T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
HDK-YL-2012-0001

DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARDA DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN AZALTILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ

Ekin Dila TOP

DANIŞMAN
Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2012

T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ekin Dila TOP tarafından hazırlanan 'Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Depresyon Belirti Düzeyinin Azaltılmasında Eğitimin Etkinliği' başlıklı tez, 04.09.2012 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**Üniversitesi:**	**İmzası:**
1- Doç. Dr. Hilmiye AKSU	Aydın Sağlık Yüksekokul ÜYE (Başkan)	
2- Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM	Aydın Sağlık Yüksekokul ÜYE	
3- Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER	Aydın Sağlık Yüksekokul ÜYE	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun ..... Sayılı kararıyla ..... tarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Sacide KARAKAŞ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Depresyon bebeklikten yaşlılığa, yaşamın her döneminde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle 15-49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk yıllarında yer alan gebelik ve doğum sonrası dönemler kadınlarda psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından risklidir. Doğum sonrası dönem, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği fizyolojik olay olduğu kadar, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönem de olabilmektedir. Bu dönemde kadınlarda hem fiziksel hem de duygusal bozukluklar ortaya çıkabilmekte ve bir çok kadın bu duruma kolaylıkla uyum sağlarken, bazıları da hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir. Doğum sonrası depresyon ülkemizde yaygın görülen, annenin yanında bebeğin ve toplumun sağlığını da olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Bu araştırma, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltılmasında eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Hemşire/ebe bu dönemde eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadını doğum sonrası depresyondan koruyabilir, dolayısıyla kadının sağlığı ve yaşam kalitesini geliştirebilir. Hemşirelerin/ebelerin bu tezin bulgularından ve sonuçlarından yararlanarak, doğum sonrası dönemde depresyon belirtilerini azaltma, önleme ve kadınların ruhsal sağlıklarını geliştirebileceklerini umut ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY i
ÖNSÖZ ii

İÇİNDEKİLER iii
SİMGELER VE KISALTMALAR vi
ÇİZELGELER DİZİNİ vii
GRAFİKLERDİZİNİ x
ŞEKİLLER DİZİNİ xi
EKLER DİZİNİ xii
1.GİRİŞ 1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 3
1.3. Genel Bilgiler 4
1.3.1. Doğum Sonrası Ruhsal Hastalıkların Sınıflandırılması 5
1.3.1.1. Doğum Sonrası Annelik Hüznü 5
1.3.1.2. Doğum Sonrası Depresyon 7
1.3.1.2.1. Doğum Sonrası Depresyonun Görülme Sıklığı 8
1.3.1.2.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etiyolojisi 9
1.3.1.2.2.1. Biyolojik faktörler 9
1.3.1.2.2.2. Psikososyal Faktörler 10
1.3.1.2.3. Doğum Sonrası Depresyonun Risk Faktörleri 12
1.3.1.2.4. Doğum Sonrası Depresyonun Belirtileri 16
1.3.1.2.5. Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi 18
1.3.1.2.5.1. Farmakolojik Tedavi 18
1.3.1.2.5.2. Elektrokonvulzif Tedavi 21
1.3.1.2.5.3. Psikoterapi ve Psikoterapötik Yaklaşım 21
1.3.1.2.6. Doğum Sonrası Depresyonun Bebek ve Aile Üzerine Olan Etkileri 23
1.3.1.2.7. Doğum Sonrası Depresyonda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları 25
1.3.1.3. Doğum Sonrası Psikoz 29

Sayfa

2. GEREÇ VE YÖNTEM..... 31
2.1. Araştırmanın Şekli..... 31
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... 31
2.3. Araştırmanın Zamanı..... 33
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... 34
2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri..... 36
2.5.1. Gönüllüler için araştırmaya dahil olma kriterleri..... 36
2.5.2. Gönüllüler için araştırmadan dışlama kriterleri..... 36
2.6. Veri Toplama Araçları..... 37
2.7. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi..... 39
2.8. Ön Uygulama..... 41
2.9. Araştırmanın Uygulanması..... 42
2.10. Verilerin Değerlendirmesi..... 44
2.11. Değişkenler..... 46
2.11.1. Bağımlı Değişkenler..... 46
2.11.2. Bağımsız Değişkenler..... 46
2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları..... 47
2.13. Araştırmanın Etik Yönü..... 48
3. BULGULAR..... 49
3.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri..... 49
3.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ve Gebeliklerine İlişkin Verileri..... 52
3.3. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Sağlık Durumları ve İlaç Kullanımı..... 55
3.4. Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları..... 56
3.5. Kadınların Doğum ve Bebeklerine İlişkin Verileri..... 57
3.6. Kadınların Bebek Bakımına İlişkin Güçlük Yaşama Durumları..... 59
3.7. Kadınlarda Önemli Yaşamsal Strese Sahip Olma Durumları..... 60
3.8. Kadınların Kendileri ve Evlilik Yaşantılarına İlişkin Görüşleri..... 61
3.9. Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Puanları..... 63
3.10. Kadınların Eğitim Öncesi (Ön Test) EDDÖ Puanları..... 64
3.11.Kadınların Eğitim Sonrası (Son Test) EDDÖ Puanları..... 65
3.12. Kadınlarda Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Doğum Sonrası Depresyon Riski Bulunma Durumları..... 66

Sayfa

3.13. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test ve Son Test EDDÖ Puanlarının Bağımlı Gruplarda Analiz Sonuçları 68
3.14. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test ve Son Test EDDÖ Puanları 69
3.15. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Eğitim Öncesi (Ön test) ve Sonrası (Son test) EDDÖ Maddelerine Göre Dağılımları 71
3.16. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların İzlem Sonuçları 74
4.TARTIŞMA 78
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 90
5.1. Sonuçlar 90
5.2. Öneriler 92
ÖZET 93
SUMMARY 95
KAYNAKLAR 97
ÖZGEÇMİŞ 113
TEŞEKKÜR 114
EKLER 115
EK 1. Soru formu 115
EK 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 118
EK 3. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği 119
EK 4. İzlem formu 120
EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ön Onayı 121
EK 6. İzmir İli Karşıyaka ve Bayraklı Sağlık Grup Başkanlığı ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı 122
EK 7. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Uygunluk Onayı 123
EK 8. Çalışma grubundaki kadınların bilgilendirilmiş olur metni ve formu 124
EK 9. Kontrol grubundaki kadınların bilgilendirilmiş olur metni ve formu 126
EK 10. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu 128
EK 11. Eğitim Materyali 129

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ:	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği)
DSM VI:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Amerika Psikiyatri Birliği)
DSÖ:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
EDDÖ:	Edinburgh Postnatal Depression Scala (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği)
EKT:	Elektrokonvülsif Tedavi
ICD:	International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
RİA:	Intrauterine Device (Rahim İçi Araç)
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNFPA:	United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
U:	Mann Whitney-U testi
W:	Kendall's uyuşum katsayısı
X^2:	Chi Square (Ki Kare)

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler..... 33

Çizelge 2.7.1. Uzmanların eğitim materyaline verdikleri puanların ortalama, standart sapma, min-max değerleri..... 40

Çizelge 2.7.2. Eğitim materyali içerik geçerliliği değerleri..... 41

Çizelge 2.9.1. Araştırmanın uygulanması..... 42

Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların yaş ortalamalarına göre dağılımları..... 49

Çizelge 3.1.2. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları..... 50

Çizelge 3.2.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları..... 52

Çizelge 3.2.2. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların gebeliği planlama ve gebelik süresince fiziksel sağlık sorunu yaşama durumlarına göre dağılımları..... 53

Çizelge 3.3.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların doğum sonrası dönemde ilaç kullanma durumları..... 55

Çizelge 3.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların gebelik öncesi, gebelik süresince ve doğum sonrası dönemlerdeki sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımları..... 56

Çizelge 3.5.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların doğum ve bebeklerine ilişkin verilerine göre dağılımları..... 57

Sayfa

Çizelge 3.6.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların bebek bakımına ilişkin güçlük yaşama durumlarına göre dağılımları..... 59

Çizelge 3.7.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların doğum sonrası dönemde önemli yaşamsal strese sahip olma durumlarına göre dağılımları.....60

Çizelge 3.8.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri..... 61

Çizelge 3.9.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların ÇBASDÖ puanlarına göre dağılımı.....63

Çizelge 3.10.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların eğitim öncesi EDDÖ puanlarının dağılımı.....64

Çizelge 3.11.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların eğitim sonrası EDDÖ puanlarının dağılımı.....65

Çizelge 3.12.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınlarda eğitim öncesi ve eğitim sonrası depresyon riski bulunma durumları..... 66

Çizelge 3.13.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test sonrası EDDÖ puanlarının bağımlı gruplarda analiz sonuçları 68

Çizelge 3.14.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların EDDÖ ön test puan sıra ortalamalarının dağılımı (çalışma=52, kontrol=51).....69

Çizelge 3.14.2. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların EDDÖ son test puan sıra ortalamalarının dağılımı (çalışma=52, kontrol=51).....70

Çizelge 3.15.1. Çalışma grubundaki kadınların ön test ve son test EDDÖ maddeleri puanları arasındaki fark..... 72

Sayfa

Çizelge 3.15.2. Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test EDDÖ maddeleri puanları arasındaki fark..... 73

Çizelge 3.16.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde bebek bakımına ilişkin güçlük yaşama durumları..... 74

Çizelge 3.16.2. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri 76

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa

Grafik 3.10.1. Kadınların eğitim öncesi EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımı.....64

Grafik 3.11.1. Kadınların eğitim sonrası EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımı.....65

Grafik 3.12.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınlarda eğitim öncesi ve eğitim sonrası yüksek depresyon riski bulunma durumları..... 67

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.4.1. Örnekleme alınan ve araştırmaya dahil edilmeyen kadınlara ilişkin veriler.....35

EKLER DİZİNİ

Sayfa

EK 1. Soru formu..... 115

EK 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği..... 118

EK 3. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği..... 119

EK 4. İzlem formu..... 120

EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ön Onayı..... 121

EK 6. İzmir İli Karşıyaka ve Bayraklı Sağlık Grup Başkanlığı ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı..... 122

EK 7. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Uygunluk Onayı..... 123

EK 8. Çalışma grubundaki kadınların bilgilendirilmiş olur metni ve formu..... 124

EK 9. Kontrol grubundaki kadınların bilgilendirilmiş olur metni ve formu..... 126

EK 10. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu..... 128

EK 11. Eğitim Materyali..... 129

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon bebeklikten yaşlılığa, yaşamın her döneminde ortaya çıkabilmektedir. Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir. Özellikle 15-49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk çağında yer alan gebelik ve doğum sonrası dönem, kadınlarda psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir. Doğum sonrası dönem, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği fizyolojik bir olay olduğu kadar, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönem de olabilmektedir. Bu dönemde kadınlarda hem fiziksel hem de duygusal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Birçok kadın bu duruma kolaylıkla uyum sağlarken, bazıları da hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler (Beydağ 2007, Hirst 2010, WHO-Mental Health Atlas 2011).

Doğum sonrası depresyon, DSM-IV'de (Amerika Psikiyatri Birliği) "Duygu Durum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Doğum Sonu Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında doğum sonrası 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association 2000). ICD-10'da (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması) ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" olarak tanımlanmaktadır (International Classification of Diseases 2010). Doğum sonrası depresyon, doğum sonrası dönemde en çok karşılaşılan

sağlık problemidir. Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı örneklem hacmine, popülasyon farklılıklarına ve doğum sonrası tanılama zamanına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeklerinden EDDÖ (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği) kullanılarak yurtdışında yapılan çalışmalarda kadınlarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı %7,5-59,4 gibi geniş bir aralıkta değişmektedir (Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006, Montazeri ve ark 2007, Nagpal ve ark 2008, Milgrom ve ark 2008, Ebeigbe ve Akhigbe 2008, Gausia ve ark 2009, Wan ve ark 2009, Dennis ve ark 2009, Sutan ve ark 2010, Howard ve ark 2011, Matteo ve ark 2012). Ülkemizde ise yine bu ölçekle yapılan çalışmalarda doğum sonrası dönemdeki kadınların %12,5-37'sinde depresyon görülmektedir (Orhon ve ark 2008, Kurçer ve Keleş 2009, Arslantaş ve ark 2009, Çeber ve ark 2010, Durukan ve ark 2011, Kırkpınar ve ark 2012).

Annenin doğum sonrası dönemdeki ruhsal sağlığı, ailenin bebeği ile birlikte yaşamaya iyi bir başlangıç yapabilmesi için önemlidir. Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ile gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişiklikler doğum sonrası depresyonun kaynağını oluşturmaktadır. Bu durum kadının ve ailesinin sağlığını ciddi biçimde olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkiler arasında, özellikle de ilk bir yıl içinde bebeklerinde ciddi hastalık yaşayan kadınlarda, doğum sonrası depresyon yaşama süresinin uzadığı ve anne-bebek arasındaki ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü edinmesini olumsuz biçimde etkilediği görülmektedir. Annenin yaşamış olduğu depresyon bebeğin büyüme ve gelişmesini tehdit altına almaktadır. Anne-bebek ilişkisi ve gelecek kuşaklara olumsuz etkisi düşünüldüğünde doğum sonrası depresyonun ihmal edilmemesi gereken bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir (Lumley ve ark 2006, Paulden ve ark 2009, Hirst 2010, Meltzer-Brody 2011).

Ülkemizde doğum sonrası bakım hizmetlerinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile ilgili hastalık nedenleri ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verilmektedir. Hemşireler/ebeler birinci basamak sağlık kuruluşlarında, prenatal ve postpartum kliniklerde annelerle birliktedir. Burada hemşirelerin/ebelerin anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rollerini gerçekleştirmeleri beklenmektedir. Ülkemizde anneler genellikle doğumdan 24-72 saat sonra hastaneden

taburcu edilmektedir. İlk 72 saat içinde acil olarak gelişebilecek bazı komplikasyonları önlemek için bu süre yeterli olarak görülebilir. Ancak bu süre, doğum sonrası dönemde annenin yeni durumuna uyum sağlamasına yardımcı olacak eğitim ve desteği sağlamak için yeterli değildir (Lumley ve ark 2006, Beydağ 2007, Durukan ve ark 2011).

Doğum sonrası döneme uyum ve ruhsal sorunlar genellikle annelerin sağlık kuruluşundan taburcu edildikten sonra ortaya çıkmaktadır. Özellikle doğum sonrası depresyon en sık 4-6. haftalar içinde ortaya çıkmakla birlikte doğum sonrası bir yıla kadar da görülebilir. Annelerin evde oldukları bu dönemde, belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılamanın yapılamaması olasıdır. Bu nedenle bakımın sürekliliğinin sağlaması için hemşire/ebenin doğum sonrası annelerle sürekli iletişimde olması, zaman içinde değişen bakım gereksinimlerini belirlemesi ve bu gereksinimlere yönelik fiziksel sağlığın yanında ruhsal sağlık ile ilgili de sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemleri alması gerekmektedir. Bu dönemde hemşire/ebe eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadının sağlığının korunma ve gelişimini sağlayabilir, yüksek risk altında olan kadınları belirleyebilir ve gerekli olduğunda erken tanı ve tedaviye sevk edebilir (Taşdemir ve ark 2006, Yiu ve ark 2009, Meltzer-Brody 2011). Hemşireler/ebeler bu eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yapılandırılmış eğitim materyali kullanarak daha etkili bir biçimde sunabilirler.

1.2. Araştırmanın Amacı

Doğum sonrası depresyonun belirtilerinin en aza indirilmesi ve erken tanılanması tedavi edilmemiş doğum sonrası depresyonun anne, bebek ve aile ilişkilerine olan olumsuz etkilerinden dolayı önemlidir. Bu kadınların hem kendilerine hem de bebeklerine zarar verme olasılıklarının yüksek olduğu bilinmektedir (Karaçam ve ark 2004, Orhon ve ark 2008, Hirst 2010, Khanam ve ark 2011). Bu nedenle doğum sonrası depresyon belirtilerinin önlenmesi, erken tanı ve tedavisi önemlidir. Ancak ülkemizde doğum sonrası depresyona ilişkin koruyucu önlemleri içeren herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda bu çalışma doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltmasında eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

Depresyon, ruhsal ve davranışsal hastalıklar içinde en önemli yere sahiptir. Dünyadaki ruhsal hastalıkların en ağır yükünü mizaç bozuklukları, şizofren ve spesifik anksiyete hastalıkları, genel anksiyete hastalıkları oluşturmaktadır. Ruhsal hastalıkların görülme oranı her yaş grubundaki her iki cinste %3,3 iken sadece kadınlarda %7'dir. Gelişmekte olan ülkelerde depresyon her yaş grubunda her iki cins arasında beşinci sırada iken sadece kadınlarda dördüncü sırada yer almaktadır. Depresyonun 2020 yılında kadınlardaki sağlık problemleri arasında ikinci sırayı alacağı tahmin edilmektedir. Doğum sonrası depresyon da depresyon kategorisindeki hastalıklar arasında önemli bir yere sahiptir (WHO-UNFPA 2008, Paulden ve ark 2009, Terry ve Rijt 2010).

Doğum sonrası depresyon ülkemizde yaygın görülen, annenin yanında bebeğin ve toplumun sağlığını da olumsuz etkileyen bir sağlık problemidir. Doğum sonrası depresyon annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olmakta ve aynı zamanda anne-bebek arasındaki ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü olumsuz biçimde etkileyebilmektedir (Beydağ 2007, Gjerdingen ve ark 2008, WHO-UNFPA 2008).

Hemşire/ebenin doğum sonrası dönemde kadının fiziksel sağlığının yanında ruhsal sağlığının da korunması ve geliştirilmesine ilişkin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire/ebe bu dönemde eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadını doğum sonrası depresyondan koruyabilir, kadının sağlığı ve yaşam kalitesini geliştirebilir (Munoz ve ark 2006, Durukan ve ark 2011).

1.3.1. Doğum Sonrası Ruhsal Hastalıkların Sınıflandırılması

Doğum sonrası dönemde kadında, geçici veya uzun süre devam edebilen ruhsal durum değişiklikleri görülmektedir. Bunlar sırasıyla doğum sonrası annelik hüznü, depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere üç farklı biçimde ortaya çıkabilmektedir (Gereklioğlu ve ark 2007, Özdemir ve ark 2008, Brauer ve Martinsen 2012).

1.3.1.1. Doğum Sonrası Annelik Hüznü

Annelik hüznü kadınların %50,0-80,0'inde görülen postpartum hüzün (maternity blues) olarak da adlandırılan bir ruhsal hastalıktır. Annelik hüznünün etiyolojisinde bir çok hormonal etken gösterilmektedir. Doğum sonrası ilk günlerde cinsiyet hormonlarında (östrojen ve progestron), CRH (Kortikotropin salgılatıcı hormon) ve kortizol seviyelerindeki ani düşüş ile ACTH'daki (Adrenokortikotropin hormon) yükselmenin annelik hüznü belirtileriyle bağlantılı olduğu tahmin edilmektedir (Reulbach ve ark 2009, Yim ve ark 2009, Lee 2010, O'Keane ve ark 2011).

Annelik hüznü belirtileri ilk 2-3 gün içinde başlayıp, 5. ve 6. günler arasında çok yoğun biçimde yaşanmakta ve 10. günde azalmaya başlamaktadır. Annelik hüznü doğum sonrası 2. haftanın sonuna kadar devam edebilmektedir. Annelik hüznü bu süreçte kadının işlevlerinde bozukluğa ve mutsuzluğuna neden olabilen birçok belirti verebilmektedir. Genellikle kısa periyotlarla başlayan bu durum annede kendini ağlama ile belli etmektedir (Kesebir ve Aksoy 2010, O'Keane ve ark 2011, Buttner ve ark 2012). Bununla beraber sıklıkla görülen annelik hüznü belirtileri (Adewuya 2005, Kesebir ve Aksoy 2010, Kocamanoğlu ve Şahin 2011, O'Keane ve ark 2011, Buttner ve ark 2012);

- Uyku bozuklukları,
- Duygulanımda hızlı değişme,
- Yorgunluk ve bitkinlik,

- Sinirlilik,
- Anksiyete,
- Hareketsiz kalamama,
- Öfke,
- Baş ağrısı,
- Konsantrasyon güçlüğü,
- Hayal kırıklığı,
- Çelişkili duygular ve
- Kayıp ve keder duygularıdır.

Annelik hüznü belirtileri arasında intihar düşünceleri yoktur. Belirtiler hafif düzeyde olduğundan herhangi bir müdahaleye gereksinim duyulmadan kendiliğinden geçebilir. Ancak bu süreçte stresli olaylar yaşamanın ve kadının bu dönemde gerekli desteği görmemesinin doğum sonrası depresyon riskini arttırdığını hesaba katmak gerekmektedir. Ayrıca premenstrual sendrom öyküsünün olması, gebelik döneminde yaşanan anksiyete, depresif duygu durumun varlığı, bebeğin cinsiyetinin erkek olması, geçmişte ölü doğum yaşama ve uyku hastalıkları annelik hüznü için risk faktörleri olarak bildirilmektedir (Erdem ve Bez 2009, Romero-Gutiérrez ve ark 2010, Sylvén ve ark 2011, Buttner ve ark 2012).

Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmamaktadır. Annelik hüznü belirtileri şiddeti azalarak, genellikle 2 hafta içinde iyileşirler. Ancak kadında bu belirtilerin 2 haftadan daha fazla süre ile devam etmesinin doğum sonrası depresyon açısından risk yarattığı ileri sürülmektedir (Reulbach ve ark 2009, Ishikawa ve ark 2011).

Annelik hüznü yaşayan kadınlar, aileleri ve sağlık çalışanı tarafından desteklenmelidir. Hemşireler/ebeler kadın ve ailesine bu durumun normal olduğu ve psikososyal destek gerektirdiği konusunda bilgi vermeli ve destekleyici bakım uygulamalıdırlar. Hemşireler/ebeler, kadınları annelik hüznü ile nasıl baş edecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapötik

girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır. Bu bilgilendirmede kadınlara annelik hüznü belirtilerinin iki haftadan daha uzun sürmesi durumunda, daha ciddi tablonun ortaya çıkabileceği ve yardım almaları gerektiğine de yer verilmelidir (Adewuya 2005, Lee 2010).

1.3.1.2. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler nedeni ile gelişen, uzun süre devam edebilen, anne ve ailenin sağlığını bozan, doğum sonrası komplikasyonlara neden olan, tedavi gerektiren ve çoğu zaman sağlık çalışanları tarafından fark edilmeyen yıkıcı bir ruhsal hastalıktır. Doğum sonrası depresyon, DSM-IV' te "Duygu Durum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Doğum Sonu Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında doğum sonrası 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association 2000). ICD-10'da ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" olarak tanımlanmaktadır (International Classification of Diseases 2010). Diğer çalışmalarda da depresyon doğum sonrası ilk 1 yıl içinde başlamış ise "doğum sonrası depresyon" olarak değerlendirilmektedir (Gjerdingen ve ark 2008, Kayacı ve ark 2009, Bick ve Howard 2010, Perinatoloji Derneği 2012).

1.3.1.2.1. Doğum Sonrası Depresyonun Görülme Sıklığı

Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı, bu konudaki yapılan çalışmalarda tanı koyma aracı, örneklem hacmi, popülasyon farklılıkları ve doğum sonrası tanılama zamanına göre değişiklik göstermektedir (Dennis ve ark 2009). Buna göre, EDDÖ (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği) kullanılarak ülkemizde yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon görülme sıklığının %12,5-37 arasında değiştiği gözlemlenmektedir. Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı illere göre incelendiğinde; Zonguldak'ta %19,5 (Atasoy ve ark 2004), Samsun'da %23,1 (Sünter ve ark 2006), Trabzon'da %28,1 (Ayvaz ve ark 2006), Ankara'da %27,2 (Orhon ve ark 2008), %23,4 (Efe ve ark 2009) ve %15 (Durukan ve ark 2011), Konya'da %19,4 (Özdemir ve ark 2008), Şanlıurfa'da %37 (Kurçer ve Keleş 2009), Aydın'da %12,5 (Arslantaş ve ark 2009), Sakarya'da %24 (Durat ve Kutlu 2010), İzmir'de %22 (Çeber ve ark 2010) ve Erzurum'da %14 (Kırkpınar ve ark 2012) olduğu görülmektedir.

Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise doğum sonrası depresyon görülme sıklığı %7,5-59,4 arasında değiştiği gözlemlenmektedir. Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı ülkelere göre incelendiğinde; Tayland'da %16,8 (Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006), İran'da %22 (Montazeri ve ark 2007), Hindistan'da %59,4 (Nagpal ve ark 2008), Avustralya'da %7,5 (Milgrom ve ark 2008), Nijerya'da %27,2 (Ebeigbe ve Akhigbe 2008), Bangladeş'te %22 (Gausia ve ark 2009), Çin'de %13,8 (Gao ve ark 2009) ve %15,5 (Wan ve ark 2009), Kanada'da %25 (Dennis ve ark 2009), Malezya'da %53,2 (Sutan ve ark 2010), İngiltere'de %17,5 (Howard ve ark 2011) ve İtalya'da %10,9 (Matteo ve ark 2012) olduğu bildirilmektedir.

1.3.1.2.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etyolojisi

Doğum sonrası depresyonun etiyolojisi tam olarak açıklanamamaktadır. Perinatal periyotta ruhsal sağlık problemlerinin görülme sıklığının yüksek olmasının biyolojik ve psikososyal olmak üzere iki ana nedeni bulunmaktadır (WHO-UNFPA 2008, Kesebir ve Aksoy 2010).

1.3.1.2.2.1. Biyolojik faktörler

Bazı kadınlarda doğumdan sonra değişen hormon seviyeleri ve nörokimyasallardaki (yüksek kortizol, düşük dopamin ve seratonin, düşük östrojen ve progesteron seviyeleri) değişimler doğum sonrası depresyonda rol oynamaktadır. Gebelik esnasında özellikle son üç ayda artan serum kolesterol düzeyleri doğum sonrası dönemde ani bir düşüş gösterir ve bu değerlerin normal seviyelerine dönmesi doğum sonrası 20. haftaya kadar uzayabilir. Düşük serum kolesterol düzeyleri ile şiddet, intihar davranışı ve depresyon arasında ilişki olduğu tanımlanmıştır. Söz konusu bu ilişkide başlıca doğum sonrası dönemde düşen serotonin düzeyi rol oynamaktadır. Bu durum serum kolesterol seviyelerinin ruhsal hastalıklarda etken olduğunu göstermektedir (Munoz ve ark 2006, Suda ve ark 2008, Green ve ark 2009, Kesebir ve Aksoy 2010, Kocamanoğlu ve Şahin 2011, O'Keane ve ark 2011).

Çalışmalarda doğum sonrası başlangıçlı depresyona sahip kadınlarda serum kolesterol ve LDL düzeyleri doğum sonrası başlangıçlı olmayan depresyonlu kadınlara göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (Selvi ve ark 2004, Meltzer-Brody 2011). Yim ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada da gebelik boyunca ve doğum sonrası dönemde depresyon belirtileri ile kortizol seviyeleri arasında ilişki olduğu rapor edilmiştir. Hipotroidizm, kadınların birçoğunda doğum sonrası depresyonu taklit eden belirtiler ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle doğum sonrası dönemde kadınlarda troid fonksiyon bozuklukları ve hormon düzeyleri incelenmelidir (Wisner ve ark 2002). Yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon gözlenen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklığı genel nüfustan çok daha yüksek olduğu

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
HDK-YL-2012-0001

DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARDA DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN AZALTILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ

Ekin Dila TOP

DANIŞMAN
Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2012

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
HDK-YL-2012-0001

DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARDA DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN AZALTILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ

Ekin Dila TOP

DANIŞMAN
Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2012

T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ekin Dila TOP tarafından hazırlanan 'Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Depresyon Belirti Düzeyinin Azaltılmasında Eğitimin Etkinliği' başlıklı tez, 04.09.2012 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı:	**Üniversitesi:**	**İmzası:**
1- Doç. Dr. Hilmiye AKSU	Aydın Sağlık Yüksekokul ÜYE (Başkan)	
2- Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM	Aydın Sağlık Yüksekokul ÜYE	
3- Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER	Aydın Sağlık Yüksekokul ÜYE	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun ..... Sayılı kararıyla ..... tarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Sacide KARAKAŞ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Depresyon bebeklikten yaşlılığa, yaşamın her döneminde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle 15-49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk yıllarında yer alan gebelik ve doğum sonrası dönemler kadınlarda psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından risklidir. Doğum sonrası dönem, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği fizyolojik olay olduğu kadar, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönem de olabilmektedir. Bu dönemde kadınlarda hem fiziksel hem de duygusal bozukluklar ortaya çıkabilmekte ve bir çok kadın bu duruma kolaylıkla uyum sağlarken, bazıları da hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir. Doğum sonrası depresyon ülkemizde yaygın görülen, annenin yanında bebeğin ve toplumun sağlığını da olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Bu araştırma, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltılmasında eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Hemşire/ebe bu dönemde eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadını doğum sonrası depresyondan koruyabilir, dolayısıyla kadının sağlığı ve yaşam kalitesini geliştirebilir. Hemşirelerin/ebelerin bu tezin bulgularından ve sonuçlarından yararlanarak, doğum sonrası dönemde depresyon belirtilerini azaltma, önleme ve kadınların ruhsal sağlıklarını geliştirebileceklerini umut ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY i
ÖNSÖZ ii

İÇİNDEKİLER iii
SİMGELER VE KISALTMALAR vi
ÇİZELGELER DİZİNİ vii
GRAFİKLERDİZİNİ x
ŞEKİLLER DİZİNİ xi
EKLER DİZİNİ xii
1.GİRİŞ 1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 3
1.3. Genel Bilgiler 4
1.3.1. Doğum Sonrası Ruhsal Hastalıkların Sınıflandırılması 5
1.3.1.1. Doğum Sonrası Annelik Hüznü 5
1.3.1.2. Doğum Sonrası Depresyon 7
1.3.1.2.1. Doğum Sonrası Depresyonun Görülme Sıklığı 8
1.3.1.2.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etiyolojisi 9
1.3.1.2.2.1. Biyolojik faktörler 9
1.3.1.2.2.2. Psikososyal Faktörler 10
1.3.1.2.3. Doğum Sonrası Depresyonun Risk Faktörleri 12
1.3.1.2.4. Doğum Sonrası Depresyonun Belirtileri 16
1.3.1.2.5. Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi 18
1.3.1.2.5.1. Farmakolojik Tedavi 18
1.3.1.2.5.2. Elektrokonvulzif Tedavi 21
1.3.1.2.5.3. Psikoterapi ve Psikoterapötik Yaklaşım 21
1.3.1.2.6. Doğum Sonrası Depresyonun Bebek ve Aile Üzerine Olan Etkileri 23
1.3.1.2.7. Doğum Sonrası Depresyonda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları 25
1.3.1.3. Doğum Sonrası Psikoz 29

Sayfa

2. GEREÇ VE YÖNTEM..... 31
2.1. Araştırmanın Şekli..... 31
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... 31
2.3. Araştırmanın Zamanı..... 33
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... 34
2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri..... 36
2.5.1. Gönüllüler için araştırmaya dahil olma kriterleri..... 36
2.5.2. Gönüllüler için araştırmadan dışlama kriterleri..... 36
2.6. Veri Toplama Araçları..... 37
2.7. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi..... 39
2.8. Ön Uygulama..... 41
2.9. Araştırmanın Uygulanması..... 42
2.10. Verilerin Değerlendirmesi..... 44
2.11. Değişkenler..... 46
2.11.1. Bağımlı Değişkenler..... 46
2.11.2. Bağımsız Değişkenler..... 46
2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları..... 47
2.13. Araştırmanın Etik Yönü..... 48
3. BULGULAR..... 49
3.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri..... 49
3.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ve Gebeliklerine İlişkin Verileri..... 52
3.3. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Sağlık Durumları ve İlaç Kullanımı..... 55
3.4. Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları..... 56
3.5. Kadınların Doğum ve Bebeklerine İlişkin Verileri..... 57
3.6. Kadınların Bebek Bakımına İlişkin Güçlük Yaşama Durumları..... 59
3.7. Kadınlarda Önemli Yaşamsal Strese Sahip Olma Durumları..... 60
3.8. Kadınların Kendileri ve Evlilik Yaşantılarına İlişkin Görüşleri..... 61
3.9. Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Puanları..... 63
3.10. Kadınların Eğitim Öncesi (Ön Test) EDDÖ Puanları..... 64
3.11.Kadınların Eğitim Sonrası (Son Test) EDDÖ Puanları..... 65
3.12. Kadınlarda Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Doğum Sonrası Depresyon Riski Bulunma Durumları..... 66

