

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**SOSYAL DESTEĞİN GEBELİK VE DOĞUM SONU DEPRESYONA
ETKİSİ**

SELMA HANCIOĞLU AYTAÇ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. SAADET YAZICI

EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK PROGRAMI

İSTANBUL-2017

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi Selma HANCIOĞLU AYTAÇ tarafından Doç. Dr. Saadet Yazıcı'nın danışmanlığında hazırlanan "Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 15/02/2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı

Doç. Dr. Neriman ZENGİN
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik A.B.D.


Jüri-Danışman

Doç. Dr. Saadet YAZICI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik A.B.D.

Jüri

Doç. Dr. Asiye GÜL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik A.B.D.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

SELMA HANCIOĞLU AYTAÇ

(İmza)



İTHAF

Tüm engellerimi koşulsuz desteği ile eriten kıymetli anneme ve hem anne hem baba olmayı başaran tüm kahraman annelere ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım, çok kıymetli hocam Doç. Dr. Saadet YAZICI, akademik donanımınızdan faydalandırdınız, sizinle olduğum tüm vakitleri en verimli hale dönüştürdünüz. Erdeminiz ve sabrınızla yaptıklarımla yetinmeyip çok daha iyi seviyeyi yakalayabilme cesareti kazandırdınız. Verdiğiniz tüm kıymetli zamanlarınız benim için çok verimli ve değerliydi. Tüm öğrettikleriniz ve paylaştıklarınız için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans dönemimde tecrübe ve bilgi birikimlerinden nasiplendiğim İstanbul Üniversitesi Ebelik bölümünün çok kıymetli öğretim üyeleri, güzel yüreğinizle tüm yapıcı eleştirileriniz, desteğiniz ve sabrınız için teşekkür ederim.

Yüksek lisansa ilk adım attığım an hoşgörüsüyle beni karşılayan doğru yolda ve doğru yerde olduğumu hissettiren, iş yaşamımda ki yükümü hafifleten, meslektaşım Ebe. Özlem TÜNER'e ve değerli meslektaşlarım, Ebe. Hülya ÜNSAL'a, Uzm. Hem. Betül EKŞİOĞLU'na ve mesai arkadaşım Uzm. Dr. Songül DEMİRYAS'a, teşekkür ederim.

Sevgili oğlum ve kızım, bu süreçte size eksikliğimi hissettirmemeye azami gayret göstersem de, sizin yanınızda olmak isteyip te olamadığım; sevinçleriniz, heyecanlarınız ve hüzneleriniz var. Bilmenizi isterim ki sizden eksik ettiğim her an gelecek için daha verimli bir zamana dönüşecektir. Sizi çok seviyorum.

Ve değerli eşim, serüvenin başından beri senin sabrın, sonsuz desteğin için ve en önemlisi bana inandığın için, sana teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XİV
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	XV
ÖZET.....	XVİ
ABSTRACT.....	XVİİİ
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM.....	4
2.1. 1. Ebeveyn Olmaya Karar Verme.....	4
2.2.GEBELİK DÖNEMİ.....	4
2.2.1.Sosyal Faktörler ve Gebelik.....	4
2.2.2. Kültürel Faktörler ve Gebelik.....	5
2.2.3.Ailesel Faktörler ve Gebelik.....	5
2.2.4.Bireysel Faktörler ve Gebelik.....	5
2.2.GEBELİKTE FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER.....	5
2.2.1.Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler.....	5
2.2.1.1.Gebelik Tanısı.....	5
2.2.1.2.Gebelikte Öykü.....	6
2.2.1.3.Gebelikte Bakımın Amacı.....	6
2.2.1.4.Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Süreçte İletişim.....	6

2.2.1.5.Gebelikte Eğitim Gereksinimleri.....	7
2.2.1.6.Gebelikte Egzersiz.....	7
2.2.2.Riskli Gebeliklerde İzlemler.....	7
2.2.3.Gebelikte Annede Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	8
2.2.3.1.Gebelik ve Duygu Durum.....	9
2.2.3.2.Birinci Trimester.....	9
2.2.3.3.İkinci Trimester.....	10
2.2.3.4.Üçüncü Trimester.....	11
2.3.KADININ GEBELİĞE UYUMUNU ZORLAŞTIRAN FAKTÖRLER.....	11
2.4.GEBELİK İZLEMLERİ, RUTİN TETKİKLER VE BAĞIŞIKLAMA.....	11
2.4.1.Gebelik İzlemleri.....	12
2.4.2.Gebelikte İlaç Kullanımı.....	12
2.4.3.Gebelikte Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı.....	12
2.4.3.1.Gebelikte Sigara Kullanımı.....	12
2.4.3.2.Gebelikte Alkol Kullanımı.....	12
2.4.4.Gebelikte Beslenme.....	13
2.4.4.1 Gebelikte Vitamin Alımı.....	14
2.4.5.Gebelikte İş.....	14
2.5.DEPRESYON.....	14
2.6.GEBELİKTE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLAR.....	15
2.6.1.Gebelikte Anksiyete Bozuklukları.....	15
2.6.2.Gebelikte Depresyon.....	16
2.6.2.1.Gebelikte Depresyon Bulguları.....	16
2.6.2.1.Gebelikte Depresyon Bulguları.....	16
2.6.2.3.Depresyonun Gebenin Davranışları Üzerine Etkileri.....	17
2.6.2.4.Perinatal Depresyonun Çocukların Psikolojileri Üzerine Etkileri.....	18
2.6.2.5.Gebelikte Depresyonun Tedavisi ve Önlenmesi.....	18

2.7.DOĞUM SONU DÖNEM VE ÖZELLİKLERİ	19
2.7.1.Doğum Sonrası Annede Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler	19
2.7.1.1.Annelik Hüznü	20
2.7.1.2.Doğum Sonrası Depresyon	20
2.7.1.3.Doğum Sonrası Psikoz	23
2.8.GEBELİK VE SOSYAL DESTEK	23
2.8.1.Sosyal Çevre	24
2.8.2.Psiko-Sosyal Sağlık	24
2.8.3.Sosyal Destek	24
3.GEREÇ VE YÖNTEM	26
4. BULGULAR	32
5.TARTIŞMA	119
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine, Sosyal Desteğin Gebelik Dönemi Ve Doğum Sonu Depresyona Etkisinin Tartışılması	119
5.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması	121
5.1.2. Gebelerin Sosyal Desteğin Gebelik Dönemi Ve Doğum Sonu Depresyona Etkisinin Tartışılması	148
KAYNAKLAR	148
FORMLAR	158
ÖZGEÇMİŞ	173

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.

Tablo 4- 2: Depresyon ile Algılanan Sosyal Destek İlişkisi.

Tablo 4-3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları.

Tablo 4-4: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Puan Ortalaması.

Tablo 4-5: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

Tablo 4-6: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-7: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Eş Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-8: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-9: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Mesleğe Göre Dağılımı.

Tablo 4-10: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Eş Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-11: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Eş Mesleğine Göre Dağılımı.

Tablo 4-12: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Aile Tipine Göre Dağılımı.

Tablo 4-13: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Evde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Dağılımı.

Tablo 4-14: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı.

Tablo 4-15: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Ekonomik Duruma Göre Dağılımı.

Tablo 4-16: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Yaşanılan Eve Göre Dağılımı.

Tablo 4-17: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Evlenme Yaşına Göre Dağılımı.

Tablo 4-18: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının İlk Cinsel İlişki Yaşına Göre Dağılımı.

Tablo 4-19: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Evlilik Süresine Göre Dağılımı.

Tablo 4-20: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Sistemik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-21: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelik Sayısına Göre Dağılımı.

Tablo 4-22: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 4-23: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebeliği İstemeye Göre Dağılımı.

Tablo 4-24: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebeliği İsteyen Kişiye Göre Dağılımı.

Tablo 4-25: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelikte Alkol ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-26: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelikte Kullanılan Maddeye Göre Dağılımı.

Tablo 4-27: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Madde Kullanıyorsa ya Göre Dağılımı.

Tablo 4-28: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelik Dönemi Eğitimine Göre Dağılımı.

Tablo 4-29: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelik Öncesi Dönemde Psikolojik Sorun Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-30: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelikte Şiddet Görme Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-31: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Aile İçi Anlaşmazlık Ya Da Şiddet Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-32: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Son 6 Ay İçinde 1.DerecedenYakını Kaybetme Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-33: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Daha Önceki Doğumların Şekline Göre Dağılımı.

Tablo 4-34: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının İstanbul’da Destek Olacak Yakın Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-35: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının İstanbul’da Destek Olacak Yakın Kişiye Göre Dağılımı.

Tablo 4-36: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Eyleminde Yakını İsteme Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-37: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Dönemde Yakını İsteme Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-38: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Bebek ve Kendi İçin Endişe Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-39: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sırasında Endişe Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-40: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Bebeği Bırakma Konusunda Endişe Neye Bağlı Olduğuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-41: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Bebek Bakımı İle İlgili Kaygı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-42: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Şekline Göre Dağılımı.

Tablo 4-43: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelik Haftasına Göre Dağılımı.

Tablo 4-44: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sırasında Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-45: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Çocuğun Sağlık Problemi Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-46: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Emzirme Zamanına Göre Dağılımı.

Tablo 4-47: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Emzirme Problemi Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-48: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Bebeğin ve Annenin Bakımında Destek Olacak Kişi Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-49: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Eş Desteğine Göre Dağılımı.

Tablo 4-50: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Eş Dışında Dinlenmeye Destekçi Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-51: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Anne Yokken Bebeğin Bakımını Yapacak Kişi Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-52: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Anne Yokken Bebeğin Bakımı Yapacak Kişiye Göre Dağılımı.

