölçeği Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>1-Prenatal Bağlanma Envanteri</b>	1								
<b>2-Depresif Mizaç</b>	0,069	1							
<b>3-Siklotimik Mizaç</b>	,205**	,641**	1						
<b>4-Hipertimik Mizaç</b>	0,091	-	0,081	1					
<b>5-İrritabl Mizaç</b>	0,106	,391**	,508**	0,071	1				
<b>6-Anksiyöz Mizaç</b>	,193**	,517**	,579**	0,064	,688**	1			
<b>7-PHQ15</b>	0,079	,273**	,306**	0,072	,158*	,270**	1		
<b>8-PHQ9</b>	0,079	,365**	,447**	-0,021	,314**	,400**	,542**	1	
<b>9-GAD7</b>	,224**	,460**	,512**	-0,014	,350**	,501**	,533**	,581**	1

\*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$  Kullanılan test: Pearson Korelasyon Testi

Prenatal Bağlanma Envanteri ile Siklotimik Mizaç ( $r=.205, p<0.01$ ) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Prenatal Bağlanma Envanteri ile Anksiyöz Mizaç ( $r=.193, p<0.01$ ) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Prenatal Bağlanma Envanteri ile GAD7 ( $r=.224, p<0.01$ ) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Depresif Mizaç ile PHQ15 ( $r=.273, p<0.01$ ) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Depresif Mizaç ile PHQ9 ( $r=.365, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Depresif Mizaç ile GAD7 ( $r=.460, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Siklotimik Mizaç ile PHQ15 ( $r=.306, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Siklotimik Mizaç ile PHQ9 ( $r=.447, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Siklotimik Mizaç ile GAD7 ( $r=.512, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardı.

İrritabl Mizaç ile PHQ15 ( $r=.158, p<0.01$ ) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, İrritabl Mizaç ile PHQ9 ( $r=.314, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, İrritabl Mizaç ile GAD7 ( $r=.350, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Anksiyöz Mizaç ile PHQ15 ( $r=.270, p<0.01$ ) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Anksiyöz Mizaç ile PHQ9 ( $r=.400, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Anksiyöz Mizaç ile GAD7 ( $r=.501, p<0.01$ ) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır.

**Tablo 16.** Temps-A Mizaç Ölçeği, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7 Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanterine İlişkin Aracı Değişken Analizleri Özet Tablosu

Yordayıcı Değişken	Aracı Değişken	Yordanan Değişken
(Temps-A Mizaç Ölçeği)	(PHQ-15, PHQ-9, GAD-7)	(Prenatal Bağlanma Envanteri)
Siklotimik Mizaç	GAD-7 (Tam)	Prenatal Bağlanma Envanteri
Anksiyöz Mizaç	GAD-7 (Tam)	Prenatal Bağlanma Envanteri

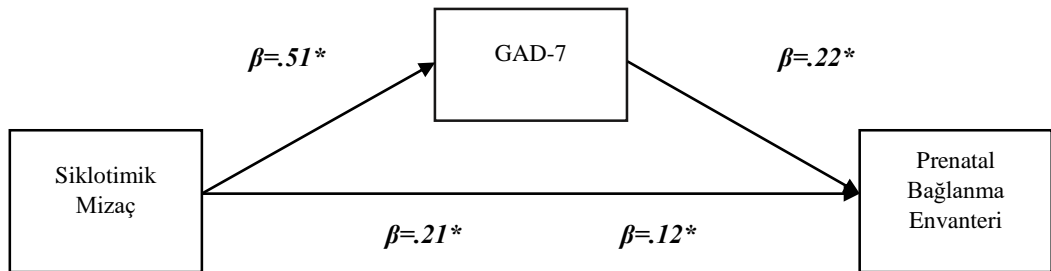
**Tablo 17.** Siklotimik Mizaç Alt Ölçeğinin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanını Yordamasında GAD-7 Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	R	R <sup>2</sup>	B	SH	$\beta$	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	.21	.04	61.7	1.43		43.29	0.000*	58.94	64.57
<b>1</b> Siklotimik Mizaç			0.48	0.16	0.21	2.95	0.004*	0.16	0.79
(Sabit)	.25	.06	60.9	1.47		41.38	0.000*	58.04	63.85
<b>2</b> Siklotimik Mizaç			0.28	0.19	0.12	1.53	0.129	-0.08	0.65
GAD-7			0.34	0.17	0.16	2.00	0.047*	0.00	0.67
Direkt Olmayan Toplam Etki (Aracı)			-	0.03				-0.18	-0.07

\* $p < 0.050$  Kullanılan test: Hiyerarşik Regresyon Analizi

Bulguları kontrol ettiğimizde, ilk modelde siklotimik mizaç bağımsız değişkeninin Prenatal bağlanma bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %4'ünü açıkladığı görülmüştür. Modele ikinci aşamada GAD-7 bağımsız değişkeni katılmıştır. GAD-7 bağımsız değişkeninin Prenatal bağlanma bağımlı değişken puanındaki varyansın %2'sini açıkladığı görülmüştür. Siklotimik mizaç ve GAD-7 bağımsız değişkenleri Prenatal bağlanma bağımlı değişkeninde puanındaki varyansın %6'sını açıkladıkları gözlenmiştir. İkinci aşamada GAD-7 bağımsız değişkeni değişkeninin eklenmesiyle siklotimik mizaç bağımsız değişkeninin beta değeri .21'den .12'e düşmüştür ve p değeri 0.05'in üzerine çıkmıştır. Beta değerindeki bu fark direkt olmayan toplam etkinin alt ve üst sınır değerleri sıfırı içermediği için anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre tam aracılığın olduğu tespit edilmiştir.

**Şekil 1.** Siklotimik Mizaç Alt Ölçeğinin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanını Yordamasında GAD-7 Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları



\* $p < 0.05$

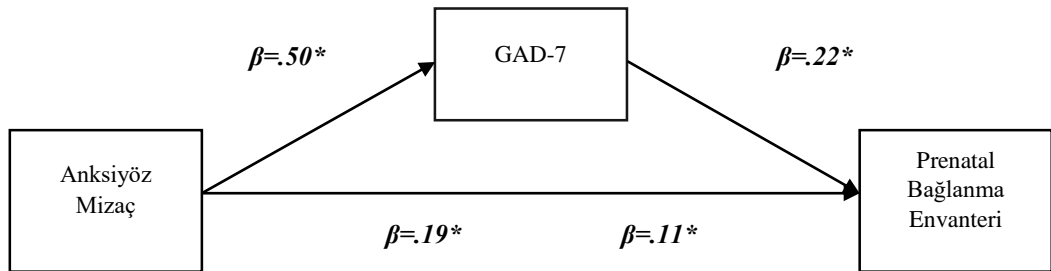
**Tablo 18.** Anksiyöz Mizaç Alt Ölçeğinin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanını Yordamasında GAD-7 Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	R	R <sup>2</sup>	B	SH	$\beta$	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	.21	.04	62.8	1.17		53.76	0.000*	60.54	65.15
<b>1 Anksiyöz Mizaç</b>			0.38	0.14	0.19	2.77	0.006*	0.11	0.65
(Sabit)	.25	.06	61.5	1.31		47.14	0.000*	59.00	64.15
<b>2 Anksiyöz Mizaç</b>			0.21	0.16	0.11	1.36	0.176	-0.10	0.52
<b>GAD-7</b>			0.35	0.17	0.17	2.12	0.035*	0.02	0.68
<b>Direkt Olmayan</b>			-	0.03				-0.18	-0.07
<b>Toplam Etki (Aracı)</b>									