Sayfa

3.13. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test ve Son Test EDDÖ Puanlarının Bağımlı Gruplarda Analiz Sonuçları 68
3.14. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test ve Son Test EDDÖ Puanları 69
3.15. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Eğitim Öncesi (Ön test) ve Sonrası (Son test) EDDÖ Maddelerine Göre Dağılımları 71
3.16. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların İzlem Sonuçları 74
4.TARTIŞMA 78
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 90
5.1. Sonuçlar 90
5.2. Öneriler 92
ÖZET 93
SUMMARY 95
KAYNAKLAR 97
ÖZGEÇMİŞ 113
TEŞEKKÜR 114
EKLER 115
EK 1. Soru formu 115
EK 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 118
EK 3. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği 119
EK 4. İzlem formu 120
EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ön Onayı 121
EK 6. İzmir İli Karşıyaka ve Bayraklı Sağlık Grup Başkanlığı ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı 122
EK 7. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Uygunluk Onayı 123
EK 8. Çalışma grubundaki kadınların bilgilendirilmiş olur metni ve formu 124
EK 9. Kontrol grubundaki kadınların bilgilendirilmiş olur metni ve formu 126
EK 10. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu 128
EK 11. Eğitim Materyali 129

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ:	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği)
DSM VI:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Amerika Psikiyatri Birliği)
DSÖ:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
EDDÖ:	Edinburgh Postnatal Depression Scala (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği)
EKT:	Elektrokonvülsif Tedavi
ICD:	International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
RİA:	Intrauterine Device (Rahim İçi Araç)
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNFPA:	United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
U:	Mann Whitney-U testi
W:	Kendall's uyuşum katsayısı
X^2:	Chi Square (Ki Kare)

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler..... 33

Çizelge 2.7.1. Uzmanların eğitim materyaline verdikleri puanların ortalama, standart sapma, min-max değerleri..... 40

Çizelge 2.7.2. Eğitim materyali içerik geçerliliği değerleri..... 41

Çizelge 2.9.1. Araştırmanın uygulanması..... 42

Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların yaş ortalamalarına göre dağılımları..... 49

Çizelge 3.1.2. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları..... 50

Çizelge 3.2.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları..... 52

Çizelge 3.2.2. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların gebeliği planlama ve gebelik süresince fiziksel sağlık sorunu yaşama durumlarına göre dağılımları..... 53

Çizelge 3.3.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların doğum sonrası dönemde ilaç kullanma durumları..... 55

Çizelge 3.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların gebelik öncesi, gebelik süresince ve doğum sonrası dönemlerdeki sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımları..... 56

Çizelge 3.5.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların doğum ve bebeklerine ilişkin verilerine göre dağılımları..... 57

Sayfa

Çizelge 3.6.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların bebek bakımına ilişkin güçlük yaşama durumlarına göre dağılımları..... 59

Çizelge 3.7.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların doğum sonrası dönemde önemli yaşamsal strese sahip olma durumlarına göre dağılımları.....60

Çizelge 3.8.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri..... 61

Çizelge 3.9.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların ÇBASDÖ puanlarına göre dağılımı.....63

Çizelge 3.10.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların eğitim öncesi EDDÖ puanlarının dağılımı.....64

Çizelge 3.11.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların eğitim sonrası EDDÖ puanlarının dağılımı.....65

Çizelge 3.12.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınlarda eğitim öncesi ve eğitim sonrası depresyon riski bulunma durumları..... 66

Çizelge 3.13.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test sonrası EDDÖ puanlarının bağımlı gruplarda analiz sonuçları 68

Çizelge 3.14.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların EDDÖ ön test puan sıra ortalamalarının dağılımı (çalışma=52, kontrol=51).....69

Çizelge 3.14.2. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların EDDÖ son test puan sıra ortalamalarının dağılımı (çalışma=52, kontrol=51)..... 70

Çizelge 3.15.1. Çalışma grubundaki kadınların ön test ve son test EDDÖ maddeleri puanları arasındaki fark..... 72

Sayfa

Çizelge 3.15.2. Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test EDDÖ maddeleri puanları arasındaki fark..... 73

Çizelge 3.16.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde bebek bakımına ilişkin güçlük yaşama durumları.....74

Çizelge 3.16.2. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri 76

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa

Grafik 3.10.1. Kadınların eğitim öncesi EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımı.....64

Grafik 3.11.1. Kadınların eğitim sonrası EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımı.....65

Grafik 3.12.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınlarda eğitim öncesi ve eğitim sonrası yüksek depresyon riski bulunma durumları..... 67

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.4.1. Örnekleme alınan ve araştırmaya dahil edilmeyen kadınlara ilişkin veriler…..35

EKLER DİZİNİ

Sayfa

EK 1. Soru formu..... 115

EK 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği..... 118

EK 3. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği..... 119

EK 4. İzlem formu..... 120

EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ön Onayı..... 121

EK 6. İzmir İli Karşıyaka ve Bayraklı Sağlık Grup Başkanlığı ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı..... 122

EK 7. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Uygunluk Onayı..... 123

EK 8. Çalışma grubundaki kadınların bilgilendirilmiş olur metni ve formu..... 124

EK 9. Kontrol grubundaki kadınların bilgilendirilmiş olur metni ve formu..... 126

EK 10. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu..... 128

EK 11. Eğitim Materyali..... 129

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon bebeklikten yaşlılığa, yaşamın her döneminde ortaya çıkabilmektedir. Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir. Özellikle 15-49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk çağında yer alan gebelik ve doğum sonrası dönem, kadınlarda psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir. Doğum sonrası dönem, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği fizyolojik bir olay olduğu kadar, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönem de olabilmektedir. Bu dönemde kadınlarda hem fiziksel hem de duygusal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Birçok kadın bu duruma kolaylıkla uyum sağlarken, bazıları da hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler (Beydağ 2007, Hirst 2010, WHO-Mental Health Atlas 2011).

Doğum sonrası depresyon, DSM-IV'de (Amerika Psikiyatri Birliği) "Duygu Durum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Doğum Sonu Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında doğum sonrası 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association 2000). ICD-10'da (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması) ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" olarak tanımlanmaktadır (International Classification of Diseases 2010). Doğum sonrası depresyon, doğum sonrası dönemde en çok karşılaşılan

sağlık problemidir. Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı örneklem hacmine, popülasyon farklılıklarına ve doğum sonrası tanılama zamanına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeklerinden EDDÖ (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği) kullanılarak yurtdışında yapılan çalışmalarda kadınlarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı %7,5-59,4 gibi geniş bir aralıkta değişmektedir (Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006, Montazeri ve ark 2007, Nagpal ve ark 2008, Milgrom ve ark 2008, Ebeigbe ve Akhigbe 2008, Gausia ve ark 2009, Wan ve ark 2009, Dennis ve ark 2009, Sutan ve ark 2010, Howard ve ark 2011, Matteo ve ark 2012). Ülkemizde ise yine bu ölçekle yapılan çalışmalarda doğum sonrası dönemdeki kadınların %12,5-37'sinde depresyon görülmektedir (Orhon ve ark 2008, Kurçer ve Keleş 2009, Arslantaş ve ark 2009, Çeber ve ark 2010, Durukan ve ark 2011, Kırkpınar ve ark 2012).

Annenin doğum sonrası dönemdeki ruhsal sağlığı, ailenin bebeği ile birlikte yaşamaya iyi bir başlangıç yapabilmesi için önemlidir. Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ile gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişiklikler doğum sonrası depresyonun kaynağını oluşturmaktadır. Bu durum kadının ve ailesinin sağlığını ciddi biçimde olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkiler arasında, özellikle de ilk bir yıl içinde bebeklerinde ciddi hastalık yaşayan kadınlarda, doğum sonrası depresyon yaşama süresinin uzadığı ve anne-bebek arasındaki ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü edinmesini olumsuz biçimde etkilediği görülmektedir. Annenin yaşamış olduğu depresyon bebeğin büyüme ve gelişmesini tehdit altına almaktadır. Anne-bebek ilişkisi ve gelecek kuşaklara olumsuz etkisi düşünüldüğünde doğum sonrası depresyonun ihmal edilmemesi gereken bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir (Lumley ve ark 2006, Paulden ve ark 2009, Hirst 2010, Meltzer-Brody 2011).

Ülkemizde doğum sonrası bakım hizmetlerinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile ilgili hastalık nedenleri ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verilmektedir. Hemşireler/ebeler birinci basamak sağlık kuruluşlarında, prenatal ve postpartum kliniklerde annelerle birliktedir. Burada hemşirelerin/ebelerin anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rollerini gerçekleştirmeleri beklenmektedir. Ülkemizde anneler genellikle doğumdan 24-72 saat sonra hastaneden

taburcu edilmektedir. İlk 72 saat içinde acil olarak gelişebilecek bazı komplikasyonları önlemek için bu süre yeterli olarak görülebilir. Ancak bu süre, doğum sonrası dönemde annenin yeni durumuna uyum sağlamasına yardımcı olacak eğitim ve desteği sağlamak için yeterli değildir (Lumley ve ark 2006, Beydağ 2007, Durukan ve ark 2011).

Doğum sonrası döneme uyum ve ruhsal sorunlar genellikle annelerin sağlık kuruluşundan taburcu edildikten sonra ortaya çıkmaktadır. Özellikle doğum sonrası depresyon en sık 4-6. haftalar içinde ortaya çıkmakla birlikte doğum sonrası bir yıla kadar da görülebilir. Annelerin evde oldukları bu dönemde, belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılamanın yapılamaması olasıdır. Bu nedenle bakımın sürekliliğinin sağlaması için hemşire/ebenin doğum sonrası annelerle sürekli iletişimde olması, zaman içinde değişen bakım gereksinimlerini belirlemesi ve bu gereksinimlere yönelik fiziksel sağlığın yanında ruhsal sağlık ile ilgili de sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemleri alması gerekmektedir. Bu dönemde hemşire/ebe eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadının sağlığının korunma ve gelişimini sağlayabilir, yüksek risk altında olan kadınları belirleyebilir ve gerekli olduğunda erken tanı ve tedaviye sevk edebilir (Taşdemir ve ark 2006, Yiu ve ark 2009, Meltzer-Brody 2011). Hemşireler/ebeler bu eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yapılandırılmış eğitim materyali kullanarak daha etkili bir biçimde sunabilirler.

1.2. Araştırmanın Amacı

Doğum sonrası depresyonun belirtilerinin en aza indirilmesi ve erken tanılanması tedavi edilmemiş doğum sonrası depresyonun anne, bebek ve aile ilişkilerine olan olumsuz etkilerinden dolayı önemlidir. Bu kadınların hem kendilerine hem de bebeklerine zarar verme olasılıklarının yüksek olduğu bilinmektedir (Karaçam ve ark 2004, Orhon ve ark 2008, Hirst 2010, Khanam ve ark 2011). Bu nedenle doğum sonrası depresyon belirtilerinin önlenmesi, erken tanı ve tedavisi önemlidir. Ancak ülkemizde doğum sonrası depresyona ilişkin koruyucu önlemleri içeren herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda bu çalışma doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltmasında eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

Depresyon, ruhsal ve davranışsal hastalıklar içinde en önemli yere sahiptir. Dünyadaki ruhsal hastalıkların en ağır yükünü mizaç bozuklukları, şizofren ve spesifik anksiyete hastalıkları, genel anksiyete hastalıkları oluşturmaktadır. Ruhsal hastalıkların görülme oranı her yaş grubundaki her iki cinste %3,3 iken sadece kadınlarda %7'dir. Gelişmekte olan ülkelerde depresyon her yaş grubunda her iki cins arasında beşinci sırada iken sadece kadınlarda dördüncü sırada yer almaktadır. Depresyonun 2020 yılında kadınlardaki sağlık problemleri arasında ikinci sırayı alacağı tahmin edilmektedir. Doğum sonrası depresyon da depresyon kategorisindeki hastalıklar arasında önemli bir yere sahiptir (WHO-UNFPA 2008, Paulden ve ark 2009, Terry ve Rijt 2010).

Doğum sonrası depresyon ülkemizde yaygın görülen, annenin yanında bebeğin ve toplumun sağlığını da olumsuz etkileyen bir sağlık problemidir. Doğum sonrası depresyon annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olmakta ve aynı zamanda anne-bebek arasındaki ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü olumsuz biçimde etkileyebilmektedir (Beydağ 2007, Gjerdingen ve ark 2008, WHO-UNFPA 2008).

Hemşire/ebenin doğum sonrası dönemde kadının fiziksel sağlığının yanında ruhsal sağlığının da korunması ve geliştirilmesine ilişkin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire/ebe bu dönemde eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadını doğum sonrası depresyondan koruyabilir, kadının sağlığı ve yaşam kalitesini geliştirebilir (Munoz ve ark 2006, Durukan ve ark 2011).

1.3.1. Doğum Sonrası Ruhsal Hastalıkların Sınıflandırılması

Doğum sonrası dönemde kadında, geçici veya uzun süre devam edebilen ruhsal durum değişiklikleri görülmektedir. Bunlar sırasıyla doğum sonrası annelik hüznü, depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere üç farklı biçimde ortaya çıkabilmektedir (Gereklioğlu ve ark 2007, Özdemir ve ark 2008, Brauer ve Martinsen 2012).

1.3.1.1. Doğum Sonrası Annelik Hüznü

Annelik hüznü kadınların %50,0-80,0'inde görülen postpartum hüzün (maternity blues) olarak da adlandırılan bir ruhsal hastalıktır. Annelik hüznünün etiyolojisinde bir çok hormonal etken gösterilmektedir. Doğum sonrası ilk günlerde cinsiyet hormonlarında (östrojen ve progestron), CRH (Kortikotropin salgılatıcı hormon) ve kortizol seviyelerindeki ani düşüş ile ACTH'daki (Adrenokortikotropin hormon) yükselmenin annelik hüznü belirtileriyle bağlantılı olduğu tahmin edilmektedir (Reulbach ve ark 2009, Yim ve ark 2009, Lee 2010, O'Keane ve ark 2011).

Annelik hüznü belirtileri ilk 2-3 gün içinde başlayıp, 5. ve 6. günler arasında çok yoğun biçimde yaşanmakta ve 10. günde azalmaya başlamaktadır. Annelik hüznü doğum sonrası 2. haftanın sonuna kadar devam edebilmektedir. Annelik hüznü bu süreçte kadının işlevlerinde bozukluğa ve mutsuzluğuna neden olabilen birçok belirti verebilmektedir. Genellikle kısa periyotlarla başlayan bu durum annede kendini ağlama ile belli etmektedir (Kesebir ve Aksoy 2010, O'Keane ve ark 2011, Buttner ve ark 2012). Bununla beraber sıklıkla görülen annelik hüznü belirtileri (Adewuya 2005, Kesebir ve Aksoy 2010, Kocamanoğlu ve Şahin 2011, O'Keane ve ark 2011, Buttner ve ark 2012);

- Uyku bozuklukları,
- Duygulanımda hızlı değişme,
- Yorgunluk ve bitkinlik,

- Sinirlilik,
- Anksiyete,
- Hareketsiz kalamama,
- Öfke,
- Baş ağrısı,
- Konsantrasyon güçlüğü,
- Hayal kırıklığı,
- Çelişkili duygular ve
- Kayıp ve keder duygularıdır.

Annelik hüznü belirtileri arasında intihar düşünceleri yoktur. Belirtiler hafif düzeyde olduğundan herhangi bir müdahaleye gereksinim duyulmadan kendiliğinden geçebilir. Ancak bu süreçte stresli olaylar yaşamanın ve kadının bu dönemde gerekli desteği görmemesinin doğum sonrası depresyon riskini arttırdığını hesaba katmak gerekmektedir. Ayrıca premenstrual sendrom öyküsünün olması, gebelik döneminde yaşanan anksiyete, depresif duygu durumun varlığı, bebeğin cinsiyetinin erkek olması, geçmişte ölü doğum yaşama ve uyku hastalıkları annelik hüznü için risk faktörleri olarak bildirilmektedir (Erdem ve Bez 2009, Romero-Gutiérrez ve ark 2010, Sylvén ve ark 2011, Buttner ve ark 2012).

Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmamaktadır. Annelik hüznü belirtileri şiddeti azalarak, genellikle 2 hafta içinde iyileşirler. Ancak kadında bu belirtilerin 2 haftadan daha fazla süre ile devam etmesinin doğum sonrası depresyon açısından risk yarattığı ileri sürülmektedir (Reulbach ve ark 2009, Ishikawa ve ark 2011).

Annelik hüznü yaşayan kadınlar, aileleri ve sağlık çalışanı tarafından desteklenmelidir. Hemşireler/ebeler kadın ve ailesine bu durumun normal olduğu ve psikososyal destek gerektirdiği konusunda bilgi vermeli ve destekleyici bakım uygulamalıdırlar. Hemşireler/ebeler, kadınları annelik hüznü ile nasıl baş edecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapötik

girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır. Bu bilgilendirmede kadınlara annelik hüznü belirtilerinin iki haftadan daha uzun sürmesi durumunda, daha ciddi tablonun ortaya çıkabileceği ve yardım almaları gerektiğine de yer verilmelidir (Adewuya 2005, Lee 2010).

1.3.1.2. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler nedeni ile gelişen, uzun süre devam edebilen, anne ve ailenin sağlığını bozan, doğum sonrası komplikasyonlara neden olan, tedavi gerektiren ve çoğu zaman sağlık çalışanları tarafından fark edilmeyen yıkıcı bir ruhsal hastalıktır. Doğum sonrası depresyon, DSM-IV' te "Duygu Durum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Doğum Sonu Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında doğum sonrası 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association 2000). ICD-10'da ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" olarak tanımlanmaktadır (International Classification of Diseases 2010). Diğer çalışmalarda da depresyon doğum sonrası ilk 1 yıl içinde başlamış ise "doğum sonrası depresyon" olarak değerlendirilmektedir (Gjerdingen ve ark 2008, Kayacı ve ark 2009, Bick ve Howard 2010, Perinatoloji Derneği 2012).

1.3.1.2.1. Doğum Sonrası Depresyonun Görülme Sıklığı

Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı, bu konudaki yapılan çalışmalarda tanı koyma aracı, örneklem hacmi, popülasyon farklılıkları ve doğum sonrası tanılama zamanına göre değişiklik göstermektedir (Dennis ve ark 2009). Buna göre, EDDÖ (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği) kullanılarak ülkemizde yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon görülme sıklığının %12,5-37 arasında değiştiği gözlemlenmektedir. Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı illere göre incelendiğinde; Zonguldak'ta %19,5 (Atasoy ve ark 2004), Samsun'da %23,1 (Sünter ve ark 2006), Trabzon'da %28,1 (Ayvaz ve ark 2006), Ankara'da %27,2 (Orhon ve ark 2008), %23,4 (Efe ve ark 2009) ve %15 (Durukan ve ark 2011), Konya'da %19,4 (Özdemir ve ark 2008), Şanlıurfa'da %37 (Kurçer ve Keleş 2009), Aydın'da %12,5 (Arslantaş ve ark 2009), Sakarya'da %24 (Durat ve Kutlu 2010), İzmir'de %22 (Çeber ve ark 2010) ve Erzurum'da %14 (Kırkpınar ve ark 2012) olduğu görülmektedir.

Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise doğum sonrası depresyon görülme sıklığı %7,5-59,4 arasında değiştiği gözlemlenmektedir. Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı ülkelere göre incelendiğinde; Tayland'da %16,8 (Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006), İran'da %22 (Montazeri ve ark 2007), Hindistan'da %59,4 (Nagpal ve ark 2008), Avustralya'da %7,5 (Milgrom ve ark 2008), Nijerya'da %27,2 (Ebeigbe ve Akhigbe 2008), Bangladeş'te %22 (Gausia ve ark 2009), Çin'de %13,8 (Gao ve ark 2009) ve %15,5 (Wan ve ark 2009), Kanada'da %25 (Dennis ve ark 2009), Malezya'da %53,2 (Sutan ve ark 2010), İngiltere'de %17,5 (Howard ve ark 2011) ve İtalya'da %10,9 (Matteo ve ark 2012) olduğu bildirilmektedir.

1.3.1.2.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etyolojisi

Doğum sonrası depresyonun etiyolojisi tam olarak açıklanamamaktadır. Perinatal periyotta ruhsal sağlık problemlerinin görülme sıklığının yüksek olmasının biyolojik ve psikososyal olmak üzere iki ana nedeni bulunmaktadır (WHO-UNFPA 2008, Kesebir ve Aksoy 2010).

1.3.1.2.2.1. Biyolojik faktörler

Bazı kadınlarda doğumdan sonra değişen hormon seviyeleri ve nörokimyasallardaki (yüksek kortizol, düşük dopamin ve seratonin, düşük östrojen ve progesteron seviyeleri) değişimler doğum sonrası depresyonda rol oynamaktadır. Gebelik esnasında özellikle son üç ayda artan serum kolesterol düzeyleri doğum sonrası dönemde ani bir düşüş gösterir ve bu değerlerin normal seviyelerine dönmesi doğum sonrası 20. haftaya kadar uzayabilir. Düşük serum kolesterol düzeyleri ile şiddet, intihar davranışı ve depresyon arasında ilişki olduğu tanımlanmıştır. Söz konusu bu ilişkide başlıca doğum sonrası dönemde düşen serotonin düzeyi rol oynamaktadır. Bu durum serum kolesterol seviyelerinin ruhsal hastalıklarda etken olduğunu göstermektedir (Munoz ve ark 2006, Suda ve ark 2008, Green ve ark 2009, Kesebir ve Aksoy 2010, Kocamanoğlu ve Şahin 2011, O'Keane ve ark 2011).

Çalışmalarda doğum sonrası başlangıçlı depresyona sahip kadınlarda serum kolesterol ve LDL düzeyleri doğum sonrası başlangıçlı olmayan depresyonlu kadınlara göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (Selvi ve ark 2004, Meltzer-Brody 2011). Yim ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada da gebelik boyunca ve doğum sonrası dönemde depresyon belirtileri ile kortizol seviyeleri arasında ilişki olduğu rapor edilmiştir. Hipotroidizm, kadınların birçoğunda doğum sonrası depresyonu taklit eden belirtiler ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle doğum sonrası dönemde kadınlarda troid fonksiyon bozuklukları ve hormon düzeyleri incelenmelidir (Wisner ve ark 2002). Yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon gözlenen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklığı genel nüfustan çok daha yüksek olduğu

bildirilmektedir. Bu da doğum sonrası depresyonun gelişiminde kalıtsal ya da ailesel faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir (Robertson ve ark 2004, Meltzer-Brody 2011).

1.3.1.2.2.2. Psikososyal Faktörler

Ebeveyn olma kararı insan yaşamındaki en önemli kararlardan birisidir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak, gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Kadınlar, toplumda bir statü elde etmek, üreme yeteneğini kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak isteyebilmektedirler. Bu durumda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlamak güçleşmektedir (Taşdemir ve ark 2006, Beydağ 2007, Bina 2008).

Doğum sonrası depresyonu etkileyebilen farklı kültürel, gelenek ve inanışlar vardır. Gebelik ve doğum normal sağlıklı bir kadın için bile fiziksel ve duygusal açıdan yorucu bir dönem olabilmektedir. Yenidoğan bebeğin anneye ve aileye mutluluk getirdiğine, anne sütü ile beslenmenin doğal ve kolay olduğuna, pek çok annenin bebeğine bakabileceğine ve doğum sonrası altı hafta sonra kadının cinsel yaşamının normale döneceğine ilişkin inanışlar mevcuttur. Ancak, doğum sonrası dönem yenidoğan bebeğini kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönem olabilmektedir (Bina 2008, Özdemir ve ark 2008, Durat ve Kutlu 2010).

Amerika'da yapılan bir çalışmada depresyonu olan ve olmayan kadınlar arasında seksüel fonksiyonlarda ve evlilik ilişkilerinde önemli farklılıklar olduğu bildirilmektedir. Depresyonu olan kadınların, olmayanlara göre seksüel fonksiyonlar ve evlilik memnuniyeti ölçeklerinden daha az puan aldıkları rapor edilmektedir (Moel ve ark 2010).

Doğum sonrası ilk bir yıl doğum sonrası depresyon için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir ve bu risk ikinci yıl için de devam etmektedir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde kadının yardıma ihtiyacı vardır. Doğum sonrası dönemde kadına sağlık çalışanları dışında destek sağlayanlar kadının eşi, akrabaları ya da deneyimli bir yakını olabilmektedir. Doğum sonrası dönemde depresyon açısından riskli kadınların bilişsel, davranışsal, sosyal, duygusal ve psikolojik yardım arama davranışları, inanç ve uygulamaları kültürel farklılık göstermektedir. Doğum sonrası depresyon prevelansı ile kültürel değişkenler arasında önemli ilişkiler olduğu bildirilmektedir (Şahin ve Kılıçarslan 2010, Timur ve Hatun-Şahin 2010, Brauer ve Martinsen 2012). Bu konuda İran' da yapılan bir çalışmada eşin uygun davranışlarının ve kadın ile içten ve samimi yaklaşımının doğum sonrası depresyon insidansını azalttığı rapor edilmiştir (Mousavi ve ark 2011).

Gebe kadının gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; aile, kültür, din, dil, ırk, sosyal, ekonomik, politik ve entellektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir (Beydağ 2007). Yapılan bir çalışmada Pakistanlı kadınların beyaz kadınlara oranla depresif ve somatik belirtileri daha fazla yaşadıkları belirtilmiştir (Traviss ve ark 2012). Ayrıca kadının yaşamındaki olağan riskler (ailede ölüm, iş kaybı ve boşanma) ve yaşamsal stresler (annelik ve iş kadını rolleri arasındaki denge, kariyerinde değişiklik, önceki rollerinde veya özgürlüğünde kayıp veya azalma hissi, ilişkilerde stres, gebelik hakkında kararsızlık hissetme) doğum sonrası depresyon gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Munoz ve ark 2006).

Özellikle de 18 yaşından daha küçük yaşta anne olmanın, ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre düşük veya ölü doğum yapmaları ya da anne ölümlülüğü riskine maruz kalmaları, kadının eğitimine devam edememesi ve iş imkânlarından faydalanamaması gibi diğer olumsuz sonuçları da bulunmaktadır. Bütün bu olumsuzluklar da kadını doğum sonrası depresyon yaşama açısından yüksek riskli duruma getirmektedir (Koç ve ark 2009).

Yurtdışında bölgesel olarak yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon riskinin; gebelik boyunca hastalık yaşama ve müdahaleye maruz kalma, operasyonlu bir doğum geçirme, sezaryen doğum, antenatal dönemde hastanede iki günden fazla kalma, perinatal kayıp yaşama, gebeliği planlamamış olma, düşük sosyal destek, ailede ve annede daha önce geçirilmiş majör depresyon öyküsü, gebelikte depresif ve anksiyete semptomları yaşama, kronik hastalık öyküsü olma, postnatal dönemde madde kullanma ve eş desteğinin olmaması veya yetersizliği, eş ile olan zayıf ilişkiler, eş ile ev içinde tartışma, eşin depresyonu, tek ebeveyn olma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Forty ve ark 2006, Milgrom ve ark 2008, Surkan ve ark 2008, Gausia ve ark 2009, Gao ve ark 2009, Kozhimannil ve ark 2009, Xie ve ark 2010, Field 2010, Davey ve ark 2011, Almanza-Muñoz ve ark 2011, Khanam ve ark 2011, Matteo ve ark 2012).

Howard ve ark (2011)'nın İngiltere'de yaptıkları bir çalışmada doğum sonrası dönemdeki intihar düşünceleri ile genç anne yaşı, yüksek sayıda parite, yüksek depresyon semptom seviyeleri arasında ilişki bulunmuştur. İntihar düşüncesi olan kadınlarda depresyon görülme sıklığı %21,1 iken, intihar düşüncesi olmayanlarda depresyon görülme sıklığı %16,7 olarak bildirilmiştir.

Çoğul gebelikler, infertilite ve yardımcı üreme teknikleri doğum sonrası depresyon ve genel ruhsal sağlık için risk faktörü oluşturmaktadır (Sheard ve ark 2007, Choi ve ark 2009, Hadımlı ve Sevil 2010, Ross ve ark 2011, Almanza-Muñoz ve ark 2011). Vilska ve ark (2009)'nın yaptığı bir çalışmada yardımcı üreme teknikleri ile anne olan kadınların doğum sonrası 8. ve 52. haftalarda depresyon skorlarının normal gebelik öyküsü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

WHO (World Health Organization) ve UNFPA (United Nations Population Fund) da doğum sonrası depresyonun risk faktörlerini gebelik ve doğum sonrası dönem olarak iki gruba ayırmakta ve aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

Gebelik döneminde doğum sonrası depresyona ilişkin risk faktörleri (WHO-UNFPA 2008);

- Adölesan gebelik,
- Boşanmış veya ayrılık aşamasında olma,
- İstenmeyen gebelik,
- Evlilikte eş desteğinin olmaması,
- Önceki gebeliğinde ölü doğum veya tekrarlayan düşük yaşama,
- Primiparite,
- Yoksulluk ve kendini düşük gelirli tanımlama,
- Sosyal destek eksikliği,
- Tecavüz sonucunda gebe kalma,
- Aile içi şiddet görme (eş veya başka kimse) ve
- Arkadaşlık kurmada zorlanma ve kadının arkadaşının olmaması olarak açıklanmaktadır.

Doğum sonrası dönemde depresyona ilişkin risk faktörleri ise (WHO-UNFPA 2008);

- Eş davranışları ile ilgili zorluklar yaşama (fiziksel şiddet, alkol kullanma, işsizlik, okuma yazma bilmeme, eşe az yardım etme, gebeliği reddetme),
- Eşine güven duymama,
- Yoksulluk (düşük gelir, kendini düşük gelirli tanımlama, evini geçindirememe),
- İstenmeyen gebeliğe sahip olma,
- Adölesan gebeliğe sahip olma,

- Evli olmama,
- Antenatal dönemde depresyon veya anksiyete yaşama,
- Gebelik boyunca hastalık yaşama, antenatal dönemde hastanede kalma, operasyonlu bir doğum geçirme,
- Çocuk sayısının fazla olması,
- Çocuk sahibi olmayı kararlaştırmama, çocuk bakımına ilişkin yaşanan streslere sahip olma (bebeğin hasta olması ve bebeğin gelişiminin iyi gitmemesi),
- Problemli ve olumsuz aile ilişkilerine sahip olma,
- Düşük benlik saygısına sahip olma,
- Bebeğin cinsiyeti,
- Kültürel olarak doğumdan sonra annenin kendini bebeğin bakımına adama isteği,
- Sosyal destek yetersizliği,
- Psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olma ve
- Diğer stresli yaşamsal olaylar yaşamadır.

1.3.1.2.4. Doğum Sonrası Depresyonun Belirtileri

Doğum sonrası depresyon belirtileri sosyal hayatta ve işlevlerde önemli sorunlar oluşturmaktadır. Doğum sonrası depresyon belirtileri genel bir sağlık sorununun veya kullanılan tıbbı ya da diğer ilaçların sonucu ve doğum sonrası dönemin normal belirtilerinin sonucu olmamalıdır. Doğum sonrası depresyon belirtilerinin erken dönemde tanımlanması ve mevcut önlemlerin alınması önemlidir (Colman ve ark 2007, Bhatia ve Bhatia 2007, Jiang ve ark 2007, Surkan ve ark 2008, Kurçer ve Keleş 2009).

DSM IV (2000)'e göre doğum sonrası depresyon (majör depresyon) belirtilerinin en az 5 tanesi 2 hafta içinde görülmeli, semptomlardan biri mutlaka herhangi bir depresif duygu durum veya ilgi ve zevk almada azalmanın görülmesi olmalıdır. Doğum sonrası majör depresyon belirtileri;

- Günün çoğunda depresif duygu durum,
- Günün çoğunda yapılan aktivitelerde ilgi azalması veya zevk almanın hissedilememesi,
- Enerjide azalma (bitkinlik ve halsizlik),
- Uyku düzeninde değişiklik olması (çok veya az uyuma),
- İştah artışı veya azalışı olmadan kilo kaybı ya da kilo alma,
- Düşünme ve konsantrasyon güçlüğü,
- Değersizlik hissi, aşırı ve gereksiz suçluluk hissi,
- Psikomotor ajitasyon veya yetersizlik ve
- Gelip giden ölüm düşünceleri, spesifik plan olmadan intihar etme düşüncesi, intihara kalkışmadır.

Doğum sonrası enerjide azalma (bitkinlik ve halsizlik), uyku düzeninde değişiklik (çok veya az uyuma), kilo değişimleri, değersizlik hissi, aşırı ve gereksiz suçluluk hissi normal doğum sonrası dönem belirtileri olarak da görülebilmektedir (American Psychiatric Association 2000). Doğumdan sonra düşen kan hacmi anemiye ve bu durumda önemli düzeyde yorgunluğa neden olabilmektedir. Ancak anemi depresif duygu durum veya ilgi ve zevk almada azalmaya neden olmadığı için, doğum sonrası depresyon belirtilerinden ayırt edilebilir (Nicholson ve ark 2006). Hipotroidizm de depresif belirtilere neden olabileceğinden dolayı doğum sonrası depresyon açısından risk taşıyan kadınlarda troid hormon testleri yapılmalıdır. Çünkü hipotroidizm gelişen kadınların birçoğunda doğum sonrası depresyonu taklit eden belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Wisner ve ark 2002).