Tablo 4-53: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Çocuğu Bırakma Konusunda Endişe Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-54: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Maddi Destek Alınabilecek Kişi Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-55: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Maddi Destek Alınabilecek Kişiye Göre Dağılımı.

Tablo 4-56: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Örf Adetlerin Baskı Unsuru Gibi Hissedilme Durumuna Göre Dağılımı.

Tablo 4-57: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Örf Adetlerin Baskı Unsuru Gibi Hissedilme Nedenine Göre Dağılımı.

Tablo 4-58: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Sosyal Çevre Desteğinin Olmasına Göre Dağılımı.

Tablo 4-59: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Sosyal Çevre Desteğinin Olmamasının Etkilerine Göre Dağılımı.

Tablo 4-60: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Dönemde Destek Olacak Yakına Göre Dağılımı.

Tablo 4-61: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Dönemde Destek Olacak Yakın Varlığına Göre Dağılımı.

Tablo 4-62: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Dönemde Bebeği Emzirme Zamanına Göre Dağılımı.



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Puanlarının Yüzde Dağılımı



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: American College Of Obstetricians And Gynaecologists

AD: Anabilim Dalı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BDT: Bilişsel-Davranışçı Tedavi

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSM: Diagnostik And Statistical Manual Of Mental Disorders

DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition

EDSDÖ: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EPDÖ: Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği

EPDS: Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği

FDA: Food and Drug Administration

HCG: İnsan koriyonik gonodotropin hormon

Hha: Hipotalamus-Hipofizadrenal

Hpa: Hipotalamus-Pitüiter-Adrenal

HPV: Human Papilomavirus

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KAT: Kişiler Arası İlişkiler Psikoterapisi

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH: Thyrotrophin-Stimulating Hormone

ÖZET

Hancıoğlu Aytaç, S. (2017). Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik A.D.Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bu çalışma, Fatih, Sofular Aile Sağlığı Merkezinde 29.06.2015 - 01.06.2016 tarihleri arasında, sosyal desteğin gebelik ve doğum sonu depresyona etkisini saptanmak amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

Evreni oluşturan Sofular Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 190 gebeden 127'si örnekleme alındı. Veri toplamada, gebelik ve doğum sonu döneme ilişkin soru formları, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21,0 İstatistik programı kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Verilerin analizinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Pearson Kolerasyon Analizi, (Anova) testi, t testi post-hoc analizi uygulandı.

Araştırma sonucunda gebelerin çoğunluğunun 25-29 yaş grubunda (%37,8), üniversite mezunu (%41,0), ev hanımı (%76,4), eşinin özel sektörde çalıştığı (%71,3) ve çekirdek aile yapısında (%74,0) olduğu saptandı.

Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamasının $8,07\pm6,42$, yüzdelik değerlendirmesinin %23,6, Algılanan Sosyal Destek toplam puan ortalamasının $60,276 \pm 15,721$ olduğu, Algılanan Sosyal Destek ile Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$) saptandı.

Aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile annelerin yaş grubu ve eğitimleri açısından anlamlı ($p<0.05$) bulundu. Ayrıca Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamaları, gebelik öncesinde psikolojik sorun olanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulundu.

Algılanan sosyal destek ile depresyon toplam puanları arasında yapılan korelasyon analizinde, negatif yönde anlamlı ilişki bulunduğu ($r= -0,260$; $p=0,003<0,05$), algılanan toplam sosyal destek puanı arttıkça depresyon puanı azaldığı görüldü.

Sonuç olarak; Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamasının $8,07 \pm 6,42$, Algılanan Sosyal Destek toplam puan ortalamasının $60,276 \pm 15,721$ olduğu, sosyal destek artarken, depresyonun azaladığı görüldü.

Anahtar kelimeler: Gebelik, doğum, doğum sonu depresyon, sosyal destek.



ABSTRACT

Hancıoglu Aytac, S. (2017) The Impact of Social Support on Pregnancy And Childbirth Depression. Istanbul University Health Sciences Institute. Midwifery Main Science. Master Thesis. Istanbul.

This research was done to determine the effect of social support on pregnancy and postpartum depression. Work was held between 20 March - 01 June 2016 in Fatih, Sofular Family Health Center. Sampling of 127 pregnancies of 190 registered in the Center constituting the universe was taken. Questionnaires related to pregnancy and postnatal return, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, the Multidimensional Perceived Social Support Scale were used in the data collection. Statistical program SPSS 21.0 was used in the evaluation of the data. The results were evaluated at 95% confidence interval, $p < 0.05$ significance level. Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Pearson Correlation Analysis (Anova) test, post-hoc analysis were applied in the analysis of the data.

Results; Most of the pregnant were in the 25-29 age group (37.8%), university graduates (41.0%), housewives (76.4%), spouse working in the private sector (71.3%) and core family structure (74% 0).

The mean score of the Edinburgh Postpartum Depression Scale was $8,07 \pm 6,42$, the percentage of 23,6% of the Perceived Social Support Score was $60,276 \pm 15,721$, and the mean score of the Perceived Social Support and the Edinburgh Postpartum Depression Scale was significant ($p < 0.05$).

The mean scores of social support perceived from the family were significant ($p < 0.05$) in terms of age group and education of the mothers. The mean scores of the Edinburgh Postnatal Depression Scale were statistically significant ($p < 0.05$) in terms of psychological problems before pregnancy.

In the analysis of correlation between perceived social support and depression total scores, there was a significant negative correlation ($r = -0,260$; $p = 0,003 < 0,05$), depression score decreased as perceived total social support score increased

As a result; The rate of postpartum depression was $8,07 \pm 6,42$, the perceived social support total score was $60,276 \pm 15,721$.

Key words: Pregnancy, childbirth, postnatal depression, social support.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem gelişimsel kriz dönemi olarak tanımlanabilmektedir. Bu dönem biyolojik, fizyolojik, sosyal ve ruhsal değişikliklerin yaşandığı karmaşık bir süreçtir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde kadına verilecek sosyal destek annelik rolüne uyum sağlamasını ve baş etmesini kolaylaştırmak açısından önemlidir (Durukan ve ark. 2011; Tezel ve ark. 2005; Taşdemir ve ark 2006; Hergüner ve ark. 2014). Ayrıca kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkilemektedir (Durukan ve ark.2011; Karamustafalıoğlu ve ark.2000; Efe ve ark.2009; Mermer ve ark. 2010).

Sosyal destek eş, sosyal çevre gibi farklı yerlerden ve kişilerden alınabilir. Annelerin özellikle sosyal çevresinden aldığı destekle, gebeliği ve doğum sonu dönemi daha olumlu geçirdiği, annelik rolüne daha çabuk uyum sağladığı ve doğum sonrası dönemi daha sorunsuz yaşadığı ifade edilmiştir. Anneler doğum sonu dönemde meydana gelen gelişmelere uyum sağlama, kendi öz bakımını gerçekleştirme ve yeni doğanın ihtiyaçlarını karşılama çabasıdadır. Annelerin stres durumunun arttığı bu dönemde yeterli desteği alamaması ise fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalar sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli yaşam şartları doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında gösterilmektedir. Annenin ve yeni doğanın sağlığı, aile içi ilişkilerin sağlıklı sürdürülmesi için gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alması önemlidir (Mermer 2010; Savrun 1999; Vırit ve ark. 2008; Eren 2000).

Doğum sonu depresyon; duygularda hızlı değişme, yorgunluk, uyku bozukluğu, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, eleştiriye aşırı duyarlılık, kayıp ve keder duygularının geçmemesi ve şiddetinin artarak devam etmesiyle karakterizedir. Biyolojik yatkınlığı veya psikososyal duyarlılığı olan annelerde gebelik ve doğum dönem, depresyon gibi olumsuz durumların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Vırit ve ark. 2008; Eren 2000; Taşkın 2012).

Doğum sonu depresyona ilişkin birçok çalışma yapılmış olmasına karşın gebelik depresyonu ile ilişkili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı

Macaristan’da %17,9 (Bödecs ve ark. 2009), Amerika’da %20 (Marcus 2003), Kanada’da %25 (Da Costa 2000), Finlandiya’da %30 (Kurki 2000) olarak bulunmuştur. Türkiye’de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre (kesme puan 17 ve üzeri) yapılan çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel (2009) ‘in çalışmasında %27,3, Altınay (2009) ‘ın çalışmasında %27,9, Sevindik (2005)’in çalışmasında %36,3 olarak bulmuştur. Gölbaşı ve arkadaşları tarafından Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılarak yapılan çalışmada ise gebelikte depresif belirti görülme sıklığının %28,6 olduğu belirtilmiştir.

Doğum sonu depresyonda çevre desteği, özellikle eş desteği çok önemlidir. Aile bireyleri gebelik sürecinde ebeveynliğe hazırlığa ve adaptasyon sürecine uyumu gerekmektedir. Çünkü doğum sonu dönemde bebek bakımı, bebek için güvenli çevre oluşturma, bebekle iletişimde bulunma, yeni üstleneceği rolleri öğrenme, aile duyarlılığını geliştirme ve bebekle ilgili problemlerle baş etme zorluğu yaşamaktadır. (Taşdemir ve ark. 2006; Marakoğlu ve ark. 2009, Taşdemir ve ark. 2006). Doğum sonu endişeden kurtulmasının en önemli yolu kendisinin emniyette olduğunun hissettirilmesidir. Yalnız olmadığını, her sıkıntısında eşinin ve sosyal çevresinin yanında olacağını bilmek loğusayı çok rahatlatır (Kesgin ve ark. 2006).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın önerisi doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimliklerinde gebelik takibi dört, ve loğusa takibi altı izlemle tamamlanmaktadır.(<http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-zlemleri.html>). Aile hekimliklerinde çalışan ebeler 15-49 yaş kadın izlemi, gebe ve loğusa izlemlerinde, kadını yakından izleme olanağına sahiptirler.