\* $p < 0.050$  Kullanılan test: Hiyerarşik Regresyon Analizi

Bulguları kontrol ettiğimizde, ilk modelde anksiyöz mizaç bağımsız değişkeninin Prenatal bağlanma bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %4'ünü açıkladığı görülmüştür. Modele ikinci aşamada GAD-7 bağımsız değişkeni katılmıştır. GAD-7 bağımsız değişkeninin prenatal bağlanma bağımlı değişken puanındaki varyansın %2'sini açıkladığı görülmüştür. Anksiyöz mizaç ve GAD-7 bağımsız değişkenleri Prenatal bağlanma bağımlı değişkeninde puanındaki varyansın %5'ini açıkladıkları gözlenmiştir. İkinci aşamada GAD-7 bağımsız değişkeni değişkeninin eklenmesiyle anksiyöz mizaç bağımsız değişkeninin beta değeri .19'dan .11'e düşmüştür ve değeri 0.05'in üzerine çıkmıştır. Beta değerindeki bu fark direkt olmayan toplam etkinin alt ve üst sınır değerleri sıfırı içermediği için anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre tam aracılığın olduğu tespit edilmiştir.

**Şekil 2.** Anksiyöz Mizaç Alt Ölçeğinin Prenatal Bağlanma Envanteri Puanını Yordamasında GAD-7 Ölçeğinin Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları



\* $p < 0.05$



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen bulgular sonucunda;

Depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritable mizaç ve anksiyöz mizaç özellikleri ile depresyon arasında orta seviyede ve pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritable mizaç ve anksiyöz mizaç özellikleri ile anksiyete arasında orta seviyede ve pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Gebe kadınların mizaç özelliklerine göre siklotimik ve anksiyöz mizaç özellikleri ile prenatal bağlanma arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki saptanmıştır.

Siklotimik ve anksiyöz mizaç ile prenatal bağlanma arasında tespit edilen ilişkide regresyon analizine göre anksiyete düzeyinin tam aracı rolü gösterdiği tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan 200 gebenin yaşları 18-35 arasında değişmektedir. Gebelerin %14.5'i ilkökul mezunu, %20.5'i ortaokul mezunu, %33'ü lise mezunu, %33'ü üniversite üstü mezunudur. Gebelerin %66'sı çalışmıyor ve %34'ü bir işte çalışmaktadır. Aile aylık toplam gelir ortalaması ise %49'unun 2.825tl-3.500tl arası, %29.5'inin 3.500tl-5.000tl arası, %15.5'inin 5.000tl-8.000tl arası, %6'sının 8.000tl-10.000tl arasındadır. Çalışmaya katılan gebeler en az 19'uncu, en çok 41'inci haftadırlar. Gebelerin %44.5'inin bebeğinin cinsiyeti kız, %55'inin bebeğinin cinsiyeti erkek, %0.5'inin bebeğinin cinsiyeti hem kız hem de erkek (ikiz), %79'unun düşük öyküsü yok, %21'inin düşük öyküsü vardır.

Çalışmaya katılan gebelerin çoğunluğunda "hafif düzey depresyon" ve "asgari düzey anksiyete" saptanmış olup %28.5'inin depresyon seviyesi asgari, %36'sının depresyon seviyesi hafif, %23.5'inin depresyon seviyesi orta, %9.5'inin depresyon seviyesi kısmen şiddetli, %2.5'inin depresyon seviyesi şiddetli, %42'sinin anksiyete seviyesi asgari düzey, %37'sinin anksiyete seviyesi hafif, %14.5'inin anksiyete seviyesi orta, %6.5'inin anksiyete seviyesi yüksektir. Literatüre bakıldığında ise Erbil ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya katılan gebelerin %30,9'unda tedavi gerektirecek düzeyde depresyon semptomları saptanmıştır (Erbil, Oruç ve Karabulut, 2009). Arslan ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada gebelerin %28,8'inde anksiyete semptomlarına rastlanırken %35,0'nda depresyon semptomları saptanmıştır (Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel ve Mungan, 2011). Tunç ve arkadaşlarının

yapmış oldukları çalışmada ise gebelerin %32'sinin anksiyete, %47'sinin ise depresyon puanları yüksek saptanmıştır (Tunç, Yenicesu, Çakar, Özcan, Pekçetin ve Danışman, 2012). Bödecs ve arkadaşlarının Macaristan'da yapmış oldukları çalışmada gebe kadınların %17,9'unda depresyon, %14,6'sında ise anksiyete belirtileri bulunmuştur (Bödecs, Horvath, Kovacs, Diffellne Nemeth ve Sandor, 2009). Çalışmamız ve literatür verileri incelendiğinde gebelik döneminde depresyon ve anksiyete yaygın olarak görülen bir sağlık problemidir. Depresyon ve anksiyete sık karşılaşılan sağlık problemlerinden olduğu için gebeler üzerinde olası risk etmenleri için sosyodemografik özellikler ile ilişkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda bulunan sonuçlar şu şekildedir;

Çalışmamızda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerden gebelerin gelir durumu düzeyi incelendiğinde; anne adayının gelir düzeyi ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanamamıştır. Depresyon ve anksiyete düzeylerinin gelir durumu ile ilişkisi olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Erbil ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada gelir düzeyinin gebelerin depresyon şiddetini etkilediği saptanmıştır (Erbil, Oruç ve Karabulut, 2009). Tunç ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada gelir düzeyinin gebelik anksiyete ve depresyonuna etkisi olduğu belirtilmiştir (Tunç, Yenicesu, Çakar, Özcan, Pekçetin ve Danışman, 2012). Dağlar ve Nur yapmış oldukları çalışmada ekonomik durumun bebeğin masrafları ve doğum sonrasındaki harcamalara etkisinden dolayı annede anksiyete oluşturabileceğini vurgulamışlardır (Dağlar ve Nur, 2014). Başka bir çalışmada ise gelir düşüklüğü gebelerde depresyon seviyesini arttırdığı ifade edilmektedir (Yanikkerem, Altan ve Demirtosun, 2004). Çalışmamız literatür bulgularıyla uyumlu çıkmamıştır. Bu durum çalışmamızdaki katılımcı sayısının az olmasıyla ilişkili olabilir.

Gebelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile çalışma durumu incelendiğinde; anne adayının çalışıp çalışmama durumu ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanamamıştır. Alanda yapılmış birçok çalışmada gebenin çalışıp çalışmama durumunun depresyon ve anksiyete düzeyini etkilediğini vurgulamaktadır. (Erbil, Oruç ve Karabulut, 2009; Tunç, Yenicesu, Çakar, Özcan, Pekçetin ve Danışman, 2012; Dağlar ve Nur, 2014; Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003; Bödecs, Horvath, Kovacs, Diffellne Nemeth ve Sandor, 2009). 452 olgunun değerlendirildiği bir makalede 'ev hanımı' olmanın anksiyete ve depresyon görülme sıklığını arttırdığını belirtmektedir

(Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel ve Mungan, 2011). Çalışma durumu değişkeni açısından literatürle uyumlu bir sonuç elde edememiş olmamız katılımcı sayısının az olması ile ilişkili olabilir.

Gebelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile bebeklerinin cinsiyeti incelendiğinde; gebenin bebeğinin cinsiyeti ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu konuda literatürde bir çalışmaya rastlanılmıştır. Dağlar ve Nur'un yapmış oldukları çalışmada bebeğinin cinsiyetinin depresyon ve anksiyete düzeyine bir etkisi saptanmamıştır. Bu sonuç bulgularımızla uyumludur.

Gebelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile düşük öyküleri incelendiğinde; gebenin düşük öyküsü olup olmaması ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Düşük deneyimi olan gebelerin depresyon seviyeleri yüksek tespit edilmiş (Yanikkerem, Altan ve Demirtosun, 2004). Başka bir çalışmada ise düşük sayısının anksiyete ve depresyon sıklığını arttığı belirtilmiştir (Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel ve Mungan, 2011). Katılımcılarımızın %21'inde düşük öyküsü vardır ve sonucun literatürle uyumlu olmamasının nedeni katılımcı sayısının az olması olabilir.

Gebelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile yaşları incelendiğinde; gebenin yaşları ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde ise 18 yaş altında olmak gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyini arttırabildiği (Bödecs, Horvath, Kovacs, Diffellne Nemeth ve Sandor, 2009; Figueiredo, Pacheco ve Costa, 2007) ve başka bir çalışmada ise gebelik yaşının 30'dan fazla olmasının depresyon belirtilerini arttırdığı saptanmıştır (Pınar Yücel, Çayır ve Mehmet Yücel, 2013). Bulut ve Yiğitbaş'ın yapmış oldukları çalışmada gebenin yaşının depresyon düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (Bulut ve Yiğitbaş, 2018). Dağlar ve Nur'un yapmış oldukları çalışmada da yaş faktörünün depresyon ve anksiyete seviyesini etkilemediği saptanmıştır (Dağlar ve Nur, 2014). Bu konuda literatürde fikir birliğine varılmamıştır.

Gebelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile eğitim düzeyleri incelendiğinde; gebenin eğitim düzeyi ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda eğitim düzeyinin depresyon seviyesini etkilediği belirtilmiştir (Erbil, Oruç ve Karabulut, 2009; Marcus, Flynn, Blow ve Barry, 2003). Bahriye Arslan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyinin artması gebelikte depresyon sıklığını azalttığı saptanmıştır (Bahriye Arslan, Akif Arslan, Kara, Öngel

ve Mungan, 2011). Dağlar ve Nur'un yapmış oldukları çalışmada gebenin eğitim düzeyi ile depresyon düzeyi arasında bir ilişki saptanmıştır (Dağlar ve Nur, 2014). Bulut ve Yiğitbaş'ın yapmış oldukları çalışmada ise çalışmamızla uyumlu olarak gebenin eğitim düzeyinin depresyon seviyesi açısından bir etkisi saptanmamıştır (Bulut ve Yiğitbaş, 2018). Bu konuda literatürde fikir birliğine varılmamıştır.

Kadının anne olacağını öğrendiği an itibariyle başladığı ve doğumdan sonraki bebeğiyle olan bağlanmanın temeli olduğu düşünülen gebelik döneminde anne bebek bağlanmasına prenatal bağlanma denilmektedir. Kurulan bu eşsiz ilişki güvenli bağlanmanın kurulmasına, anne-bebek ilişkisinin gelişmesine ve bebeğin ileriki yaşamını sağlıklı devam ettirmesine katkı sağladığı araştırmalarla desteklenmektedir (Bloom, 1995; Elkin, 2015). Anne-bebek ilişkisi ve sağlığı için prenatal bağlanmayı etkileyen faktörler önem arz etmektedir. Bu açıdan olası risk etmenleri için sosyodemografik özellikler incelenmiştir. Sonuçlar şu şekildedir;

Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile gelir durumu düzeyleri incelendiğinde; gebenin gelir durumu düzeyleri ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Küçükkaya ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada geliri giderine eşit olan gebelerin prenatal bağlanması daha yüksek olarak tespit edilmiştir (Küçükkaya, Süt, Öz ve Sarıkaya, 2020). Elkin'in yapmış olduğu çalışma sonucunda gelir düzeyinin prenatal bağlanma üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır (Elkin, 2015). Literatürdeki bulgular çalışmamız ile uyumlu değildir. Sonucun farklı çıkması katılımcı sayısının az olması ile ilişkili olabilir.

Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile çalışıp çalışmama durumları incelendiğinde; gebenin çalışıp çalışmama durumu ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde ise gebenin çalışıp çalışmama durumunun prenatal bağlanma üzerinde etkisinin olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Elkin, 2015; Bakır, Ölçer ve Oskay, 2014). Kartal ve Karaman'ın yapmış oldukları çalışmada gebenin çalışıyor olması ekonomik kaygıları azalttığı için prenatal bağlanmayı arttıracığı belirtilmektedir (Kartal ve Karaman, 2018). Tunçel ve Süt'ün yapmış oldukları çalışmada gebelerin çalışıyor olmaları prenatal bağlanmayı azaltmakta olduğu vurgulanmaktadır (Tunçel ve Süt, 2019). Yılmaz ve Beji'nin yapmış oldukları çalışmada herhangi bir işte çalışan gebelerin bağlanma düzeyleri düşük olarak tespit edilmiş (Yılmaz ve Beji, 2010). Birçok çalışmanın olmasına

rağmen farklı sonuçlar elde edilmiştir ve alanda bu konuyla ilgili fikir birliğine varılmış bir sonuç bulunmamaktadır.

Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile bebeklerin cinsiyeti incelendiğinde; gebenin bebeğinin cinsiyeti ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu konuda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile düşük öyküsü incelendiğinde; düşük öyküsü ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde bu konuyla ilgili tek bir çalışmaya rastlanılmıştır. Bakır ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada gebenin düşük öyküsünün prenatal bağlanmayı etkilediği belirtilmektedir (Bakır, Ölçer ve Oskay, 2014).

Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile yaşları incelendiğinde; gebenin yaşı ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde yaş faktörünün prenatal bağlanmayı etkilediği saptanan çalışmalar mevcuttur (Coşkun, Okcu ve Arslan, 2019; Ölçer ve Oskay, 2014). Yılmaz ve Beji'nin yapmış oldukları çalışmada 35 yaş ve üstünde gebe kalan gebelerin bağlanma düzeyleri düşük olarak tespit edilmiş (Yılmaz ve Beji, 2010). Elkin'in yapmış olduğu çalışma sonucunda gebenin yaşının prenatal bağlanma üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (Elkin, 2015). Literatürde çoğunluk olarak yaş faktörünün prenatal bağlanmayı etkilediğine dair çalışmalar olsa da çalışmamızla uyumlu olarak etkilemediğine dair çalışmada mevcuttur bundan dolayı fikir birliğine varılmış bir sonuç bulunmamaktadır.

Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile eğitim düzeyleri incelendiğinde; gebenin eğitim düzeyi ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Akarsu ve Oskay'ın yapmış oldukları çalışmada yüksek eğitim düzeyi yüksek prenatal bağlanma oluşmasının nedenleri arasında bir faktör olarak belirtilmektedir (Akarsu ve Oskay, 2017). Tunçel ve Süt yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyinin artmasıyla prenatal bağlanmanın da artacağı belirtilmektedir (Tunçel ve Süt, 2019). Bakır ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada gebenin eğitim düzeyinin prenatal bağlanmayı etkilediği belirtilmektedir (Bakır, Ölçer ve Oskay, 2014). Yılmaz ve Beji'nin yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan gebelerin bağlanma düzeyleri düşük olarak tespit edilmiş (Yılmaz ve Beji, 2010). Araştırma sonucumuzla uyumlu olarak Elkin'in yapmış olduğu çalışma sonucunda

gebenin eğitim düzeyinin prenatal bağlanma üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (Elkin, 2015). Bu konuda da literatürde fikir birliğine varılamamıştır.

Bu çalışmada elde edilen bir diğer bulgu ise prenatal bağlanma ile anksiyete düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmış olmasıdır. Sonucun bu şekilde çıkması gebenin bebeğinin sağlığı, hayatı için endişe ve kaygı duymasının ona olan bağlılığını arttığını düşündürmektedir. Bu çalışma sonucu ile uyumlu olarak Tunçel ve Süt'ün yapmış oldukları çalışmada anksiyete seviyesinin artmasıyla prenatal bağlanmanın artacağı belirtilmektedir (Tunçel ve Süt, 2019). Literatürdeki diğer çalışmalarda ise prenatal bağlanma düzeyi ile gebelik döneminde yaşanan anksiyete düzeyi arasında bir ilişkinin bulunmadığı yönündedir (Çıldır, 2015; Janbakhishov, 2013; Öztürk, 2019). Bu konuda alanda fikir birliğine varılmış bir sonuç bulunamamıştır.

Prenatal bağlanma ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkide araştırılmış olup bu çalışma sonucuna göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde depresyon düzeyi ile prenatal bağlanma arasında bir ilişki olduğu saptanan birçok çalışma mevcuttur. Çalışmalara göre depresyon düzeyinin artması prenatal bağlanma düzeyini azaltmaktadır (Tuncel ve süt, 2019; Sezenler, 2019; Ahlatcıoğlu, 2017). Alanda yapılmış çalışmalar bu çalışma sonucu ile uyum sağlamamaktadır.

Prenatal bağlanma ile somatizasyon düzeyi arasındaki ilişkide araştırılmış olup bu çalışma sonucuna göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu konuda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda gebelerin mizaç özelliklerine göre prenatal bağlanma, depresyon, anksiyete ve sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Alanda gebelerin mizaç özelliğine göre pek çalışmaya rastlanılmamıştır. Gebelerin mizaç özelliklerine göre depresyon ve anksiyete ilişkisinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır ancak prenatal bağlanma düzeyi ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu açıdan yapılan bu çalışma literatürde ilktir. Mizaç ve karakter özellikleri ile depresyon ilişkisine bakıldığı bir çalışmada anne adaylarının depresyon puanlarıyla mizaç özellikleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (Es, 2018). Kişilik özellikleri ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise gebelerin kişilik özelliklerinin depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Gök,

2018). 5 farklı mizaç özelliğine göre incelediğimiz çalışmamızın sonuçları şu şekildedir;

Siklotimik mizaç; iki dönemli ve ani geçişlerin olduğu yaşantıyı ifade etmektedir. Kişilerin öznel görünüşleri; bitkin/canlı, kötümserlik/iyimserlik, düşük özgüven/yüksek özgüven ve davranışsal görünüşleri; az konuşma/çok konuşma, çok uyukulu/az uyukulu gibi olup bu özellikler arasında değişebilmektedir. Çalışmamızın sonucunda siklotimik mizaç özellikleriyle yaş, çalışıp çalışmama, bebeğin cinsiyeti, düşük öyküsü, gelir durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Siklotimik mizaç ile prenatal bağlanma, depresyon, anksiyete ve eğitim düzeyi arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

Hipertimik mizaç; neşeli, iyimser, gösterişi ve abartmayı seven, konuşkan, kendine güvenen, dışadönük, çok planlı, azimli özellikleri ifade etmektedir. Çalışma sonucunda hipertimik mizaç özellikleri ile prenatal bağlanma, depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hipertimik mizaç ile sosyodemografik özellikler arasında gebelerin çalışıp çalışmama durumu arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Çalışan gebeler çalışmayan gebelere göre hipertimik mizaç puanları daha yüksek bulunmuştur.

Depresif mizaç; derine dalıp düşünme, anhedoni, enerji azlığı, çaresizlik, üzüntü, değersizlik duygusu, şüpheli, kendini suçlama, başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı ve düşük şiddette depresyon özellikleri göstermektedirler. Çalışma sonucunda depresif mizaç özellikleri ile çalışıp çalışmama, bebeğin cinsiyeti, düşük öyküsü, gelir durumu, prenatal bağlanma arasında bir ilişki saptanmamıştır. Depresif mizaç ile yaş, eğitim durumu, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. 18-24 yaş arasındaki gebelerin depresif mizaç puanları 24-30 yaş arasındaki gebelerden daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu faktörüne göre ilkökul mezunu ile lise mezunu gebelerin depresif mizaç puanları üniversite ve üstü seviye mezunu gebelerden daha yüksek bulunmuştur.

İrritabl mizaç; Sıkıntı verici özellikler sergileyen bu insanlarda karamsarlık, olumsuz düşünceler, eleştirel yaklaşım, hemen sinirlenme, disforik, istenmeyen şakalar yapma, hep şikayetçi özellikleri sergilemektedir. Ancak antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu kriterlerini karşılamaz. Çalışma sonucuna göre irritabl mizaç özellikleri ile prenatal

bağlanma ve sosyodemografik özellikler arasında bir ilişki saptanmamıştır. İrritabl mizaç özellikleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Anksiyöz mizaç; sosyal ortamlara girmekten kaçınan, yakın ilişki kurmada zorluk yaşayan, utangaç, endişeli hal, gerginlik, yetersiz olmak kaygısına sahip ve eleştiriye karşı aşırı duyarlılık özelliklerini ifade etmektedir. Çalışma sonucuna göre anksiyöz mizaç özellikleri ile çalışıp çalışmama durumu, cinsiyet değişkeni, düşük öyküsü, yaş değişkeni, gelir durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Anksiyöz mizaç ile eğitim düzeyi, prenatal bağlanma, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi faktörüne göre lise mezunu gebelerin anksiyöz mizaç puanları üniversite ve üstü düzey mezunu gebelerden daha yüksek bulunmuştur.

Korelasyon analizlerine ek olarak siklotimik mizaç ve anksiyöz mizacın prenatal bağlanmayı açıklayıcı bir işlevinin olup olmadığını ölçmek amacıyla regresyon analizleri yapılmıştır. Siklotimik ve anksiyöz mizaç ile prenatal bağlanma arasında tespit edilen bu ilişkide regresyon analizine göre anksiyete düzeyinin tam aracı rolü gösterdiği tespit edilmiştir.