Doğum sonrası depresyonda anksiyete, ajitasyon ve intihar düşünceleri görülebilir. Ayrıca doğum sonrası depresyonlu kadınlarda bebeğe karşı ilgi eksikliği, bebeğe zarar vermekten korkma ve bebek ile ilgili obsesif düşünceler görülebilmektedir. Fakat kadınlar bu tür duygularını doğrudan doğruya açıklamakta güçlük yaşamaktadırlar. Kadınların mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bu dönemde, depresif duygular taşımaktan dolayı suçluluk duymaları, depresyon belirtilerini saklamalarına ve depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle doğum sonrası döneme

özgü olan bu belirtiler doğum sonrası ilk 4 hafta içinde sağlık çalışanları tarafından tanımlanmalıdır (Gjerdingen ve ark 2008, Surkan ve ark 2008, Hirst ve Moutier 2010, Surkan ve ark 2011, Furumura ve ark 2012).

1.3.1.2.5. Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi

Doğum sonrası depresyonu ilk aylarda tanılanma ve tedavi oranları düşüktür. Klinikte kısa süreli yapılan rutin muayene sırasında doğum sonrası depresyonu tespit etmek çok güç olmaktadır. Doğum sonrası depresyonun ilk belirti vermeye başladığı dönemde tanılanması ve tedavisi rahatsızlığın ilerlemesini önleme ve tedaviye yanıtı kolaylaştırmaktadır (Gjerdingen ve ark 2008, Reulbach ve ark 2009, Bick ve Howard 2010, Perinatoloji Derneği 2012). Doğum sonrası dönemde depresyon tedavisinde farmakolojik tedavi, elektrokonvulzif tedavi ve psikoterapi ve psikoterapötik yaklaşım olmak üzere üç yöntem kullanılmaktadır (Santos ve ark 2010, Moel ve ark 2010, Traviss ve ark 2012).

1.3.1.2.5.1. Farmakolojik Tedavi

Doğum sonrası depresyonun farmakolojik tedavisinde emziren ve emzirmeyen kadınlar için farklı yöntemler izlenmektedir. Çünkü doğum sonrası emzirme döneminde antidepresan kullanan kadınların bebekleri zarar görebilmektedir. Doğum sonrası depresyon tedavisinde bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk duygusu da kadın için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanların (sertraline, paroxetine, nortriptyline) süte geçtiği anneye açıklanmalıdır. Doğum sonrası depresyon tanısı alan kadınlardan antidepresan kullanmak zorunda olanlar için, SSRIs (seçici serotonin geri alım inhibitörleri) ve SNRIs (seratonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri) grubu ilaç seçenekleri vardır. Ancak SSRIs grubu ilaçlardan güvenli seviyede [Paroxetine (Paxil), Paroxetine CR (Paxil), Sertraline (Zoloft), Fluoxetine (Prozac)] ve ılımlı güvenli seviyede [Citalopram (Celexa), Escitalopram (Lexapro)] olanları yüksek dozlarda alınsa bile toksik (zararlı) etkileri son

derece düşük olduğu için ilk seçenek olmalıdır. Bununla birlikte kadının daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yasayan kadınlarda Trisiklik Antidepresan grubu ilaçlar da kullanılabilmektedir (Weissman ve ark 2004, Munoz ve ark 2006, Armitage ve ark 2009, Meltzer-Brody 2011).

Yapılan bir çalışmada Fluoxetine, Citalopram ve Venlafaxine ilaçlarını kullanan emziren annelerin bebeklerinin plazma düzeyinde bu ilaçların yüksek oranda bulunduğu saptanmıştır (Berle ve Spigset 2011). Randomize kontrollü diğer bir çalışmada ise doğum sonrası depresyonun tedavisinde Paroxetine (Paxil) kullanılmış, ancak depresyon belirtilerini azaltmada etkili olmadığı bildirilmiştir (Yonkers ve ark 2008).

İlaçların, bebekte uzun dönemdeki potansiyel etkileri nedeniyle en düşük etkili doz kullanılmalıdır. Laktasyon risk katagorisine göre; güvenli seviyede olan Paroxetine (Paxil), Sertraline (Zoloft) ve Fluoxetine (Prozac); ılımlı güvenli seviyede olan Citalopram (Celexa), Venlafaxine XR (Effexor) ve Escitalopram (Lexapro) yer almaktadır (Munoz ve ark 2006, Gereklioğlu ve ark 2007, Sit ve ark 2009). Armitage ve ark (2009)'nın yüksek ve düşük riskli kadınlar ile yaptıkları bir çalışmada yüksek risk grubundaki kadınların kullandığı ilaçların Citalopram (Celexa), Escitalopram (Lexapro), Sertraline (Zoloft), Clomipramine olduğu; düşük risk grubundaki kadınların kullandığı ilacın ise Venlafaxine XR (Effexor) olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada yüksek risk grubundaki kadınların (depresyon tanısı alan veya önemli depresyon semptomu olan) %90,9'u emzirirken, düşük risk grubundaki kadınların (geçmişte depresyon geçiren ve ailesinde depresyon tanısı alan) %85,7'sinin emzirdiği bildirilmektedir. Çalışmada bu sonuçlara dayalı olarak, yüksek risk grubundaki kadınların daha fazla emzirme davranışında bulunması bu kadınların bebeklerine zarar verme düşüncesi ile açıklanmıştır. Diğer çalışmalarda ise şiddetli düzeyde doğum sonrası depresyonu bulunan kadınların bebeklerini daha az emzirdikleri, emzirme süresini kısalttıkları, 4-16. haftalar arasında emzirmeyi sonlandırdıkları, bebeklerine meyve suyu ve tahıl verdikleri, emzirmeden hoşnut olmadıkları ve daha fazla emzirme problemleri yaşadıkları bildirilmiştir (McLearn ve ark 2006, Dennis ve McQueen 2007).

Özellikle emzirme döneminde, depresyon tedavisine erken dönemde başlama kararını alabilmeleri için aile ile tedavinin risk ve yararları ayrıntılı bir biçimde tartışılmalıdır. Sağlık çalışanları aileyi tedavinin olası yarar ve zararlarının listesini yapmaya teşvik etmelidirler. Sağlık çalışanları tedavide kullanılan ilaca bağlı gelişebilecek riskleri aileye ayrıntılı bir şekilde açıklamalıdır. Bu riskler; anne sütüne ilacın geçebileceği, bebeğin uyku düzeninde bozukluk, anne-bebek arasındaki bağlanmada zayıflık, bebeğin fiziksel gelişiminde ve zeka düzeyinde düşüklük, ilerleyen yaşam dönemlerinde bebeklerde depresyon semptomlarının görülmesi ve anksiyete riskinin yükselmesidir (Bhatia ve Bhatia 2007, Armitage ve ark 2009, Brand ve Brennan 2009, Yonkers ve ark 2009).

Doğum sonrası depresyon tedavisinde hiç emzirmeyen kadınlar için farmakolojik tedaviden yararlanılabilir. Bu tedavide sağlık çalışanları öncelikle antidepresan kullanıldığında kadının tedaviye verdiği yanıtı ve farmakolojik tedavideki yeterliliği değerlendirmeli, bireysel olarak ilacın etki profilinin nasıl olacağı tartışılmalı, kadının bugünkü koşullara göre tedavisinde hangi ilacı kullanacağı ele alınmalı, anne ve bebek ilişkisine etki edecek olası risklerinin ne olduğu saptanmalıdır (Peindl ve Wisner 2004, Munoz ve ark 2006, Yonkers ve ark 2008, Brand ve Brennan 2009).

Farmakolojik tedavi yüksek depresyon riski bulunan kadınlarda koruyucu olarak da kullanılabilir. Gebeliğin son trimesteri süresince doğum sonrası depresyon açısından risk faktörleri saptanabilir, doğum sonrası dönemde de kadına ilaç tedavisi başlanabilir ve böylece doğum sonrası depresyon sıklığı azaltılabilir (Peindl ve Wisner 2004, Yonkers ve ark 2009).

İtalya'da ve İngiltere'de yapılan çalışmalarda doğum sonrası ruhsal hastalıkların tedavisinde östrojen replasman tedavisi, farmakolojik tedaviler ile birlikte kullanılmış ve etkili bir seçenek olarak önerilmiştir. Ancak bu tedavinin, ruhsal hastalıkların tedavisinde ilk seçenek olarak kullanımının uygun olmadığı da belirtilmektedir (Gentile 2005, Studd ve Nappi 2012).

1.3.1.2.5.2. Elektrokonvulzif Tedavi (EKT)

EKT (Elektrokonvulzif tedavi), alternatif akımla çalışan EKT aygıtı ile 70-130 voltluk bir akımın 0,1-0,5 saniye uygulanması ile beyinde epileptik nöbet ortaya çıkarılması esasına dayanan bir tedavi yöntemidir (Buldukoğlu ve ark 2000). EKT doğum sonrası depresyonun tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir riski olmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir. Doğum sonrası psikoz olgularının %40'ında manik ve şizomanik sendromlar; %40'ında sanrılı depresif duygudurum ve % 20'sinde affektif bileşeni belirgin, pozitif (Tip I) şizofreni belirtileri görülmektedir. Doğum sonrası depresyonun şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. Dört haftalık bir ilaç tedavisine yanıt alınamayan hastalarda EKT önerilmektedir. EKT özellikle sanrılı depresyonda iyi sonuç vermektedir. Ayrıca EKT, belirtilerin hızla kontrol altına alınmasını sağlarken, süt veren anne ve bebeği için psikotrop ilaçlara göre daha düşük bir zararlı risk taşımaktadır (Scrandis ve ark 2007, Strain ve ark 2012).

Norveç'te yapılan bir çalışmada kadınlara birçok tedavi yöntemi uygulandıktan sonra EKT acil bir tedavi yöntemi olarak uygulanmış ve ilave olarak depresyonun tekrarını önlemek için lityum verilmiştir. Bu çalışmada doğum sonrası 18. ayda izlenen annelerin bebekleri ile ilişkilerinde fonksiyonel iyilik ve arkadaşlık sağlandığı bildirilmiştir. Ancak bu tedavinin yasal ve etik açıdan tartışılması gerektiği de savunulmuştur (Brauer ve Martinsen 2012).

1.3.1.2.5.3. Psikoterapi ve Psikoterapötik Yaklaşım

Psikoterapi, iletişim aracılığı ile gerçekleştirilen bir psikiyatrik tedavi yöntemidir. Psikoterapi, doğum sonrası depresyonu azaltmak için ilaç tedavisi ile birlikte kullanılabilmektedir. Bireysel ve grup psikoterapi yöntemleri doğum sonrası depresyonu hafifletmek için tedavide etkili bir yöntemdir (Dennis ve Hodnett 2007, Yonkers ve ark 2009, Sockol ve ark 2011). Psikoterapi modellerinden en fazla kullanılanı bireysel ve bilişsel davranışsal terapilerdir. Psikoterapötik yaklaşım ise hastanın davranışları,

düşünceleri, çevresi ve ailesi ile ilgili tutumları ailenin ve çevrenin durumu vb. göz önüne alarak hastaya yaklaşmaktır. Her iki model de doğum sonrası depresyon tedavisinde kullanılan bireysel ve grup psikoterapisinin hem kişiler açısından hem de grup açısından etkili olduğu gösterilmiştir (Crockett ve ark 2008, Grote ve ark 2009).

Doğum sonrası depresyonda psikoterapötik yöntemleri kullanırken hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özelliklerini, yakın geçmişte karsılaştığı önemli toplumsal zorlukları ve bu olayların doğum sonrası dönemde kadın üzerindeki etkilerini iyi değerlendirmek gerekir. Psikoterapi bireyin değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanılgısını göstermeye çalışmalıdır. Kadına yardımcı olabilmek için yakınlarını da dikkate almak, onların ilgi ve desteğini de almak gerekir. Bu amaçlarla yapılan bireysel ve grup terapilerinin temel unsurları; kadının kendine güvenini kazandırmak, desteklemek ve bilgilendirmektir (Jung ve ark 2006, Gao ve ark 2009, Sutan ve ark 2010, Xie ve ark 2010).

Doğum sonrası depresyon tedavisinde aile üyelerine akupunktur, yoga, masaj, diyet, egzersiz, gün içinde yeterli gün ışığı alma yapılan çalışmalarda tek başına yeterli gelmemesine rağmen, bu destekler doğum sonrası depresyonu olan kadınlar için bireysel ve grup tedavilerine katılmayı teşvik etmektedir (Munoz ve ark 2006, Corral ve ark 2007, Dennis ve Allen 2008, Hirst ve Moutier 2010).

Sockol ve ark (2011)'nın 27 çalışmayı dâhil ettikleri bir meta-analiz çalışmasında doğum sonrası depresyonun tedavisinde %70 oranında sadece psikoterapi uygulandığı ve %15 oranında hem psikoterapi hem de farmakolojik tedavi uygulandığı bildirilmektedir. Moel ve ark (2010)'nın depresyonlu kadınlara psikoterapi uyguladıkları bir çalışmada da depresyonlu kadınların seksüel fonksiyonlarında ve evlilik ilişkilerinde depresyonda olmayanlara göre olumlu yönde farklılıklar saptandığı rapor edilmiştir.

Psikoterapi yüksek depresyon riski bulunan kadınlarda koruyucu olarak da kullanılabilir. Gebeliğin son trimestri süresince doğum sonrası depresyon açısından risk faktörleri saptanabilir, doğum sonrası dönemde de kadına psikoterapi uygulanabilir ve böylece doğum sonrası depresyonun sıklığı azaltılabilir (Peindl ve Wisner 2004). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada gebeliğin 32. haftasında EDDÖ ölçeğine göre 12 ve üstünde puanı olan kadınlara bireysel psikoterapi uygulanmış ve bu kadınlarda doğum sonrası altıncı ayda depresyon tanısı ve semptomlarında azalma, sosyal fonksiyonlarda iyileşme gözlendiği bildirilmiştir (Grote ve ark 2009). Diğer bir çalışmada ise bireysel bilişsel davranışsal terapinin postnatal depresyon açısından riskli kadınlarda etkili olduğu gösterilmiştir (Wiklund ve ark 2010).

1.3.1.2.6. Doğum Sonrası Depresyonun Bebek ve Aile Üzerine Olan Etkileri

Doğum sonrası depresyonunun bebek ve aile üzerine önemli etkilerinin olduğu bildirilmektedir. Depresyonlu annelerin beslenme esnasında bebeklerinin yüzüne daha kısa süre baktıkları ve daha az olumlu tutum gösterdikleri, annelik becerilerinin ve bebeklerine karşı olan sorumluluklarının zayıfladığı görülmektedir (Brand ve Brennan 2009, Durukan ve ark 2011, Bang 2011). Doğum sonrası depresyonu olan kadınların bebeklerinin ilk üç yıllık dönemde fiziksel, duygusal, mental ve motor gelişiminin olumsuz etkilendiği ve bu bebekler için koruyucu sağlık hizmetlerine daha az sıklıkta başvurulduğu bildirilmiştir. Doğum sonrası depresyonu olan kadınların bebeklerinin daha fazla düşük doğum ağırlığı, ilk altı ayda büyüme gelişmede yetersizlik, bebekte gelişme geriliği, ilerleyen yıllarda çocuk gelişiminde gerilik ile ilişkili olduğu ve bu kadınların %40'ının çocuklarının depresyon açısından yüksek risk altında olduğu bildirilmektedir (Minkovitz ve ark 2005, Surkan ve ark 2008, Durukan ve ark 2011, Santos ve ark 2010, Traviss ve ark 2012). Surkan ve ark (2011)'nın yaptığı bir derlemede yer alan 17 çalışmanın 15'inde depresyon ile çocuğun gelişimi arasında olumsuz ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Brezilya ve Amerika'da yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı arttıkça, bebek bakımı ve beslenmesinin daha yetersiz olduğu ve bebeklerin yeterli kilo alamadıkları bildirilmiştir (Surkan ve ark 2008, Wachs 2009, Santos ve ark 2010).

Depresyonlu annelerin depresyonlu olmayanlara göre, bebek bakımı sırasında bebeklerine daha az şefkat ve sevgi gösterdikleri belirtilmiştir (Ferber ve ark 2008). Anne ve babanın her ikisinin de depresyonlu oldukları durumda bebeklerde okuma, şarkı söyleme, konuşma ve oyun oynama gibi faaliyetlerde belirgin düzeyde azalma olduğu rapor edilmiştir (Paulson ve ark 2006). Bu konuda İngiltere'de yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyete belirtileri gösteren ailelerin bebeklerinin ilk yürümelerinde ve konuşmalarında gecikme gözlemlendiği bildirilmiştir (Colman ve ark 2007).

Depresyonlu annelerin bebeklerinde daha fazla oranda zor bebek mizacı geliştiği, ilk aylarda daha fazla sağlık problemleri ve uyku problemleri yaşadıkları, annelerin bebeklerine sert cezalandırma uyguladıkları bildirilmiştir (Beck ve 1996, McLearn ve ark 2006). Doğum sonrası depresyon açısından belirlenen düşük ve yüksek riskli kadınların bebekleri ile yapılan bir çalışmada doğum sonrası 2. ve 24. haftalarda yüksek riskli kadınların bebeklerinde düşük uyku verimliliği, uykuya dalmada gecikme ve uyku epizotları sayısında artma saptanırken; düşük riskli kadınların bebeklerinde daha yüksek uyku verimliliği, uykuya dalmada gecikme ve uykudan uyanma sayısında azalma rapor edilmiştir (Armitage ve ark 2009).

Doğum sonrası depresyon ile aile fonksiyonları, sosyal destek ve evlilik ilişkileri arasında olumsuz korelasyon olduğu gösterilmektedir (Güra ve ark 2004, Bang 2011). İngiltere'de yapılan bir diğer çalışmada da depresyon belirtilerinin ailelerin uzun dönemde kalp krizi nedeniyle ölmelerinde etkili olduğu rapor edilmiştir (Jiang ve ark 2007).

Doğum sonrası depresyon tedavi edilmediği takdirde kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hastalık olabilmektedir. Doğum sonrası depresyon kadının yaşam kalitesini düşürmekte, intihar ve bebeğine zarar verme risklerini artırabilmekte ve aile ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle anne, bebek ve aile sağlığını yükseltmek için erken dönemde depresyon taramaları yapılmalıdır. (Gjerdingen ve ark 2008, Durukan ve ark 2011).

1.3.1.2.7. Doğum Sonrası Depresyonda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Doğum sonrası dönemde uyum sorunları ve ruhsal sorunlar genellikle kadınların sağlık kuruluşlarından taburcu olmalarından sonra ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde doğum yapan kadınlar genellikle ilk 3 gün içinde hastaneden taburcu edilmektedir. İlk 3 gün acil olarak gelişebilecek bazı komplikasyonları önlemek için yeterli olarak görülebilir. Ancak doğum sonrası dönemde kadının yeni durumuna uyum sağlamasına destek için bu süre yeterli değildir. Kadınların hastaneden çıktıktan sonra evde oldukları bu dönemde ruhsal belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılamanın yapılamaması olasıdır (Lumley ve ark 2006, Taşdemir ve ark 2006, Beydağ 2007, Yiu ve ark 2009, Durukan ve ark 2011, Meltzer-Brody 2011). Doğumdan sonraki ilk günde, sağlık çalışanı ile yoğun etkileşim içinde olan kadının hastaneden taburcu olduktan sonra da doğum sonrası döneme uyum yapabilmesinde, depresyon açısından potansiyel risklerin ve belirtilerin saptanmasında sağlık çalışanlarından, özellikle hemşirelerden/ebelerden aldığı bakım çok önemli bir yere sahiptir (Beydağ 2007, Yiu ve ark 2009, Durukan ve ark 2011). Bakımın sürekliliğinin sağlaması için hemşirenin/ebenin doğum sonrası dönemdeki kadınlar ile sürekli iletişimde olması, zaman içinde değişen bakım gereksinimlerini belirlemesi ve bu gereksinimlere yönelik fiziksel sağlığın yanında ruhsal sağlık ile ilgili de koruyucu ve geliştirici önlemleri alması gerekmektedir (Taşdemir ve ark 2006, Yiu ve ark 2009, Meltzer-Brody 2011). Beck (2001) hemşirelerin doğum sonrası depresyon yaşayan anne ile iletişimin sürdürülmesini sağlamada yedi temadan söz etmiştir. Bunlar;

- Doğum sonrası depresyona ilişkin yeterli bilgiye sahip olma,
- Doğum sonrası depresyona ilişkin doğru hemşirelik tanısı koymak için dikkatli gözlem yapma,
- Annelere doğum sonrası depresyon sorununun biteceğine ilişkin umut aşılama,
- Anne ile empatik iletişimi sürdürme,
- Anneye zaman ayırma,
- Gerektiğinde ileri tanı ve tedavi için anneyi yönlendirme ve
- Bakımın sürekliliğini sağlamadır.

Yapılan bir sistematik derlemede de doğum sonrası depresyon ile ilgili hemşirenin/ebenin yapması gereken bakım şöyle sıralanmaktadır (Meltzer-Brody 2011);

- Tüm kadınları doğum sonrası depresyon bakımından değerlendirme,
- Gebelik öncesi bakımda ruhsal hastalıkların tedavisine yer verme,
- Geçmişte depresyon tanısı alan kadınlarda depresyonun nüks (tekrar) edeceğini dikkate alarak bebek sayısını sınırlandırma,
- Kanıta dayalı bakım verme ve kayıt etme,
- Tedaviye başlandığında annenin emzirme ile ilgili düşüncelerini ve planlarını dikkate alma,
- Gebelik sırasında tedavi uygulanması gerekiyorsa farmakolojik tedavinin aile ile tartışılmasını sağlama veya nonfarmakolojik alternatif tedavi uygulama,
- Tedavide psikoterapi uygulamalarına yer verme.

Doğum sonrası depresyon ciddi sonuçlar doğurabileceği için erken tanı ve tarama çok önemlidir (Gaynes ve ark 2005, Munoz ve ark 2006, Gereklioğlu ve ark 2007, Xie ve ark 2010). Hemşirenin/ebenin doğum sonrası erken dönemde kadını annelik hüznü, doğum sonrası depresyon belirtileri ve riskleri yönünden izlemek, yeni oluşan ailenin beklentileri doğrultusunda hem biyolojik hem de psikolojik olarak mümkün olduğunca olumlu deneyimler yaşamalarını sağlamak, evde destekleyici bir çevre oluşturmak ve kriz durumlarında aileyi destekleme görevleri bulunmaktadır (Nur ve ark 2004, Beydağ 2007, Xie ve ark 2010). Sağlık çalışanları doğum sonrası 2- 24. haftalar arasında doğum sonrası depresyon belirtilerini belirlemek için tarama yapabilirler (Sheeder ve ark 2009, Xie ve ark 2010, Tarviss ve ark 2012). Ancak prenatal dönemde geçirilen anksiyete veya depresyon, doğum sonrası depresyonun öncüsü olabilmektedir. Bu nedenle hemşire/ebe doğum sonrası depresyonu değerlendirmeye prenatal dönemden başlamalıdır (Peindl ve Wisner 2004, Sheeder ve ark 2009). Yüksek doğum sonrası depresyon riskinde olan kadınları belirlemek için, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve EDDÖ kullanılabilmektedir (Engindeniz ve ark 1997, Beck 2001, Karaçam ve Kitiş 2008). Tüm dünyada ise en çok doğum sonrası depresyon riskini taramada EDDÖ ölçeği kullanılmaktadır.

Hemşireler/ebeler EDDÖ ölçeği ile yüksek depresyon riskini saptayabilmektedirler (Montazeri ve ark 2007, WHO-UNFPA 2008, Sheeder ve ark 2009, Xie ve ark 2010, Bick ve Howard 2010, Hirst ve Moutier 2010, Howard ve ark 2011, Khanam ve ark 2011). Sağlık Bakanlığı da doğum sonu bakım rehberinde EDDÖ'nün kullanımına yer vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009).

Doğum sonrası depresyonu önlemek için Lumley ve ark (2006)'nın önerdiği PRISM (Annelere kaynak, çare, bilgi ve destek programı) programından yararlanılabilir. PRISIM programının toplumsal amaçları; kadınlar için zamanı planlama ve desteğe erişebilmeyi geliştirme, danışmanlık için kadını ve ailesini cesaretlendirme, iyi kalitede hizmet sunma, anne ve bebek arasındaki iletişimi artırma, kadınları doğum sonrası erken dönemde aileleri ile işbirliğine teşvik etme, kadınlara ve eşlerine genel fiziksel ve emosyonel sağlık ile ilgili yazılı eğitim materyali (broşür) sağlamadır. Bu programda:

- Tüm kadınlarla doğum sonrası erken dönemde iletişime geçerek doğum sonrası ruhsal problemler ve özellikle de depresyon hakkında bilgi edinmelerini sağlamak,
- Annelere depresyonun belirtilerini açıklamak ve tanıtmak,
- Doğum sonrası genel fiziksel problemlerini tanıtmak,
- Doğum sonrası depresyon tanısı alan kadınlara, kendilerini izole etmemeleri ve problemleri ile baş edebilmeleri için destek olmak yer almaktadır.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2008)'de doğum sonrası (4-6 haftalar veya 3. ve 4. aylar) dönemdeki kadınlara uygulanacak bakımda, sağlık çalışanlarının kadınlarda gelişebilecek depresyon ile ilgili yol gösterici olacak iki soruyu sormaları ve bu konu ile ilgili kitapçık vermelerini önermektedir. Bu sorular; "geçen ay boyunca sıklıkla can sıkıntısı, umutsuzluk ve depresif duygular hissettiniz mi?" ve "geçen ay boyunca sıklıkla yaptığınız işlerde ilgi kaybı ve memnuniyetsizlik hissettiniz mi?" dir. Bu sorulardan herhangi birine evet cevabı veren kadınlara sağlık çalışanlarının ilave olarak; "yardıma ihtiyacınız var mı? yardım almak ister misiniz?" sorularını yöneltmeleri

önerilmektedir. Bu sorulara evet yanıtı veren kadınlar ileri tanı ve tedavi için sevk edilmelidirler.

Sit ve ark (2009)'nın yaptığı bir çalışmada doğum sonrası dönemdeki kadınlara sağlık çalışanları tarafından CARES (Sağlık Başlangıcı, Kadının Sağlık Bakım Davranışları) programı uygulanmıştır. Bu program kadınların psikososyal gereksinimlerini karşılamak için kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bu programın içeriğinde; hazırlama, tarama, izleme, problemlerini ilişkilendirme, profesyonellerden yardım alma ve destek sistemlerini geliştirme yer almaktadır. Bu araştırmada gebelik ve doğum sonrası birinci yılında olan kadınlara EDDÖ ölçeği uygulanmış ve ölçek puanı 10 puan ve üstünde olan 29 kadın depresyon açısından riskli kabul edilmiş ve CARES programı ile tedavileri sağlanmıştır. CARES programını tamamlayan kadınların programdan büyük oranda hoşnut oldukları, ev ve iş fonksiyonlarında, depresyon belirtilerinde ve anne-bebek iletişiminde iyileşme olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, bu programın yüksek depresyon riski olan kadınlar ve aileleri için yararlı olduğu belirtilmiştir.

Doğum sonrası depresyonda koruyucu, erken tanılama ve tedaviye yönelik bakımların multidisipliner (hemşire/ebe, obstetrisyen, pediyatrist, psikolog, psikiyatrist) bir ekip çalışması ile verilmesi gerekmektedir (Meltzer-Brody 2011). Ekip üyeleri işbirliği içinde kadının da bakıma aktif olarak katılmasını sağlamalı ve ruhsal durumları ile ilgili sağlık eğitimi yapmalıdırlar. Böylece doğum sonrası dönemde oluşabilecek ruhsal hastalıklar önlenebilir ve depresyonlu kadınların iyileşmesine yardım edilebilir. Bu da multidisipliner bir ekibin tedavinin her basamağında işbirliği yapması ile sağlanabilir. Sağlık çalışanları doğum sonrası erken dönemde kadına depresyon ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek doğum sonrası depresyon gelişimini önleyebilir, erken tanı ve tedavi olasılığını arttırabilirler (Taşdemir ve ark 2006, Munoz ve ark 2006, Gjerdingen ve ark 2008, Yiu ve ark 2009, Meltzer-Brody 2011).

1.3.1.3. Doğum Sonrası Psikoz

Doğum sonrası psikoz nadiren görülmesine rağmen şiddetli seyreden, çoğunlukla doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içinde başlayan, hastanede yatarak tedavi gerektiren ruhsal bir hastalıktır. Doğum sonrası psikoz kadınların %0,1-0,5'inde görülmektedir (Harlow ve ark 2007, Strain ve ark 2012, Perinatoloji Derneği 2012). Doğum sonrası psikoz kadının kendisine ve bebeğine zarar verme davranışının ve intihar riskinin yüksek olduğu ciddi bir tablodur ve belirtileri fark edildiğinde psikiyatri uzmanına sevk edilmesi gerekmektedir (Gereklioğlu ve ark 2007, Gölbaşı 2008). Bu psikiyatrik hastalık doğum sonrası depresyon ile beraber ya da ayrı olarak da seyredebilmektedir. Doğum sonrası psikoz gebelik öncesinde veya prenatal dönemde psikiyatrik veya bipolar bozukluk yaşayan kadınların %4,5-9,3'ünde görülmektedir. Ancak gebelik öncesinde veya prenatal dönemde psikiyatrik veya bipolar bozukluk yaşamayan kadınlarda sadece %01-4 oranında görülmektedir. Geçmişte doğum sonrası ruhsal hastalığın varlığı doğum sonrası psikozu tetiklemektedir (Harlow ve ark 2007, Gölbaşı 2008). Bir kez doğum sonrası psikoz geçiren bir kadının sonraki doğumunda tekrarlama riskinin %70 olduğu bildirilmektedir. Doğum sonrası psikoz genç kadınlarda, primiparlarda ve daha önce ruhsal bozukluk öyküsü olanlarda daha sık görülmektedir. (Kocabaşoğlu ve Başer 2008, Brauer ve Martinsen 2012).

Doğum sonrası psikozlu hastalar genellikle depresyon belirtilerinin yanında ajitasyon, hiperaktivite, huzursuzluk, öfori; ambivalan duygu durumu, uyku bozuklukları, ağlama nöbetleri, konfüzyon, mantıksızlık, hatırlama ya da konsantre olma güçlüğü yaşamaktadırlar (Gölbaşı 2008, Furumura ve ark 2012, Strain ve ark 2012). Doğum sonrası psikoz yaşayan kadınlarda çocuğa zarar verme düşünceleri vardır ve bu kadınların %24'ünün çocuklarına zarar vermekten ve çocukları ile yalnız kalmaktan korktukları bildirilmektedir (Kocabaşoğulu ve Başer 2008). Doğum sonrası psikozu olan kadınların %10'nunda tedavi aşamasında intihar ve bebeğini öldürme girişimi görülebilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası psikoz psikiyatrik bozukluklar içinde en ağır hastalık olarak kabul edilmektedir (Brand ve Brennan 2009, Strain ve ark 2012).

sayısı 5540'tır. İzmir 9 Nolu Karşıyaka Zübeyde Hanım Sağlık Merkezi bölgesinde 2010 yılı ilk altı aylık doğum sayısı 391'dir. Bu bölgede daha çok Doğu Anadolu, Güney Doğu Anadolu, İç Anadolu bölgesinden göç eden aileler ikamet etmektedir. Aile yapıları genelde geniş ailedir ve kadınların büyük bir çoğunluğu ev hanımıdır. Bu bölgedeki evler genellikle çok katlı apartmanlardan meydana gelmiştir. Merkezi kanalizasyonları vardır. Bölge halkı ısınmak için odun, kömür ve doğalgazdan yararlanmaktadır.