Doğum sonu depresyonun belirlenmesi en önemli hedeflerinden biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz şekilde etkilemesini önlemektir (Ceber ve ark. 2002; Ayvaz ve ark. 2006).

Ebeler gebe ve loğusa izlemlerinde aktif olarak görev almalı, var olan ya da oluşturacakları gebe ve doğum sonu dönemde annelerin ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapmalıdır. Gebelere verilen desteğin içeriğini, kalitesini ölçmeli bu doğrultuda aileye eğitim vermelidir. Ebeler oluşabilecek doğum sonu depresyonun önlenmesinde ya da daha hafif geçirilmesinde katkıda bulunabilecek önemli meslek

grubudur (Vural ve ark. 1999; Kılınç ve ark. 2011) Bu çalışmada, sosyal desteğin gebeliğe ve doğum sonu depresyona etkisinin saptanması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM

2.1. 1. Ebeveyn Olmaya Karar Verme

Ebeveyn olmak; insan hayatının tüm yönlerini etkileyecek önemli bir karardır. Kadın ve ailesi gebeliğe uyum sürecinde gelişimsel durumlara adapte olmak durumundadır. Bu adaptasyonu; sosyokültürel, ailesel ve bireysel faktörlerden etkilenir (Taşkın 2012).

2.2.GEBELİK DÖNEMİ

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanında önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok faktörle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu dönemdir (Vırt ve ark. 2008; Yeşilçiçek ve Aktaş 2011). Doğum ve doğum sonrası dönem, gelişimsel kriz süreci olarak tanımlanmaktadır (Durukan ve ark. 2011; Tezel ve ark. 2005; Taşdemir S ve ark. 2006; Hergüner ve ark.2014).

Geçmişte gebelik “psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem” olarak görülürken, günümüzde bu görüş kabul görmemektedir (Marakoğlu ve Şahsivar 2007, Yeşilçiçek ve Aktaş 2011). Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk nedeni olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, aşırı yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem gibi de görebilmektedir (Yeşilçiçek ve Aktaş 2011). Gebelik ve doğum sonu dönemde gebelere verilecek sosyal destek annelik rolüne uyum ve duygudurum değişiklikleriyle baş etmesini kolaylaştıracaktır (Durukan ve ark. 2011; Tezel ve ark. 2005; Taşdemir ve ark. 2006; Hergüner ve ark.2014).

2.2.1.Sosyal Faktörler ve Gebelik

Toplumların sosyal yapısı gelişip değiştikçe, olaylara bakış açısı da değişmektedir. Gebelik ve doğum sonu dönemin daha olumlu yaşanmasında; kadın ve ailelerinden gelen talepler, değişen sağlık bakım anlayışı, sağlık profesyonellerinin doğumda kadına ve ailesine verdikleri farklı hizmet seçenekleri etkili olmuştur (Taşkın 2012). Sağlık profesyonelleri ve aile desteği ile gebeler; fiziksel olarak, sosyal destek katkısıyla da duygusal ve bilişsel olarak sosyal imkânlardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır (Yeşilçiçek

ve Aktaş 2011).

2.2.2. Kültürel faktörler ve Gebelik

Kadın ve ailesinin kültürel özellikleri onların gebeliğe uyumlarını, gebeliğe karşı tutumlarını, gebelik ve doğum sürecinde nasıl bir rol alacaklarını belirler. Kültürel uygulamaların daha çok gebelik ve loğusalık dönemindeki beslenme, istirahat ve aktivite, annelik, doğum ve ebeveynliğe hazırlık gibi öz bakım etkinliklerinin farklılaştığı görülmektedir (Taşkın 2012).

2.2.3. Ailesel Faktörler ve Gebelik

Bu konuda yapılan çalışmalar; psikososyal faktörler, sağlık durumu, öz-güven, sosyal destek, anksiyete, depresyon ve ailenin yaşam olayları gibi birçok parametrenin gebeliğin sağlıklı bir anne ve bebekle sonuçlanması arasında ilişki olduğunu göstermiştir (Taşkın 2012). Sosyal destek Gebenin anneliğe kolay adaptasyonunu sağlamaktadır (Yeşilçiçek ve Aktaş 2011).

2.2.4. Bireysel Faktörler ve Gebelik

Kadının stresle baş etme yeteneği, onun yeni yaşam olaylarına nasıl uyum sağlayacağını belirleyicisidir. Kadının temel kişilik özelliklerine bağlı olan uyum yeteneği ile yaş ve ekonomik durum da etkili olmaktadır (Taşkın 2012).

2.2. GEBELİKTE FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

2.2.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik döneminde, sağlık profesyonelleri tarafından düzenli yapılması gereken testler, muayeneler ve eğitimler ailenin yeni duruma uyum sağlaması ve baş etmesinde etkilidir (Işık 2010).

2.2.1.1. Gebelik Tanısı

Çoğunlukla kadınlar, gebeliği doğrulamak amacıyla insan koriyonik gonodotropin hormon (HCG) idrar ya da kan testini yaptırırlar. Ayrıca muayene sırasında ihtimaller dahilinde ya da tanısal gebelik bulguları olabilir. Özellikle düşük ya da dış gebelik kaygısı varsa, sıklıkla sonografi kullanılmaktadır (Williams 2015).

2.2.1.2.Gebelikte Öykü

İlk değerlendirmelerdeki demografik ve obstetrik öykü yanında gebenin psikososyal değerlendirmesi de mutlaka yapılmalıdır. Planlı veya beklenmeyen bir gebelik olup olmadığı, hastanın yaşadığı ev ortamı, mental durumu ve stres düzeyi, alkol veya madde bağımlılığı değerlendirilir. Gebenin ilgi alanlarını bilmek eğer endikasyon varsa, olası değişiklikler için önlemler alınabilme şansı yaratır (Çiçek 2012).

2.2.1.3.Gebelikte bakımın amacı

Prenatal bakımda annenin minimal risk ile sağlıklı bebek dünyaya getirmesini sağlamak için;

- Gebelik yaşının erken ve doğru belirlenmesi,
- Riskli gebeliğin belirlenmesi,
- Anne ve fetüsün birlikte değerlendirilmesi,
- Annenin eğitimi ve iletişiminin sağlanması gerekmektedir (Çiçek 2012).

2.2.1.4.Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Süreçte İletişim

Kadın ve ailesi ile etkin konuşma, kadının hem kendisine hem de karşısındakilere olan güvenini sağlayabilir. Gebe, ailesi ve tüm sosyal çevresini dikkate alarak bir bütün olarak ele alınması özel hayatına saygılı ve ihtiyaçlarına duyarlı olmayı kolaylaştıracaktır (Şirin ve Kavlak 2008).

Gebelerin, gebelik dönemi takiplerinde uygun iletişimi kurmak için gebe nazik bir şekilde karşılanmalı, mahremiyetine dikkat edilmeli, empati yapılmalı, gereksinmelerine duyarlı olunmalı, her aşamada soru sorma kolaylığı sağlanmalı ve profesyonel anlamda sorularına cevap vererek güven kazanılmalıdır (Gümüşdaş ve ark. 2014).

Doğumda kendini pasif durumda hisseden kadın, ağrı kontrolünü de başaramayacaktır. Bu nedenle ebe ve hekimler, doğumda kadının gereksinimlerini göz ardı etmeden iletişime çok dikkat etmelidirler (Şirin ve Kavlak 2008)

2.2.1.5.Gebelikte Eğitim Gereksinimleri

Gebelik döneminde sağlık profesyonelleri tarafından verilecek eğitim, annenin ve aile üyelerinin, yeni duruma uyum sağlamasında etkili ve önemlidir (Akbayrak ve Kaya 2012). Sağlık Bakanlığı rutin gebelik takiplerinde beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara-alkol kullanımı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, başta tetanos olmak üzere aşılar hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesini önermektedir (Işık 2010).

2.2.1.6.Gebelikte Egzersiz

Egzersiz dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenleyip güçlendirmesi, kilo kontrolünü ve sosyal etkileşimi sağlaması, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik hissinin artırılması açısından önemlidir (Şirin ve Kavlak 2008).

Başta sistemik hastalıklar olmak üzere, düşük, prematüre doğum, fetal büyüme geriliği ve servikal yetmezlik öyküsü ve plasenta prezentasyon anomalileri durumlarında egzersizin sakıncalı olduğu bildirilmiştir (ACOG 2002). Ayrıca gebelikte yapılabilecek diğer faydalı uygulamalar arasında eski bir hint bilimi olan, hissedilen gerginlikleri gevşetmek ve ruhu güçlendirmek adına yoga önerilebilir. Gebeliğin ilk aylarından itibaren anne adayını doğuma hazırlayan, güçlendiren, doğum sonrasında da tekrar eski formuna hızla dönebilmesini sağlayan bir egzersiz şekli olan Plates bulunmaktadır (Akbayrak ve Kaya 2012).

2.2.2.Riskli gebeliklerde izlemler

Riskli gebelik; maternal ve fetal sağlığı tehdit eden, mortalite ve morbidite olasılığını artıran fizyolojik bir durumdur. Bu durumda evde ya da hastanede yatak istirahati önerilir. Yatak istirahati fetüsü olumlu etkilerken, gebeyi vücut sistemleri yönünden etkileyebildiği gibi fiziksel-psikososyal strese de sokabilir. Gebelik psikososyal stres açısından riskin yüksek olduğu bir dönem olabileceğinden ebeler gebe izlemlerini yaparken risk faktörlerini iyi değerlendirmeli, kaygı ve stresin sıklıkla endişe ve depresyonla birleştiğini ve tablonun daha olumsuz bir hal aldığını bilmelidir. Gebenin sosyal çevre ile uyumu açısından gerekli danışmanlık hizmetlerini sunmalıdır (Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı 2014).