Belirli mizaç özelliklerini taşıyan gebelerde bağlanma düzeylerinin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin farklılaştığı saptanmıştır. Gebeler değerlendirilirken mizaç özelliklerine göre de değerlendirme yapmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Gebeliğin hassas bir dönem olması sebebiyle de bu dönemde gebeler duygularını ve davranışlarını düzenlemekte zorluk yaşayabilirler. İhtiyaçları ve gerekli tedavinin mizaç özellikleri içerisinde değerlendirilmesiyle gebelik döneminde yaşayacakları risklerin azaltılması sağlanabilir ve daha doğru bir tedavi sağlanabilir.

Depresyon ve anksiyete düzeylerinin görülme riski yüksek olarak saptanmış olup bu konuda doğum öncesi ruh sağlığı hizmetlerinin artırılması önemli olarak görülmektedir. Risk içinde bulunan gebelerin belirlenerek erken tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması için ilgili birimlere yönlendirme yapılması gerekmekte olduğu düşünülmektedir. İlk adım olarak riskli grubun belirlenmesi ile erken tedavi sağlanmış olup anne-bebek açısından olumsuz durumlar engellenebilecektir. Gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar için risk faktörleri detaylı incelenmeli ve sağlığın



korunması için psikolojik destek hizmetlerinin artırılmasının gerekli olduğu düşünölmektedir.

Bu çalışmanın bir sonucu olarak da gebelerle ilgilenen çalışanların duyarlılığın artırılması amaçlanmıştır. Gebenin takibinde sadece fiziksel özelliklere odaklanarak değil de gebelerin mizaç özelliklerini, anksiyete, depresyon ve bağlanma düzeylerini de değerlendirerek risk faktörlerin erken tespiti sağlanabilir. Hizmet içi eğitim, konferans, seminer gibi eğitim programlarıyla desteklenerek ve bilimsel çalışmaların artırılmasıyla bu konuda farkındalık artacaktır ve risk faktörlerin belirlenmesi açısından destek sağlayacağı düşünölmektedir. Mizaç özellikleri ile ilgili yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Gebelik dönemi sorunların azaltılmasına yönelik gebelerin takibinin yapılması için ruh sağlığı alanında görev yapan psikologların bu konuda görevlendirilmesi önerilmektedir. Bu sayede gebenin psikolojik durumu içerisinde değerlendirilerek gebenin ihtiyaçları doğrultusunda uygun psikososyal müdahalelerin ve tedavilerinin yapılması sağlanabilir.

## KAYNAKÇA

Ahlatcıoğlu, E.N. (2017). Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanmanın Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi. (Yüksek lisans tezi). [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa \(yok.gov.tr\)](#) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 468362)

Akarsu, R.H., Oskay, Ü. (2017). Yüksek Riskli Gebelerin Tehlike Belirtileri Hakkında Bilgi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(2): 16-26. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/issue-file/7875>

Akiskal, H.S. ve Akiskal, K.K. (2005). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2):1-2. Doi: [10.1016/j.jad.2004.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.003)

Aksoy, Y.E., Yılmaz, S.D. ve Aslantekin, F. (2016). Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 1(3): 163-169. Erişim adresi: [https://www.researchgate.net/publication/302959591 Riskli Gebelerde Prenatal Ba\\_glanma ve Sosyal Destek](https://www.researchgate.net/publication/302959591_Riskli_Gebelerde_Prenatal_Ba_glanma_ve_Sosyal_Destek)

Altıntaş, M., Kesebir, S. ve İnanç, L. (2016). Güneydoğu'da Bir İlçe Devlet Hastanesine Başvuran Erken ve Erişkin Yaştaki Gebeliklerin Anksiyete, Depresyon ve Bağlanma Açısından Karşılaştırılması. *Yeni Symposium* (54)1: 19-24. Doi: [10.5455/NYS.2016002](https://doi.org/10.5455/NYS.2016002)

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. ve åStröm, M. (2003). Point Prevalence of Psychiatric Disorders During the Second Trimester of Pregnancy: a Population-Based Study. *Am J Obstet Gynecol*, 189(1): 148-154. Doi: [10.1067/mob.2003.336](https://doi.org/10.1067/mob.2003.336).

Arkar, H. (2010). Depresif Duygudurum ile Kişilik Arasındaki İlişki: Beck Depresyon Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Karşılaştırılması. *New/Yeni Symposium Journal*, 48(2): 116-121. Erişim adresi: <http://yenisymposium.com/Pdf/TR-YeniSempozyum-60bfa212.PDF>

Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K. ve Mungan, M.T. (2011). Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 21(2): 79-84. Erişim adresi: [https://jag.journalagent.com/terh/pdfs/TERH\\_21\\_2\\_79\\_84.pdf](https://jag.journalagent.com/terh/pdfs/TERH_21_2_79_84.pdf)

Bakır, N., Ölçer, Z. ve Oskay, Ü. (2014). Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1(1), 25-37. Doi: 10.17367/JACSD.2014019296

Baymur, F.B. (2020). *Genel Psikoloji*. İstanbul: İnkılâp Kitapevi.

Bekmezci, H. ve Özkan, H. (2016). Gebelikte Psikososyal Sağlık Bakım, Prenatal Bağlanma ve Ebe-Hemşire Sorumlulukları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 3(8). Doi: [10.17367/JACSD.2016823640](https://doi.org/10.17367/JACSD.2016823640)

Berksun, O.E. (2003). *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. Turgut Yayıncılık: İstanbul.

Bloom, K.C. (1995). The Development of Attachment Behaviors in Pregnant Adolescents. *Nurs Res*, 44(5): 284-289. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7567484/#:~:text=The%20development%20of%20attachment%20behaviors%20over%20time%20in%20a%20group,investigated%20with%20Rubin's%20theoretical%20framework.&text=Results%20showed%20a%20positive%20relationship,toward%20the%20infant%20after%20birth.>

Bowen, A. ve Muhajarine, N., (2006). Antenatal Depression. *Can Nurse*, 102(9): 26-30. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17168096/>

Bowlby. J. (2020). *Bağlanma*. Tuğrul Veli Soylu (çev.). İstanbul: Pinhan Yayıncılık.

Bödecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne Nemeth, M. ve Sandor, J. (2009). Prevalence of Depression and Anxiety in Early Pregnancy on a Population Based Hungarian Sample. *Orv Hetil*, 150(41): 1888-1893. Doi: 10.1556/OH.2009.28712.

Buko, G. ve Özkan H. (2016). Gebelerin Duygusal Zekaları ile Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4): 217-224. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/275547>

Bulut, A. ve Yiğitbaş, Ç. (2018). Gebelerde Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1): 5-9. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/pub/jgon/issue/51875/675332>

Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R.J., Jureniene, K. ve Pop V.J.M. (2009). Psychosocial Risk Factors for Depression During Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 88(5): 599-605. Doi: 10.1080/00016340902846049.

Burger J.M. (2016). *Kişilik*. İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu (çev.), Seda Darcan Çiftçi (ed.). İstanbul: Kaknüs Yayıncılık.