2.3.Araştırmanın Zamanı

Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler Çizelge 2.3.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler

Araştırmanın Aşamaları	**Araştırmanın Zamanı**
Araştırma konusunun seçimi	Mayıs 2010-Temmuz 2010
Veri toplama aracının oluşturulması	Temmuz 2010- Ağustos 2010
Soru ve izlem formunun uzman görüşüne sunulması	Ağustos 2010
Eğitim materyalinin oluşturulması	Temmuz 2010- Ağustos 2010
Eğitim materyalinin uzman görüşüne sunulması	Eylül 2010-Ekim 2010
Eğitim materyalinin değerlendirilmesi	Ekim 2010-Kasım 2010
Etik kurul ön onay yazısının alınması	Kasım 2010
İzmir il sağlık müdürlüğünden izin yazısının alınması	Kasım 2010
Kontrol grubundan ilk verilerin toplanması	Kasım 2010-Aralık 2010
Çalışma grubundan ilk verilerin toplanması, yapılandırılmış eğitimin verilmesi ve eğitim materyalinin dağıtılması	Ocak 2011-Şubat 2011
Kontrol grubundan son verilerin toplanması, yapılandırılmış eğitimin verilmesi ve eğitim materyalinin dağıtılması	Şubat 2011-Nisan 2011
Çalışma grubundan son verilerin toplanması	Nisan 2011- Haziran 2011
Araştırma raporunun hazırlanması	Eylül 2011- Mayıs 2012
Etik kurul son onay yazısının alınması	Mayıs 2012

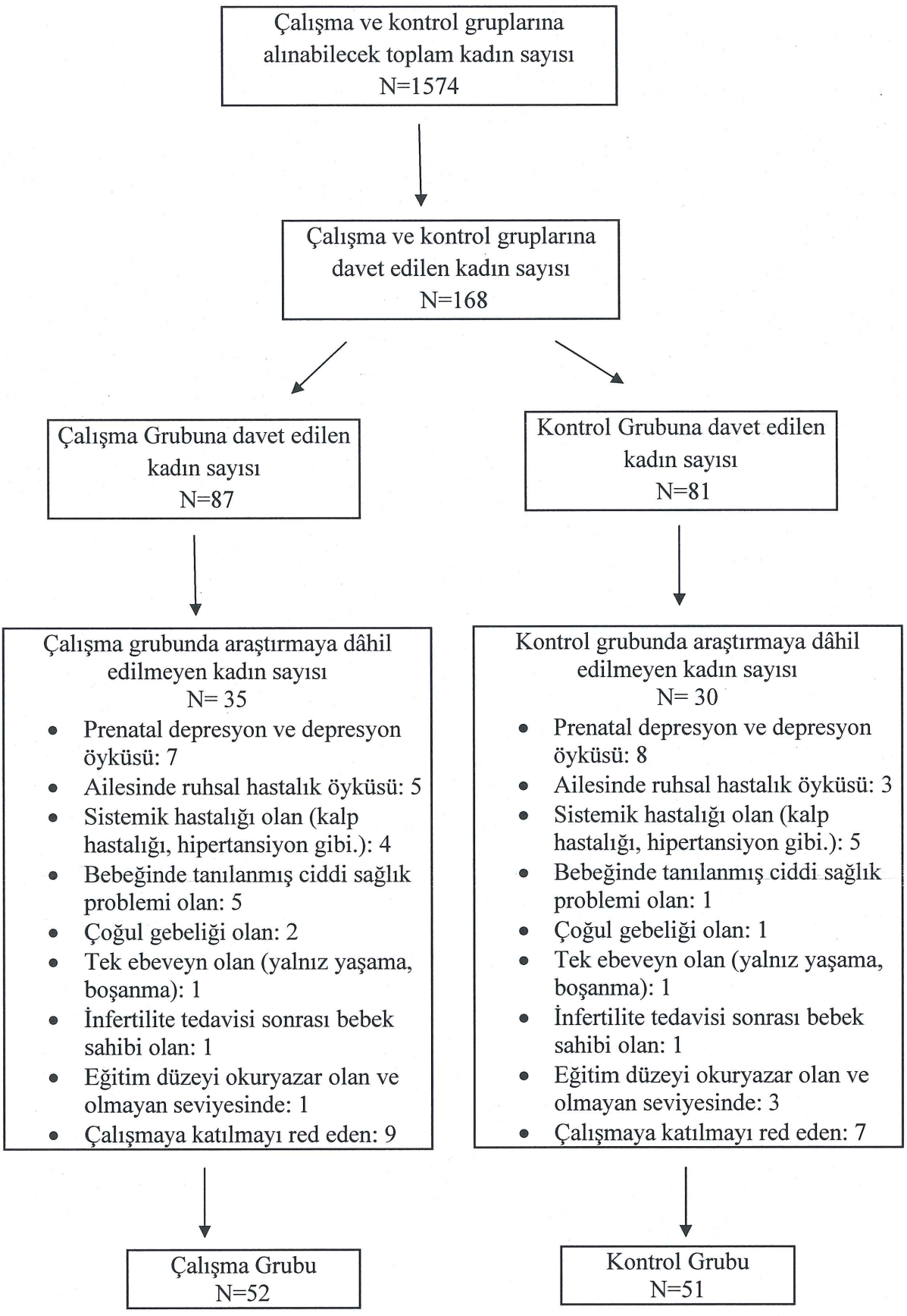
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir İl Merkezi Karşıyaka 9 Nolu Zübeyde Hanım Sağlık Merkezi ve Bayraklı 14 Nolu Gerbay Sağlık Merkezi bölgelerinde ikamet eden ve son bir yıl içinde doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Karşıyaka 9 Nolu Zübeyde Hanım Sağlık Merkezi bölgesinde Haziran 2009-Haziran 2010 tarihleri arasındaki bir yılık dönemde doğum yapan kadın sayısı 782 ve aynı dönemde Bayraklı 14 Nolu Gerbay Sağlık Merkezi bölgesindeki doğum yapan kadın sayısı 792 idi. Sağlık merkezindeki bireyler arasında hizmet farklılığı oluşturmamak için, randomizasyon yapılamamış, Bayraklı 14 Nolu Gerbay Sağlık Merkezi bölgesindeki kadınlar çalışma grubuna ve 9 Nolu Zübeyde Hanım Sağlık Merkezi bölgesindeki kadınlar da kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmaya olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen çalışma grubuna 52, kontrol grubuna 51 olmak üzere toplam 103 kadın alınmıştır. Araştırmanın örneklemine alınması gereken en az birey sayısı bu çalışmanın ilk 35 çalışma grubu ve ilk 35 kontrol grubu verilerine dayalı olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemine en az alınması gereken birey sayısı (örneklem hacmi), Güç analizi ile McNemar istatistiksel yöntemi kullanılarak α=0,05 ve power (güç)=0,80 (%80) değerleri ile hesaplanmış olup; her bir gruba 45 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırmaya 87 kadın çalışma grubuna ve 81 kadın kontrol grubuna olmak üzere toplam 168 kadın davet edilmiştir. Araştırma süresince çalışma grubundaki 26 kadın dâhil etme kriterlerine uygun olmadıkları ve 9 kadın çalışmaya katılmayı red ettiği için çalışma grubu 52 kişi ile tamamlanmıştır. Kontrol grubuna davet edilen kadınlardan 23 kadın dâhil etme kriterlerine uygun olmadıkları ve 7 kadın çalışmayı red ettiği için kontrol grubu 51 kişi ile tamamlanmıştır. Araştırmada birinci görüşmeye katılan kadınların tamamı ikinci görüşmeye de katılmışlar ve herhangi bir örneklem kaybı yaşanmamıştır. Örnekleme alınan ve araştırmaya dâhil edilmeyen kadınlara ilişkin ayrıntılı bilgi Şekil 2.4.1'de verilmiştir.

Şekil 2.4.1. Örnekleme alınan ve araştırmaya dâhil edilmeyen kadınlara ilişkin veriler



2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

2.5.1. Gönüllüler için araştırmaya dâhil olma kriterleri

- Araştırmaya doğum sonrası 2. haftada, en az ilkokul mezunu ve 18-49 yaş aralığında olan kadınlar alınmıştır.

2.5.2. Gönüllüler için araştırmadan dışlama kriterleri

- Eğitim düzeyi okuryazar olan ve olmayan seviyesinde olan (yazılı eğitim materyali kullanılacağı ve veri toplama formlarında kendini bildirim ölçeklerinin bulunması nedeniyle),
- Prenatal depresyon ve depresyon öyküsü olan,
- Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan,
- Çoğul gebeliği olan,
- Adölesan gebeliği olan,
- Tek ebeveyn olan,
- İnfertilite tedavisi sonrası bebek sahibi olan,
- Bebeğinde tanılanmış ciddi sağlık problemi olan,
- Sistemik hastalığı (kalp hastalığı, kontrol edilemeyen diyabetus mellitus, hipertansiyon gibi.) olan kadınlar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak 4 form kullanılmıştır. Bunlar;

1) Soru formu (Ek 1),
2) İzlem formu (Ek 4),
3) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 2) ve
4) Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (Ek 3)'dir.

Soru formu: Araştırmacı tarafından litaretür taranarak geliştirilen soru formu kadınların tanıtıcı özellikleri, obstetrik öyküleri, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin verileri, bebek ve bebek bakımına ilişkin verileri, kadınların yaşadıkları önemli yaşamsal stres durumlarına ilişkin verileri, kadınların kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri, doğum sonrası depresyon için risk faktörü olan durumlarının sorgulandığı kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanan 37 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Soru formunda çalışmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerini sorgulayan 6 soru, obstetrik öykülerini sorgulayan 1 soru, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin verileri sorgulayan 6 soru, bebek ve bebek bakımına ilişkin verileri sorgulayan 14 soru, kadınların yaşadıkları önemli yaşamsal stres durumlarına ilişkin verileri sorgulayan 1 soru, kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşlerini sorgulayan 9 soru yer almaktadır (EK 1).

İzlem formu: Araştırmacı tarafından litaretür taranarak geliştirilen izlem formu kadınların ilk görüşmeden sonra kendileri, bebekleri ve aile yaşamlarına ilişkin değişiklik olup olmadığını sorgulamak için hazırlanmıştır. İzlem formu kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanan 19 sorudan oluşmaktadır (EK 4).

Soru ve izlem formlarının kapsam ve görünüm geçerliliğini sağlamak için Kadın Doğum Hemşireliği alanında görev yapan 8 öğretim üyesinin görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca soru ve izlem formlarının anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini geliştirebilmek için doğum sonrası dönemdeki 10 kadın ile ön uygulama yapılmış ve anlaşılmasında güçlük olan sorular yeniden düzenlenmiştir. Bu formlar yüz yüze görüşme tekniğiyle doldurulmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) Zimet ve ark (1988) tarafından geliştirilen, üç farklı kaynaktan (aile; arkadaş; ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi) alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir öz bildirim ölçeğidir. MSPSS 12 maddeden oluşan, her birinde 4 madde bulunan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içeren, 7 aralıklı (1'den 7'ye kadar) likert tipi bir ölçektir. Her alt ölçekteki 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu ölçek ile ilgili yapılan geçerlik çalışmalarında başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile pozitif yönde, depresyon ve anksiyete ölçekleri ile negatif yönde korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. Bu çalışmada, faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği Eker ve ark (2001) tarafından yapılan MSPSS'nin Gözden Geçirilmiş Formu kullanılmıştır. Bu ölçek kendini bildirim yöntemiyle doldurulmaktadır (EK 2).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği; Cox ve ark (1987) tarafından geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EDDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. EDDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13

alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 olarak bulunmuştur. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon r:0.7 ($p<0.001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDDÖ'nün kesme noktası 12/13 olarak alınmış olup, ölçek puanı 12 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir. Bu ölçek kendini bildirim yöntemiyle doldurulmaktadır (EK 3). EDDÖ'nün, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Doğum Sonu Bakım Rehberinde yüksek doğum sonrası depresyon riskinde olan kadınların saptanmasında kullanılması önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009).

2.7. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi

Eğitim materyali Karaçam ve ark (2004)'nın çalışmasında yer alan "Annelerin Doğum Sonrası Depresyon Gelişimini Önlemede ve Depresyon Geliştiğinde Başa Çıkmada Yararlanabilecekleri Bazı Önerilerden" yararlanılarak ve kapsamı geliştirilerek oluşturulmuştur. Bu yapılandırılmış eğitim materyali; doğum sonrası ruhsal değişimler, annelik hüznü, doğum sonrası psikoz, doğum sonrası depresyon, doğum sonrası depresyon belirtileri, doğum sonrası depresyonun ne sıklıkla görüldüğü, doğum sonrası depresyon açısından hangi kadınların daha fazla risk altında olduğu, doğum sonrası depresyonun tedavisi, annelerin doğum sonrası depresyon gelişimini önlemede ve depresyon geliştiğinde başa çıkmada yararlanabilecekleri bazı öneriler konu başlıklarından oluşmaktadır (EK 11).

Eğitim materyali Eylül 2010-Ekim 2010 tarihleri arasında Ege Üniversitesi ve Adnan Menderes Üniversitesinde Doğum-Kadın Sağlığı Hemşireliği ve Psikiyatri Hemşireliği alanında görev yapan 20 öğretim üyesinin uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlara örnek eğitim materyali (EK 11) ile birlikte eğitim materyalini değerlendirme formu (Ek 10) dağıtılmış ve formdaki uygun seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Geriye dönen 17 uzmanın görüşleri Ekim 2010-Kasım 2010 tarihleri arasında PASW 18 programı ile içerik geçerliliği test edilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda daha anlaşılır hale getirilerek eğitim materyaline son şekli verilmiştir. Uzmanlar tarafından yapılan

değerlendirme sonucunda eğitim materyali için verdikleri ortalama puan, standart sapma ve min-max değerleri Çizelge 2.7.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.7.1. Uzmanların eğitim materyaline verdikleri puanların ortalama, standart sapma, min-max değerleri

Eğitim Materyali Değerlendirme Formu	Ort*	Sd**	Min	Max
Kurgusal Özellikler				
Alt başlıklar mantıklı bir şekilde düzenlenmiş	4,4	0,79	3,00	5,00
Bölümler arasında uyum bulunmakta	4,2	0,97	2,00	5,00
Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış	3,9	0,75	3,00	5,00
İçerik ile İlgili Özellikler				
Verilen bilgilerin kapsamı yeterli	4,2	0,75	3,00	5,00
Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir	4,1	0,78	3,00	5,00
Kaynakları güncel ve konu ile ilgili	4,6	0,62	3,00	5,00
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler				
Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor	4,4	0,70	3,00	5,00
Gereksiz tekrarlar yok	4,5	0,80	3,00	5,00
Gereksiz ayrıntılar yok	4,2	1,07	2,00	5,00
Anlamayı güçleştiren sözcükler yok	4,1	0,83	3,00	5,00
Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış	4,4	0,61	3,00	5,00
Basım Niteliği ile İlgili Özellikler				
Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkmıyor	3,2	1,07	2,00	5,00
Yanlış yazılmış sözcükler yok	4,2	0,75	3,00	5,00
Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış	4,2	0,81	3,00	5,00

*Ortalama
**Standart Sapma

Eğitim Materyali Değerlendirme Formu (Ek 10) bu çalışmada kullanılan eğitim materyalini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Eğitim materyali değerlendirme formu, eğitim materyalinin kurgusal, içerik, Türkçe anlatım ve basım niteliği ile ilgili özelliklerinin değerlendirildiği 14 sorudan oluşmaktadır. Formun puanlamasındaki görüşler; fikrim yok 0, gereksiz 1, hiç katılmıyorum 2, az katılıyorum 3, orta derecede katılıyorum 4, çok katılıyorum 5 puan şeklinde yapılmıştır.

Çizelge 2.7.2. Eğitim materyali içerik geçerliliği değerleri

N	W*	x^2	Sd**	P
14	0,509	114,027	16	<0,001

* Kendall'ın uyuşum katsayısı
**Standart Sapma

Eğitim materyalinin içerik geçerliği açısından değerlendirilmesi için Ege Üniversitesi ve Adnan Menderes Üniversitesinde Doğum-Kadın Sağlığı Hemşireliği ve Psikiyatri Hemşireliği alanında görev yapan 20 öğretim üyesinin uzman görüşüne sunulmuştur. Geriye dönen 17 öğretim üyesinin değerlendirme sonuçlarına göre yapılan Kendall'ın Uyuşum Katsayısı korelasyon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$; Çizelge 2.7.2). Buna göre uzman görüşleri birbiriyle uyumludur ve eğitim materyalinin kapsamı geçerli olarak kabul edilmiştir.

2.8. Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formları ve eğitim materyali ile Aydın Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde yatan 10 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda veri toplama aracında bir soruda değişiklik yapılmış (kadınların evlilik öyküleri ile ilgili yaşantılarını sorgulayan sorulara bazen şıkkının eklenmesidir), eğitim materyalinin anlaşılmada güçlük olan bazı bölümleri yeniden düzenlenmiş ve daha anlaşılır hale getirilmiştir.

2.9. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması ile ilgili bilgiler Çizelge 2.9.1.'de verilmiştir.

Çizelge 2.9.1. Araştırmanın uygulanması

1. Görüşme (Doğum sonrası 2-6. haftada)	
Çalışma Grubu **Bayraklı 14 Nolu Gerbay Sağlık Merkezi Bölgesindeki Kadınlar**	**Kontrol Grubu** **Karşıyaka 9 Nolu Zübeyde Hanım Sağlık Merkezi Bölgesindeki Kadınlar**
Ev ziyareti yapma (yaklaşık 110-130dk) Annelere araştırma hakkında bilgi verme, sözlü ve yazılı izin alma Soru formu (Ek 1), ÇBASDÖ (Ek 2) ve EDDÖ'nin (Ek 3) doldurma Eğitim yapma ve eğitim materyali dağıtma (Ek 11: Eğitim Materyali) (60dk eğitim 30'ar dk iki oturum şeklinde, 10dk ara verilerek)	Ev ziyareti yapma (yaklaşık 40-60dk) Annelere araştırma hakkında bilgi verme, sözlü ve yazılı izin alma Soru formu (Ek 1), ÇBASDÖ (Ek 2) ve EDDÖ'nin (Ek 3) doldurma Olağan bakıma bırakma
2. Görüşme (Doğum sonrası 12-16. haftalar arası)	
Ev ziyareti yapma (yaklaşık 20-30dk) İzlem formu (Ek 4) ve EDDÖ'nin (Ek 3) doldurma Yüksek riskli durumda olan bireyi sevk etme (EDDÖ'nin 12 puan ve üzerinde olanlar)	Ev ziyareti yapma (yaklaşık 90-100dk) İzlem formu (Ek 4) ve EDDÖ'nin (Ek 3) doldurma Yüksek riskli durumda olan bireyi sevk etme (EDDÖ'nin 12 puan ve üzerinde olanlar) Eğitim yapma ve eğitim materyali dağıtma (Ek 11: Eğitim Materyali) (60dk eğitim 30'ar dk iki oturum şeklinde, 10dk ara verilerek)

Araştırmanın uygulanması sırasında yapılan veri toplama ve eğitim verme işlemleri aşağıda yer almaktadır:

- Araştırmanın yürütüleceği kurumlar belirlendikten sonra ilgili birimlerin sorumluları ve ekip ile araştırmanın amacı, kapsamı ve eğitim hakkında görüşme yapılmıştır.

- Doğum sonrası 2-6. haftalar arasında olan kadınlara ulaşabilmek ve çalışmanın duyurusunu ve tanıtımını yapabilmek için kadınların telefon numaraları ve adresleri hemşirelerin/ebelerin kayıt formlarından elde edilmiştir.

- Belirlenen kadınlar ile telefon görüşmesi yapılarak çalışma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya davet edilmiş ve ev ziyareti için randevu alınmıştır.

- Çalışma grubundaki kadınlar ile eğitim programı öncesi ve sonrası olmak üzere iki ev ziyareti yapılmıştır. Doğum sonrası 2-6. haftalar arasında yapılan birinci ev ziyaretinde, Soru formu (Ek 1), ÇBASDÖ (Ek 2) ve EDDÖ (Ek 3) uygulanmıştır. Ayrıca yapılandırılmış eğitim materyali kullanılarak 60 dakikalık eğitim programı 30'ar dakikalık iki oturum şeklinde, 10 dakikalık ara verilerek yapılmış ve eğitim materyali kadınların kendilerine bırakılmıştır. Birinci ev ziyareti yaklaşık 110-130 dakika sürmüştür. Bu ziyaretin sonunda kadınlara doğum sonrası 12-16. haftaları arasında tekrar görüşmek üzere randevu alınarak ikinci ev ziyareti planlanmıştır. İkinci görüşmede, EDDÖ (Ek 3) ve izlem formu (Ek 4) uygulanmıştır. Ardından EDDÖ puanı 12 puan ve üzerinde olan kadınlar, yüksek riskli oldukları hakkında bilgilendirilerek bağlı oldukları Aile Sağlığı Merkezlerine sevk edilmişlerdir. İkinci ev ziyareti yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür

- Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınlar ile de iki ev ziyareti yapılmıştır. Doğum sonrası 2-6. haftalar arasındaki yapılan birinci ev ziyaretinde, Soru formu (Ek 1), ÇBASDÖ (Ek 2) ve EDDÖ (Ek 3) uygulanmış ve ikinci ev ziyaretine kadar olağan bakıma bırakılmıştır. Birinci ev ziyareti yaklaşık 40-60 dakika sürmüştür. Birinci ev ziyaretinin sonunda kadınlara doğum sonrası 12-16. haftaları arasında tekrar görüşmek üzere randevu alınarak ikinci ev ziyareti planlanmıştır. İkinci ev ziyaretinde EDDÖ (Ek 3) ve izlem formu (Ek 4)'nun doldurulması sağlanmıştır. Ardından çalışma grubuna yapılan eğitimin tamamı kontrol grubuna da aynı şekilde yapılmış ve eğitim materyali kadınların kendilerine bırakılmıştır. Yine çalışma grubundakine benzer şekilde EDDÖ puanı 12 puan ve üzerinde olan kadınlar, yüksek riskli oldukları hakkında bilgilendirilerek bağlı oldukları Aile Sağlığı Merkezlerine sevk edilmişlerdir. İkinci ev ziyareti yaklaşık 90-100 dakika sürmüştür.

- Yapılan eğitim sırasında, çalışma ve kontrol grubundaki kadınların tamamına eğitim programının amacı, içeriği ve önemi konusunda açıklama yapılmış ve konuya kadınların ilgisinin yoğunlaşması sağlanmıştır. Eğitimde sözlü anlatım tekniği kullanılmış ve konunun daha anlaşılır hale getirilmesi için örnekler verilmiştir. Ayrıca eğitim sırasında kadınların soruları cevaplandırılmış, doğum sonrası depresyon belirtileri ve baş etme konusunda deneyimlerini paylaşabilecekleri uygun etkileşim ortamı oluşturulmuştur.

2.10. Verilerin Değerlendirmesi

- Araştırmadan elde edilen verilerin analizi PASW 18 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın verileri tanımlayıcı istatistikler Ki-Kare testi, t-testi (bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), Mann Whitney-U Testi, Wilcoxon Signed Ranks Testi (İşaret Testi), Kendall'ın uyuşum katsayısı ile değerlendirilmiştir. $P<0,05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

Verilerin analizinde;

- Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim, resmi nikâh, gebelik sayıları, canlı doğum sayıları, çalışma ve sosyal güvenceye sahip olma ve gelir durum gibi tanıtıcı özelliklerinin homojenliğinin karşılaştırılması için ki- kare testi ve t testi,

- Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik öyküleri, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin verileri, bebek ve bebek bakımına ilişkin verileri, kadınların yaşadıkları önemli yaşamsal stres durumlarına ilişkin verileri, kadınların kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri, doğum sonrası depresyon için risk faktörü olan durumlarının karşılaştırılması için ki- kare testi,

- Çalışma ve kontrol grubu kadınların ÇBASDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,

- Çalışma ve kontrol grubu kadınların eğitim öncesi EDDÖ (ön test) medianlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi,

- Çalışma ve kontrol grubu kadınların eğitim sonrası EDDÖ (son test) medianlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi,

- Çalışma ve kontrol grubu kadınların eğitim öncesi (ön test) ve sonrası (son test) Doğum Sonrası Depresyon Riski bulunma durumu karşılaştırılmasında ki-kare testi,

- Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların eğitim öncesi (ön test) ve sonrası (son test) EDDÖ puanlarını karşılaştırmak için bağımlı gruplarda Wilcoxon Signed Ranks testi (İşaret Testi),

- Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların eğitim öncesi (ön test) ve sonrası (son test) EDDÖ toplam puan sıra ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi,

- Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların eğitim öncesi (ön test) ve sonrası (son test) EDDÖ maddeleri puanları arasındaki fark sayı, yüzde dağılımları kullanılmıştır.

2.11. Değişkenler

2.11.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenini Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ve maddeleri oluşturmuştur.

2.11.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; kadınların tanıtıcı özellikleri, obstetrik öyküleri, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin verileri, bebek ve bebek bakımına ilişkin verileri, kadınların yaşadıkları önemli yaşamsal stres durumlarına ilişkin verileri, kadınların kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri ve ÇBASDÖ puanı oluşturmuştur.

3. BULGULAR

3.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri

Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların yaş ortalamalarına göre dağılımları

	Çalışma (n=52)	Kontrol (n=51)	T değeri/ P değeri	%95 Güven Aralığı
	Ortalama ± SD*	Ortalama ± SD*		
Yaş	28,33 ± 5,23	28,12 ± 5,01	t= -,207 p=0,836 p>0,05	-2,21-1,79

*Standart sapma

Çalışmaya katılan kadınlar 18-40 yaşları arasında olup, yaş ortalaması 28,22 ± 5,10' dur. Çalışma grubundaki kadınların yaş ortalamasının 28,33 ± 5,23 ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamasının 28,12 ± 5,01 olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (t= -,207, p=0,836, p>0,05; Çizelge 3.1.1).

Kadınların bir işte çalışma, sosyal güvence ve gelir durumlarına bakıldığında; çalışma grubundaki kadınların %15,4'ünün ve kontrol grubundaki kadınların %15,7'sinin bir işte çalıştığı, çalışma grubundaki kadınların %7,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %11,8'inin sosyal güvencesinin olmadığı ve çalışma grubundaki kadınların %7,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %9,8'inin düşük gelir düzeyinde olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.2).

Çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkı tespit etmek için yapılan istatistiksel değerlendirmede, eğitim durumu (x^2=0,499, p=0,919, p>0,05), resmi nikâha sahip olma (x^2=0,000, p=0,989, p>0,05), çalışma durumu (x^2=0,002, p=0,966, p>0,05), sosyal güvenceye sahip olma (x^2=0,487, p=0,485, p>0,05) ve gelir durumu (x^2=0,002, p=0,966, p>0,05) bakımlarından gruplar arası farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.2). Bu bulgular çalışma ve kontrol gruplarının homojen özellikte olduğunu göstermektedir.

3.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri ve Gebeliklerine İlişkin Verileri

Çizelge 3.2.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları

Obstetrik Özellikler	Çalışma (n=52)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=103)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Gebelik sayısı								
1	19	36,5	21	41,2	40	38,8	2	x^2=0,248
2-3	30	57,7	27	52,9	57	55,3		p=0,883
4-5	3	5,8	3	5,9	6	5,8		p>0,05
Canlı doğum sayısı								
1	29	55,8	26	51,0	55	53,4	2	x^2=0,291
2	19	36,5	20	39,2	39	37,9		p=0,865
3	4	7,7	5	9,8	9	8,7		p>0,05
Yaşayan çocuk sayısı								
1	29	55,8	26	51,0	55	53,4	2	x^2=0,291
2	19	36,5	20	39,2	39	37,9		p=0,865
3	4	7,7	5	9,8	9	8,7		p>0,05
Kendiliğinden düşük								
Olan	7	13,5	4	7,8	11	10,7	1	x^2=0,852
Olmayan	45	86,5	47	92,2	92	89,3		p=0,356
								p>0,05
Kürtaj sayısı								
0	38	73,1	40	78,4	78	75,7	2	x^2=0,443
1	11	21,2	9	17,6	20	19,4		p=0,801
2*	3	5,8	2	3,9	5	4,9		p>0,05

*Çalışma grubunda kürtaj sayısı üç olan bir kadın kürtaj sayısı iki olan grubuna dâhil edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun gebelik sayısı iki veya üç (%55,3) olup, çoğunun bir canlı doğuma ve bir yaşayan çocuğa sahip (%53,4) oldukları, çalışma grubundaki kadınların %13,5'inin ve kontrol grubundakilerin %7,8'inin kendiliğinden düşüğü olduğu; çalışma grubundaki kadınların %21,2'sinin, kontrol grubundakilerin %17,6'sının bir kez kürtaj oldukları saptanmıştır (Çizelge 3.2.1).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelik sayıları (x^2=0,248, p=0,883, p>0,05), canlı doğum sayıları (x^2=0,291, p=0,865, p>0,05), yaşayan çocuk sayıları (x^2=0,291, p=0,865, p>0,05), kendiliğinden düşük yapma (x^2=0,852, p=0,356, p>0,05) ve kürtaj sayıları (x^2=0,443, p=0,801, p>0,05) bakımından çalışma ve kontrol grupları arası farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2.1). Bu bulgular çalışma ve kontrol gruplarının obstetrik özellikler bakımından benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.2.2. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların gebeliği planlama ve gebelik süresince fiziksel sağlık sorunu yaşama durumlarına göre dağılımları

Gebeliklerine İlişkin Veriler	**Çalışma (n=52)**		**Kontrol (n=51)**		**Toplam (n=103)**		**df**	**Ki-kare/ p değeri**
	S	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**		
Gebeliği planlama								
Planlı	41	78,8	40	78,4	81	78,6	1	x^2=0,003
Plansız	11	21,2	11	21,6	22	21,4		p=0,959
								p>0,05
Fiziksel Sağlık Sorunu								
Yaşayan	11	21,2	12	23,5	23	22,3	1	x^2=0,084
Yaşamayan	41	78,8	39	76,5	80	77,7		p=0,772
								p>0,05
Yaşanan fiziksel sağlık sorunları								
Düşük tehdidi	1	9,1	2	16,7	3	13,0		
Hipertansiyon	2	18,2	2	16,7	4	17,4		
Diş ağrısı	0	0,0	1	8,3	1	4,3		
Gestasyonel Diyabet	3	27,3	1	8,3	4	17,4		
Burun kanaması	0	0,0	1	8,3	1	4,3		
Hipotansiyon	2	18,2	2	16,7	4	17,4		
Nefes darlığı, sırt ağrısı	1	9,1	0	0,0	1	4,3		
İdrar yolu enfeksiyonu	1	9,1	0	0,0	1	4,3		
Bulantı, kusma	1	9,1	3	25,0	4	17,4		

Araştırmada çalışma grubundaki kadınların %21,2'sinin ve kontrol grubundakilerin %21,6'sının gebeliklerini planlanmamış olduğu; ancak çalışmaya katılan kadınların tamamının gebeliklerini istediklerini ifade etmişlerdir. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların gebeliklerini planlama durumlarına göre yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu bulunmuştur (x^2=0,003, p=0,959, p>0,05; Çizelge 3.2.2).

Kadınların gebelikte süresince fiziksel sağlık sorunu yaşama durumları incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların %21,2'sinin ve kontrol grubundakilerin %23,5'inin gebelik süresince fiziksel rahatsızlık yaşadığı saptanmıştır. Kadınların yaşadıkları bu fiziksel rahatsızlıklarının ise düşük tehdidi, hipertansiyon, diş ağrısı, gestasyonel diyabet, burun kanaması, hipotansiyon, nefes darlığı ve sırt ağrısı, idrar yolu enfeksiyonu ve bulantı, kusma olduğu belirlenmiştir. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunu yaşama durumları bakımından çalışma ve kontrol grubundaki kadınların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (x^2=0,084, p=0,772, p>0,05; Çizelge 3.2.2).

3.3. Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Sağlık Durumları ve İlaç Kullanımı

Bu araştırmada doğum sonrası dönemde sistemik hastalığı (kalp hastalığı, kontrol edilemeyen diyabetus mellitus, hipertansiyon gibi.) olan kadınlar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde çalışma ve kontrol grubundaki kadınların rahatsızlıkları sorgulanmamıştır.

Çizelge 3.3.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası dönemde ilaç kullanma durumları

	Çalışma (n=52)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=103)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
İlaç								
Kullanan	27	51,9	22	43,1	49	47,6	1	x^2=0,797
Kullanmayan	25	48,1	29	56,9	54	52,4		p=0,372
								p>0,05
Kullanılan İlaç								
Kan hapı	17	63,0	16	72,7	33	67,3	2	x^2=0,558
Vitamin hapı	2	7,4	1	4,5	3	6,1		p=0,757
Her ikisi de	8	29,6	5	22,7	13	26,5		p>0,05

Çalışma grubundaki kadınların %51,9'unun ve kontrol grubundakilerin %43,1'inin doğum sonrası dönemde ilaç kullandığı saptanmıştır. Kadınların kullandıkları ilaçlar incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların kullandıkları ilaçların %63,0 oranında ve kontrol grubundakilerin %72,7 oranında kan hapı olduğu belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınlar ilaç kullanımı (x^2=0,797, p=0,372, p>0,05) ve kullanılan ilaç (x^2=0,558, p=0,757, p>0,05) bakımlarından istatistiksel olarak benzer özellik göstermektedirler (Çizelge 3.3.1).