2.2.3. Gebelikte Annede Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir. Puerperal dönemdeki kadınların %10,0-30,0'unda psikolojik sorunların geliştiği bildirilmektedir (Sünter ve ark. 2006). Biyolojik yatkınlığı veya psikososyal duyarlılığı olan annelerde gebelik ve doğum dönemi, depresyon gibi psikiyatrik olumsuz durumların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Vırit ve ark. 2008; Eren 2000; Taşkın 2012). Birçok kadın bu sürece kolaylıkla uyum sağlarken, bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (Sünter ve ark 2006).

Gebelikte, evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili pek çok sorun yaşanabilir. Bu durumlar kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapacağı gibi ağır bir yük ve stres olgularını getirir (Okanlı ve ark. 2003). Depresyon, gebelikte hafif ya da ağır seviyede, en sık görülen ruhsal bozukluktur (Yıldız ve Ünal 1996; Ayvaz ve ark. 2006).

Gebelerde kaygı ve depresyon belirtileri bedensel belirtilerle birlikte ortaya çıkmaktadır. Kaygı artışının depresyonu tetiklediği ve öz kıyım riskini artırdığı öne sürülmektedir. Bu durumun gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yeni doğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir Gebelikte depresyon ve anksiyeteyi tetikleyecek birçok biyolojik ve psikososyal etken vardır, sosyodemografik değişkenler de farklı toplumlarda değişiklikler gösterebilmekle birlikte bu etkenler arasındadır (Yeşilçiçek ve Aktaş 2011).

Doğumdan hemen sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan dönem, doğum sonrası psikiyatrik tabloların görülebildiği önemli bir dönemdir (Ayvaz ve ark. 2006). Geriye dönük epidemiyolojik çalışmalar ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması yönünden, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine nazaran üç veya dört kez daha riskli olduğunu belirtmektedir (Deveci 2003). Yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu olsa da, bazı annelerde duygusal sorunlar ortaya çıkar. Bunlardan en sık görülen ve zor olanı da depresyondur. Doğum sonrası depresyon, değişik şekillerde ortaya çıkabilir. Bunların biri erken dönemde ortaya çıkan ve kısa sürede iyileşen annelik hüznü, diğeri ise daha geç ortaya çıkan, daha uzun süren ve daha ciddi bir

durum olan doğum sonrası depresyondur. Doğum sonu dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli zorluklar yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasındaki ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (Ayvaz ve ark. 2006). Doğum sonu depresyonun belirlenmesinin en önemli hedeflerinden biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz şekilde etkilemesini önlemektir (Ceber ve ark. 2002; Ayvaz ve ark. 2006).

2.2.3.1. Gebelik ve Duygu durum

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olmakla birlikte, karmaşık duyguların yaşandığı psikolojik bir süreçtir (Kuğu ve Ayüz 2001; Taşkın 2012). Gebelik ve gebelik sonrası duygu durum bozuklukları, çok sayıda yeni anneyi etkilemekte ve sık karşılaşılan obstetrik komplikasyonlardan biri olarak karşımıza gelmektedir (Cebeci ve ark. 2002).

Birçok araştırmacı gebelik ve doğum sonu dönemde seks hormon düzeyindeki değişikliklerin kadınların ruh halindeki değişikliğe neden olduğunu ileri sürülmektedir (Doksat 2003; Eren 2000). Özellikle gebelikte östrojen, progesteron ve kortizolün etkisi ile bu duruma uyum sağlayacak bazı psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir (Eren 2000). Gebelikte kadın rolünden öte anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları önceliklidir. Kadının gelecekteki annelik rolünü benimsemesini, inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları etkiler. Kadının gebeliğe karşı tutumunu ise; gebenin kendi bireysel ve kişisel deneyimleri, kültür düzeyi, yaşam felsefesi, ailedeki mutluluk düzeyi, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları etkilemektedir. Ayrıca ailenin sosyo-ekonomik durumu, anneliğe hazırlık durumu, gebeliğin medikal olarak yüksek risklerin olup olmadığı gebeliğin istenen ya da istenmeyen, planlanmış ya da planlanmamış olduğu da gebeliğe karşı tutumu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci vardır (Işık 2010; Kuğu ve Ayüz 2001). Diğer kanıtlar ise sosyal destek eksikliği, eş ile ilişkide problemler ve günlük hayattaki stresli olayları vurgulamaktadır (Doksat 2003; Eren 2000)

2.2.3.2. Birinci Trimester;

Gebeliğin 1. trimesterinde zıt olan korku ve umut duyguları etkilidir. Bu dönemde duygusal dalgalanmalara sık rastlanmaktadır, hem kendisi hem de yakınları

gebenin duygularını anlamakta zorlanabilir (Işık 2010). Bazı gebeler bulantı kusma, yorgunluk, halsizlik, uykulu halde olmalarından dolayı bebeği suçlar, diğer yandan da böyle düşündüğü için kendini suçlar. Ruhsal çatışmalar yaşar. Birinci trimesterde uyku ve iştah değişiklikleri duygulanım dalgalanmaları, aşırı yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü olarak görülebilir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007). Gebenin ruh sağlığı kadar aile içi çatışmalara neden olacak riskleri azaltma konusunda önlem alınmalı, babaları da doğum sürecine katmalı bu konuda bilgilendirilmeli ve çözüme odaklı olmaları sağlanmalıdır (Şirin ve Kavlak 2008).

Gebeliğin başlarında yaşanabilen bitkinlik, bulantı ve kusmaların aşırı olması zıt duyguların yaşanmasına sebep olur. Bu durumun sadece psikolojik değil fizyolojik etkisi de gözden kaçırılmamalıdır (Kuğu ve Ayüz 2001).

Birinci trimester daha çok yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Bu sürecin sonunda gebelikten hoşlanma, mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıklara uyum gösterme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği, özgüven ve umut duygusu, kadının gebeliğe uyum sağladığını gösteren belirtilerdir (Işık 2010).

2.2.3.3.İkinci Trimester;

İkinci trimesterde görülen fiziksel değişikliklerle birlikte zıt duyguların azaldığı, fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedildiği bir dönemdir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007; Işık 2010).

Bulantı-kusma, yorgunluğun geçmesi ile anne adayları bu dönemde kendilerini fiziksel anlamda daha iyi hisseder. Bu dönemde gebeler duygusal anlamda daha hassastır. Çabuk kırılan, bazen çabuk sinirlenen, bazen de çabuk mutlu olma gibi değişken psikolojik tepkiler verebilirler (Şirin ve Kavlak 2008).

Fiziksel değişikliklerle birlikte gebelik kadın ve ailesi için daha gerçekçi olmaya başlar. Fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir (Kuğu ve Ayüz 2001). Gebede kilo artar, uterus görünür boyutta büyür, göğüslerde değişimler meydana gelir. Kadınlar fetüsün korunmasıyla ilgili endişe yaşar ve bu durum çoğunlukla içe dönme şeklinde kendini gösterir. Bu dönemde beden imajı algısı çok önemlidir. Kadının bedeninde gelişen hızlı ve yoğun değişimler çoğu kadın tarafından olumlu karşılsa da bazıları için durum böyle değildir (Şirin ve Kavlak 2008; Taşkın 2012).

Cinsel yaşam gebeliğe ve ya fetüse zarar verebileceği düşüncesi ile kadının ilgisinin azalmasına, eşinin de ona karşı olan ilgisinde bir azalmaya neden olabilir (Şirin ve Kavlak 2008).

2.2.3.4.Üçüncü Trimester

Üçüncü trimesterde doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler öne çıkmaktadır. Doğum sonrasında da çocuğun bakımı, annelik rolüne yönelik endişeleri oluşmaktadır. Anne adayları gebeliğin son aylarında fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına, özellikle eşine bağımlı olmaya başlar ve buna bağlı olarak ilk trimesterdeki zıt duygular yeniden ortaya çıkmaktadır. Gebeliğin sonlarına doğru fiziksel rahatsızlık ve gebeliğin artan yükü kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanmasını bir nevi mecbur kılmaktadır (Işık 2010; Marakoğlu ve Şahsıvar 2007).

Fetus hareketlerinin başlaması, fetus ile psikolojik bağın kurulmasını sağlamaktadır. Kadının günlük yaşamı zorlaştığından gebelikten bıkar bir an önce bitmesini ister, diğer yünden doğum hakkında endişeler artmaya başlamıştır. Üçüncü trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetusun normalliğiyle ilgili kuşkular olabilir (Kuğu ve Ayüz 2001). Gebenin doğum yapacağı hastanenin belirlenmesi, doğum ekibine güvenmesi, doğumla ve bebeğiyle ilgili endişelerini azaltır. Bu dönemde kadın bebeğin odasını hazırlar, giysilerini alır, bebek için isim seçer ve doğum hakkında bilgi arar. Primiparların çoğunda bilinmeyen, multiparların ise bazı şeylerin doğru olmayacağı korkusu vardır. Doğum ağrılarına nasıl tepki verecekleri konusunda da endişe yaşayabilirler. Travayda duygusal ve fiziksel olarak kontrol kaybını yaşamaktan korkabilirler. Bu konuda ki sosyal destek kadının baş etmesine yardımcı olacaktır (Şirin ve Kavlak 2008).

2.3.KADININ GEBELİĞE UYUMUNU ZORLAŞTIRAN FAKTÖRLER.

Çoğul gebelik, sık doğum, mekân değişikliği, iş kaybı ya da değişikliği, yeni bir hastalık durumu, riskli gebelik, evlilikle ilgili sorunlar, rol çatışmaları, önceki doğumda travma yaşanmış olması gibi faktörlerdir (Taşkın 2012).