Büyüköztürk, Ş. (2011). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum (14. Baskı). Ankara: Pegem Akademi

Cankardaş, S. (2019). Cloninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Depresyon Arasındaki İlişki: Gözden Geçirme Çalışması. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry&Psychology*, 1(2): 129-134. Erişim adresi:

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/784098>

Condon, J.T. ve Corkindale, C. (1997). The Correlates of Antenatal Attachment in Pregnant Women. *British Journal Medical Psychology*, 70(4): 359-372. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x>

Correia, L.L. ve Linhares, M.N.M. (2007). Maternal Anxiety in the Pre-and Postnatal Period: a Literature Review. *Revista LatinAmericana de Enfermagem*, 15(4): 677-683. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024>

Coşkun, A.M., Okcu, G. ve Arslan, S. (2019). Gebelikte Distres Durumunun Prenatal Bağlanmaya Etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 27(2): 49-55. Erişim adresi: <https://www.perinataljournal.com/Files/Archive/tr-TR/Articles/PJ-245d2c85-f933-43b6-9639-e1f57a8751b6.pdf>

Cranley, M.S. (1981). Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*, 30(5): 281-284. Doi: <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>

Çakır, L. Ve Can, H. (2012). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Turkish Family Phycsian*, 3(2): 35-45. Doi: 10.15511/tjtfp.12.00235

Çamur, D.Z. 2016. *Cloninger'in Mizaç ve Karakter Envanteri ile Akıskal'in TEMPS-A Ölçeğine göre Mizaç Özellikleri ile Ağrı Eşiği ve Toleransı Arasındaki İlişki* (Yüksek lisans tezi). [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa \(yok.gov.tr\)](http://www.ulusaltezmerkezi.gov.tr) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 539374).

Çevik, A. ve Alan, S. (2019). Gebelik ve Lohusalık Döneminde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Sultan Alan (Ed.), *Ebelere Yönelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 1-111) içinde. Ankara: Akademisyen Kitapevi.

Çıldır, D.A. (2015). *Prenatal Bağlanma Düzeyinin, Gebelikte Anksiyete ve Depresyonun Erken Çocukluk Dönemine Etkileri: Bir Kohort Çalışması*. (Yüksek lisans tezi). [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa \(yok.gov.tr\)](http://www.yok.gov.tr) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 406770)

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. ve Brender, W. (2000) Psychosocial Correlates of Prepartum and Postpartum Depressed Mood. *J Affect Disord*, 59(1): 31-40. Doi: 10.1016/s0165-0327(99)00128-7.

Dağlar, G. ve Nur, N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36: 429-441. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.76793>

Dağlar, G. ve Nur, N. (2018). Level of Mother-Baby Bonding and Influencing Factors During Pregnancy and Postpartum Period. *Psychiatr Danub*, 30(4): 433-440. Doi: 10.24869/psyd.2018.433.

Dönmez, M. (2016). *Madde Kullanım Bozukluğu Nedeniyle Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Bağlanma Biçimleri ile Mizaç Özellikleri Arasındaki İlişki*. (Yüksek lisans tezi). [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa \(yok.gov.tr\)](http://www.yok.gov.tr) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 427590).

Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., ve Dekker, G. (2008). Does Antenatal Screening for Psychosocial Risk Factors Predict Postnatal Depression? A Follow-Up Study of 154 Women in Adelaide, South Australia. *Aust N Z J Psychiatry*, 42(1): 51-55. Doi: 10.1080/00048670701739629.

Elkin, N. (2015). Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(6): 230-236. Erişim adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TVRrNE16VXpNdz09>

Erbil, N., Oruç, H. ve Karabulut, A. (2009). Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 19(2): 67-74. Erişim adresi: <https://www.jcog.com.tr/article/en-gebelikte-depresyon-ve-etkileyen-faktorlerin-belirlenmesi-53752.html>

Es, F. (2018). *Kadınların Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Gebelik Dönemindeki Depresyon Üzerine Etkisi*. (Yüksek lisans tezi). [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa \(yok.gov.tr\)](http://Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa (yok.gov.tr)) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 533402)

Felice, E., Saliba, J., Grech, V., Cox, J. ve Calleja, N. (2007). Antenatal Psychiatric Morbidity in Maltese Women. *General Hospital Psychiatry*, 29(6): 501-505. Doi: [10.1016/j.genhosppsy.2007.07.008](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.07.008)

Figueiredo, B., Pacheco, A. ve Costa, R. (2007). Depression During Pregnancy and The Postpartum Period in Adolescent and Adult Portuguese Mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10(3): 103–109. Doi: [10.1007/s00737-007-0178-8](https://doi.org/10.1007/s00737-007-0178-8).

George, D. ve Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson

Gök, E.A. (2018). *Gebelerde Kişilik Özellikleri, Stresli Yaşam Olayları ve Sosyal Destek ile Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişki: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü*. (Yüksek lisans tezi). [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa \(yok.gov.tr\)](http://Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa (yok.gov.tr)) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 531198)

Guszkowska, M., Langwald, M., Zaremba, A. ve Dudziak, D. (2014). The Correlates of Mental Health of well-educated Polish women in the first pregnancy. *Journal of Mental Health*, 23(6): 328-332. Doi: [10.3109 / 09638237.2014.971144](https://doi.org/10.3109/09638237.2014.971144)

Güleç, M.Y., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M. ve Sünbül, E.A. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 53: 623-629. Doi: [10.1016/j.comppsy.2011.08.002](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.002)

Hantouche, E.G. ve Akiskal, H.S. (2005). Toward a Validation of a Tripartite Concept of a Putative Anxious Temperament: Psychometric Data from a French National General Medical Practice Study. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2): 37-43. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.016>

Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J. ve Glover, V. (2004). The Course of Anxiety and Depression Through Pregnancy and the Postpartum in a Community Sample. *J Affect Disord*, 80(1): 65-73. Doi: [10.1016/j.jad.2003.08.004](https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004).

Janbakhshov, C.E. (2013). *Gebelerde Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali*

İlişkisinin Değerlendirilmesi: Prospektif Bir Çalışma. (Yüksek lisans tezi). Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa (yok.gov.tr) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 342099)

Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E. ve Türeci, F. (2001). Doğum Sonrası Depresyon. *STED*, 10(9): 333-334. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/STED/sted0901/dogum.pdf>

Karaçam, Z. Ve Ançel, G. (2009). Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: a Study in a Turkish Population. *Midwifery*, 25(4): 344-356. Doi: 10.1016/j.midw.2007.03.006.

Karakaş, N.M. ve Dağlı, F.Ş. (2019). Bebeklerde Bağlanmanın Önemi ve Etkileyen Etmenler. *Türk Pediatri Arşivi*, 54(2): 76-81. Erişim adresi: <https://www.journalagent.com/tpa/pdfs/TPA-80269-REVIEW-KARAKAS.pdf>

Kartal, Y.A. ve Karaman, T. (2018). Doğuma Hazırlık Eğitimin Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon Riski Üzerine Etkisi. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 49(1): 85-91. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/445564>

Kesebir, S., Kavzoğlu, S.Ö. ve Üstündağ, M.F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 321-342. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/115119>

Keskin, G. ve Çam, O. (2007). Ergenlik ve Bağlanma Süreci: Ruh Sağlığı Açısından Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23(2): 145-158. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/835539>

Kleanthi, G. (2015). Psychological Risk Factors of Depression in Pregnancy: a Survey Study. *Health Science Journal*, 9(1): 1-6. Erişim adresi: <https://www.hsj.gr/medicine/psychosocial-risk-factors-of-depression-in-pregnancy-asurvey-study.php?aid=3803>

Konkan R., Şenormancı Ö., Güçlü O., Aydın E., Sungur M.Z. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 50: 53-58. doi: 10.4274/npa.y6308.