3.4. Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları

Çizelge 3.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların gebelik öncesi, gebelik süresince ve doğum sonrası dönemlerdeki sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımları

Sigara	Çalışma (n=52)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=103)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Gebelik öncesi dönemde								x^2=1,807
Kullanan	15	28,8	9	17,7	24	23,3	1	p=0,179
Kullanmayan	37	71,2	42	82,3	79	76,7		p>0,05
Gebelikte								x^2=0,125
Kullanan	5	9,6	6	11,8	11	10,7	1	p=0,724
Kullanmayan	47	90,4	45	88,2	92	89,3		p>0,05
Doğum sonrası dönemde								x^2=0,049
Kullanan	9	17,3	8	15,7	17	16,5	1	p=0,825
Kullanmayan	43	82,7	43	84,3	86	83,5		p>0,05
Alkol								
Hiç kullanmayan	49	94,2	49	96,1	98	95,1	1	x^2=0,192
Sadece sosyal ortamlarda kullanan	3	5,8	2	3,9	5	4,9		p=0,662 p>0,05

Çizelge 3.4.1'de çalışmaya katılan kadınların sigara ve alkol kullanamaya yönelik alışkanlıkları verilmiştir. Çizelgede çalışma grubundaki kadınların %28,8'inin ve kontrol grubundakilerin %17,7'sinin gebelik öncesi dönemde; çalışma grubundaki kadınların %9,6'sının ve kontrol grubundakilerin %11,8'inin gebelikleri süresince; çalışma grubundaki kadınların %17,3'ünün ve kontrol grubundakilerin %15,7'sinin doğum sonrası dönemde sigara kullandığı belirlenmiştir. Kadınların alkol kullanma durumları sorgulandığında; çalışma grubundaki kadınların %5,8'i ve kontrol grubundakilerin %3,9'u sadece sosyal ortamlarda alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de çalışma ve kontrol gruplarının sigara ve alkol kullanımı bakımlarından benzer özellik gösterdikleri saptanmıştır (Çizelge 3.4.1).

3.10. Kadınların Eğitim Öncesi (Ön Test) EDDÖ Puanları

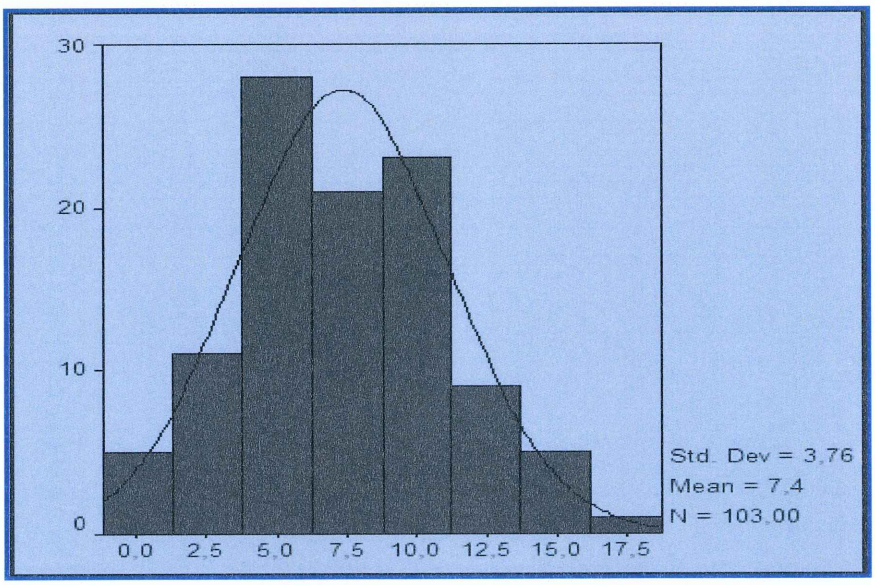
Çizelge 3.10.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların eğitim öncesi EDDÖ puanlarının dağılımı

	Çalışma (n=52)	Kontrol (n=51)	U değeri/ P değeri
	Median ± IR**	Median ± IR**	
EDDÖ* Ön Test Puanı	8,0 ± 4,8	6,0 ± 6,0	U=938,000 p=0,010 p<0,05

*Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
** Interquartile Range

Kadınların eğitim öncesi EDDÖ puanları normal dağılım özelliği göstermemektedir (Grafik 3.10.1). Araştırmaya katılan kadınların eğitim öncesi EDDÖ puan medianları dağılımı Çizelge 3.10.1'de verilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların ön test EDDÖ puan medianları 8,00±4,8 iken kontrol grubundaki kadınların ön test EDDÖ puan medianları 6,00±6,00 olduğu saptanmıştır. Yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları da bu farkın önemli olduğunu göstermiştir (U=938,000, p=0,010, p<0,05; Çizelge 3.10.1). Bu bulgu eğitim öncesinde çalışma ve kontrol gruplarının depresyon belirtileri bakımından homojen özellikte olmadıklarını göstermektedir.

Grafik 3.10.1. Kadınların eğitim öncesi EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımı



3.11. Kadınların Eğitim Sonrası (Son Test) EDDÖ Puanları

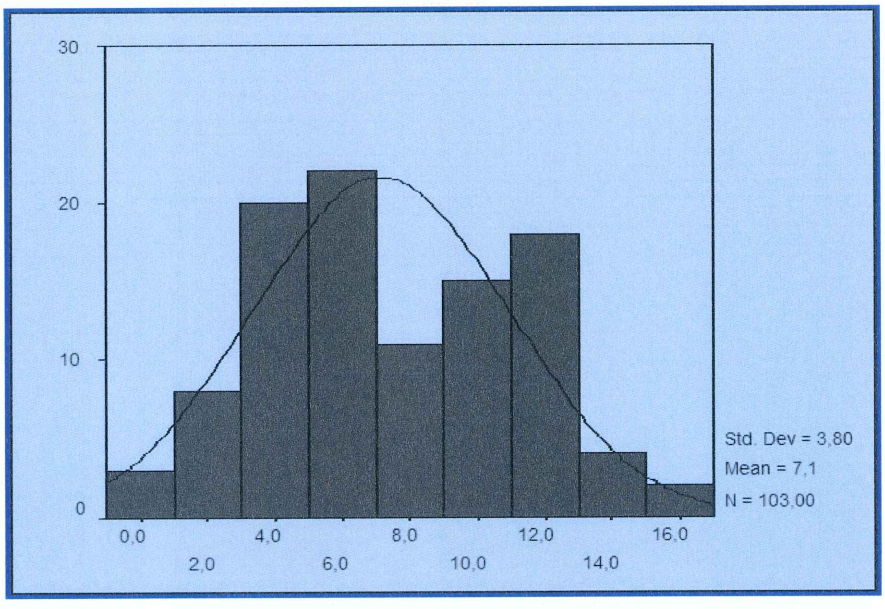
Çizelge 3.11.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların eğitim sonrası EDDÖ puanlarının dağılımı

	Çalışma (n=52)	Kontrol (n=51)	U değeri/ P değeri
	Median ± IR**	Median ± IR**	
EDDÖ* Son Test Puanı	4,0 ± 3,0	10,0 ± 4,0	U=310,500 p=0,000 p<0,05

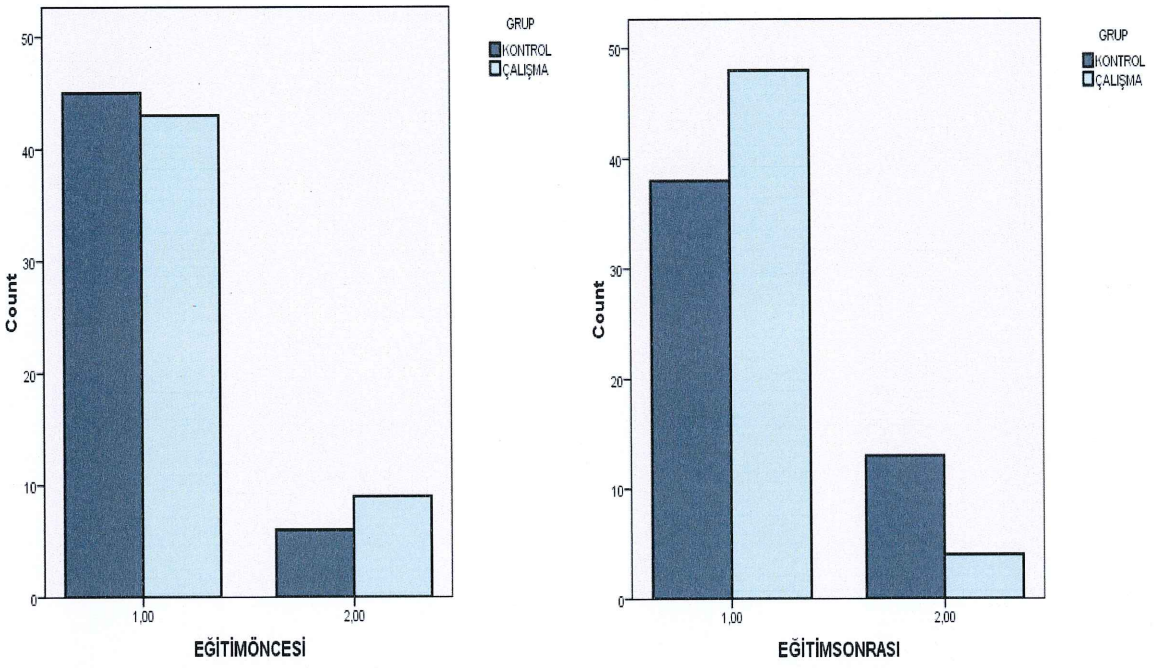
*Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
** Interquartile Range

Araştırmada her iki gruptaki kadınların eğitim sonrası EDDÖ puanlarının normal dağılım özelliği göstermediği saptanmıştır (Grafik 3.11.1). Kadınların eğitim sonrası EDDÖ puan medianları dağılımı Çizelge 3.11.1'de verilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların son test EDDÖ puan medianları 4,0±3,0 iken; kontrol grubundaki kadınların son test EDDÖ puan medianlarının 10,0±4,0 olduğu görülmüştür. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların son test EDDÖ puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek için yapılan bağımsız iki grupta Mann-Whitney U testi analizi sonuçları gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (U=310,500, p=0,000, p<0,05; Çizelge 3.11.1).

Grafik 3.11.1. Kadınların eğitim sonrası EDDÖ puan ortalamalarına göre dağılımı



Grafik 3.12.1 Çalışma ve kontrol grubundaki kadınlarda eğitim öncesi ve eğitim sonrası yüksek depresyon riski bulunma durumları



Araştırmaya katılan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası EDDÖ puanlarına göre yüksek depresyon riski bulunma durumu incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların %17,3'ünün ve kontrol grubundaki kadınlarının %11,8'inin eğitim öncesi dönemde depresyon açısından yüksek riskli olduğu, ancak iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (x^2=0,636, p=0,425, p>0,05). Bu bulgu çalışma ve kontrol gruplarının eğitim öncesinde yüksek depresyon riski bulunma bakımından homojen özellikte olduklarını göstermektedir (Çizelge 3.12.1).

Eğitim sonrasında çalışma grubundaki kadınların yüksek depresyon riskinde bulunma oranının (%7,7) kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu (%25,5) ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın önemli olduğu saptanmıştır (x^2=5,918, p=0,015, p<0,05; Çizelge 3.12.1).

3.13. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test ve Son Test EDDÖ Puanlarının Bağımlı Gruplarda Analiz Sonuçları

Çizelge 3.13.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test EDDÖ puanlarının bağımlı gruplarda analiz sonuçları

	Çalışma (n=52)		Kontrol (n=51)	
	Ön test	Son test	Ön test	Son test
Median±IR**	8,0 ± 4,8	4,0 ± 3,0	6,0 ± 6,0	10,0 ± 4,0
Min-Max	0,0-18,0	0,0-13,0	0,0-13,0	4,0-16,0
Sd*	3,6	3,0	3,7	2,7
z/p	z= -6,181/ p<0,001		z= -5,814/ p<0,001	

*Standart Sapma
** Interquartile Range

Araştırmada her iki gruptaki kadınların ön test ve son test EDDÖ puanlarının normal dağılım özelliği göstermediği saptanmıştır. EDDÖ puanı ile bağımlı gruplarda yapılan Wilcoxon Signed Ranks Testi analizi sonucunda çalışma grubundaki kadınlarda ön teste göre son test puanlarında düşme gözlenirken (8,0±4,8'e karşı 4,0±3,0); kontrol grubunun ön teste göre son test puanlarında artış olduğu (6,0±6,0'a karşı 10,0±4,0) ve bu farkların istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (p<0,001; Çizelge 3.13.1).

3.14. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test ve Son Test EDDÖ Puanları

Çizelge 3.14.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların EDDÖ ön test puan sıra ortalamalarının dağılımı (çalışma=52, kontrol=51)

EDDÖ Maddeleri Ön Test	Grup	Mean rank	Sum of ranks	U /p Değeri
1.Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	Çalışma Kontrol	55,31 48,63	2480,00 2876,00	1154,000/0,190 p>0,05
2.Geleceğe hevesle bakıyorum.	Çalışma Kontrol	54,74 49,21	2846,50 2509,50	1183,500/0,208 p>0,05
3.Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	Çalışma Kontrol	56,10 47,82	2917,00 2439,00	1113,000/0,145 p>0,05
4.Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	Çalışma Kontrol	53,30 50,68	2771,50 2584,50	1258,500/0,635 p>0,05
5.İyi bir nedenim olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	Çalışma Kontrol	56,02 47,90	2913,00 2443,00	1117,000/0,140 p>0,05
6.Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	Çalışma Kontrol	53,495 0,48	2781,502 574,50	1248,500/0,590 p>0,05
7.Öylesine mutsuzum ki uyumakta güçlük çekiyorum.	Çalışma Kontrol	57,10 46,80	2969,00 2387,00	**1061,000/0,047** **p<0,05**
8.Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.	Çalışma Kontrol	56,12 47,80	2918,00 2438,00	1112,000/0,114 p>0,05
9.Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.	Çalışma Kontrol	59,23 44,63	3080,00 2276,00	**950,000/0,005** **p<0,05**
10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	Çalışma Kontrol	51,50 52,51	2678,00 2678,00	1300,000/0,313 p>0,05
Toplam Ön Test Ölçek Puanı	Çalışma Kontrol	59,46 44,39	3092,00 2264,00	**938,000/0,010** **p<0,05**

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ön test toplam puanlarının dağılımına bakıldığında; çalışma grubundaki kadınların ölçek toplam puan sıra ortalamasının 59,46 ve kontrol grubundakilerin 44,39 olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın önemli olduğu saptanmıştır (U=938,000, p=0,010, p<0,05; Çizelge 3.14.1).

Çizelge 3.14.2. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların EDDÖ son test puan sıra ortalamalarının dağılımı (çalışma=52, kontrol=51)

EDDÖ Maddeleri Son Test	**Grup**	**Mean rank**	**Sum of ranks**	**U /p Değeri**
1.Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	Çalışma Kontrol	45,35 58,78	2358,00 2998,00	**980,000/0,008** **p<0,05**
2.Geleceğe hevesle bakıyorum.	Çalışma Kontrol	46,07 58,05	2395,50 2960,50	**1017,500/0,012** **p<0,05**
3.Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	Çalışma Kontrol	38,28 65,99	1990,50 3365,50	**612,500/0,000** **p<0,05**
4.Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	Çalışma Kontrol	41,98 62,22	2183,00 3173,00	**805,000/0,000** **p<0,05**
5.İyi bir nedenim olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	Çalışma Kontrol	43,51 60,66	2262,50 3093,50	**884,500/0,002** **p<0,05**
6.Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	Çalışma Kontrol	38,066 6,22	1979,003 377,00	**601,000/0,000** **p<0,05**
7.Öylesine mutsuzum ki uyumakta güçlük çekiyorum.	Çalışma Kontrol	48,62 55,45	2528,00 2828,00	1150,000/0,192 p>0,05
8.Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum.	Çalışma Kontrol	39,49 64,75	2053,50 3302,50	**675,500/0,000** **p<0,05**
9.Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.	Çalışma Kontrol	42,88 61,30	2229,50 3126,50	**851,500/0,000** **p<0,05**
10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	Çalışma Kontrol	51,00 53,02	2652,00 2704,00	1274,000/0,151 p>0,05
Toplam Son Test Ölçek Puanı	Çalışma Kontrol	32,47 71,91	1688,50 3667,50	**310,500/0,000** **p<0,05**

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği son test toplam puan sıra ortalamaları dağılımı incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların ölçek toplam puan sıra ortalamasının 32,47 ve kontrol grubundakilerin 71,91 olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubundaki kadınların eğitim sonrasında eğitim öncesine göre ölçek puan sıra ortalamalarında düşme (59,46'ya karşı 32,47) gözlemlendiği, ancak kontrol grubundakilerde daha yüksek (44,39'a karşı 71,91) olduğu ve eğitim sonrasında iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (U=310,500, p=0,000, p<0,05; Çizelge 3.14.2).

3.15. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların Eğitim Öncesi (Ön test) ve Sonrası (Son test) EDDÖ Maddelerine Göre Dağılımları

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası EDDÖ maddelerine göre dağılımı Çizelge 3.15.1 ve Çizelge 3.15.2'de verilmiştir. Çizelgeler incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların ölçek maddelerine verdikleri cevaplar eğitim sonrasında olumlu yönde değişim gösterirken, kontrol grubundaki kadınların ölçek maddelerine verdikleri cevapların olumsuz yönde değiştiği görülmektedir.

Çizelge 3.15.1. Çalışma grubundaki kadınların ön test ve son test EDDÖ maddeleri puanları arasındaki fark

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Maddeleri	Çalışma Grubu (N=52)			
	Ön test		Son test	
	S	%	S	%
Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.				
Her zaman olduğu kadar	27	51,9	36	69,2
Artık pek o kadar değil	22	42,3	16	30,8
Artık kesinlikle o kadar değil	1	1,9	0	0,0
Artık hiç değil	2	3,8	0	0,0
Geleceğe hevesle bakıyorum.				
Her zaman olduğu kadar	37	71,2	42	80,8
Her zamankinden biraz daha az	11	21,2	7	13,5
Her zamankinden kesinlikle daha az	4	7,7	2	3,8
Hemen hemen hiç	0	0,0	1	1,9
Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	12	23,1	24	46,2
Çok sık değil	14	26,9	17	32,7
Evet, bazen	16	30,8	7	13,5
Evet, çoğu zaman	10	19,2	4	7,7
Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	15	28,8	22	42,3
Çok seyrek	8	15,4	14	26,9
Evet, bazen	25	48,1	15	28,8
Evet, çoğu zaman	4	7,7	1	1,9
İyi bir nedenim olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	21	40,4	31	59,6
Hayır, çok değil	13	25,0	14	26,9
Evet, bazen	16	30,8	3	5,8
Evet, çoğu zaman	2	3,8	4	7,7
Her şey giderek sırtıma yükleniyor.				
Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum	16	30,8	32	61,5
Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkıyorum	12	23,1	13	25,0
Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum	21	40,4	2	3,8
Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum	3	5,8	5	9,6
Öylesine mutsuzum ki uyumakta güçlük çekiyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	26	50,0	30	57,7
Çok sık değil	14	26,9	20	38,5
Evet, bazen	10	19,2	0	0,0
Evet, çoğu zaman	2	3,8	2	3,8
Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	16	30,8	33	63,5
Çok sık değil	29	55,8	18	34,6
Evet, oldukça sık	3	5,8	1	1,9
Evet, çoğu zaman	4	7,7	0	0,0
Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.				
Hayır, asla	18	34,6	42	80,8
Çok seyrek	30	57,7	9	17,3
Evet, oldukça sık	3	5,8	0	0,0
Evet, çoğu zaman	1	1,9	1	1,9
Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.				
Asla	52	100,0	52	100,0

Çizelge 3.15.2. Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test EDDÖ maddeleri puanları arasındaki fark

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Maddeleri	Kontrol Grubu (N=51)			
	Ön test		Son test	
	S	%	S	%
Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.				
Her zaman olduğu kadar	32	62,7	22	43,1
Artık pek o kadar değil	19	37,3	29	56,9
Artık kesinlikle o kadar değil	0	0,0	0	0,0
Artık hiç değil	0	0,0	0	0,0
Geleceğe hevesle bakıyorum.				
Her zaman olduğu kadar	41	80,4	28	54,9
Her zamankinden biraz daha az	10	19,6	23	45,1
Her zamankinden kesinlikle daha az	0	0,0	0	0,0
Hemen hemen hiç	0	0,0	0	0,0
Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	17	33,3	4	7,8
Çok sık değil	14	27,5	12	23,5
Evet, bazen	15	29,4	27	52,9
Evet, çoğu zaman	5	9,8	8	15,7
Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	17	33,3	8	15,7
Çok seyrek	9	17,6	11	21,6
Evet, bazen	20	39,2	26	51,0
Evet, çoğu zaman	5	9,8	6	11,8
İyi bir nedenim olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	25	49,0	14	27,5
Hayır, çok değil	17	33,3	20	39,2
Evet, bazen	8	15,7	17	33,3
Evet, çoğu zaman	1	2,0	0	0,0
Her şey giderek sırtıma yükleniyor.				
Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum	20	39,2	8	15,7
Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkıyorum	10	19,6	12	23,5
Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum	16	31,4	21	41,2
Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum	5	9,8	10	19,6
Öylesine mutsuzum ki uyumakta güçlük çekiyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	35	68,6	24	47,1
Çok sık değil	10	19,6	21	41,2
Evet, bazen	5	9,8	4	7,8
Evet, çoğu zaman	1	2,0	2	3,9
Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum.				
Hayır, hiçbir zaman	22	43,1	11	21,6
Çok sık değil	26	51,0	28	54,9
Evet, oldukça sık	2	3,9	10	19,6
Evet, çoğu zaman	1	2,0	2	3,9
Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.				
Hayır, asla	32	62,7	24	47,1
Çok seyrek	17	33,3	18	35,3
Evet, oldukça sık	1	2,0	8	15,7
Evet, çoğu zaman	1	2,0	1	2,0
Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu				
Asla	50	98,0	49	96,1
Bazen	1	2,0	2	3,9

3.16. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Kadınların İzlem Sonuçları

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki döneme ilişkin izlem sonuçları incelendiğinde; çalışma grubundan bir kadın nezle, kontrol grubundan bir kadın da farenjit sorunu yaşadığını ifade etmişlerdir. Yine çalışma grubundan bir kadın ve kontrol grubundan altı kadın bebeği ile ilgili bir sorun yaşadığını ifade etmiş ve yaşanan sorunların da idrar yolu enfeksiyonu (çalışma:1 kişi; kontrol:2 kişi), konstipasyon (kontrol:1 kişi), nezle (kontrol:1 kişi), bronşit (kontrol:1 kişi) ve otitis media (kontrol:1 kişi) olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca çalışma ve kontrol grubundaki kadınların tamamı aile yaşamlarında önemli bir değişiklik ve sorun olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 3.16.1. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde bebek bakımına ilişkin güçlük yaşama durumları

Bebek Bakımına İlişkin Güçlükler	**Çalışma (n=52)**		**Kontrol (n=51)**		**Toplam (n=103)**		**df**	**Ki-kare/ p değeri**
	S	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**		
Bebeği avutma ya da sakinleştirmede zorluk								
Yaşayan	3	5,8	7	13,7	10	9,7	1	x^2=1,905 p=0,168
Yaşamayan	49	94,2	44	86,3	93	90,3		p>0,05
Bebeğin uyutulması ile ilgili güçlük yaşama								
Yaşayan	4	7,7	8	15,7	12	11,7	1	x^2=1,599 p=0,206
Yaşamayan	48	92,3	43	84,3	91	88,3		p>0,05
Bebeğinin huzursuz ya da huysuz olduğunu düşünme								
Düşünen	4	7,7	6	11,8	10	9,7	1	x^2=0,490 p=0,484
Düşünmeyen	48	92,3	45	88,2	93	90,3		p>0,05
Bebeğin sık ağladığını bildirme								
Bildiren	6	11,5	6	11,8	12	11,7	1	x^2=0,001 p=0,971
Bildirmeyen	46	88,5	45	88,2	91	88,3		p>0,05

Çalışmaya katılan kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde bebek bakıma ilişkin güçlük yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki kadınların tamamının bebeklerinde herhangi bir sağlık sorununun

olmadığı; çalışma grubundaki kadınların %5,8'inin ve kontrol grubundakilerin %13,7'sinin bebeklerini avutma ve sakinleştirmede zorluk yaşadığı; çalışma grubundaki kadınların %7,7'sinin ve kontrol grubundakilerin %15,7'sinin bebeğin düzenli uyuması ile ilgili güçlük yaşadığı; çalışma grubundaki kadınların %7,7'sinin ve kontrol grubundakilerin %11,8'inin bebeklerinin 'huzursuz ve huysuz' olduğunu düşündüğü; çalışma grubundaki kadınların %11,5'inin ve kontrol grubundakilerin %11,8'inin bebeklerinin çok sık ağladığını bildirdiği ve çalışma ve kontrol grubundaki kadınların tamamının bebeğinin beslenmesi ile ilgili güçlük yaşamadığını ifade ettiği saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde bebek bakımına ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.16.1).

Araştırmada, birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde, çalışma grubundan üç kadın ve kontrol grubundan 11 kadın önemli yaşamsal stres yaşadığını ifade etmişlerdir. Bu kadınların yaşadığı yaşamsal streslerin ise; parasal problem (çalışma:3 kişi; kontrol:7 kişi), işsizlik (kontrol:2 kişi), iş değiştirme (kontrol:1 kişi) ve parasal problem-iş değiştirme (kontrol:1 kişi) olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.16.2. Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri

Görüşler	Çalışma (n=52)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=103)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Evlilikten memnuniyet								
Memnun olan	45	86,5	29	56,9	74	71,8	1	x^2=11,209
Bazen memnun olan	7	13,5	22	43,1	29	28,2		p=0,001
								p<0,05
Evlilikte problem yaşama								
Yaşayan	3	5,8	3	5,9	6	5,8	1	x^2=0,001
Yaşamayan	49	94,2	48	94,1	97	94,2		p=0,980
								p>0,05
Eş ile ilgili memnuniyet								
Memnun olan	39	75,0	29	56,9	68	66,0	1	x^2=3,776
Bazen memnun olan	13	25,0	22	43,1	35	34,0		p=0,052
								p>0,05
Kendisi hakkında olumlu duygu hissetme								
Hisseden	31	59,6	25	49,0	56	54,4	1	x^2=1,165
Bazen hisseden	21	40,4	26	51,0	47	45,6		p=0,280
								p>0,05
Kendini değerli hissetme								
Hisseden	30	57,7	26	51,0	56	54,4	1	x^2=0,468
Bazen hisseden*	22	42,3	25	49,0	47	45,6		p=0,494
								p>0,05
İyi özelliklerinin olduğunu düşünme								
Düşünen	34	65,4	26	51,0	60	58,3	1	x^2=2,197
Bazen düşünen	18	34,6	25	49,0	43	41,7		p=0,138
								p>0,05

*Çalışma grubundan kendini değerli hissetmeyen bir kadın kendini bazen değerli hisseden grubuna dâhil edilmiştir.

Kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemdeki evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların %86,5'i ve kontrol grubundakilerin %56,9'u evlilik hayatından memnun olduklarını, çalışma grubundaki kadınların %94,2'si, kontrol grubundakilerin %94,1'i evliliklerinde problem yaşamadıklarını bildirmişlerdir. Yine araştırmada çalışma grubundaki kadınların %75,0'ının ve kontrol grubundakilerin %56,9'unun eşi ile ilgili memnuniyet bildirdikleri görülmüştür (Çizelge 3.16.2).

Araştırmaya katılan kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemde çalışma grubundaki kadınların %59,6'sının ve kontrol grubundakilerin %49,0'ının kendileri hakkında olumlu duygu hissettiği; çalışma grubundaki kadınların %57,7'sinin ve kontrol grubundakilerin %51,0'ının kendini değerli hissettiği; çalışma grubundaki kadınların %65,4'ünün ve kontrol grubundakilerin %51,0'ının iyi özelliklerinin olduğunu düşündüğü saptanmıştır (Çizelge 3.16.2). Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemdeki kendilerine ilişkin görüşlerinin istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu belirlenmiştir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma ön test- son test kontrol gruplu düzende yarı-deneysel olarak İzmir il merkezinde bulunan Bayraklı 14 Nolu Gerbay Sağlık Merkezi ve Karşıyaka 9 Nolu Zübeyde Hanım Sağlık Merkezi bölgelerinde kayıtlı olan ve olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen 103 doğum sonrası dönemdeki kadın ile yapılmıştır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçların mevcut literatüre dayalı olarak tartışması verilmiştir.

Bu çalışmadaki kadınlar tanıtıcı özellikleri, obstetrik öyküleri, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin verileri, bebek ve bebek bakımına ilişkin verileri, yaşadıkları önemli yaşamsal stres durumları, kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri ayrıca algılanan sosyal destek puanları bakımından eşlenmiştir. Bu nedenle çalışma ve kontrol grubundaki kadınların bu özellikler ile ilgili tartışması ayrılmadan yapılmıştır.

İzmir il merkezinde yapılan bu çalışmada doğum sonrası depresyon açısından ciddi risk kabul edilen prenatal depresyon ve depresyon öyküsü olan, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan, çoğul gebeliği olan, adölesan gebeliği olan, bebeğinde tanılanmış ciddi sağlık problemi olan, sistemik hastalığı olan (kalp hastalığı, kontrol edilemeyen diyabetus mellitus, hipertansiyon gibi.) kadınlar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Ayrıca doğum sonrası ilk haftada annelik hüznü ile karışıp yanıltıcı sonuçlar doğuracağı düşünülerek bebeği ikinci haftasını doldurmamış anneler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28,22 ± 5,10 olup ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzer özellik göstermektedir (Kurçer ve Keleş 2009, Durukan ve ark 2011, Kırkpınar ve ark 2012). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (2008) verilerine göre, Türkiye'de doğurgan çağdaki kadın nüfusunun ağırlıklı yaş aralığı 25-34 olarak bulunmuştur (Yiğit ve ark 2009). Çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ortalamasının ideal doğum yapma yaş aralığında (20-30 yaş) ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzer özellikte olduğu söylenebilir.

Literatürde düşük eğitim düzeyi doğum sonrası depresyon için risk faktörü olarak gösterilmektedir (Çeber ve ark 2010, Durukan ve ark 2011, Fisher ve ark 2012). Bu çalışmada daha önce yapılan çalışma bulgularına benzer şekilde, kadınların daha yüksek oranda lise ve yüksekokul (%57) mezunu olduğu görülmüştür (McLearn ve ark 2006, Efe ve ark 2009, Çeber ve ark 2010, Xie ve ark 2010, Viaux-Savelon ve ark 2012, Kırkpınar ve ark 2012). Yine bu çalışmada kadınların eğitim düzeyinin Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (2008) verilerinde belirtilen kentsel bölgede yaşayan kadınlarınkinden (%26) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yiğit ve ark 2009). Bu çalışmadaki kadınların öğrenim düzeylerinin yüksek olması nedeni ile doğum sonrası dönemde yaşabilecekleri sorunları ifade edebilmede, depresyonu algılamada ve anlamlandırılmasında daha etkin olabilecekleri söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda resmi nikâhın doğum sonrası depresyon üzerine etkili olmadığı belirtilmiştir (Ayvaz ve ark 2006, Aktaş 2008, Kurçer ve Keleş 2009, Durat ve Kutlu 2010). Bu çalışmaya katılan kadınların neredeyse tamamının resmi nikâhının (%98,1) olduğu görülmüştür. Ayvaz ve ark (2006), Aktaş (2008), Kitiş ve Karaçam (2009) ve Durat ve Kutlu (2010)'da bu çalışmaya benzer sonuçlar bildirmişlerdir. Diğer yandan Taşdemir ve ark (2006), Kurçer ve Keleş (2009) ve Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (Ergöçmen ve ark 2009) verileri, kadınların bu çalışmanın bulgularından daha düşük oranda resmi nikâha sahip olduğunu (sırasıyla; %87,1, %84, %65) göstermişlerdir. Resmi nikâhın varlığı kadının eşine ait sosyal güvence imkânlarından yararlanması bakımından önemlidir.

Sosyal güvence, kadınlara sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duydukları her dönemde teşhis ve tedavi giderlerinin belli bir kısmının bağlı oldukları kuruluş tarafından karşılanmasına olanak sağlamaktadır (Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı 2012). Bu çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun (%90,3) sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (2008) ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalar da bu çalışma ile benzer özellik göstermektedir (Aktaş 2008, Kurçer ve Keleş 2009, Yiğit ve ark 2009, Çeber ve ark 2010, Timur ve Hotun-Şahin 2010, Durukan ve ark 2011, Kırkpınar ve ark 2012). Orhon ve ark (2008) ve Şahin ve Kılıçarslan (2010)'nın yaptıkları çalışmalarda ise kadınların daha yüksek oranda sosyal güvenceye sahip oldukları (sırasıyla; %96,1 ve %95,3) belirtilmiştir. Bu farkın bölgesel farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer yandan yapılan bazı çalışmalarda sağlık güvencesinin bulunmamasının doğum sonrası depresyon riskini arttıran bir faktör olduğu bildirilirken (Sünter ve ark 2006, Aktaş 2008), bazılarında da etkili olmadığı (Orhon ve ark 2008, Özdemir ve ark 2008, Kurçer ve Keleş 2009, Çeber ve ark 2010, Durukan ve ark 2011, Kırkpınar ve ark 2012) belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bu çalışmada kadınların yüksek oranda sosyal güvenceye sahip olması, kadınların ihtiyaç duydukları her dönemde sağlık hizmeti alabilmeleri bakımından olumlu bir durumdur.