2.4.GEBELİK İZLEMLERİ, RUTİN TETKİKLER VE BAĞIŞIKLAMA

Kadına kesin gebelik tanısı konduktan sonra gebelik dönemi içerisinde gebeliğin, normal ya da riskli durumuna göre izlemler yapılmaktadır.

2.4.1.Gebelik İzlemleri;

Gebelik izlemleri T.C. Sağlık Bakanlığının 2008 yılında yayınlanan ve 2014 yılında ikinci revizyonu gerçekleştirilen Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberindeki yapılması gereken izlemlerde eğitim, danışmanlık, fizik muayene, laboratuvar testleri vb. işlemler yer almaktadır.

Kadının gebelik süresince gebeliğin ilk 14 haftası,18-24. haftaları arasında, 28-32. haftaları arasında, 36-38. haftaları arasında olmak üzere en az 4 kez sağlık kontrolüne gitmesi önerilmektedir. Bu kontrollerde obstetrik gelişmelerin yanı sıra, idrar tahlili, kan tetkiki, hepatit B testi, Rh uygunsuzluğu açısından gebenin ve eşinin kan grubu testi, TSH testi, gebe gestasyonel diyabet açısından risk grubunda ve açlık plazma glikozu 100-126 arasında ise glikoz tarama testi gibi laboratuvar testleri de uygulanmaktadır (Doğum Bakım Rehberi 2008)

2.4.2.Gebelikte İlaç Kullanımı

En önemli kural gebelikte tıbbi durum ya da yakınmalar ilaç kullanımını gerektirmedikçe ilaç kullanmamak ve kullanılacak ilaçları mutlaka doktor önerisiyle kullanmaktır.

Gebede ilaç kullanırken Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration -FDA) kategorisi mutlaka bilinmelidir. Sınıflandırma A (en güvenli) ila X (tehlikeli olduğu biliniyor-kullanmayın) kategorisi arasında değerlendirilerek verilmelidir (Gümüşdaş ve ark. 2014).

2.4.3.Gebelikte Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

2.4.3.1.Gebelikte Sigara Kullanımı

Anne kanında bulunan nikotinin %88'i amnion sıvısında bulunduğu, kotinin düzeyinin ise anne kanındakiyle hemen hemen aynı olduğu ifade edilmektedir (Gümüşdaş ve ark. 2014).

2.4.3.2.Gebelikte Alkol Kullanımı

Alkol anne karnında plesanta yoluyla direkt bebeğin kanına geçer. Alkol teratojen bir maddedir ve gelişmekte olan fetus üzerinden zararlı etkileri vardır. Tüm hücrelerin büyüme ve bölünme sürecine zarar verir. Gebeliğin erken dönemlerinde alınan alkol direkt olarak embriyo üzerinde olan etkisiyle düşüğe, organ gelişimi döneminde hücreler üzerindeki etkileriyle çeşitli organlarda gelişim kusurlarına,

gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren hücre çoğalmasının hızlı olduğu dönemde hücrelerdeki zehirli etkisiyle santral sinir sistemi hasarlarına yol açabilmektedir. Gebeliğin her döneminde alkolün etkisine bağlı olarak bebeğin ölme riski artar (Şirin ve Kavlak 2008).

Gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Bu toksik maddeler hem anneyi hem de fetüsün sağlığını tehlikeye sokup doğumun sağlıklı sonuçlanma riskini artırmaktadır (Yeşilçiçek ve Aktaş 2011).

2.4.4. Gebelikte beslenme

Gebelikte kadının normal metabolizma düzeni üzerine fetal büyümenin etkilediği değişiklikler vardır. Artan enerji ve protein gereksiniminin karşılanmaması annede ağırlık azalmasına neden olabilir. Artan gereksinimler karşılanamadığı zaman anemi, diş çürüklüğü osteomalesi gibi hastalıklar ortaya çıkabilir. Yetersiz ve dengesiz beslenen gebelerde toksemi görülme riski daha fazladır. Yetersiz protein alımına bağlı ödem oluşabilir (Çiçek 2012).

Gebelik depresyonuna yatkınlığı artırdığı düşünülen bir diğer olası faktör gebelikteki beslenme düzenidir. Beslenme, nörotransmitter geçişi için temel elementi sağlayarak hipotalamus-pitüiter-adrenal (HPA) eksenindeki işlevlerin düzenli çalışmasını sağlar (Brenda ve ark. 2009). Gebelikte B6 ve B12 vitamini, çinko, magnezyum gibi vitamin ve elementler yeterince alınması halinde serotonin hormonu üzerinde olumlu etki yaratarak depresyonu önlenmesine yardımcı olur (Pinto ve ark 2008). Gebelik depresyonunu etkileyebileceği düşünülen bir diğer element ise omega-3'tür. Kanıta dayalı çalışmalar, vücutta omega-3 yağ asidi düzeyinin düşüklüğünün gebelik boyunca ve doğumdan sonraki süreçte ortaya çıkan depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir (Borja ve Marino 2010). Omega-3 yağ asidinin serotonin işlevleri üzerindeki etkisinden dolayı antidepresan etki gösterebileceği belirtilmektedir. Perinatal depresyonların tedavisi ve önlenmesine yönelik omega - 3 yağ asidi kullanımı üzerine yapılan klinik çalışmalarda, omega - 3 yağ asidi kullananlarda kullanmayan gruba göre (plasebo grup) anlamlı düzeyde daha az depresif belirti görülmüştür (Yeşilçiçek ve Aktaş 2011).

2.4.4.1 Gebelikte vitamin alımı

İyi beslenen kadınların günlük ihtiyacını karşılamak için ek multivitamin desteğine ihtiyacı olmayabilir, fakat beslenme uzmanının dikkatli değerlendirmesi ile olmadığı durumlarda önerilmelidir. Folat desteği gebelik öncesi ve birinci trimester boyunca nöral tüp defektlerini önlemek için önerilmelidir (Çiçek 2012). Nöral tüp defektlerinin önlenmesi çabaları kapsamında gebe kalmayı planlayan kadınların gebelik öncesi dönemden başlayarak gebeliğin 12 haftası süresince ilaca ek günde 400 mcg folik asit almalarıdır (Budak 2002).

2.4.5. Gebelikte İş

Çalışan, gebeliğinde herhangi bir risk olmayan ve çevresinde risk faktörü bulunmayan anneler doğumun başına kadar işten ayrılmadan iş hayatlarına devam edebilirler. Preterm eylem açısından risk altındaki annelerin işinin fiziksel zorlukları değerlendirilmelidir (Çiçek 2012).

2.5. DEPRESYON

Depresyon kelime karşılığı çökkünlüktür (Doksat 2003). Depresyonla; anlık bir ruh hali, bir sendrom veya bir hastalık olarak karşılaşılabiriz (Savrun 1999).

Duygu durum bozuklukları arasında majör depresif bozukluk, görülme sıklığı yönünden diğer duygu durum bozukluklarının önünde yer almaktadır.

Biyolojik ve psikososyal etkenler depresyona sebep olmaktadır. Sürekli stres veya çevresel kökenli çökkünlük hali gibi psikososyal olaylar hipotalamus-hipofizadrenal (HHA) ekseninde uyarı yanıtına sebep olup katekolaminlerin seviyelerinde değişiklik yaratabilir. Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı, erişkin dönemde eş kaybı ya da boşanma gibi radikal yaşam olayları depresyona sebep olan psikososyal etkenlerin en önemlileri arasındadır (Eren 2000).

Ruhsal belirtiler anlaşılır olsa da, insan davranışı ve düşüncesini ölçen ölçekler geliştirilmiştir. Bunların sonuçlarına göre de DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) ve ICD gibi sınıflama ve teşhis sistemleri geliştirilmiştir (Doksat 2003).

Yaşla değişmeyenler; hüznü kişilik, uyku bozuklukları ve intihar eğilimi gibi temel belirtilerdir. Üzüntü, ümitsizlik, kaybolmuş ilgi ve zevk alma duyguları, kilo değişiklikleri, kronik yorgunluk, değersizlik hissi ya da suçluluk ve düşünme ve yoğunlaşmada zorluk gibi bulgularla kendisini gösterir (Eren 2000). Dünya genelinde yapılan bütün araştırmalarda depresyonun kadınlarda erkeklere göre iki kez daha fazla olduğu belirtilmiştir (Savrun 1999, Eren 2000).

Sebeplerin ihtimalleri içinde ilk akla gelen endokrin sistemdir. Ancak sadece doğum sonu ve premenstrüel dönemlerde depresyon riskinin arttığı, menapoz dönemi için böyle bir riskin olmadığı belirtilmiştir (Savrun1999). Psikososyal faktörler de cinsiyetler arasındaki farkındalığın kabul gören sebeplerinden biridir. Günümüz şartlarında büyük yük altında olan kadınlar eş, anne, iş kadını ve ev hanımı gibi rollerin ağırlığını üstlenmişlerdir (Eren 2000; Savrun 1999).

Genel toplumda majör depresyon yaygınlığı %3-5 kadardır. Kadınlarda sıklıkla, ilk atak doğum sonrası dönemde çıkabilmektedir. Doğum sonu depresyon olguları daha sonraki doğumların ardından depresyona girme yönünden daha duyarlıdırlar. Daha önce depresyon geçirmiş kadınların doğum sonrası dönemde depresyonlarının tekrarlama olasılığı %43 kadardır. Akut atak geçirenlerin yaklaşık %12-20 kadarında depresyon sıradanlaşma eğilimi gösterir. Yineleyici depresyonlar kadınlarda daha sıktır (Yüksel 2007).