Koyuncu S.B., Yılmaz, S.D. (2015). Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi. *Ege*

*Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(2), 53-66. Erişim adresi:  
<https://dergipark.org.tr/pub/egehemsire/issue/49335/630161>

Köknel, Ö. (1999). *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. İstanbul: Akdeniz Yayıncılık.

Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G. ve Neale, J. (2015). *Anormal Psikoloji*. Muzaffer Şahin (Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Kroenke, K., Spitzer R.L., Williams J.B. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Gen Intern Med*, 16(9): 606-13. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. ve Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a Systematic Review. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(4): 345-359. Doi: [10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006)

Kuğu, N. ve Akyüz, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1): 61-64. Erişim adresi: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/2219.pdf>

Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. Ve Ylikorkala, O. (2000). Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 95(4): 487-490. Doi: 10.1016/s0029-7844(99)00602-x.

Küçükkaya, B., Süt, H.K., Öz, S. ve Sarıkaya N.A. (2020). Gebelik Döneminde Çiftler Arası Uyum ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1): 102-110. Doi: <https://doi.org/10.31067/0.2020.246>

Limlomwongse N. ve Liabsuetrakul T. (2005). Cohort Study of Depressive Moods in Thai Women during Late Pregnancy and 6-8 Weeks of Postpartum Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*, 9(3): 131-138. Doi: [10.1007/s00737-005-0115-7](https://doi.org/10.1007/s00737-005-0115-7)

Marakoğlu, K. ve Şahsıvar, M.Ş. (2008). Gebelikte Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 5(5): 129-133. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-gebelik-ve-depresyon-69822.html>

Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C. ve Barry, K.L. (2003). Depressive Symptoms Among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *J Women's Health*, 12(4): 373-380. Doi: 10.1089/154099903765448880.



Morrison, J. (2017). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi*. Hanife Uğur Kural (Çev.), Muzaffer Şahin (Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Nacar, G. ve Taşhan, S.T. Gebelerin Uyku Özelliklerinin Prenatal Bağlanma ile İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(3): 164-171. Doi: [//doi.org/10.34108/eujhs.547986](https://doi.org/10.34108/eujhs.547986)

Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. (2002) Relationship Between Attachment Patterns and Personality Pathology in Adolescents. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9): 1111-1123. Doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200209000-00012>

Özdemir, K., Çevirme, A. ve Başkaya, Y. (2020). Anxiety and Prenatal Attachment Levels in Pregnancy and Influencing Factors. *Cukurova Medical Journal Cukurova Med*, 45(2): 502-510. Doi: 10.17826/cumj.661828

Özgüven İ.E. (2015). *Psikolojik Testler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Yayınları.

Özkan, S. (2018). Kadın Hastalıkları ve Doğum Psikiyatrisi. *Humanite Tıp Merkezi Broşürleri*. Erişim adresi: <https://www.humanitepsikiyatri.com/wp-content/uploads/2018/11/kadin-hast-2018-kitap-min.pdf>

Öztürk, B. (2019). *Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Durumluluk Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa \(yok.gov.tr\)](https://www.ulusaltezmerkezi.gov.tr) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 576338)

Öztürk, N. Ve Aydın, N. (2017). Anne Ruh Sağlığının Önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(2): 29-36. Doi: 10.26695/mukatcad.2018.9

Özyurt, Ç. ve Güzel, Y. (2018). Anne Adayının Psikobiyolojik Mizacı ile Yaşadığı Distres Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Biruni Dergisi*, (1). Erişim adresi: <https://dergi.biruni.edu.tr/wp-content/uploads/2018/11/7-.Makale-Anne-aday%C4%B1-mizac%C4%B1-son.pdf>

Pisoni C., Garofoli F., Tzialla C., Orcesi S., Spinillo A., Politi P., Balottin U., Manzoni P. ve Stronati, M. (2014). Risk and Protective Factors in Maternal-Fetal

Attachment Development. *Early Hum Dev*, 2:45-46. Doi: [10.1016/S0378-3782\(14\)50012-6](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(14)50012-6)

Placidi, G.F., Signoretta, S., Liguori, A., Gervasi, R., Maremmani I. ve Akiskal H.S. (1998). The Semi-Structured Affective Temperament Interview (TEMPS-I). Reliability and Psychometric Properties in 1010 14-26-Year Old Students. *Journal of Affective Disorders*, 47(1-3): 1-10. Doi: [10.1016/s0165-0327\(97\)00122-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(97)00122-5).

Potur, D.C., Merih, Y.D. ve Demirci, N. (2020). Primipar ve Multipar Gebelerin Prenatal Bağlanmalarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *JAREN*, 6(1): 132-140. Doi: [10.52222/jaren.2020.6526](https://doi.org/10.52222/jaren.2020.6526)

Rees, C.A. (2005). Thinking About Children's Attachments. *Arch Dis Child*, 90: 1058-1065. Doi: [10.1136/adc.2004.068650](https://doi.org/10.1136/adc.2004.068650)

Sarı Y.E., Kökoğlu, B., Balcıoğlu H., Çolak E., Ünlüoğlu, İ. (2016). Turkish Reliability of the Patient Health Questionnaire-9 [Özel sayı]. *Biomedical Research*, 460-462.

Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. ve Loiselle, J. (1995). Chronic Stressors, Social Support and Depression During Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 85(4): 583-589. Doi: [10.1016/0029-7844\(94\)00449-N](https://doi.org/10.1016/0029-7844(94)00449-N).

Sezenler, S. (2019). *Gebelerde Depresif Semptom Yaygınlığı ve Prenatal Bağlanma Düzeyinin İncelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa \(yok.gov.tr\)](https://www.ulusaltezmerkezi.gov.tr) veri tabanından erişildi. (Erişim no: 576828)

Solmuş, T. (2012). *Kadınlık ve Annelik Psikolojisi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10):1092-1097. doi:[10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092).

Taşdöven H., Emhan A., Dönmez M. 2012. Liderlik Tarzı ve Mizaç-Karakter İlişkisi: Polis Teşkilatında Bir Uygulama. *Yönetim ve Ekonomi*, 19(2), 165-177. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/146099>

Taşkın, L. (2020). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Tezcan, A.E. (2012). *Depresyonda*. Ankara: Elma Yayınevi.

Tunç, S., Yenicesu, O., Çakar, E., Özcan, H., Pekçetin, S. ve Danışman, N. (2012). Antenatal Dönemde Anksiyete ve Depresyonun Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *The Journal of Gynecology-Obsestrics an Neonatology*, 9(35): 1431-1435. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/934357>

Tunçel, N.T. ve Süt, H.K. (2019). Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1): 9-17. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jgon/issue/51867/675154>

Uytun, M.Ç., Öztop, D.B. ve Eşel, E. (2013). Ergenlik ve Erişkinlikte Bağlanma Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26: 177-189. Doi: 10.5350/DAJPN2013260208

Vahip, S., Kesebir, S., Alkan, M., Yazıcı, O., Akiskal, K.K. ve Akiskal, H.S. (2005). Affective Temperaments in Clinically-Well Subjects in Turkey: Initial Psychometric Data on the TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2): 113-125. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.011>

Vırit, O., Akbaş, E., Savaş, H.A., Sertbaş, G. ve Kandemir, H. (2008). Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45(1): 9-13. Erişim adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TORRMk5EWTI/gebelikte-depresyon-ve-kaygi-duzeylerinin-sosyal-destek-ile-iliskisi>

Von Zerssen, D. ve Akiskal, H.S. (1998). Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *Journal of Affective Disorders*, 51(1): 1-5. Doi: 10.1016/s0165-0327(98)00151-7.