Çalışan kadınlarda, temel gereksinimlerini karşılama, yaşamsal güçlüklerle baş edebilme, sosyo-ekonomik sorunları daha az yaşayabilme ve ev ortamı dışında kendi iş çevresi ile iletişim halinde olmaları nedeniyle doğum sonrası depresyon görülme riski çalışmayanlara göre daha az görülmektedir (Sabuncuoğlu ve Berkem 2006, Orhon ve ark 2008, Kitiş ve Karaçam 2009, Fisher ve ark 2012). Buna karşın Efe ve ark (2009) ve Durukan ve ark (2011)'nın yaptıkları çalışmalarda tam tersi olarak çalışan kadınların çalışmayanlara oranla doğum sonrası depresyon sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda ise kadının çalışma durumu ile doğum sonrası depresyon arasında ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (Özdemir ve ark 2008, Çeber ve ark 2010, Durukan ve ark 2011). Bu çalışmada kadınların çalışma oranı %15,5 olup, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (Yiğit ve ark 2009), Efe ve ark (2009), Dennis ve ark (2009) ve Howard ve ark (2011)'nın yaptıkları çalışmalara göre daha düşük orandadır (sırasıyla; %31, %59,3, %41, %53). Özdemir ve ark (2008), Timur ve Hotun-Şahin (2010) ve Kırkpınar ve ark (2012)'nın yaptıkları çalışmalarda ise kadınların çalışma oranının daha yüksek oranda (sırasıyla; %3,7, %5,8, %6,5) olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar hem çalışan

hem de çalışmayan kadınların yüksek depresyon riskinde olduklarını göstermektedir. Bu konuda daha ayrıntılı verileri ortaya çıkarabilecek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Literatürde gelir düzeyini düşük olarak algılayan kadınların, orta ve iyi algılayanlara göre daha yüksek oranda doğum sonrası depresyon riskine sahip oldukları belirtilmiştir (Aktaş 2008, Özdemir ve ark 2008, Durukan ve ark 2011, Fisher ve ark 2012). Bu çalışmada gelir düzeyini düşük olarak (%8,7) algılayan kadınların oranının Özdemir ve ark (2008) ile Kitiş ve Karaçam (2009)'ın yaptıkları çalışmalara göre daha düşük olduğu (sırasıyla; %57,9, %27,7) saptanmıştır. Kadının gelir düzeyinin yüksek olması; sosyal statü artışına, kendini güvende hissetmesine ve gelecek kaygısını daha az yaşamasına neden olabilmektedir. Bununla beraber bu çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun gelir düzeyinin orta olması kadınların daha düşük oranda doğum sonrası depresyon riskine sahip olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmaya katılan kadınların büyük bir çoğunluğunun gebelik sayısı iki veya üç olup (%55,3), bir canlı doğuma (%53,4) ve bir yaşayan çocuğa sahip oldukları (%53,4) saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Lumley ve ark 2006, Efe ve ark 2009, Howard ve ark 2011, Viaux-Savelon ve ark 2012, Kırkpınar ve ark 2012, Traviss ve ark 2012). Öte yandan Sabuncuoğlu ve Berkem (2006) ve Efe ve ark (2009)'nın yaptıkları çalışmalarda parite ile doğum sonrası depresyon arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı, Milgrom ve ark (2008) ve Durukan ve ark (2011)'nın yaptıkları çalışmalarda ise primiparitenin, yaşayan çocuk sayısının 3 ve üstünde olmasının doğum sonrası depresyon görülme sıklığını artırdığı bildirilmiştir. Choi ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada da, ikiz veya üçüz doğumun doğum sonrası dönemde daha fazla emosyonel ve psikososyal problemlere ve depresif semptomlara neden olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada kadınların çocuk sayılarının az olması, kendilerine daha fazla zaman ayırmaları, yeterince dinlenmeleri ve aileleri ile daha fazla vakit geçirmeleri gibi nedenlere bağlı olarak, daha düşük oranda doğum sonrası depresyon riski taşımaları bakımından olumlu bir sonuçtur.

Kendiliğinden veya tekrarlayan düşükler doğum sonrası depresyon açısından risk faktörleri arasında gösterilmektedir (Who Unfpa 2008). Bu çalışmada kadınların %10,7'sinin kendiliğinden düşük yaptıkları ve %19,4'ünün bir kez kürtaj oldukları saptanmıştır. Özdemir ve ark (2008), Durukan ve ark (2011) ve Şahin ve Kılıçarslan (2010)'ın yaptıkları çalışmalarda kadınların bu çalışmadan daha yüksek oranda (sırasıyla; %14,5, %14, %13,3) kendiliğinden düşük yaptıkları ve yine Şahin ve Kılıçarslan (2010) ve Durukan ve ark (2011)'nın yaptıkları çalışmalarda kadınların bu çalışmadan daha düşük oranda (sırasıyla; %8,9, %12,6) kürtaj olduğu bildirilmiştir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (Tezcan ve ark 2009) verilerine göre evlenmiş kadınların bu çalışmadan daha yüksek oranda kendiliğinden düşük (%20,4) ve kürtaj oldukları (%22) rapor edilmiştir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada da bir kez kürtaj sayısının (%29,60) bu çalışmada bildirilen orandan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Xie ve ark 2010). Kendiliğinden düşükler ve kürtaj sayıları kadın sağlığının önemli göstergeleridir. Bu çalışmada kadınların kendiliğinden düşük ve kürtaj sayılarının az olması, doğum sonrası depresyon açısından daha düşük riske sahip olmaları bakımından olumlu bir durumdur.

Gebeliğin planlanmamış ve istenmeyen zamanda olması, kadının psiko-sosyal, ekonomik yönden hazır olamamasının yanında, doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmasını azaltmakta ve bu durum da doğum sonrası depresyon riskini arttırabilmektedir (Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006). Çalışmaya katılan kadınların planlanmamış gebelik oranının (%21,2) Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (2008), Ankara ve Kanada'da yapılan araştırma sonuçlarına göre daha düşük oranda olduğu (sırasıyla; %29,0, %35,3, %25,8) görülmüştür (Eryurt ve ark 2009, Efe ve ark 2009, Xie ve ark 2010). Diğer yandan bu çalışmaya katılan kadınların tamamının gebeliklerini istedikleri görülmüştür. Ankara (%90,1), İzmir (%83) ve Edirne'de (%93,2) yapılan çalışmalarda ise kadınların gebeliklerini isteme oranının bu çalışmadan daha düşük olduğu belirtilmiştir (Şahin ve Kılıçarslan 2010, Çeber ve ark 2010, Durukan ve ark 2011). Planlanmamış ve istenmeyen gebeliğin kadınlarda doğum sonrası depresyon riskinin arttığı bildirilmiştir (Özdemir ve ark 2008, Efe ve ark 2009, Şahin ve Kılıçarslan 2010, Durukan ve ark 2011, Fisher ve ark 2012). Bu çalışmadaki kadınların planlanmış gebelik oranının yüksek olması ve tamamının gebeliklerini istediklerini ifade etmeleri doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmayı arttırabilmekte ve bu durum da kadını doğum sonrası depresyon açsısından daha düşük oranda riskli duruma getirebilmektedir.

Yapılan çalışmalarda gebelik süresince yaşanan fiziksel sağlık problemlerinin doğum sonrası depresyon açısından diğer bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Agoub ve ark 2005, Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006, Gjerdingen ve ark 2008, Özdemir ve ark 2008, Efe ve ark 2009). Bu çalışmada kadınların bir bölümü (22,3) gebelikleri süresince fiziksel sağlık sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Konya'da (%39,0) ve Ankara'da (%25,7) yapılan çalışmalarda bu çalışmadan daha yüksek oranda ve Edirne'de (%2,3) yapılan bir çalışmada ise daha düşük oranda kadınların gebeliklerinde fiziksel sağlık sorunu yaşadıkları bildirilmiştir (Özdemir ve ark 2008, Şahin ve Kılıçarslan 2010, Durukan ve ark 2011). Bu çalışmada kadınların sadece bir bölümünün gebelik süresince fiziksel sağlık problemleri yaşadıklarını ifade etmeleri anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek açısından önemlidir. Kadınların gebelik süresince yaşadıkları fiziksel sağlık sorunlarının erken dönemde saptanıp uygun girişimlerde bulunulması gerekmektedir. Çünkü gebelik döneminde yaşanan sorunlar, kadının doğum sonrası dönemde depresyon riskini arttırıcı bir faktör olabilmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların doğum sonrası dönemde sadece demir ve vitamin ilacı kullandıkları gözlemlenmiştir. Bu bulgu çalışmadaki kadınların doğum sonrası depresyon belirtilerini etkileyebilecek herhangi bir ilaç kullanmadıklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Literatürde gebelik ve doğum sonrası dönemde sigara, alkol ve madde kullanımının doğum sonrası depresyon riskini arttırdığı belirtilmektedir (Ho-Yen ve ark 2007, Kurçer ve Keleş 2009, Park ve ark 2009, Şahin ve Kılıçarslan 2010). Bu çalışmada kadınların %10,7'sinin gebelik süresince ve %16,5'inin doğum sonrası dönemde sigara kullandıkları saptanmıştır. Bu sonuç Şanlıurfa'da yapılan bir çalışma ile benzer özellik göstermektedir (Kurçer ve Keleş 2009). Yine bu çalışmada kadınların küçük bir bölümünün (%4,9) sadece sosyal ortamlarda alkol kullandığı görülmüştür. Şahin ve Kılıçarslan (2010)'nın yaptığı çalışmada alkol kullanımının doğum sonrası depresyonu arttırdığı bildirilmiştir. Duggan ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada da madde kullanan kadınların %48'inin doğum sonrası depresyon yaşadığı ve çocuklarına daha fazla zarar verme davranışında bulundukları belirtilmiştir. Bu çalışmada kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sigara ve alkol

kullanımının düşük oranda olması, bu kadınların doğum sonrası depresyon açısından daha düşük riske sahip olmalarını göstermesi bakımından olumlu bir durumdur.

Yapılan çalışmalarda sezaryen ile doğum yapmanın doğum sonrası depresyon riskini arttırdığı bildirilmektedir (Adewuya ve ark 2005, Kurçer ve Keleş 2009). Buna karşın Sünter ve ark (2006)'nın yaptığı bir çalışmada vajinal yoldan doğum yapmanın doğum sonrası depresyon açısından risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada kadınların vajinal doğuma (%36,9) oranla daha yüksek oranda sezaryen doğum (%63,1) yaptıkları bulunmuştur. Xie ve ark (2010)'nın yaptığı çalışmada bu çalışma ile benzer özellik göstermektedir. Lumley ve ark (2006), Dennis ve McQueen (2007) ve Viaux-Savelon ve ark (2012)'nın yaptıkları çalışmalarda ise bu çalışmadan farklı olarak vajinal doğumun, sezaryen doğumdan daha yüksek oranda riskli olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda vajinal doğumun sezaryen doğumdan daha yüksek oranda olduğu (Sabuncuoğlu ve Berkem 2006, Kitiş ve Karaçam 2009, Durukan ve ark 2011) belirtilirken bazılarında da sezaryen doğumun vajinal doğumdan daha yüksek oranda olduğu belirtilmektedir (Efe ve ark 2009, Şahin ve Kılıçarslan 2010).

Nijerya'da yapılan bir çalışmada erken doğumun doğum sonrası depresyon riskini arttırdığı bildirilmiştir (Adewuya ve ark 2005). Bu çalışmaya katılan kadınların %7,8'inin beklenen tarihten daha erken doğum yaptıkları saptanmıştır. Çalışmada kadınların doğum sonrası depresyon açısından risk faktörü olan erken doğum eylemini daha düşük oranda yaşamaları sevindiricidir.

Çalışmalarda düşük doğum ağırlığının doğum sonrası depresyon açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Surkan ve ark 2008, Wachs 2009, Armitage ve ark 2009, Surkan ve ark 2011, Cook ve ark 2012). Traviss ve ark (2012)'nın yaptıkları çalışmaya benzer şekilde bu çalışmada kadınların çocuklarının %2,9'unun 2500gr'ın altında oldukları saptanmıştır. Lumley ve ark (2006) ve Durukan ve ark (2011)'nın yaptıkları çalışmalarda ise bu çalışmadan daha yüksek oranda bebeklerin 2500gr'ın altında oldukları (sırasıyla; %6,2, %7,1) belirtilmiştir. Yine bu çalışmada kadınların yaklaşık tamamının (%97,1) bebeklerinde herhangi bir sağlık sorununun olmadığı saptanmıştır. Literatürde yenidoğan

bebeklerinde ciddi sağlık problemi olan kadınların doğum sonrası depresyon açısından daha fazla risk altında oldukları bildirilmektedir (Agoub ve ark 2005, Taşdemir ve ark 2006, Orhon ve ark 2008, Wan ve ark 2009, Durat ve Kutlu 2010). Bu sonuçlara göre kadınların büyük bir çoğunluğunun bebeklerinin normal doğum ağırlığında olması ve yaklaşık tamamının bebeklerinde ciddi sağlık probleminin olmaması kadınların bebeklerinin sağlığı ile ilişkili korku ve endişelerini azaltması açısından önemlidir.

Bu çalışmada kadınların daha yüksek oranda kız (%58,3) bebeğe sahibi oldukları ve yaklaşık tamamının (%98,1) bebeklerinin istenen cinsiyette olduğu saptanmıştır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (2008) ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bu çalışma ile benzer özellik göstermektedir (Ayvaz ve ark 2006, Durukan ve ark 2011). Xie ve ark (2010) ve Viaux-Savelon ve ark (2012)'nın yaptıkları çalışmalarda ise erkek bebeklerin oranının kız bebeklerden daha fazla olduğu bildirilmiştir. Xie ve ark (2007) ve Fisher ve ark (2012)'nın yaptıkları çalışmalarda kız bebek doğurmanın doğum sonrası depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Buna karşın ülkemizde ve yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile doğum sonrası depresyon arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Adewuya ve ark 2005, Adewuya 2006, Ayvaz ve ark 2006, Efe ve ark 2009, Durukan ve ark 2011). Özdemir ve ark (2008)'nın yaptığı bir çalışmada ise bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi ile eşinde ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olanlarda, olmayanlara göre doğum sonrası depresyon sıklığının daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçların toplumların sosyokültürel farklılıklarından kaynaklandığı söylenebilir.

Doğum sonrası dönemde, kadınlar bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu dönem kadınlar için bazen çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olabildiği gibi, bir kriz dönemi de olabilmektedir. Bu dönemi, kriz dönemi olarak yaşayan kadınların doğum sonrası dönemde depresyon görülme riskinin artabileceği ve bebeğin beslenmesi ve bakımına ilişkin problemlerin annenin depresyon yaşaması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Beck 2001, Surkan ve ark 2008, Wachs 2009, Armitage ve ark 2009, Cook ve ark (2012). Bu çalışmada kadınların önemli bir bölümünün bebek bakımı ve beslenmesine ilişkin problem yaşadıkları görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalarda da

benzer sonuçlar bildirilmektedir (Taşdemir ve ark 2006, Kitiş ve Karaçam 2009). Bu bulgulara göre kadınların bebek bakımı, annelik rolüne uyum sağlama ve anneliğin getirdiği sorumlulukları yerine getirmede yaşadıkları güçlükler doğum sonrası depresyon riskini arttırabilir.

Bu çalışmada kadınların %28,2'sinin önemli yaşamsal stres yaşadığı saptanmıştır. Kitiş ve Karaçam (2009)'ın yaptıkları çalışmada ise kadınların daha yüksek oranda önemli yaşamsal stres yaşadıkları (%35,2) belirtilmiştir. Beck (2001), Agoub ve ark (2005), Husain ve ark (2006), Gao ve ark (2009) ve Durat ve Kutlu (2010)'nun yaptıkları çalışmalarda önemli yaşamsal stres yaşamanın doğum sonrası depresyon riskini arttırdığı belirtilmiştir. Bu bulgulara göre araştırmadaki kadınların yaklaşık üçte birinin önemli yaşamsal stres yaşadığı ve doğum sonrası depresyon bakımından riskli olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda sorunlu evlilik ilişkilerinin, eşin kadını anlamamasının, ev işleri ve bebek bakımına yardım etmemesinin ve duygusal destek olmamasının kadınlarda doğum sonrası depresyon riskini arttırdığı bildirilmiştir (Beck 2001, Agoub ve ark 2005, Sünter ve ark 2006, Smith ve Howard 2008, Durat ve Kutlu 2010, Xie ve ark 2010, Fisher ve ark 2012, Matteo ve ark 2012). Bu çalışmada kadınların bir bölümü evlilik hayatlarından bazen memnun olmadıklarını (%20,4) ve evliliklerinde problem yaşadıklarını (%7,8) ifade etmişlerdir. Kitiş ve Karaçam (2009)'ın yaptığı çalışmada kadınların bu çalışmadan daha yüksek oranda (%56,3) evlilikten memnun olmadıkları belirtilmiştir. Durukan ve ark (2011)'nın yaptığı çalışmada ise kadınların bu çalışmadan daha düşük oranda (%6,7) evlilikten memnun olmadıkları bildirilmiştir. Benzer şekilde eş ile ilişkilerin kötü olmasının ve evliliğinden genel olarak memnuniyetsizlik durumunun doğum sonrası depresyon sıklığını arttırdığı belirtilmiştir (Durukan ve ark 2011). Yine bu çalışmada kadınların benzer olarak büyük çoğunluğunun kendileri hakkında bazen olumlu duygu hissettiği (%34,0), kendini bazen değerli hissettiği (%39,8) ve iyi özelliklerinin olduğunu bazen düşündüğü (%33,0) saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada kadınların kendilerini kötü hissetmesinin, normal ve iyi hissedenlere göre doğum sonrası depresyon açısından daha yüksek riske sahip olduğu bildirilmiştir (Çeber ve ark 2010). Bu çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun evlilik hayatlarından memnun olmaları, evlilik ile ilgili problem yaşamamaları, kendileri hakkında olumlu duygu hissetmeleri, kendilerini değerli

hissetmeleri ve iyi özelliklerinin olduğunu düşünmeleri doğum sonrası döneme daha kolay uyum sağlamalarına ve bu dönemde gelişebilecek problemlerin çözümüne yardımcı olabilmesi bakımından önemlidir.

Aile içi şiddet, hem kentsel hem de kırsal alanlarda birçok kadının hayatını etkileyen bir problemdir ve doğum sonrası depresyon açısından ciddi sonuçlar doğurabilir (İbiloğlu 2012). Çalışmaya katılan iki kadın evlilikleri süresince, gebelikte ve doğum sonrası dönemde fiziksel şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada aile içi fiziksel şiddet görülme oranının düşük olması doğum sonrası depresyon riski açısından sevindiricidir.

Doğum sonrası dönemde kadın yeni doğmuş bebeği ile birlikte yeni rol ve sorumluluklara uyum sağlama sürecine girmektedir. Bu dönemde kadın sosyal yönden yeterince desteklenmediğinde, doğum sonrası depresyon riski artabilmektedir. Yapılan çalışmalarda aile, eş ve arkadaşlardaki sosyal destek yokluğu veya azlığının doğum sonrası depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Husain ve ark 2006, Fisher ve ark 2012). Bu çalışmada çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak benzer özellik gösterdiği saptanmıştır. Timur ve Hotun-Şahin (2010) (64.25±13.69) ve Mermer ve ark (2010)'nın (65.75±14.06) yaptıkları çalışmalarda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek puan ortalamasının bu çalışmadan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Fisher ve ark (2012)'nın yaptığı bir çalışmada koruyucu ve yardım sever aileye sahip kadınların doğum sonrası depresyon riskinin daha düşük oranda olduğu belirtilmiştir. Kitiş ve Karaçam (2009)'ın yaptığı çalışmada da algılanan sosyal destek puanı ile doğum sonrası depresyon arasında negatif ilişkinin olduğu belirtilmiştir.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bu çalışmada, her iki grupta çalışmaya katılan kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme sıklığının %14,6 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak, ülkemizde EDDÖ ölçeği kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda doğum sonrası depresyon görülme sıklığının %12,5-37 aralığında değiştiği görülmektedir (Atasoy ve ark 2004, Sünter ve ark 2006,

Ayvaz ve ark 2006, Orhon ve ark 2008, Efe ve ark 2009, Durukan ve ark 2011, Özdemir ve ark 2008, Kurçer ve Keleş 2009, Arslantaş ve ark 2009, Durat ve Kutlu 2010, Çeber ve ark 2010, Kırkpınar ve ark 2012). Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise doğum sonrası depresyon görülme sıklığının daha geniş aralıkta olduğu (%7,5-53,2) ve bu çalışma sonucuna benzerlik gösterdiği gözlenmektedir (Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006, Montazeri ve ark 2007, Nagpal ve ark 2008, Milgrom ve ark 2008, Ebeigbe ve Akhigbe 2008, Gao ve ark 2009, Gausia ve ark 2009, Wan ve ark 2009, Dennis ve ark 2009, Sutan ve ark 2010, Howard ve ark 2011, Matteo ve ark 2012). Doğum sonrası depresyon görülme sıklığındaki bu farklılığın ülkelerin ve illerimizin farklı sosyoekonomik statüsü, kalkınmışlık düzeyleri, ırk, kültürel ve etnik farklılıkları ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışma grubundaki kadınların eğitim öncesi EDDÖ puan medianlarının kontrol grubundakilere göre daha yüksek oranda (çalışma: 8,0±4,8; kontrol: 6,0±6,0) olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın önemli olduğu belirlenmiştir (U=938,000, p=0,010, p<0,05). Bu bulgu çalışma ve kontrol gruplarının eğitim öncesi EDDÖ puan medianlarına göre homojen özellikte olmadıklarını göstermektedir. Eğitim sonrasında ise çalışma grubundaki kadınlarda EDDÖ puan medianlarının kontrol grubundakilere göre daha düşük oranda (çalışma: 4,0±3,0; kontrol: 10,0±4,0) olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrasında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U=310,500, p=0,000, p<0,05).

Çalışma grubundaki kadınların eğitim öncesinde doğum sonrası depresyon görülme sıklığının kontrol grubundakilere göre daha yüksek oranda (çalışma: %17,3; kontrol: %11,8) olduğu ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (x^2=0,636, p=0,425, p>0,05). Bu bulgu çalışma ve kontrol gruplarının eğitim öncesinde doğum sonrası depresyon görülme sıklığı bakımından homojen özellikte olduklarını göstermektedir. Eğitim sonrasında ise çalışma grubundaki kadınlarda depresyon görülme sıklığının daha düşük (%7,7) ve kontrol grubundakilerde daha yüksek oranda (%25,5) olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrasında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (x^2=5,918, p=0,015, p<0,05).

Çalışma grubundaki kadınların eğitim öncesinde ölçek toplam puan sıra ortalamasının kontrol grubundakilere göre daha yüksek oranda (çalışma: 59,46; kontrol: 44,39) olduğu ve iki grup arasındaki bu farkın önemli olduğu saptanmıştır (U=938,000, p=0,010, p<0,05). Eğitim sonrasında ise çalışma grubundaki kadınların ölçek toplam puan sıra ortalamasının kontrol grubundakilere göre daha düşük oranda (çalışma: 32,47; kontrol: 71,91) olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın önemli olduğu saptanmıştır (U=310,500, p=0,000, p<0,05).

Doğum sonrası depresyon belirtilerini önleme ve azaltmak amacıyla, yapılandırılmış eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği bu çalışmada, eğitim sonrasında çalışma grubundaki kadınların EDDÖ puan medianlarının (çalışma: 4,0±3,0; kontrol: 10,0±4,0), doğum sonrası depresyon görülme sıklığının (çalışma: %7,7; kontrol: %25,5), bağımlı gruplarda ön test-son test puan medianlarının (çalışma: 4,0±3,0; kontrol: 10,0±4,0) ve ölçek toplam puan sıra ortalamalarının (çalışma: 32,47; kontrol: 71,91) kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca doğum sonrası depresyonun belirti düzeyinin azaltılmasına yönelik yapılan eğitim sonucunda çalışma grubunda EDDÖ maddelerine verilen cevapların olumlu düzeyde değiştiği saptanmıştır. Bu bulgular doğum sonrası depresyon belirtilerini önleme ve azaltmada yapılandırılmış eğitimin etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç doğum sonrası depresyona ilişkin yürütülen PRISM (Anneler kaynak, çare, bilgi ve destek programı) programı (Lumley ve ark 2006) ve CARES (Sağlık Başlangıcı, Kadının Sağlık Bakım Davranışları) programları (Sit ve ark 2009) ile benzerlik göstermektedir.

Birinci ve ikinci görüşme arasındaki dönemdeki kadınların kendisi ve bebeğine ilişkin herhangi bir sorun yaşama, aile yaşamında önemli bir değişiklik/sorun bulunma, yaşamsal stres yaşama, bebek bakımına ilişkin güçlük yaşama ve kendisi ve evlilik hayatına ilişkin görüşleri incelenmiş ve çalışma ve kontrol gruplarının büyük oranda benzer özellikte olduğu görülmüştür. Bu sonuçların ilk görüşmede elde edilen bulgular ile uyumlu olduğu görülmüştür. Sadece çalışma grubundaki kadınların evlilik hayatında memnuniyetleri konusunda önemli bir değişiklik olmaz iken (ilk görüşme: %84,6; ikinci görüşme: %86,5), kontrol grubundaki kadınların evlilik hayatından memnuniyetlerinin azaldığı (ilk görüşme: %74,5; ikinci görüşme: %56,9) gözlenmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltmasında eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla olasılıksız örnekleme yöntemi ile 52 çalışma ve 51 kontrol olmak üzere toplam 103 kadın ile yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Çalışma grubundaki kadınların ön test EDDÖ puan medianlarının (8,0±4,8) kontrol grubundaki kadınlarınki ile (6,0±6,0) istatistiksel olarak benzer özellikte olmadığı,

- Çalışma grubundaki kadınların son test EDDÖ puan medianlarının (4,0±3,0) kontrol grubundaki kadınlarınkinden (10,0±4,0) daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu,

- Çalışma grubundaki kadınların %17,3'ünün ve kontrol grubundakilerin %11,8'inin eğitim öncesi dönemde depresyon açısından yüksek riskli olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu,

- Eğitim sonrasında çalışma grubundaki kadınların yüksek depresyon riskinde bulunma oranının (%7,7) kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu (%25,5) ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu,

- EDDÖ puanı ile bağımlı gruplarda yapılan Wilcoxon Signed Ranks Testi (İşaret Testi) analizi sonucunda çalışma grubundaki kadınlarda ön teste göre son test puanlarında düşme gözlemlendiği (8,0±4,8'e karşı 4,0±3,0); ancak kontrol grubunun ön teste göre son test puanlarının daha yüksek olduğu (6,0±6,0'a karşı 10,0±4,0) ve bu farkların istatistiksel olarak önemli olduğu,

- EDDÖ puanı ile gruplar arası yapılan Mann Whitney-U testi analizi sonucunda çalışma grubundaki kadınlarda ön teste göre son test puanlarının toplam sıra ortalamalarının daha düşük oranda (59,46'ya karşı 32,47) olduğu; ancak kontrol grubunun ön teste göre son test puanlarının toplam sıra ortalamalarının daha yüksek oranda olduğu (44,39'a karşı 71,91) ve bu farkların istatistiksek olarak önemli olduğu,

- Çalışma grubundaki kadınların ölçek maddelerine verdikleri cevapların eğitim sonrasında olumlu yönde değişim gösterirken kontrol grubundaki kadınların ölçek maddelerine verdikleri cevapların olumsuz yönde değiştiği sonuçları elde edilmiştir.

5.2. Öneriler

Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda doğum sonrası depresyon belirti düzeyinin azaltmasında yapılandırılmış eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen 52 çalışma ve 51 kontrol olmak üzere toplam 103 kadın ile gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Doğum sonrası dönemde kadınlara verilen sağlık hizmetlerinin kapsamına doğum sonrası depresyon ile ilgili bu çalışmada kullanılan yapılandırılmış eğitim ve eğitim materyalinin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin entegre edilmesi,

- Doğum sonrası depresyonda koruyucu, erken tanılama ve tedaviye yönelik bakımların multidisipliner bir ekip çalışması içinde yürütülmesi,

- Doğum sonrası bakım hizmetlerini yürüten hemşire/ebe ve diğer sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitim kapsamında doğum sonrası depresyona ilişkin koruyucu, erken tanı, sevk, bakım ve danışmanlık konularında eğitim yapılması,

- Araştırmanın farklı örneklem grupları ile farklı zamanlarda tekrarlaması ve doğum sonrası depresyona yönelik uygulamaları geliştirmek için farklı eğitim yöntemlerinin kullanıldığı deneysel tipte araştırmaların yapılması önerilebilir.

TOP ED, KARAÇAM Z.

Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Depresyon Belirti Düzeyinin Azaltılmasında Eğitimin Etkinliği

ÖZET

Araştırma doğum sonrası dönemdeki kadınlarda doğum sonrası depresyon belirti düzeyinin azaltmasında eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla ön test- son test kontrol gruplu düzende yarı-deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmaya olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen çalışma grubuna 52, kontrol grubuna 51 olmak üzere toplam 103 kadın alınmıştır. Araştırma verileri soru formu, izlem formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile toplanmıştır. Çalışma grubundaki kadınlara doğum sonrası depresyon gelişimini önleme ve depresyon belirti düzeyini azaltmaya yönelik eğitim materyali kullanılarak yapılandırılmış eğitim verilmiş ve eğitim materyali dağıtılmıştır. Çalışmada eğitimin etkinliği çalışma ve kontrol grupları ile bağımlı gruplarda ön ve son test Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki kadınların yaş ortalaması 28,22±5,10 idi. Kadınların daha çok lise ve yüksekokul mezunu (%57), resmi nikâhlı (%98,1), ev hanımı (%84,5), sosyal güvenceli (%90,3) ve orta gelir düzeyli (%91,3) oldukları saptanmıştır. Araştırmaya dâhil edilen çalışma ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik ve obstetrik özellikler, gebeliği planlama, gebelikte fiziksek sağlık sorunu yaşama, ilaç, sigara ve alkol kullanma, önemli yaşamsal stres bulunma, doğum, bebek ve bebek bakımına ilişkin veriler, kendileri ve evlilik yaşantılarına ilişkin görüşleri ve algılanan sosyal destek puanları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte idiler.

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınlar eğitim öncesi dönemde yüksek depresyon riskinde olma (çalışma: %17,3; kontrol: %11,8) bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte iken Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan medianları (çalışma:

8,0±4,8; kontrol: 6,0±6,0; p=0,010) bakımından gruplar arası farkın önemli olduğu belirlenmiştir.

Eğitim sonrasında ise çalışma grubundaki kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan medianları (çalışma: 4,0±3,0; kontrol: 10,0±4,0), doğum sonrası depresyon görülme sıklığının (çalışma: %7,7 ve kontrol: %25,5) ve bağımlı gruplarda öntest-sontest medianlarının (çalışma: 4,0±3,0; kontrol: 10,0±4,0) kontrol grubundaki kadınlarınkine göre daha düşük olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Çalışmada doğum sonrası dönemdeki kadınlara verilen yapılandırılmış eğitimin doğum sonrası depresyon belirtilerini önleme ve azaltmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu eğitim yönteminin doğum sonrası bakım hizmetlerini yürüten hemşire/ebe ve diğer sağlık çalışanları tarafından kullanılması ve yaygınlaştırılması ile depresyon belirtilerinin azaltılmasına ve dolayısıyla kadın sağlığının yanında çocuk, aile ve toplum sağlığının gelişimine de katkı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonrası dönem, depresyon, semptom, eğitim, hemşirelik bakımı, hemşirelik.

TOP ED, KARAÇAM Z.

Effectiveness of Education on Reducing of Depression Symptom Level in Women During Postpartum Period

SUMMARY

The study was carried out semi-experimentally in the order of pretest- posttest control group in order to assess the efficiency of education in reducing the postnatal symptom level of depression in the women in postnatal period. One hundred three women were taken to the study, 52 of whom were to the intervention group and 51 of whom to the control group which were determined through no probability sampling method. Data of the study were collected via a question form, follow up form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Edinburg Postnatal Depression Scale. The women in the study group were provided with training constructed by using training material for preventing postnatal depression development and decreasing the level of depression symptoms and they were given training material. In the study, the efficiency of the training was assessed by comparing the pretest and posttest Edinburg Postnatal Depression Scale scores in the groups associated with intervention and control groups.