2.6.GEBELİKTE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLAR

Gebelikte ve doğum sonu dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği, ilk kez 1858 yılında Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür (Marakoğlu ve ark 2009).

Doğum öncesinde ve sonrasında oluşan değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşaması ve sağlığının bozulmasını getirebilir. Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapacağı bilinmektedir (Ayvaz ve ark 2006; Erdem ve ark. 2012).

Kadınların çoğu gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere uyum sağlarken, bir kısmında ılımlı seviyede psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar görülmektedir (Marakoğlu ve ark. 2009).

2.6.1.Gebelikte Anksiyete Bozuklukları

Kadınların hormonal ve ruhsal durumları arasındaki ilişki Hipokrat döneminden

bu yana dikkati çekmiştir. 19. yüzyıldan bu yana menstruasyon dönemi ile davranış değişiklikleri arasındaki ilişki deneysel ve klinik olarak araştırılmaktadır. Menarş, hamilelik, doğum ve menapoz kadın yaşamındaki en önemli dönemlerdir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007). Anne adayı sürekli bebeğin sağlığı ile uğraşır, bebeğini kaybetme korkusunu üst seviyede yaşar, doktora daha sık gider ve yalnız başına kalmamaya gayret eder. Hafif veya şiddetli düzeyde yaşanabildiği gibi yaygın anksiyete bozukluklarına da sebep olabilir (Taşkın 2012).

2.6.2.Gebelikte Depresyon

Kadınlarda depresyon sıklığının en üst seviyede olduğu yaşlar doğurganlık yaşlarıdır (Durukan ve ark. 2011). Kişinin hüzünlü bir duygu hali ile birlikte kendini değersiz ve mutsuz hissettiği, ilgi duyduklarına karşı ilgi duymadığı, yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, yeme problemleri ve cinsel isteksizlik gibi şikâyetlerinin olduğu, hareket ve konuşma hızında yavaşlama, dikkat dağınıklığı ile kendini gösteren ruhsal bir hastalıktır (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007;Taşkın 2012). Gebelik sürecinde yaşanan depresyon doğum sonrası yaşanan depresyondan çok daha yaygındır. Gebelikte depresif olanların yarısının doğumdan sonra da depresif halinin devam ettiği izlenmiştir. Depresif yakınmalar bir aydan uzun süredir devam ediyorsa psikiyatrik muayene önerilmelidir (Taşkın 2012).

Farklı kültürlerde ki depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan'da Bödecs ve ark (2009) %17,9, Amerika'da Marcus (2003) %20, Kanada'da Da Costa D (2000) %25, Finlandiya'da Kurki (2000) %30 olarak bulunmuştur. Ülkemizde bu konuda az sayıda çalışma olmasıyla beraber, Beck Depresyon Ölçeğine göre yapılan çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel (2009) %27,3, Altınay (2009) %27,9, Sevindik (2005) %36,3 olarak bulmuşturlar. Ülkemizde, depresyon yaygınlığı diğer ülkelerin sonuçlarına göre yüksektir. Gebelerin eğitim ve gelir seviyesinin düşük olması, istihdamın az olması, evdeki rol, sorumluluklar ile artan iş yükü de depresyona eğilimini arttırmaktadır (Gümüşdaş ve ark. 2014).

2.6.2.1.Gebelikte Depresyon bulguları

Gebelikte depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyonun müdahale edilmediği takdirde çeşitli obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere yol açabileceği gözlemlenmiştir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007). Gebelik esnasında görülen

psikopatolojik semptomların fetüs üzerinde olumsuz etkiler yarattığı düşünülmektedir. Gebeliğin hipertansif hastalıkları gebelikteki depresyonla ilişkili bulunan en önemli durumlar arasındadır. Spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter rezistansı, düşük Apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma da komplikasyonlar arasında yer almaktadır(Llewellyn ve ark.1997).

Depresyon, ayrıca sezeryan veya forseps gibi müdahaleli doğumlar, doğumun normalden daha ağırlı olması ve bundan dolayı da daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili bulunmuştur. Literatürde depresyonun gebelerin sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Depresyonda olan kadınlar sigara içmeye, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaya daha yatkın olabilmekte ve bu durumlar da gebeliğin olumsuz yönde sonuçlanmasına katkıda bulunabilmektedir. Gebelikteki depresyonla ilgili olan en önemli sorunlardan birisi intihar düşüncesine veya girişimine yönlendirecek kadar kendi kendine zarar verebilme ihtimali taşımasıdır. Gebelikte depresyon, %50-%62 oranında doğum sonu depresif atak geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır. Psikiyatrik nedenlerden dolayı gebeliğin sonlandırıldığı olgular az değildir. “National Depressive and Manic Depressive Association”nın gebelikteki depresyon hakkındaki görüşleri gebelik sırasında depresif olup tedavi almayan gebelerin %15’inin intihara girişiminde bulunduğu, %50-%62’sinin de doğum sonuperiyodda depresif durumlarının devam ettiği şeklindedir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007; Banori ve ark. 2004).

2.6.2.3.Depresyonun Gebenin Davranışları Üzerine Etkileri

Depresyonun, sağlıksız davranışlara yol açarak obstetrik sonuçları olumsuz etkileyebileceği, bunun yanında sağlıksız yaşam tarzına ve davranışlara sahip gebelerde de depresyon ortaya çıkabileceği belirtilmektedir(Altshuler 2001). Ruhsal hastalıklar, karar verebilme becerisini etkileyebilecek bilişsel tahribatlara yol açabilirler; bu durum antenatal olarak dikkat eksikliği ve uyuşturucu madde kullanımı ile ilişkili olabilmektedir. Zuckerman ve ark.(1989) gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında önemli düzeyde bir ilişki bulmuştur. Depresif semptomları olan gebelerin, hekimlerinin önerilerine uyum sağlaması daha zordur. Bu hastaların

beslenme problemi, karar vermede zorluk ve uykusuzluk şikâyetleri olur. Depresyonda olan gebelerin sosyal aktivite azlığı, duygusal olarak içe kapanma ve gelecekte ebeveyn olabilme kaygısı ile ilgili problemleri olabilmektedir. Gebelikleri hakkında aşırı kaygı ile birlikte rutin kontrollerini ihmal edebilirler. İştahları azaldığı için gebelik boyunca normalden daha az kilo alırlar. Öz bakımları azalabilir ve daha çok ilgilidirler. Depresyonda olan kadınlar depresyonda olmayanlara göre prenatal dönemde daha az vitamin kullanmaktadırlar ve folik asit hakkındaki bilgileri daha azdır (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007).

İleri derecede depresyon, kendine zarar verme, psikotik, atılğan ve zararlı davranışlar sergileme riskini de artırmaktadır. Gebelikte görülen depresif durumun psikiyatrik rahatsızlıkların akut formlarına dönüşebildiği bildirilmektedir (Stocky ve ark 2000). Prenatal bakımın gereklerine uymayabilirler (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007).

2.6.2.4.Perinatal Depresyonun Çocukların Psikolojileri Üzerine Etkileri

Gebelikte yaşanan stres, çocukta ağlama, hiperaktivite, kolay kırılma, asosyal davranışlar sergileme, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite hastalığı gibi gelişimsel problemlere yol açabilmektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007). Grote ve Frank (2003) çalışmasında tedavi edilmemiş antenatal depresyonu olan annelerin çocuklarında suç işleme potansiyelinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bonari ve ark. (2004) çalışmasında depresyonu olmayan annelerden doğan çocuklara oranla, depresyonlu annelerden doğan çocuklarda depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı bulmuştur, bu durum çocuklarda depresyon gelişme etiyolojisinde çevresel faktörlerle birlikte genetik yatkınlığın da rolü olduğunu akla getirmektedir. Ayrıca annede strese bağlı salgılanan kortizolün plasentayı geçmesiyle etkilenen fetal HHA eksen, fetusun stres cevabını kalıcı olarak değiştirir. Erken yaşlarda gelişen depresyon büyüme/gelişme, okul başarısı, aile ve arkadaş ilişkileri üzerinde olumsuz etkiye sahip olur (Fazlagiç 2011).

2.6.2.5.Gebelikte Depresyonun Tedavisi ve Önlenmesi

Gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Risk altında bulunan kadınların erken belirlenmesi, bu konuda önleyici girişimlerin yapılmasına olanak sunabilecektir. Gebelikteki depresyon, güvenilir tarama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir (Phillips 2005). Gebelikte görülen depresyon için tedavi seçenekleri psikoterapi (kişisel veya grup), farmakoterapi (antidepresan ilaçlar) ve nonfarmakolojik biyolojik tedavilerdir (parlak-ışık terapisi ve elektro

konvülfif terapi) (Grote 2003).En yaygın olarak kullanılan psikoterapi çeşitleri, sosyal etkileşimler ve yaşamdaki yeni dönemlere uyum sağlayabilme konuları üzerinde duran kişilerarası ilişkiler, psikoterapisi (KAT) ve hastaların kendi başlarına çeşitli düşünce türleriyle başa çıkabilmelerini amaçlayan bilişsel-davranışçı tedavidir (BDT). Gebelikte KAT'ın kullanılması ile 16 hafta sonunda duygu durumun yeterince düzeldiği gösterilmiştir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2007,Ward ve ark. 2002).

2.7.DOĞUM SONU DÖNEM VE ÖZELLİKLERİ

Doğum sonu dönem, doğum eylemi sona erdikten sonra başlayan ve 6 hafta süren bir dönemdir. Bu dönemde annede bir dizi fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkar (Tezel ve Gözüml 2005; Taşkın 2012).

Doğum sonu bakımın amacı, anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı olmasına, iyi bir anne-bebek ilişkisinin gelişmesine katkıda bulunmaktır. Anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitimler vermek, aile ve sosyal çevresi içinde annelik konumunu benimsemesini sağlamaktır.