Weisberg, R.B. ve Paquette, J.A. (2002). Screening and Treatment of Anxiety Disorders in Pregnant and Lactating Women. *Women's Health Issues*, 12(1): 32-36. Doi: 10.1016/s1049-3867(01)00140-2.

Yanıkkerem, E., Altan, E. ve Demirtosun, P. (2004). Manisa 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Gebelerde Depresyon Durumu. *Kadın Doğum Dergisi*,

2(4): 301-306. Erişim adresi:  
<https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TIRFeU56YzM>

Yılmaz, S.D. (2013). Prenatal Anne-Bebek Bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3): 28-33. Erişim adresi:  
<https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRjMk9USTFOUT09/prenatal-anne-bebek-baglanmasi->

Yılmaz, S.D. ve Beji, N.K. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(03): 99-108. Erişim adresi: <http://www.geneltip.org/upload/sayi/65/GTD-00523.pdf>

Yılmaz, S.D., Beji, N.K. (2013). Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe 'ye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 103-109. Erişim adresi:  
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29648>

Yücel, P., Çayır, Y. Ve Yücel, M. (2013). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16: 83-87. Erişim adresi:  
[https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_16\\_2\\_83\\_87.pdf](https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_16_2_83_87.pdf)

Zaman, F.K., Özkan, N. ve Toprak, D. (2018). Gebelikte Depresyon ve Anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1): 20-25. Erişim adresi:  
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/457287>

Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H. ve Cabral, H. (1989). Depressive Symptoms During Pregnancy: Relationship to Poor Health Behaviors. *Am J Obstet Gynecol*, 160(5 Pt 1):1107-1111. Doi: 10.1016/0002-9378(89)90170-1.

## EKLER

### A) GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

1. Yaşınız? .....
2. Öğrenim durumunuz nedir?
  - a. İlkokul
  - b. Ortaokul
  - c. Lise
  - d. Üniversite ve üstü
3. Mesleğiniz?
  - a. Çalışmıyor
  - b. Çalışmıyor
4. Ailenizin toplam aylık ortalama geliri ne kadardır?
  - a. 2,825-3,500
  - b. 3,500-5,000
  - c. 5,000-8,000
  - d. 8,000-10,000
  - e. 10,000 ve üstü

### B) GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

5. Şu anki gebelik haftası .....
6. Bebeğinizin cinsiyetini işaretleyiniz?
  - a. Kız
  - b. Erkek
7. Düşük öykünüz var mı?
  - a. Hayır
  - b. Evet (ise ne zaman) .....
8. Cevabınız evet ise hangi konularda sorun yaşadığınızı ve en yoğun hangi aylarda yaşadığınızı işaretleyiniz.

	1-3. ayın sonu		4-7. ayın sonu		8. ay ve sonrası	
	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
Bulantı						
Kusma						
Kanama						
Uyku problemleri						
Kas-iskelet sistemi ağrıları (bel ağrıları, bacak ağrıları)						
Diğer						

## PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

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

	<b>Her zaman</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Bazen</b>	<b>Hiçbir zaman</b>
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	a	b	c	d
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	a	b	c	d
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	a	b	c	d
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	a	b	c	d
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.	a	b	c	d
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	a	b	c	d
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.	a	b	c	d
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırım ya da yaparım.	a	b	c	d
13. Bebeğimi sevdiğimi hissederim.	a	b	c	d

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım. | a | b | c | d |
| 15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.    | a | b | c | d |
| 16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.                       | a | b | c | d |
| 17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.            | a | b | c | d |
| 18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.                 | a | b | c | d |
| 19. Bebeğimle sırlarımı paylaşırım.                      | a | b | c | d |
| 20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.                    | a | b | c | d |
| 21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.            | a | b | c | d |

**Puanlama:**

**a=4, b=3, c=2, d=1.**

### A) PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			
14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			



## B) GAD.7 (ANKSİYETE)

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3. Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4. Gevşemede zorlanma				
5. Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6. Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alınan olma)				
7. Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

## C) PHQ-9 (DEPRESYON)

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				

7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

**D) Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?**

Hiç zorluk çıkarmadı

Biraz zorluk çıkardı

Çok zorluk çıkardı

Aşırı derecede zorlandım

**TEMPS-A MİZAÇ ÖLÇEĞİ**  
**(TEMPERAMENT EVALUATION OF MEMPHİS, PİSA, PARİS AND SAN DİEGO**  
**– AUTOQUESTIONNAİRE)**

**AD-SOYAD:**

Soruları Nasıl Yanıtlayacaksınız?

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra **yaşamınızın büyük bir bölümü** için size uyup uymadığına karar verin.

“Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını” düşünerek:

- Eğer cümle size “**kesinlikle uyuyorsa**” → ( D ) Doğru’yu daire içine alınız.
- Eğer cümle size “**tam olarak uymuyorsa**” ya da “**yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa**” → ( Y ) Yanlış’ı daire içine alınız.
- Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız.
- Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size “ <b>kesinlikle uyuyorsa</b> ”→ ( D ) Doğru “ <b>tam olarak uymuyor</b> ” ya da “ <b>yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa</b> ” → ( Y ) Yanlış
--

- |    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 1. | D | Y | Üzgün, mutsuz bir insanım.  |
| 2. | D | Y | İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.         |
| 3. | D | Y | Hayatım boyunca çok çektim.   |
| 4. | D | Y | İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.                      |
| 5. | D | Y | Kolay pes ederim.   |
| 6. | D | Y | Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.                         |
| 7. | D | Y | Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım. |
| 8. | D | Y | Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.                   |
| 9. | D | Y | Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.                             |

10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazende donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
29. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
32. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34. D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.

40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41. D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42. D Y Kendime müthiş güvenirim.
43. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
44. D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
45. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
55. D Y İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınırım.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
69. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.

77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozulur.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
88. D Y Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.
89. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
90. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
91. D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
92. D Y Uykum dinlendirici değil.
93. D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
95. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
96. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
97. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
98. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
99. D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.

1-18. maddeler depresif mizacı tanımlamaktadır. 18 madde  
19-37. maddeler siklotimik mizacı tanımlamaktadır. 19 madde  
38-57. maddeler hipertimik mizacı tanımlamaktadır. 20 madde  
58-75. maddeler irritabl mizacı tanımlamaktadır. 18 madde  
76-99. maddeler anksiyöz mizacı tanımlamaktadır. 24 madde

Depresif mizaç : 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

Siklotimik mizaç: 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

Hipertimik mizaç: 20 maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

İrritabl mizaç: 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

Anksiyöz mizaç: 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

Bir bireyde bir ve birden fazla sayıda baskın mizaç belirlenebilir. Buna karşılık bir bireyde herhangi bir baskın mizaç saptanmayabilir.