The average age of the women included in the study were 28,22± 5,10. The women were determined to be mostly high school and college graduates (57%), have civil marriages (98,1%), be housewives (84,5%), have social securities (90,3%) and to have middle incomes (91,3%). The women included in the study in the intervention and control groups were of statistically similar characteristics in terms of socio-demographic and obstetric features, planning of pregnancy, having physical health problems in pregnancy, taking medication, smoking and drinking alcohol, having vitally important stress, child bearing, findings on babies and baby-care, their opinions on themselves and on their marriages, and their perceived social support scores.

Although the women in the study and control groups were of statistically similar characteristics in terms of being under the risk of high depression in the pre-training period (intervention: 17,3%; control 11,8%), the difference between the groups was determined to be significant from the viewpoint of Edinburg Postnatal Depression Scale Score medians (intervention: 8,0±4,8; control 6,0±6,0; p=0,010).

After the training, it was determined that the Edinburg Postnatal Depression Scale score medians (intervention: 4,0±3,0; control: 10,0±4,0), the incidence of postnatal depression (intervention: 7,7%; control: 25,5%), and pretest-posttest medians in the associated groups (intervention: 4,0±3,0; control: 10,0±4,0) were lower than those of the women in control group and this difference was statistically significant.

In the study it was concluded that the structure training given to the postnatal women were effective in preventing and reducing postnatal depression symptoms. Reduction of depression symptoms and thus the improvement of child, family and society health besides women health can be contributed by the fact that this training method are used and generalized by nurses/midwives and other health care personnel who conduct postnatal care services.

Key words: Postpartum period, depression, symptoms, education, nursing care, nursing.

KAYNAKLAR

Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2005;193(4):1522-1525.

Adewuya AO. Postnatal depression in primary care populations in Nigeria. General Hospital Psychiatry 2006;28(2):133-136.

Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, Ibigbami SMO. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. Journal of Psychiatric Practice 2005;11(5):353-358.

Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. Archives of Women's Mental Health 2005;8(1):37-43.

Aktaş D. Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2008.

Almanza-Muñoz JDJ, Salas-Cruz CL, Olivares-Morales ÁS. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer†. Rev Sanid Milit Mex 2011;65(3):78-86.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4nd Ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

Armitage R, Flynn H, Hoffmann R, Vazquez D, Lopez J, Marcus S. Early developmental changes in sleep in infants: the impact of maternal depression. Sleep 2009;32(5):693-696.

Arslantaş H, Ergin F, Akdolun Balkaya N. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;10(3):13-21.

Aşkın R. Depresyon El Kitabı. 2. Baskı. Konya: Roche Mühtazarları; 1999.

Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemokrafik risk etmenleri. Türkiye Klinikleri Journal Gynecology and Obstetrics 2004;14:252-257.

Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4):243-251.

Bang KS. Infants' temperament and health problems according to maternal postpartum depression. Journal of Korean Academy of Nursing 2011;41(4):444-450.

Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nursing Research 2001;50(5):275-285.

Beck, CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments, Nursing Research 2001;50(4):242-250.

Beck, CT. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament, Nursing Research. 1996;45(4):225-230.

Berle JO, Spigset O. Antidepressant use during breastfeeding, Curr Womens Health Review 2011;7(1):28-34.

Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):479-484.

Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression, American Family Physician 2007;75(1):73-80.

Bick D, Howard L. When should women be screened for postnatal depression? Expert Review of Neurotherapeutics 2010;10(2):151-154.

Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. Health Care for Women International 2008;29:568-592.

Brand SR, Brennan PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? Clinic Obstetetric Gynecolojical 2009;52(3):441-455.

Brauer H, Martinsen EW. Confused woman shortly after childbirth. Tidsskr Nor Laegeforen 2012;132(2):167-169.

Buldukoğlu K, Doğan S, Öz F, Yurt V, Özaltın G, Terakye G, Özcan A, Pektekin Ç, Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Birmat Matbaacılık; 2000.

Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. Sage Journals 2012;19(2):247-256.

Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. Pediatrics 2009;123(4):1147-1154.

Colman I, Polubidis GB, Wadsworth ME, Jones PB, Croudace TJ. A Longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. Biological Psychiatry 2007;62(11):1265-1271.

Cook F, Bayer J, Le HND, Mensah F, Cann W, Hiscock H. Baby Business: a randomised controlled trial of a universal parenting program that aims to prevent early infant sleep and cry problems and associated parental depression. BMC Pediatrics 2012;12:13.

Corral M, Wardrop AA, Zhang H, Grewal AK, Patton S. Morning light therapy for postpartum depression. Archives Womens Mental Health 2007;10(5):221-224.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987;150:782 -786.

Crockett K, Zlotnick C, Davis M, Payne N, Washington R. A depression preventive intervention for rural low-income African-American pregnant women at risk for postpartum depression. Archives Womens Mental Health 2008;11(5-6):319-325.

Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel U. İzmir'in Bornova ilçesinde gebelik ve doğum sonrası depresyon riski. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstetric 2010;20(1):1-9.

Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzies KM. Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression among a community cohort of Canadian women. Matern Child Health J 2011;15:866-875.

Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;17(4):1-33.

Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feding outcomes? Acta Paediatrica 2007;96(4):590-594.

Dennis CL, Allen K. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. Cochrane Database Systematic Reviews 2008;8(4):1-16.

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

Duggan AK, Berlin JL, Cassidy J, Burrell L, Tandon SD. Examining Maternal Depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2009;77(4):788-799.

Durat G, Kutlu Y. Sakarya'da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. New Symposium Journal 2010;48(1):63-68.

Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. Balkan Medical Journal 2011;28:385-393.

Ebeigbe PN, Akhigbe KO. Incidence and associated risk factors of postpartum depression in a tertiary hospital in Nigeria. The Nigerian Postgraduate Medical Journal 2008;15(1):15-18.

Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. Turkish German Gynecological Association 2009;10:14-20.

Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12(1):17-25.

Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Dogum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Bahar Sempozyumları 1997;1:51-52.

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

Ergöçmen BA, Eryurt MA, Adalı T. Doğurganlığı Belirleyen Diğer Ara Değişkenler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009;s:109-115.

Eryurt MA, Türkyılmaz AS, Çağatay P. Doğurganlık tercihleri, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009;s:119-130.

Ferber SG, Feldman R, Makhoul IR. The development of maternal touch across the first year of life. Early Human Development 2008;84(6):363-370.

Field T. Postpartum Depression effects on early İnteractions, parenting and safety practices: a rewiew. Infant Behavior and Development 2010;33(1):1-9.

Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holtona S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ 2012;90:139-149.

Forty L, Jones L, Macgregor S, Caesar S, Cooper C, Hough A, Dean L, Dave S, Farmer A. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. The American Journal of Psychiatry 2006;163(9):1549-1553.

Furumura K, Koide T, Okada T, Murase S, Aleksic B, Hayakawa N, Shiino T, Nakamura1 Y, Tamaji A, Ishikawa N, Ohoka H, Usui H, Banno N, Morita T, Goto S, Kanai A, Masuda T, Ozaki N. Prospective study on the association between harm avoidance and postpartum depressive state in a maternal cohort of Japanese women. Plos One 2012;7(4):e34725.

Gao LL, Chan SW, Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. Research in Nursing & Health 2009;32(1):50-58.

Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. Archives of Womens Mental Health 2009;39(6):999-1007.

Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. (Prepared by the RTI–University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality. February 2005.

Gentile S. The role of estrogen therapy in postpartum psychiatric disorders: an update. CNS Spectr 2005;10(12):944-952.

Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstetri 2007;17:126-133.

Gjerdingen D, Katon W, Rich DE. Stepped care treatment of postpartum depression: a primary care– based management model. Women's Health Issues 2008;18(1):44-52.

Gölbaşı Z. Postpartum Komplikasyonlar/ Riskli Durumlar. Şirin A, Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. s:790-810

Green AD, Barr AM, Galea LA. Role of estradiol withdrawal in 'anhedonic' sucrose consumption: a model of postpartum depression. Physiolgy & Behavior 2009;97(2):259-265.

Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, Zuckoff A, Houck PR, Frank E. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. Psychiatric Services 2009;60(3):313-321.

Güra A, Çığ HÖ, Ongun H, Eryılmaz M, Oygür N. Postpartum maternal depresyon, nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri. Çocuk Dergisi 2004; 4:168-172.

Hadımlı A, Sevil Ü. Çoğul gebelik redüksiyonu ve hemşirenin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(3):47-52.

Harlow B, Vitonis A, Sparen P, Cnattingius S, Joffe H, Hultman C. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. Archives of General Psychiatry 2007;64(1):42-48.

Hirst PK, Moutier YC. Postpartum Majör Depression. American Family Physician 2010;82(8):926-933.

Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalance of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scala in postpartum women in primary care: findings from the respond trial. BMC Pregnancy and Childbirth 2011;11:57-67.

Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2007;86(3):291-297.

Husain N, Bevc I, Husain M, Chaudhry IB, Atif N, Rahman A. Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. Archives Womens Mental Health 2006;9(4):197-202.

International Classification of Diseases ICD-10
http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf, Erişim Tarihi:10.06.2010.

Ishikawa N, Goto S, Murase S, Kanai A, Masuda T, Aleksic B, Usui H, Ozaki N. Prospective study of maternal depressive symptomatology among Japanese women. Journal Psychosom Research 2011;71(4):264-269.

İbiloğlu AO. Aile içi şiddet. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2012;4(2):204-222.

Jiang W, Kuchibhatla M, Clary GL, Cuffe MS, Christofer EJ, Alexander JD, Califf RM, Krishnan RR, O'Connor CM. Relationship between depressive symptoms and long-term mortality in patients with heart failure. American Heart Journal 2007:154(1);102-108.

Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D. Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying interactive behaviours. Journal of Affective Disorders 2006;7:270-281.

Karaçam Z, Öz F, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum 2004;14(3):14-24.

Karaçam, Z, Kitiş, Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19(2):187-196.

Kayacı M, Özbaşaran F, Uzuner K. Maternal bağlanmanın postpartum depresyona etkisi. III Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 4-6 Haziran 2009, Düzce; 2009. p. 104-105.

Kesebir S, Aksoy AE. Üreme Hormonları ve Duygu Durum Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(3):281-307.

Khanam M, Sultana A, Abbasi S, Rehman K. Screening for postpartum depression in recently delivered mothers. Pakistan Journal of Medical Sciences 2011;27(2):320-324.

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

Kitiş Y, Karaçam Z. Postpartum Depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Türkiye'de Psikiyatri 2009;11(2):67-74.

Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 349 Sempozyum Dizisi 2008;62:349-354.

Kocamanoğlu B, Şahin AR. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12:226-232.

Koç İ, Çağatay P, Adalı T. Doğurganlık, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009;s:60-73.

Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. The Journal of the Americam Medical Association 2009;301(8):842-847.

Kurçer MA, Keleş E. Doğum sonrası depresif belirtilere sigaranın ve gebelikteki bazı sorunların ilk ve 60. Günlerdeki etkisinin karşılaştırılması. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009;8(4):323-328.

Lee SM. The effects of music therapy on Postpartum Blues and maternal attachment of puerperal women. Journal of Korean Academy of Nursing 2010;40(1):60-68.

Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Archives of Women's Mental Health 2006;9(3):131-138.

Lumley J, Watson L, Small R, Brown S, Mitchell C, Gunn J. PRISM (Program of Resources, İnformation and Support for Mothers): a community-randomised trial to reduce depression and improve women's physical health six months after birth. BMC Public Health 2006;37(6):1-14.

Matteo B, Miriam I, Giulia B, Salvatore C, Anita C, Lorenza D, Diego M, Paola P, Michela R, Adriana Z, Stefania Z, Guido DS, Roberto L, Cesario B. Determinants of Ante partum depression: a multicenter study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2012;47(4):doi: 10.1007/s00127-012-0511-z.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. Archives of Pediatric & Adolescent Medicine 2006;160:279-284.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice. Pediatrics 2006;118:174-182.

Meltzer-Brody S. New insight into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. Dialogues Clin Neurosci 2011;13:89-100.

Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(2):71-76.

Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Barbara H, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. Journal of Affective Disorders 2008;108(1-2):147-157.

Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. Pediatrics 2005;115(2):306-314.

Moel JE, Buttner MM, O'Hara MW, Stuart S, Gorman L. Sexual function in the postpartum period: effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. Archives Womens Mental Health 2010;13(6):495-504.

Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scala (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. BioMed Central 2007;7(11):1-6.

Mousavi GA, Sabahi-Bidgoli M, Omidi A, Kosha Z, Ghavami M, Gorji Z, Tahmasebi S, Atharizadeh M, Banitaba SM. Prevalence of postpartum depression and its relation to some psychosocial factors in mothers referred to health centers of Kashan during 2007-8. Journal of Kashan University of Medical Sciences 2011;15(3):247-253.

Munoz C, Agruss J, Haeger A, Siversten L. Postpartum Depression. Detection and Treatment in the Primary Care setting. The Journal of Nurse Parctitionars 2006;2(4):247-253.

Nagpal J, Dhar RS, Sinha S, Bhargava V, Sachdeva A, Bhartia A. An exploratory study to evaluate the utility of an adapted Mother Generated Index (MGI) in assessment of postpartum quality of life in India. Health Qual Life Outcomes 2008;6:107.

NICE. Guide to the methods of technology appraisal. 2008. http:// www.nice.org.uk/media/B52/A7/ TAMethodsGuideUpdatedJune2008.pdf.

Nicholson WK, Robinson KA, Smallridge RC, Ladenson PW, Powe NR. Prevalence of postpartum thyroid dysfunction: a quantitative review. Thyroid 2006;16(6):573-582.

Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel A. Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon prevelansı ve risk faktörleri. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;26(2):55-59.

O'Keane V, Lightman S, Patrick K, Marsh M, Papadopoulos AS, Pawlby S, Seneviratne G, Taylor A, Moore R. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. Journal of Neuroendocrinology 2011;23(11):1149-1155.

Orhon FŞ, Ulukol B, Soykan A. Bir sağlıklı çocuk polikliniğinde doğum sonrası depresyonda risk faktörleri: anneye ve bebeğe ait özellikler. Medical Sciences 2008;61(1):7-12.

Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;7:391-398.

Park ER, Chang Y, Quinn V, Regan S, Cohen L, Viguera A, Psaros C, Ross K, Rigotti N. The association of depressive, anxiety, and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: A longitudinal study. Nicotine & Tobacco Research 2009;11(6):707-714.

Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. British Medical Journal 2009;339(b5203):1-8.

Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of Postpartum Depression in mothers and fathers on parenting behavior. Pediatrics 2006;118;659-669.

Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. Journal Affect Disorder 2004;80(1):37-44.

Perinatoloji Derneği 2012 (http://www.perinatalweb.org/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=382). Erişim Tarihi: 23.03.2012.

Reulbach U, Bleich S, Knörr J, Burger P, Fasching PA, Kornhuber J, Beckmann MW, Goecke TW. Pre-, peri- and postpartal depression. Fortschr Neurol Psychiatr 2009;77(12):708-713.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. General Hospital Psychiatry 2004;26(4):289-295.

Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalence of maternal sadness and its associated factors. Ginecol Obstet Mex 2010;78(1):53-57.

Ross LE, McQueen K, Vigod S, Dennis CL. Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive technologies and multiple births: a systematic review. Human Reproduction Updata 2011;17(1):96-106.

Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon belirtileri arasndaki ilişki: Türkiye'den bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4):252-258.

Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı. Erişim Tarihi:18.05.2012. http://sks.ankara.edu.tr/2012/genel-saglik-sigortasi-hakkinda-onemli-duyuru/

Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Barros AJ, Barros FC. Long-lasting maternal depression and child growth at 4 years of age: a cohort study. Journal of Pediatrics 2010;157(3-3):401-406.

Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. Scientific World Journal 2007;7:1670-1682.

Selvi Y, İnci R, Kıran ÜK, Ağargün MY, Özer ÖA, Eryonucu B. Postpartum Depresyon ve Serum Kolesterolü. Klinik Psikiyatri 2004;7:48-50.

Sheard C, Cox S, Oates M, Ndukwe G, Glazebrook C. Impact of a multiple, IVF birth on post-partum mental health: a composite analysis. Human Reproduction 2007;22(7):2058-2065.

Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life? Pediatrics 2009;123(6):982-988.

Sit DK, Flint C, Svidergol D, White J, Wimer M, Bish B, Wisner KL. An Emerging Best Practice Model for Perinatal Depression Care. Psychiatr Service 2009;60(11):1429-1431.

Smith L, Howard KS. Continuity of paternal social support and depressive symptoms among new mothers. Journal of Family Psychology 2008;22(5):763-773.

Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. Clinical Psychology Rewiew 2011;31:839-849.

Strain AK, Meltzer-Brody S, Bullard E, Gaynes BN. Postpartum catatonia treated with electroconvulsive therapy: a case report. General Hospital Psychiatry 2012;34(4):436-440.

Studd J, Nappi RE. Reproductive depression. Gynecological Endocrinology 2012;28(1):42-45.

Suda S, Segi-Nishida E, Newton SS, Duman RS. A postpartum model in rat: behavioral and gene expression changes induced by ovarian steroid deprivation. Biological Psychiatry 2008;64(4):311-319.

Surkan PJ, Kawachi I, Ryan LM, Berkman LF, Carvalho Vieira LM, Peterson KE. Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy, and child growth. American Journal of Public Health 2008;98(1):125-132.

Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ 2011;287:607-615.

Sutan R, Amın RM, Arıffin KB, Teng TZ, Kamal MF, Ruslı RZ. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. Biomed&Biotechnol 2010;11(3):209-217.

Sünter T, Güz H, Ordulu F, Canbaz S, Dündar C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonun prevelansı ve risk faktörleri. J Turk Soc Obstet Gynecol 2006;3(1):26-31.

Sylvén SM, Papadopoulos FC, Mpazakidis V, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. Archives Womens Mental Health 2011;14(3):195-201.

Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimestirde gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;27(1):51-58.

Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(2):105-118.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009.

Terry RF, Rijt TVD. Overview of research activities associated with the World Health Organization: results of a survey covering 2006/07. Health Research Policy and Systems 2010;8:25-35.

Tezcan S, Ergöçmen B, Tunçkanat FH. Düşükler ve Ölü Doğumlar, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009;s:97-107.

Timur S, Hatun-Şahin N. Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2010;1:29-40.

Traviss GD, West RM, House AO. Maternal mental health and its association with infant growth at 6 months in ethnic groups: results from the born-in-bradford birth cohort study. Plos One 2012;7(2):e30707.

Viaux-Savelon S, Dommergues M, Rosenblum O, Bodeaul N, Aidane E, Philippon O, Mazet P, Vibert-Guigue C, Vauthier-Brouzes D, Feldman R, Cohen D. Prenatal ultrasound screening: false positive soft markers may alter maternal representations and mother-infant interaction. Plos one 2012;7(1):e30935.

Vilska S, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Poikkeus P, Repokari L, Sinkkonen J, Tiitinen A, Tulppala M. Mental health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: a 1-year prospective study. Human Reproduction 2009;24(2):367-377.

Wachs TD. Models linking nutritional deficiencies to maternal and child mental health. The American Journal of Clinical Nutrition 2009;89(3):935-939.

Wan EY, Moyer CA, Harlow SD, Fan Z, Jie Y, Yang H. Postpartum depression and traditional postpartum care in China: role of zuoyuezi. International Journal of Gynaecol & Obstetri 2009;104(3):209-213.

Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. The American Journal of Psychiatry 2004;161(6):1066-1078.

Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. The New England Journal Medicine 2002;347(3):194-199.

Wiklund I, Mohlkert P, Edman G. Evaluation of a brief cognitive intervention in patients with signs of postnatal depression: A randomized controlled trial. Acta Obstetricia et Gynecologica 2010;89(8):1100-1104.

World Health Organization.
Departman of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization. Geneva 27, Switzerland. Mental Health Atlas 2011;1-82.
http://www.who.int/about/licensing/copyright_ form/en/index.htm Italy
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf

WHO-UNFPA. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries Report of the WHO-UNFPA meeting held in Geneva, Switzerland 30 January - 1 February 2008.

Xie RH, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. Social Science & Medicine 2007;65(4):680-684.

Xie RH, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2010;50:340-345.

Yiğit E, Yüksel İ, Türkyılmaz AS. Kadınların temel özellikleri, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009; s:43-58.

Yim IS, Glynn LM, Dunkel-Schetter C, Hobel CJ, Chicz-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. Archives of General Psychiatry 2009;66(2):162-169.

Yiu MGC, Szeto WL, Wong GPK, Miao MYK. Symptoms of anxiety and depression in the perinatal period: Referrals to the Comprehensive Child Development Service in a Hong Kong Regional Hospital. Hong Kong J Psychiatry 2009;19:112-116.

Yonkers KA, Lin H, Howell HB, Health AC, Cohen, LS. Pharmacologic treatment of postpartum women with new-onset major depressive disorder: A randomized controlled trial with paroxetine. Journal of Clinical Psychiatry 2008;69(4):659-665.

Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, Ramin S, Chaudron L, Lockwood C. The management of depression during pregnancy: A report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. General Hospital Psychiatry 2009;31:403-413.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG. & Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment 1988;52:30-41.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1987 yılında Ankara/Altındağ'da doğmuştur. İlköğretim ve Lise öğrenimimi İzmir'de, üniversite öğrenimimi 2005-2009 yılları arasında Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu Yüksek Hemşirelik bölümünde tamamlamıştır. Aynı yıl Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nın yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Kadın Doğum Servisinde 01.01.2010/ 01.08.2010 tarihleri arasında hemşire olarak çalışmıştır. Halen özel bir firmada işyeri hemşiresi olarak çalışmaktadır.

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen, tezime yol gösterici çok değerli katkılarda bulunan saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM' a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileri ile bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan Sayın Prof. Dr. Ümran Sevil'e ve Sayın Doç. Dr. Hilmiye Aksu'ya,

İzmir İl Merkezinde Bayraklı 14 Nolu Gerbay ve Karşıyaka 9 Nolu Zübeyde Hanım Sağlık Merkezi'nde görev yapan araştırmamın yapılabilmesi için yardım ve desteklerini esirgemeyen sağlık çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli kadınlara,

Tezimin analiz aşamasında bana yardımcı olan Suriye Özgür'e,

Ayrıca bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini benden esirgemeyen ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan çok sevdiğim ve saygı duyduğum annem Fahriye TOP ve babam Osman TOP' a

Ve her zaman bana sevgisi ile destek veren 12 yaşındaki küçük kardeşim Eren Doğaç TOP' a

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

EKLER

EK 1: SORU FORMU

Sağlık Ocağı: ..... **Anket no:**.....

1. Kaç yaşındasınız.....
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
   ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul ( ) Lisansüstü

3. Herhangi bir gelir getiren işte çalışıyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

4. Sosyal güvenceniz var mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır

5. Obstetrik Öykü: Gebelik sayısı..... Kendiliğinden düşük sayısı.....
   Canlı doğum sayısı..... Kürtaj sayısı.....
   Yaşayan çocuk sayısı.....

6. Evlilik Durumunuz: ( ) Evli, resmi nikahı var ( ) Boşanmış ya da ayrı yaşıyor
   ( ) Evli, imam nikahı var ( ) Eşi vefat etmiş

7. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?
   ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek

8. Bu gebeliğinizi planlamış mıydınız?
   ( ) Evet ( ) Hayır

9. Bu gebeliğinizi istiyor muydunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır

10. Bu gebeliğiniz süresince herhangi bir sıkıntı yaşadınız mı?
    ( ) Evet ( ) Hayır

    Cevabınız evet ise; nedir?.....

11. Şu anda kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?
    ( ) Evet ( ) Hayır
    Cevabınız evet ise; adı nedir?.....

    Ne amaçla kullanıyorsunuz?.....

12. Sigara kullanıyor musunuz?
( )Hiç içmedim
( )Gebelikte içtim, şuanda içmiyorum
( )Gebelikte içtim, şuanda içiyorum
( )Gebelikte içmedim, şuanda içmiyorum
( )Gebelikte içmedim, şuanda içiyorum

13. Alkol kullanıyor musunuz?
( ) Hiç kullanmadım
( ) Sadece sosyal ortamlarda kullanırım
( ) Diğer (Açıklayınız).....

14. Bebeğinizin doğum tarihi nedir?.....

15. Bebeğiniz beklenen doğum tarihinde mi doğdu?
( ) Evet ( ) Hayır (Açıklayınız).....

16. Bebeğinizin doğum kilosu kaçtı?
.....

17. Bebeğinizin doğum şekli nasıldı?
( ) Normal ( ) Sezaryen

18. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? ( ) Kız ( ) Erkek
19. Bebeğinizin cinsiyeti istenen cinsiyet mi? ( ) Evet ( ) Hayır
20. Bebeğinizin cinsiyetinden siz memnun musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
21. Bebeğinizin cinsiyetinden eşiniz memnun mu? ( ) Evet ( ) Hayır
22. Bebeğinizin herhangi bir sağlık sorunu var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
23. Bebeğinizi avutmak ya da sakinleştirmek zor mu? ( ) Evet ( ) Hayır
24. Bebeğinizin uyuması ile ilgili herhangi bir sorununuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
25. Bebeğinizin huzursuz ya da huysuz olduğunu düşünüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
26. Bebeğiniz çok ağlıyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır
27.Bebeğinizin beslenmesi ile ilgili herhangi bir sorununuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
Açıklayınız.....

28. Bu günlerde aşağıdaki durumlardan her hangi birini yaşadınız mı?
( ) Parasal problem ( ) Taşınma
( ) Evlilik problemleri. ( ) İşsizlik
( ) Ailede ölüm ( ) İş değiştirme
( ) Ailede ciddi hastalık durumu Diğer .....

29. Evlilik hayatınızdan memnun musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

30. Bu günlerde evliliğiniz ile ilgili her hangi bir problem yaşadınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır

31. Eşiniz ile aranızda her şey iyi gidiyor mu?
( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

32. Bir kişi olarak kendiniz hakkında iyi şeyler hissediyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

33. Kendinizi değerli hissediyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

34. Bir insan olarak çok sayıda iyi özelliklerinizin var olduğunu hissediyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

35. Evliliğiniz süresince eşiniz ya da diğer kişilerden herhangi bir şiddet gördünüz mü?
( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız Evet ise;
Aşağıdaki tabloda belirtilen durumlardan karşılaştıklarınızı işaretleyiniz.
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

( )İtme ( )Eşya fırlatmak ( )Tokat atma ( )Tekmelemek ( )Boğmaya çalışmak ( )Isırmak ( )İşkence yapmak ( )Bıçakla saldırma	( )Yaptıklarının onaylanması ( )İlgi göstermeme ( )Sevgi göstermeme ( )Hakaret etme ( )Olumsuz eleştirme ( )Küçümseme ( )Alay etme ( )Aşağılama	( )Çalışmaya izin vermeme ( )Aile bütçesinde söz sahibi olmama ( )Kazandığı parada söz sahibi olmama	( )Aşırı kıskançlık ( )Aşırı şüphecilik ( )Cinsel ihtiyaçların göz ardı edilmesi ( )Duygusal baskı ile cinsel ilişkiye zorlamak ( )Cinsel performansın küçümsenmesi ( )Cinsel yokluğu ceza olarak kullanmak ( )Tecavüz etmek ( )Sadist davranışlar	Diğer (eklemek istediğiniz varsa yazınız)

36. Bu durum gebelik süresince devam etti mi?
( ) Evet.....(Açıklayınız) ( ) Hayır

37. Bu durum doğum sonrası dönemde devam etti mi?
( ) Evet.....(Açıklayınız) ( ) Hayır

EK 2: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiç bir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın rakamı işaretleyiniz.

1- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
2- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
3- Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
4- İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
5- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
6- Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
7- İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
8- Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
9- Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
10- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
11- Karalarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşim) bana yardımcı olmaya isteklidir. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet
12- Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim. Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

EK 3: EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Örnek: Kendimi mutlu hissediyorum.

( ) Evet, her zaman ( ) Hayır, çok sık değil
(X) Evet, çoğu zaman ( ) Hayır, hiç bir zaman

Bu, son hafta boyunca "Çoğu zaman kendimi mutlu hissediyorum" anlamına gelmektedir.
Lütfen aşağıdaki soruları örnekte gösterildiği biçimde yanıtlayınız.

1. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
   ( ) Her zaman olduğu kadar ( ) Artık kesinlikle o kadar değ
   ( ) Artık pek o kadar değil ( ) Artık hiç değil
2. Geleceğe hevesle bakıyorum.
   ( ) Her zaman olduğu kadar ( ) Her zamankinden kesinlikle daha az
   ( ) Her zamankinde biraz daha az ( ) Hemen hemen hiç
3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
   ( ) Evet, çoğu zaman ( ) Çok sık değil
   ( ) Evet, bazen ( ) Hayır, hiç bir zaman
4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.
   ( ) Hayır, hiç bir zaman ( ) Evet, bazen
   ( ) Çok seyrek ( ) Evet, çoğu zaman
5. İyi bir nedenim olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.
   ( ) Evet, çoğu zaman ( ) Hayır, çok değil
   ( ) Evet, bazen ( ) Hayır, hiç bir zaman
6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
   ( ) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
   ( ) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
   ( ) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkıyorum
   ( ) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.
   ( ) Evet, çoğu zaman ( ) Çok sık değil
   ( ) Evet, bazen ( ) Hayır, hiç bir zaman
8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.
   ( ) Evet, çoğu zaman ( ) Çok sık değil
   ( ) Evet, oldukça sık ( ) Hayır, hiç bir zaman
9. Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.
   ( ) Evet, çoğu zaman ( ) Çok seyrek
   ( ) Evet, oldukça sık ( ) Hayır, asla
10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
    ( ) Evet, oldukça sık ( ) Hemen hemen hiç
    ( ) Bazen ( ) Asla

EK 4: İZLEM FORMU

1. İlk görüşmemizden beri kendinizle ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

2. Yaşadıysanız lütfen belirtiniz.

.....

3. İlk görüşmemizden beri bebeğinizle ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

4. Yaşadıysanız lütfen belirtiniz.

.....

5. İlk görüştüğümüzden beri aile yaşamınızda önemli değişiklik/ sorun oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

6. Yaşadıysanız lütfen belirtiniz.

.....

Son bir haftadır;

7. Bebeğinizin herhangi bir sağlık sorunu var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
8. Bebeğinizi avutmak ya da sakinleştirmek zor mu? ( ) Evet ( ) Hayır
9. Bebeğinizin uyuması ile ilgili herhangi bir sorununuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
10. Bebeğinizin huzursuz ya da huysuz olduğunu düşünüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
11. Bebeğiniz çok ağlıyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır
12. Bebeğinizin beslenmesi ile ilgili herhangi bir sorununuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
    Açıklayınız.....

13. . İlk görüşmemizden beri aşağıdaki durumlardan her hangi birini yaşadınız mı?
    ( ) Parasal problem ( ) Taşınma
    ( ) Evlilik problemleri. ( ) İşsizlik
    ( ) Ailede ölüm ( ) İş değiştirme
    ( ) Ailede ciddi hastalık durumu Diğer .....

14. . İlk görüşmemizden beri evlilik hayatınızdan memnun musunuz?
    ( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

15. . İlk görüşmemizden beri evliliğiniz ile ilgili her hangi bir problem yaşadınız mı?
    ( ) Evet ( ) Hayır

16. . İlk görüşmemizden beri eşiniz ile aranızda her şey iyi gidiyor mu?
    ( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

17. Bir kişi olarak kendiniz hakkında iyi şeyler hissediyor musunuz?
    ( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

18. Kendinizi değerli hissediyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

19. Bir insan olarak çok sayıda iyi özelliklerinizin var olduğunu hissediyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır ( )Bazen

EK 5: ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DANIŞMA ETİK KURULU ÖN ONAYI

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR DANIŞMA KOMİSYONU
AYDIN

23/11/2010...

Sayı : B.30.2.ADÜ.0.0.01.00/720-64
Konu :

Sayın, Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ASYO Ebelik Bölümü
Ebelik AD Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonunun 10.11.2010 tarihli toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 15 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Yrd.Doç.Dr. [illegible] GÜRLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Başkan Yrd.

KARAR 15

Protokol No : 2010/037
Sorumlu Yürütücü: Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM- ASYO

Aydın Sağlık Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın **"Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltılmasında eğitimin etkinliği"** isimli çalışması, 11 Mart 2010 gün ve 27518 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin Madde 2'nin (aa) bendine göre Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonuna verdiği yetki doğrultusunda bu maddeye uygunluğundan dolayı değerlendirilmiştir. Sonuçta, bu çalışmanın yürütülmesinde herhangi bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Adres: Adnan Mend. Üniv. Tıp Fak. Dekanlığı 09100 AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256- 212 31 69
e-posta: [illegible]@adu.edu.tr

EK 6: İZMİR İLİ KARŞIYAKA VE BAYRAKLI SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI VE İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)
08.11.2010 16:28:00 / 94059
EĞİTİM
Kayıt yapan : NİLGÜN FİLİZ

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜ

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/4686
KONU: Ekin Dila TOP'un
Tez çalışması.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜNE

İLGİ: 19.08.2010 tarih ve 5563 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ekin Dila TOP'un "Doğum Sonrası Dönemlerdeki Kadınların Depresyon Belirti Düzeyinin Azaltılmasında Eğitimin Etkinliği" konulu araştırmayı Karşıyaka 9 nolu Aile Sağlığı Merkezi ile Bayraklı 14 nolu Aile Sağlığı Merkezinde yapması araştırma sonucunun Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Şenol SARIAVCI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

elden teslim
imzalı

EK 7: ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DANIŞMA ETİK KURULU UYGUNLUK ONAYI

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04-130 24.5.2012
Konu : Çalışmanız hk.