2.7.1.Doğum sonrası annede meydana gelen psikolojik değişiklikler

Gebelik ve loğusalık doğal bir süreç gibi gözükse de kadın için büyük bir stres nedeni olabilmektedir. Bu dönemde her kadın, kaygı yaşar. Doğum sonrasında annelerin çoğunda bebeğinin ve kendisinin sağlık durumu ile ilgili endişeleri ortadan kalktığından bir rahatlama olur. Bebekle yakın temas (kucağa alma-emzirme) anne-bebek bağını güçlendirir (Eren 2000).

Doğum sonu dönemde uyku düzeninin ve günlük planlarının değişmesi, fiziksel görünümün bozulması gibi durumlar, annede ilk depresif belirtilerin ortaya çıkışını başlatabilir (Tezel ve Gözüml 2005).

Doğum sonu dönemde annelerde duygu durum bozukluklarını arttıran birçok neden bulunmaktadır. Bu nedenler; hormonal değişimler, geçirilmiş ruhsal problemler, istenmeyen veya riskli gebelikler, zor doğum eylemi, adölesan gebelikler, aile içi şiddet ya da anlaşmazlıklar, hikâyesinde depresyon bulunanlar, maddi sıkıntılar, sosyal destek eksikliği, doğumda profesyonel destek alamama ve stresli yaşamdır (Vural ve Akkuzu 1999; Dündar 2006;Taşdemir ve ark. 2006).

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve tanılarına göre sınıflandırılarak; annelik hüznü,

doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olmak üzere başlıca 3 grupta incelenmektedir (Marakoğlu ve ark. 2009; Nur ve ark. 2004).

2.7.1.1. Annelik hüznü

Doğum sonu 3-4 gün içinde ortaya çıkar, 10-15 gün içinde kendiliğinden geçer. Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınların %50-80'inde huzursuzluk, sinirlilik, duygusal dengesizlik ve ağlamaklı olma durumu şeklinde görülebilir. En sık görülen belirtiler içinde uyku bozukluğu bulunmaktadır. Bu şikâyetler, doğumdan sonraki ilk 3 - 10 gün içinde ortaya çıkar ve genellikle 20. haftanın sonunda kaybolur (Nur ve ark. 2004; Marakoğlu ve ark. 2009). Müdahaleye gerektirmemektedir. Çözümü sosyal çevrenin olumlu yaklaşımıdır. Annelik rolüne ait yeterlilik duygusunu artırarak destek verilmelidir. Yalnız kalmamalı, iş bölümü yapılmalı, annenin uyuması, dinlenmesi, iyi beslenmesinin sağlanması gerekir. Eleştirel ve suçlayıcı olunmamalıdır. Bu dönemde anneler panik olmamalı, soğukkanlı davranmalı, yetersiz olduğunuzu düşünmemelidir. (Eren 2000). Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde düzelmediyse, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır (Marakoğlu ve ark. 2009).

Loğusalık üzüntüsünde çevre desteği, özellikle eş desteği çok önemlidir. Aile bireyleri gebelik sürecinde ebeveynliğe hazırlığı ve adaptasyon sürecini yaşayacak, doğum sonu dönemde bebek bakımı, bebek için güvenli çevre oluşturma, bebekle iletişimde bulunma, yeni üstleneceği rolleri öğrenme, aile duyarlılığını geliştirme ve bebekle ilgili problemlerle baş etme zorluğu yaşamaktadır (Taşdemir ve ark. 2006; Marakoğlu ve ark. 2009; Taşdemir ve ark. 2006). Loğusanın endişeden kurtulmasının en önemli yolu kendisinin emniyette olduğunun hissettirilmesidir. Yalnız olmadığını, her sıkıntısında eşinin ve sosyal çevresinin yanında olacağını bilmek loğusayı çok rahatlatır (Kesgin ve ark. 2006).

2.7.1.2. Doğum sonrası depresyon;

Annelik hüznü tablosundaki belirtilerin daha yoğun bir şekilde yaşanmasıdır. (Eren 2000; Fazlagiç 2011). Zamanlaması ve en azından anne –bebek ilişkisi ve sıklıkla da tüm aileyi ilgilendirmesi nedeniyle özellik taşır (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000).

Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition) kriterlerine göre, doğum sonu

depresyonun doğumu sonu 4 hafta içerisinde görüldüğü kabul edilmektedir (Altınay 1999; Kennedy ve Suddenfield 2006). Ancak, bazı çalışmalar, bu sürenin 6 ve 12. haftalara kadar sürebileceğini göstermektedir (Kennedy ve Suddenfield 2006). Doğum sonu depresyon annelik hüznünde yaşanan belirtilerin yanısıra depresif kişilik, yoğun anksiyete, ümitsizlik ve intihar düşüncesi gibi durumlara sebep olmaktadır (Vural ve Akkuzu 1999; Kennedy et al. 2002; Şenol ve Yüksel 1997). Kaynaklarda, bu annelerin %41'nin bebeklerine zarar vermeye ilişkin düşünceler taşıdıkları, bu düşüncede olan annelerin %10'nunda eyleme geçtiği bildirilmektedir (Gülşen 2006; Kennedy ve Suddenfield 2006). Doğum sonu depresyon, normal yaşamda görülen depresyona nazaran daha ciddi sorunlar gelişmektedir, hatta bulguların ilerlemesi ile annede psikotik kişilik ortaya çıkmaktadır (Vural ve Akkuzu 1999). Çalışmalar doğum sonu depresyon yaşayan kadından 1/1000'inde psikoz geliştiğini göstermektedir (Morris ve Bernstein 2006).

Kadınların çoğunun mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular yaşıyor olmaları onlara suçluluk duymalarına neden olmakta ve bu durum asıl belirtilerin saklanması, dolayısı ile gerçek tablonun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (Erdem ve ark. 2012; Fazlagiç 2011).

Özellikle hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım ihtiyacı desteklenmediğinde, doğum sonu depresyonun başlangıcı sinsi olup gözden kaçırılabilir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000; Fazlagiç 2011). Doğum sonu depresyonun uzun süre devam ettiği ve sonucunda hastaneye yatışı gerekli olacak durumlar da ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlarda erken tanının önemi ortaya çıkmaktadır. Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDS) gibi bir takım tanı araçları sağlık profesyonellerine tanı yönünden yardımcı olabilir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000).

Depresif belirtilerin var olması, psikolojik ve fizyolojik açıdan enerji kaybına ve kişinin aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkilenmesi ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (Tezel ve Gözümlü 2005).

Daha önce depresyon geçirmiş kadınların doğum sonrası dönemde depresyonlarının tekrar ortaya çıkması daha kolay, yineleme olasılığı da %43 kadardır. Akut atak geçirenlerin yaklaşık %12 - 20 kadarında depresyonu yaşama eğilimi gösterir. Tekrarlayıcı depresyonlar da kadınlarda daha sık görülmektedir (Yüksel 2007).

Doğum sonrası dönemde gelişen depresyonun annenin; bebeğe bağlanma sorunu, uykusuzluk, yorgunluk, dikkat dağınıklığı, ağlama nöbetleri gibi durumların yaşanmasına sebep olmaktadır (Eren 2000). Ayrıca; karamsarlık, halsizlik, isteksizlik, iştah sorunu, aşırı endişe, sıkıntı, çevreye ilgisizlik, bebekle ilgili aşırı kaygı ya da boş verme ve unutkanlık gibi belirtiler de görülebilmektedir (Eren 2000; Nur ve ark. 2004).

Doğum sonu depresyonu yaşayan kadınların kendine ve bebeğine zarar verme olasılıkları ve intihar ihtimali oldukça fazladır. İntihara bağlı ölümlerin %20'sinin doğum sonrası döneme ait olduğu belirtilmektedir (Gereklioğlu ve ark. 2007; Yıldırım ve ark. 2011).

Genellikle doğumdan sonra 10 - 15 gün içinde ortaya çıkan doğum sonu depresyonun tüm gebelerde görülme oranı %10-20 arasındadır (Eren 2000).

Bu kadınlar;

- Kaygı, suçluluk hissi ve yaşamlarının bir daha eskisi gibi olmayacağı korkusunu yaşarlar
- Bebeğin ihtiyacı olan bakım ve özeni gösteremeyebilirler
- Kendisi için intihar düşüncesi taşımakla birlikte bebeğe de zarar verebilirler.

Doğum sonunda görülen depresyon, sadece anne ile birlikte bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlara neden olabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir (Erdem ve ark. 2012). Ayrıca doğum sonu depresyonunun var olduğu anne bebeklerinin ilk 3 yılında fiziksel, duygusal, mental ve motor gelişiminin olumsuz etkilendiği ve bu bebekler için koruyucu sağlık hizmetlerine daha az aralıklarla başvurulduğu bildirilmektedir (Efe ve ark. 2009).

Yapılan çalışmalarda, depresif belirtileri olan kişilerin %80-85'inin tıbbi yardım aramadıklarının tahmin edildiği belirtilmektedir. Bu sebeple, doğum sonu depresif belirtiler birincil halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır (Tezel ve Gözüm 2005).

Doğum sonu dönemde depresyon görülme oranları, araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine göre farklılık göstererek % 3,5 - 40 arasında değişiklik göstermektedir. (Durukan ve ark.2011).

Retrospektif epidemiyolojik çalışmalar, ciddi duygu durum hastalıklarının açığa çıkması yönünden, doğum sonu dönemin, gebelik dönemine oranla 3 - 4 kez daha riskli olduğu belirtilmektedir (Erdem ve ark. 2012).