Sayın, Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ ASYO
Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.05.2012 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 7 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 7

Protokol No : 2010/037
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ ASYO
Ebelik Bölümü

10.11.2010 tarihinde görevi sona eren Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu tarafından 10.11.2010 tarihinde ön onay verilen, Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "**Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti azaltılmasında eğitimin etkinliği**" konulu çalışmasının sonuç raporu hakkındaki dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüş olup, bilgi edinilerek dosyanın kapatılmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69

EK 8: ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ KADINLARIN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ VE FORMU

DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARDA DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN AZALTILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ
ÇALIŞMA GRUBU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

Değerli anne;

Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Depresyon Belirti Düzeyinin Azaltılmasında Eğitimin Etkinliği başlıklı bir araştırma yapmaktayız. Doğum sonrası depresyon doğum sonrası dönemde sıklıkla karşılaşılan bir sağlık problemidir. Doğum sonrası depresyon annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olmakta ve aynı zamanda anne bebek arasındaki ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü olumsuz biçimde etkileyebilmektedir. Bu çalışmamız ile doğum sonrası depresyon belirti düzeyinin azaltmasında eğitimin etkinliğinin olup olmadığını araştırmayı amaçlamaktayız.

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için doğum sonrası 2. haftada, en az ilkokul mezunu ve 18-49 yaş aralığında olmanız gerekir. Araştırmamız için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış formlarda, sizinle ilgili tanıtıcı bilgiler, gebeliğe ve doğuma ilişkin sorular, doğum sonrası depresyon için risk faktörü olan durumların sorgulandığı sorular, izlem formu ve yurtdışında geliştirilmiş Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği yer almaktadır.

Size doğum sonrası 2-6. haftalar arasında depresyon gelişimini önleme ve depresyon belirti düzeyini azaltmaya yönelik eğitim yapılacak ve eğitim materyali bırakılacaktır.

Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle ve araştırıcının önerilerine uymakla sorumlusunuz. Ayrıca eğitime aktif olarak katılmanız, eğitimi kendi yaşamınızda yön vermeniz istenilmektedir.

Araştırmamıza başladığımız tarihten itibaren belirlenen tarihler arasında 14 Nolu Bayraklı Gerbay Aile Sağlığı Merkezine bağlı olan, katılım kriterlerine uyan gönüllü kişiler alınacaktır. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre altı aydır. Bu altı ay içinde toplam iki görüşme yapılması planlanmıştır.

Katıldığınız bu çalışmadan elde edilen verilerden kadınların doğum sonrası dönemde ruhsal sağlığının korunması ve geliştirilmesinde yararlanılacaktır. Araştırma süresince yapacağımız eğitim ile doğum sonrası depresyon belirtilerinin azaltılması beklenmektedir. Ayrıca bu eğitim yönteminin yaygınlaştırılması ve dolayısıyla kadın sağlığının yanında çocuk, aile ve toplum sağlığının gelişimine de katkı sağlaması beklenmektedir. Bu araştırma süresince size yönelik herhangi bir risk söz konusu değildir. İlaç uygulaması ya da yan etkileri söz konusu olmayacaktır. Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

Size verilen formları eksik bir şekilde doldurduğunuzda araştırma dışı bırakılacaksınız. Araştırmanın sizinle ilgili herhangi bir ekonomik boyutu bulunmamaktadır. Bu çalışmada Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projelerinden destek alınması planlanmaktadır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve formları doldurmanız yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Araştırmayı reddettiğinizde ya da ayrıldığınızda herhangi bir zararınız bulunmayacak rutin izlem ve bakımlarınız sürdürülecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve kimlik belirtmeksizin bilimsel yayınlarda kullanılacaktır, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz. Ancak bilgilerinize verilerin analizinden sonra ulaşabilirsiniz.

Araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede size bebeğiniz ve kendi bakımınızla ilgili danışmanlık yapabiliriz. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilirsiniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder size ve bebeğinize sağlıklı bir yaşam dileriz.

Çalışmada kullanılacak testler ve diğer tetkiklerin ücretleri tarafınıza ve kurumunuza ödettirilmeyecektir. Tüm çalışma boyunca tarafımızdan karşılanacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih,
Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih, Görevi:

+ Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK 9: KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ VE FORMU

DOĞUM SONRASI DÖNEMDEKİ KADINLARDA DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYİNİN AZALTILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ
KONTROL GRUBU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

Değerli anne;

Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Depresyon Belirti Düzeyinin Azaltılmasında Eğitimin Etkinliği başlıklı bir araştırma yapmaktayız. Doğum sonrası depresyon doğum sonrası dönemde sıklıkla karşılaşılan bir sağlık problemidir. Doğum sonrası depresyon annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olmakta ve aynı zamanda anne bebek arasındaki ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü olumsuz biçimde etkileyebilmektedir. Bu çalışmamız ile doğum sonrası depresyon belirti düzeyinin azaltmasında eğitimin etkinliğinin olup olmadığını araştırmayı amaçlamaktayız.

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için doğum sonrası 2. haftada, en az ilkokul mezunu ve 18-49 yaş aralığında olmanız gerekir. Araştırmamız için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış formlarda, sizinle ilgili tanıtıcı bilgiler, gebeliğe ve doğuma ilişkin sorular, doğum sonrası depresyon için risk faktörü olan durumların sorgulandığı sorular, izlem formu, yurtdışında geliştirilmiş Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği yer almaktadır.

Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle ve araştırıcının önerilerine uymakla sorumlusunuz.

Araştırmamıza başladığımız tarihten itibaren belirlenen tarihler arasında 9 Nolu Zübeyde Hanım Aile Sağlığı Merkezine bağlı olan, katılım kriterlerine uyan gönüllü kişiler alınacaktır.

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre altı aydır. Bu altı ay içinde toplam iki görüşme yapılması planlanmıştır.

Katıldığınız bu çalışmadan elde edilen verilerden kadınların doğum sonrası dönemde ruhsal sağlığının korunması ve geliştirilmesinde yararlanılacaktır. Bu araştırma süresince size yönelik herhangi bir risk söz konusu değildir. İlaç uygulaması ya da yan etkileri söz konusu olmayacaktır. Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

Size verilen formları eksik bir şekilde doldurduğunuzda araştırma dışı bırakılacaksınız. Araştırmanın sizinle ilgili herhangi bir ekonomik boyutu bulunmamaktadır. Bu çalışmada Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projelerinden destek alınması planlanmaktadır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve formları doldurmanız yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Araştırmayı reddettiğinizde ya da ayrıldığınızda herhangi bir zararınız bulunmayacak rutin izlem ve bakımlarınız sürdürülecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve kimlik belirtmeksizin bilimsel yayınlarda kullanılacaktır, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz. Ancak bilgilerinize verilerin analizinden sonra ulaşabilirsiniz.

Araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede size bebeğiniz ve kendi bakımınızla ilgili danışmanlık yapabiliriz. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder size ve bebeğinize sağlıklı bir yaşam dileriz.

Çalışmada kullanılacak testler ve diğer tetkiklerin ücretleri tarafınıza ve kurumunuza ödettirilmeyecektir. Tüm çalışma boyunca tarafımızdan karşılanacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih,
Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih, Görevi:

+ Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK 10: EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME FORMU

EĞİTİM MATERYELİ DEĞERLENDİRME FORMU

Sayın Öğretim Elemanı,

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisiyim. " Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltılmasında eğitimin etkinliği " başlıklı tez çalışmamda kullanılmak üzere geliştirdiğim eğitim materyalinin hazırlık aşamasının tamamlanması için uzmanların görüş ve önerilerine gereksinim duyulmaktadır. Bu amaçla sizden eğitim materyalini dikkatli okumanızı ve aşağıda verilen soruları yanıtlamanızı rica ediyorum. Değerli görüşleriniz eğitim materyalimin gelişimine katkı sağlamada çok önemli olacaktır. İlginize teşekkür ederim.

Ekin Dila TOP

	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	Gereksiz	Fikrim Yok	Görüşler
Kurgusal Özellikler							
1-Alt başlıklar mantıklı bir biçimde düzenlenmiş							
2-Bölümler arasında uyum bulunmakta							
3-Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış							
İçerik İle İlgili Özellikler							
4-Verilen bilgilerin kapsamı yeterli							
5-Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir							
6-Kaynakları güncel ve konu ile ilgili							
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler							
7-Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor							
8- Gereksiz tekrarlar yok							
9-Gereksiz ayrıntılar yok							
10-Anlamayı güçleştiren sözcükler yok							
11-Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış							
Basım Niteliği ile İlgili Özellikler							
12-Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkmıyor							
13-Yanlış yazılmış sözcükler yok							
14-Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış							

EK 11: EĞİTİM MATERYALİ

DOĞUM SONRASI DEPRESYON EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Ekin Dila TOP
Adnan Menderes Üniversitesi
Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Danışman: Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM
AYDIN (2010-2011)

İÇİNDEKİLER

1. Doğum Sonrası Ruhsal Değişimler.....2

2. Annelik Hüznü.....3

3. Doğum Sonrası Psikoz.....3

4. Doğum Sonrası Depresyon.....4

4.1. Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri.....4

4.2. Doğum Sonrası Depresyonun Görülme Sıklığı.....6

4.3. Doğum Sonrası Depresyonun Risk Faktörleri.....6

4.4. Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi.....7

5. Annelerin Doğum Sonrası Depresyon Gelişimini Önlemede ve Depresyon Geliştiğinde Başa Çıkmada Yararlanabilecekleri Bazı Öneriler.....9

6. Sonsöz.....11

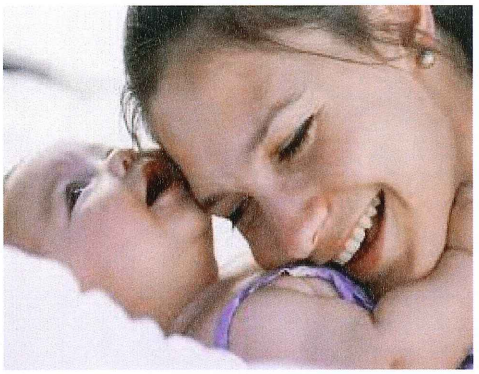
Bu eğitim materyali doğum yapan kadınların, doğum sonrası depresyon hakkında genel bilgi, doğum sonrası depresyon belirtilerinin önlenmesi, azaltılması ve depresyon geliştiğinde başa çıkmada yararlanabilecekleri bazı önerilerin yer aldığı bir eğitim materyali olarak hazırlanmıştır.

Doğum Sonrası Ruhsal Değişimler



Depresyon, yaşamın her döneminde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle cinsel olgunluk döneminde yer alan gebelik ve doğum sonrası dönem kadınlarda ruhsal bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir.

Doğum sonrası dönem, her kadının yaşayabileceği olumlu ve aile bağlarının güçlendiği fizyolojik bir olay olduğu kadar, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönem de olabilmektedir. Ebeveyn olma insan yaşamındaki önemli kararlardan biridir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıklarını gösteren bir durumdur. Ancak gebelik her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğiyle oluşmamaktadır. Bununla birlikte gebelik, kadının mevcut rollerine (eş, iş, ev kadını, anne) ilave olarak, anne rolüne ilişkin tüm duygusal, davranışsal beklenti, umut, arzu ve çatışmaları ön plana çıkarabilir. Doğum yapan kadın hem anne hem de ev kadını olarak yepyeni görevlerle karşı karşıya gelmektedir. Anne gerek çocuğuna gerekse bebeğinin de katıldığı yeni ailesine uyum sağlamakta güçlük yaşayabilir.

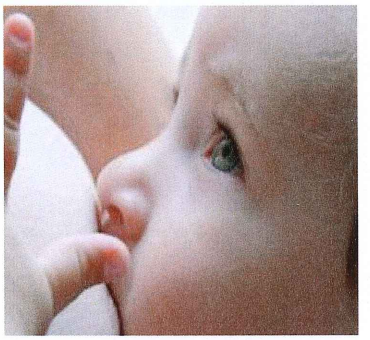


Doğum sonrası dönemde anneler bebek bakımı, bebek için güvenli bir çevre oluşturma, iletişim kurma, annelik rollerini öğrenme ve bebek ile ilgili problemlerle baş etme durumunda kalabilir. Bu güçlükler annenin ruhsal



sağlığının bozulmasına neden olabilir. Birçok kadın bu duruma kolaylıkla uyum sağlarken, bazıları da hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir. Kadınlar mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bu dönemde, depresyon belirtileri yaşadıkları için suçluluk hissederler. Bu durum kadınların doğum sonrası depresyon belirtilerini gizlemelerine ve depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır.

Doğum sonrası dönemde kadınlarda görülen ruhsal sorunlar annelik hüznü, doğum sonrası depresyon, doğum sonrası psikoz olmak üzere üç farklı biçimde ortaya çıkmaktadır.



Annelik Hüznü

Annelik hüznü, doğum sonrası ilk on gün içinde kadınların yaklaşık %50-80 görülmektedir. Annelik hüznü hafif huzursuzluk, yorgunluk, uyumsuzluk, sinirlilik, duygularda hızlı değişme, gerginlik, öfke, baş ağrısı, hayal kırıklığı, kayıp ve keder duyguları, ağlama krizlerinin yaşandığı geçici bir durum olarak kabul edilmektedir. Bu durum doğum sonrası ilk 3-5 günde çok yoğun olarak yaşanmakta ve 10. günde genellikle geçmektedir.

Doğum Sonrası Psikoz



Doğum sonrası psikoz oldukça ender görülen, ancak ciddi seyreden ruhsal bir hastalıktır. Doğumu takiben 2-3 hafta içinde ortaya çıkabilir ve 2-3 ay kadar sürebilir. Doğum sonrası psikoz yaşayan kadınların gerçeği değerlendirme yeteneği bozulmuştur, kendine ve bebeğine zarar verme olasılığı artmıştır. Bu kadınların hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekir.



Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası depresyon, genellikle doğumdan sonra 2. ve 6. haftalarda sinsice başlayan, bazen başlangıcı doğumdan sonraki 1- 2 yıla kadar uzayan bir ruhsal değişimdir. Doğum sonrası depresyonun gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörler etkili olmaktadır.



Doğum sonrası depresyon uzun süre devam edebilir, annenin yanında ailesinin de sağlığını olumsuz etkileyebilir. Çoğu zaman kadın, aile ve sağlık çalışanları tarafından fark edilmeyen, gizli seyreden ancak tedavi gerektiren ciddi bir sağlık sorunudur.

Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Nelerdir?

Doğum sonrası dönemde, kadınlar yaşadıkları ruhsal sıkıntının şiddetine bağlı olarak çok sayıda ve farklı belirti yaşayabilirler. Doğum sonrası depresyon belirtileri, insanların diğer yaşam dönemlerinde yaşadıkları depresyon belirtilerine benzerlik göstermektedir. Bu belirtiler hemen hemen her gün gün boyunca devam edebilir. Doğum sonrası depresyon belirtileri;



- Keder, öfke, düşmanlık duyguları,
- Yoğun umutsuzluk, kendini çaresiz hissetme, üzüntü hali
- İçe kapanma, geri çekilme,
- Yalnızlık, korku,
- Kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu,
- Sevilen şeylere karşı ilgide belirgin azalma ve eskisi gibi zevk alamama,
- İştahta artma ya da azalma ve buna bağlı kilo değişiklikleri,

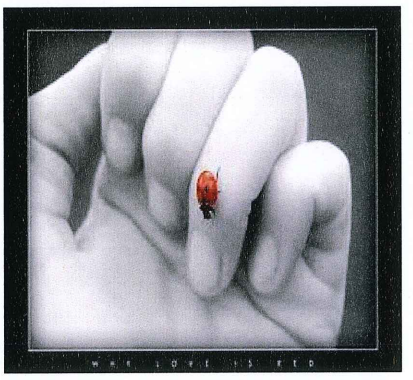


- Az ya da çok uyuma,
- Huzursuzluk, gerginlik,
- Yorgunluk, enerji ve motivasyon kaybı,
- Kendini değersiz hissetme ve suçluluk duygusu,
- Cinsel isteksizlik,
- Hafıza zayıflığı,
- Bir konuya yoğunlaşmada zihinsel güçlük,
- Karar vermede güçlük,
- Kendiliğinden ağlama,
- Yetersizlik, kendine güvensizlik,
- Sindirim sistemi rahatsızlıkları ve adet düzensizlikleri,
- Yaşamı anlamsız bulma,
- Ölüm ve intihar düşünceleridir.



Bununla Beraber:

- Bebeği ile yeterince ilgilenmediğini düşünme,
- Bebeğine şiddet uygulama ile ilgili saplantılar,
- Bebek için aşırı endişelenme,
- Bebeğine karşı zarar verme ile ilgili saplantılı düşünceler olabilir.



Doğum sonrası depresyonu diğer depresyon türleri ve annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte doğum sonrası depresyonu yaşayan kadınlarda, aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı olumsuz duygular ön plandadır.





Doğum Sonrası Depresyon Ne Sıklıkla Görülür?

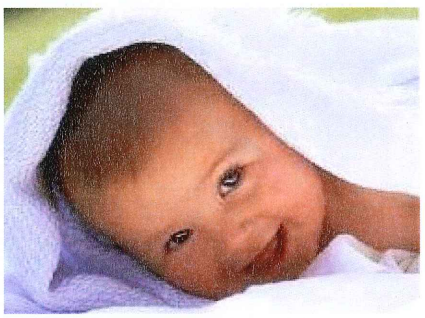
Ülkemizde yapılan çalışmalarda, doğum sonrası dönemde her üç kadından birinin (%14- 28.8) depresyon belirtilerini yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bu oran diğer ülkelerde yaşayan kadınlarda % 5-12.9 arasında değişmektedir. Bu durum ülkemizdeki kadınların daha sık oranda doğum sonrası depresyon yaşadıklarını göstermektedir. Bu nedenle doğum sonrası depresyona karşı koruyucu önlemler alınması, kadınların doğum sonrası depresyonu tanıyabilmeleri, doğum sonrası depresyonda ne yapmaları gerektiğini bilmeleri ve ne zaman doktora başvurmaları gerektiğini fark edebilmeleri önemlidir.



Doğum Sonrası Depresyon Açısından Hangi Kadınlar Daha Fazla Risk Altındadır?

Doğum sonrası ruhsal değişimlerin ortaya çıkışında, loğusalık döneminde kadının vücudunda oluşan fizyolojik değişiklikler, ailesel faktörler ve psikososyal çevre etkili olmaktadır. Yüksek risk altında olan kadınlar şöyle sıralanabilir:

- Gebelik süresince korku, gerginlik, yoğun kaygı ve depresyon yaşayanlar,
- Daha önceden ruhsal hastalık öyküsü olanlar,
- Resmi nikâhı bulunmayanlar,
- İstenmeyen gebeliği olanlar,
- Olumsuz evlilik ilişkileri ve evlilik hayatından memnuniyetsiz olanlar,
- Sosyo-ekonomik statüsü düşük olanlar,
- Sosyal destek sistemleri yetersiz olanlar,



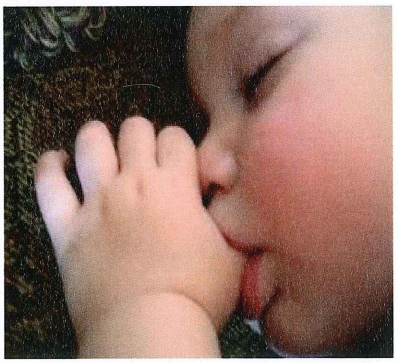


- Gebelik sırasında yeterli bakım ve destek alamayanlar,
- Sosyal güvencesi olmayanlar,
- Tek ebeveyn olanlar (yalnız yaşama, boşanma),
- Kısırlık (infertilite) tedavisi sonrası bebek sahibi olanlar,
- Bebeğinde ciddi sağlık problemi olanlar,
- Sistemik hastalığı olanlar (kalp hastalığı, kontrol edilemeyen diyabetus mellitus, hipertansiyon gibi.),
- Bebeğin cinsiyetinden memnun olmayanlar,
- Kendini değersiz ve önemsiz hissedenler,
- Bebeğini huzursuz ve huysuz (bebeğin huyu) olarak bildiren kadınlar doğum sonrası depresyon açısından daha fazla risk altındadırlar.



Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi Nasıldır?

Doğum sonrası depresyonun ilk belirti vermeye başladığı dönemde saptanması ve erken dönemde tedaviye başlanması, hem tedavinin başarısını arttırır hem de depresyonun ilerlemesini, daha kötüye gitmesini önler. Doğum sonrası depresyon tedavi edilmediği takdirde uzun vadeli, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hastalık olabilmekte, kadının yaşam kalitesini düşürmekte, intihar ve bebeğine zarar verme risklerini artırmaktadır. Doğum sonrası depresyon tedavisinde hastalığın şiddetine göre; ilaç tedavisi, psikoterapi ve elektrokonvulsif tedaviden yararlanılmaktadır.



Doğum sonrası depresyon tanısı alan kadınlara ilaç tedavisi başlamak uygun bir yaklaşımdır. İlaç tedavisinin mutlaka doktor kontrolünde yapılması gerekir. Ancak tüm depresyon ilaçları anne sütüne geçmektedir. Bu nedenle depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur.



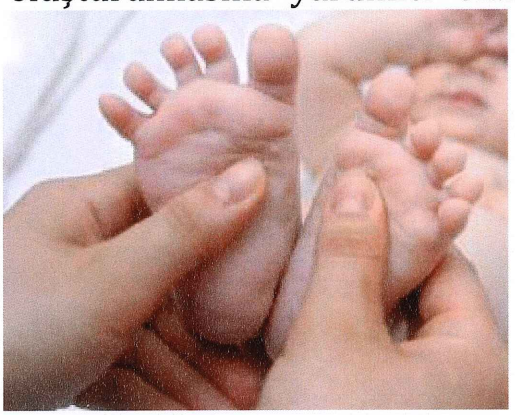
Emzirmenin bırakılması, kadının sosyal baskı ve suçluluk gibi ek sıkıntılar yaşamasına neden olabilir. Bu ilaçların kullanımında anne için tedavi edilmemiş ruhsal hastalığın riskleri, anne ve bebek için emzirmenin yararları ve riskleri, anne sütü yolu ile bebeğin ilaca maruz kalma durumu göz önüne alınmalıdır.



Psikoterapide hastanın davranışları, düşünceleri, çevresi ve ailesi ile ilgili tutumları, ailenin ve çevrenin durumu göz önüne alınarak hastaya yaklaşımda bulunulmaktadır. Psikoterapi'nin amacı, kişiye içgörü kazandırmak, hastalığı değerlendirip kabul etmesi ve baş edebilmesi için yeni yöntem ve davranış geliştirmektir.

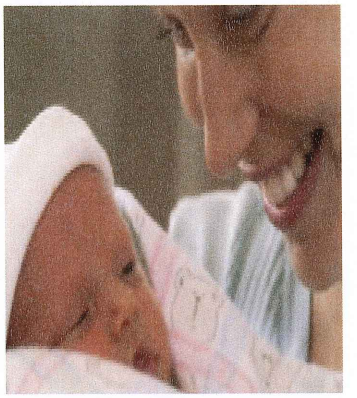


Psikoterapi, annenin kendine zarar verme düşünceleri ile yeni rol ve sorumluluklarına ilişkin endişe ve korkularına, duygularının paylaşılmasına, kendine güvenin yeniden oluşturulmasına yardımcı olur. Bu tedavi, annenin hastalığını daha iyi anlamasına yardım ederek, onun suçluluk ve utanma duygularını azaltmasına yardımcı olabilir. Ayrıca, kadının inançları doğrultusunda desteklenmesi de iç güçlerini arttırabilir. Psikoterapi tek başına depresyonun tedavisinde oldukça etkili olabildiği gibi, orta ya da şiddetli depresyon tedavisinin de bir bölümünü oluşturabilir ve iyileşme sürecini kısaltabilir.



Annelerin Doğum Sonrası Depresyon Gelişimini Önlemede ve Depresyon Geliştiğinde Başa Çıkmada Yararlanabilecekleri Bazı Öneriler

✓ Bebeğinizin doğumuna bağlı olarak gelişen duygusal (ruhsal) problemlerinizden dolayı kendinizi suçlamayınız. Bu durum doğum yapan kadınların birçoğunda görülebilir.



✓ Doğum yapmak çok sayıda değişiklikle birlikte sorumluluklarınızda da artışa neden olmaktadır. Bu sorumlulukları yerine getirirken kendinizi ezilmiş hissedebilirsiniz. Bütün bu değişikliklere uyum sağlamanız çok fazla mücadele gerektirebilir. Başarılı olamadığınızda kendinizi suçlamayınız.

✓ Aile ve arkadaşlarınız ile doğum sonrası oluşan duygusal durumunuzu konuşunuz. Yakın (samimi) olduğunuz biri ile duygularınızı paylaşınız.

✓ Kendi bakımınıza özen gösteriniz; yeterli ve dengeli besleniniz, düzenli olarak egzersiz yapınız, yeterince uyuyunuz, gerekirse bütün gece uyuyabilmek için eşinizden ya da yakınlarınızdan bebeğinize bakmasını isteyiniz. Egzersiz beyin fonksiyonlarınızı ve olumlu duygularınızı geliştirir.



✓ Her şeyi yapmanız gerekiyormuş gibi hissetmeyiniz ve yapmaya çalışmayınız. Bir günde yapabileceğiniz tek bir şey belirleyiniz. Bebek bakımı, ev işleri, alış veriş yapma gibi işlerde size yardımcı olabilecek akraba, arkadaş ve diğer insanlardan yardım isteyiniz.

✓ Kendinizden yapamayacağınız gerçek dışı şeyler beklemeyiniz. Ne kadarını yapabileceğiniz konusunda dürüst olunuz ve daha fazlası için size yardım edebilecek kişilerden yardım isteyiniz.

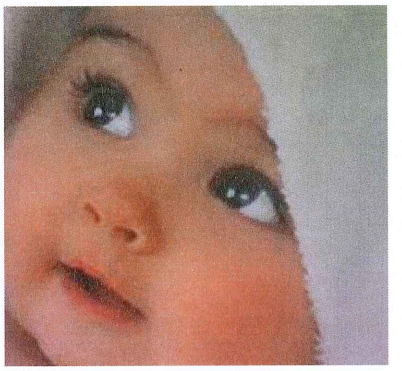


✓ Kendinizi evin içine hapsetmeyiniz. Evin dışında yapabileceğiniz faaliyetlerde bulununuz.

✓ Geçmişte yapmaktan hoşlandığınız ve sizi mutlu eden şeyleri belirleyiniz ve yapmaya çalışınız. Bu baş etme gücünüzün artmasına yardımcı olabilir.

✓ Kendiniz için bir şeyler yapmaya zaman ayırınız. Bir günde sadece 15 dakika bile olsa kitap okuma, egzersiz yapma ya da hoşlandığınız başka bir şeyi yapmaya çalışınız.

✓ Günlük tutunuz ve her gün duygusal durumunuzu ve hissettiklerinizi yazınız. Kendinizi iyi hissettiğinizde geriye dönerek daha önceki yazdıklarınızı okuyabilirsiniz. Bu çok daha iyi olduğunuzu görmenize yardımcı olabilir.



✓ Bu konuda iletişime girebileceğiniz, bu sıkıntıları yaşamış ya da yaşamakta olan kişiler var mı? Araştırınız ve onlar ile görüşünüz. Bu kişiler yaşadıklarınızı anlamanıza yardımcı olabilir.

✓ Durumunuzu doktorunuz, hemşireniz ya da ebeniz ile konuşunuz. Onlar size yardımcı olabilecek danışmanlığı yapabilirler ya da gerekirse doktorunuz size ilaç reçete edebilir.



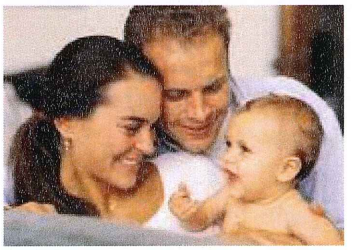
Sonsöz

Tüm Dünya'da yaklaşık 450 milyon kişi ruhsal ve davranışsal bozukluklarla karşı karşıyadır. Her dört kişiden birisi hayatı boyunca ruhsal hastalıklardan birisine yakalanmaktadır. Doğum sonrası ruhsal değişimlerin artış gösterdiği bir dönemdir. Doğum sonrası ruhsal bozukluklar topluma psikolojik, sosyal ve ekonomik sorun getirmenin yanında, fiziksel hastalık riskini de artırmaktadır. Bu hastalıklar anneyle birlikte bebeği ve diğer aile üyelerini de olumsuz etkileyerek, yaşam kaliteleri ve güvenliğini tehlikeye düşürmesi bakımından önemlidir. Doğum sonrası ruhsal hastalıkların kadın ve aile üyeleri tarafından fark edilmesi ve tedavi almak için sağlık kuruluşuna başvurması yaşamsal önem taşımaktadır. Ayrıca doğum sonrası dönemde, kadın ve ailesi, doğum sonrası ruhsal rahatsızlıkları azaltabilmek için bir önceki sayfada sözü edilen önerilerden yararlanabilirler.

Bebeğinizle birlikte mutlu ve sağlıklı günler dileriz.....







KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV Tanı Ölçütleri (1994) Çev: Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, 139-171.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (1988) *Küçük Stajlar Ders Notları*, Metay Medikal Yayınları, 2.Baskı, Ankara.

Aşkın R (1999) *Depresyon El Kitabı*, 2. Baskı, Roche Mühtazarları, Konya.

Beydağ, K. D (2007) *Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 479-484.

Bick D (2010) *When should women be screened for postnatal depression?*, Expert Rev. Neurother, 10(2): 151–154.

Buldukoğlu K, Doğan S, Öz F, Yurt V, Özaltın G, Terakye G, Özcan A, Pektekin Ç, Kum N (2000) *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti., 2. Baskı, İstanbul.

Chandran M, Tharyan P, Mulıyıl SJ (2002) *Abraham post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu,India*, Br J Psychiatry, 499- 504.

Danacı, AE, Dinç G, Deveci A, Seyfe ŞF (2002) *Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 37(3):125-9.
Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K (2009) *Türkiyede postnatal depresyon ve etkileyen faktörler*, Turkish German Gynecol Assoc, (10):14-20.

Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, Anderson GM (2001) *Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs*, Am J Psychiatry, 158:1631-1637.

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

Gjerdingen D, Katon W, Rich DE (2008) *Stepped care treatment of postpartum depression: a primary care– based management model*, Women's Health Issues, 18:44–52.
Güra A, Çığ HÖ, Ongun H, Eryılmaz M, Oygür N (2004) *Postpartum maternal depresyon , nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri*, Çocuk Dergisi, 4: 168-172.

Karaçam Z, Öz F, Taşkın L (2004) *Postpartum depresyon: Önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı,* Toplum ve Sağlık, 14(3): 14-24.

Kasabalı BA (2007) *Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)' ye Yönelik Verilen Eğitimin Hemşirelik Uygulamalarına ve Hasta Memmuniyetine Etkisinin İncelenmesi*, Dokuz eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita , KHayashi M, Toyoda N, Ito M, Tada K, Kanazawa K, Sakumoto K, Satoh S, Furukawa T, Nakano H (2006) *Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression*, Arch Womens Ment Health, 9 : 121-130.
Munoz C, Agruss J, Haeger A, Siversten L (2006) *Postpartum Depression. Detection and Treatment in the Primary Care setting*, The Journal of Nurse Parctitionars, 247-253.

Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel A (2004) *Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon prevelansı ve risk faktörleri,* Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 26(2): 55–59.

Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S (2008) *Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler,* TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(5) :391-398.

Özkan S (1993) *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, İkinci baskı, İstanbul **Patel V, Rodrigues M, DeSouza N** (2002) *Gender, poverty and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India*, Am J Psychiatry, 159: 43.

Salgın A (2002) *Postpartum Depresyonun Çocuk Bakım Ve Gelişimine Etkileri*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT (2007) *Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations,* Scientific World Journal, 7:1670-82.

Sünter T, Güz H, Canbaz S, Dündar C (2006) *Samsun il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon prevelansı ve risk faktörleri*, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,1(3): 26-31.

Karaçam Z (2008) *Normal Postpartum Dönemin Fizyolojisi ve Bakımı*, *Kadın Sağlığı*, Ed; Şirin A, 1.Baskı, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s:708-759.

Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CACarmody T, March D, Leveno KJ (2001) *Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system*, Am J Psychiatry, 158 :1856-1863.