Doğum sonu bir yıl, doğum sonu depresyon için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir (Durukan ve ark. 2011). Bu nedenle doğum sonu dönemde görülen duygusal sorunların erken belirlenip, annelere yapılacak gerekli yardım ile sorunun ciddi boyutlara ulaşması engellenebilir (Vural ve Akkuzu 1999; Taşdemir ve ark. 2006).

2.7.1.3. Doğum Sonrası Psikoz

Doğum sonu psikoz, doğum sonrasında görülebilen psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisidir. Genellikle doğum sonu psikoz, doğumu takip eden 2 - 3 hafta içinde başlar ve 2 - 3 ay kadar sürer (Gereklioğlu 2007; Marakoğlu ve ark 2009).

Doğum sonrası psikoz; halüsinasyonlar, bazen var olanları algılayamama ve sayıklamaların bulunduğu davranış bozukluğudur. Çocuğun sağlığı üzerinde aşırı düşünme, bu ruh halinin ilk emaresidir. Bu durum yavaş yavaş bebeğinden nefrete ve onu öldürme isteğine kadar gider. Böyle durumlarda anneler mutlaka hastaneye yatırılarak ve tedavi süresince çocuktan ayrılarak tedavi edilirler. Obsesif kompulsif bozukluk hem gebelik hem doğum sonu dönemde kötüleşebilmektedir (Kuğu ve Ayüz 2001).

2.8. GEBELİK VE SOSYAL DESTEK

2.8.1. Sosyal çevre;

Sosyal çevreye ait faktörler hem fiziksel hem de ruhsal rahatsızlıklara ait epidemiyolojik araştırmalarda önem kazanmıştır. Çevresinden tutarlı, anlamlı ve uygun destekler alan bireyler kendilerini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korurlar. Sosyal desteğin psikiyatrik durumlardaki önemini ilk kavrayanlardan biri Emile Durkheim'dir. Durkheim "Toplum ile bütünleşemeyen bireyler intihar için büyük risk altındadırlar" demiştir. Sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali azalmaktadır. (Savrun 1999) Depresyonun sık görüldüğü bir başka durum da işsizliktir. İşsizlerde depresyonun işi olanlara göre üç kez daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Burada işin anlamı ekonomik olmaktan ziyade kişinin bir işe yaradığı duygusunu hissetmesidir (Blazer 1995) .

2.8.2.Psiko-sosyal sağlık;

İnsanın sosyal çevreye iyi bir şekilde uyum gösterebilmesi ve insanın yaşadığı sosyal çevrede sağlığını bozabilecek olumsuzluklarının olmamasıdır (Gümüşdaş ve ark. 2014).

2.8.3.Sosyal destek;

Sosyal destek: Doğumdan ölüme kadar birçok yaşam değişikliğinde, bireye yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yönelik sosyal destek sistemleridir (Stromborg and Olsen 1997; Hurdle 2001). İnsan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir (Mermer 2010). Sosyal desteği maddi, duygusal ve bilişsel destek olarak incelemek mümkündür. Maddi destek, bireyin günlük ihtiyaçlarını başkaları tarafından desteklenmesidir. Duygusal destek bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerinin karşılanmasıdır (Yıldırım 1997; Mermer 2010).

Sosyal destek, kadının bir ebeveyn olarak kendini yeterli hissetmesini, olumlu evlilik ilişkisini, kadının annelik rolü ve bebek bakımını önemli derecede etkiler. Fakat řu da bilinmelidir ki, bazen fizyolojik olarak dokuz ay devam eden gebelik boyunca fetüs uterus dışında yaşayabileceği olgunluğa ulaşır. Aslında bu süre sosyal yönden kadın ve ailesinin gebelik, doğum ve doğum sonu döneme hazırlanmaları için bir fırsattır. Sağlıklı bir gebelik ve doğum sonunda sağlıklı bir anne-bebek için, ailenin gebelikle birlikte yaşamlarında meydana gelen değişimlere uyum sağlamaları önemlidir (Taşkın 2012).

Sosyal destek gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir (Durukan ve ark. 2011; Karamustafalıoğlu ve ark. 2000; Efe Y ve ark.2009; Mermer 2010).

Gebeliğin anlamı her çift için aynı değildir ve bu anlam onların hem gebeliğe tepkilerinin hem de ilişkilerinin önemli bir belirleyicisidir. Gebelik çiftler için tam anlamıyla bir aile olmanın başlangıcı, sorumlulukların arttığı stresli ve zor günlerin göstergesi ve duygusal ihtiyaçlarının arttığı bir süreç olarak algılanabilir. Gebelik evlilik ilişkisine olumlu ya da olumsuz yansıyabilir. Yapılan araştırmalarda destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık sorunlarını önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme gayretlerini güçlendirilmesinde önemli bir rol aldığı kabul edilmektedir. Bu durum

gebelik dönemi için de doğrudur. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik tecrübesinde pozitif etkiye sahiptir. Destek eksikliği ise bu tecrübeyi negatif olarak etkileyebilir (Mermer 2010; Savrun 1999; Vırt ve ark. 2008; Eren 2012).

Son 25 yıldır, bir baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olarak sosyal desteğin rolü büyük ilgi uyandırmaktadır. Gittikçe daha fazla sayıda uzman toplum içinde ruh sağlığı bakımı (community based mental health care) yaklaşımının bir sonucu olarak, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları belirtilmektedir (Eker ve ark. 2001).

Dört tip sosyal destek tanımlanmıştır.

Duygusal destek: Duygusal destek içeriğinde, empatik iletişim, sevgi ve güven verme gibi destek tipleri yer alır.

Yardımcı destek: Doğrudan para yardımı, ev işlerinde yardım, çocuk bakımında yardım bu destek tipine uyumlu bir örnektir.

Bilgisel destek: Bireye problemleri ile başa çıkmada kullanabileceği bilgiler konusunda destek olmayı ifade etmektedir.

Değerlendirme ile ilgili destek: Bireye kendini ve ya içinde bulunduğu durumu değerlendirme konusunda yardımcı olmaktır (Taşkın 2012).

Annelerin kendi ve yeni doğan sağlığı ve aile içi ilişkileri açısından gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alması önemli görülmektedir (Mermer 2010; Savrun M B 1999; Vırt O ve ark. 2008; Eren 2000).

Sosyal çevreden alınan yardımın içeriği ne olursa olsun, kişinin çaresizlik duygusunu azaltır ve stresle başa çıkma konusunda kendine olan güvenini artırır (Baltaş. 2000, Yıldırım. ve ark. 20119). Sağlık profesyonelleri kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek sistemlerini harekete geçirme ve olumlu yöne çevirme konusunda annelere yardımcı olmalıdır (Mermer 2010).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı:

Çalışma, sosyal desteğin gebelik ve doğum sonu depresyona etkisinin saptanması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi:

Çalışma, 29.06.2015 - 01.06.2016 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul, Fatih Toplum Sağlığı Müdürlüğüne bağlı, D grubunda yer alan Sofular Aile Sağlığı merkezinde yapıldı. Bu aile sağlığı merkezinde beş aile hekimi (dört pratisyen hekim ve bir aile hekimliği uzmanı), 3 ebe, bir uzman hemşire ve bir personel çalışmaktadır. Çalışma saatleri 08-17 arasında olup, 09-10 arasında laboratuvar (kan alma) hizmeti verilmektedir. Diğer bütün rutinler işler 10 - 17 arasında yapılmaktadır. Gebe izlem, loğusa izlem, çocuk aşı ve izlem, bebek aşı ve izlem erişkin risk grubu (hepatit) ve gebelerde tetanos aşı ve takibi yapılmaktadır. Ayrıca HPV taraması için 30 - 65 yaş arası kadınlarda için servikal sürüntü örnekleri alınmakta, kolon kanseri taraması için 45-70 yaş arası özellikle risk grubu hastalarda gaitada gizli kan testi uygulanmaktadır. Bu sağlık hizmetleri aile sağlığı elemanları tarafından verilmektedir.

Beş birimden oluşan ASM'deki birimden biri çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma dört birimde yapıldı.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Fatih Toplum Sağlığına bağlı Sofular Aile Sağlığı Merkezinde yer alan 113, 114, 115 ve 116 nolu birimlere başvuran 15 - 49 yaş arası gebe kadınlar oluşturdu. Evrenin hesaplanabilmesi için Ocak – Aralık 2014 tarihleri arasında dört aile hekimliği biriminde kayıtlı bulunan bir yıllık gebe sayısını belirlendi. Bu birimlerde ki 15-49 yaş evli ve gebe kadınların sayısının 190 olduğu saptandı.

3.4.Araştırmanın örnekleme:

Örneklemin belirlenmesinde evreni belli olan örneklem büyüklüğü formülü kullanıldı.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

n: Örneklem alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı

q:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örneklem hatası

$$n = \frac{(190)(1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (190 - 1) + (1,96)^2 (0,5)(0,5)} = 127,3 \text{ olarak hesaplanmıştır.}$$

Evren sayısı 190, %95 güven aralığında $\pm$ %5 örneklem hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 127,3 olarak hesaplandı.

Araştırma dahil edilme kriterleri

- Araştırma katılmaya istekli olanlar
- 15– 49 yaş arası gebeler
- Gebeliğin 32. - 36. gebelik haftasında olanlar
- Doğum sonu 2. - 6. haftalar arasında olanlar
- **Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:**
- Annenin son üç aydır psikiyatrik tedavi alıyor olması
- Anne ile iletişim kurmada sorun olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi

3.5. Araştırmada Soruları

- Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde sosyal destek alan annelerde doğum sonu depresyon etkilenir mi?
- Sosyal destek alan annenin doğum eylemiyle ilgili kaygı ve anksiyete düzeyi nasıl etkilenir?

- Sosyal desteğin doğum sonu döneme ve yeni doğana ilişkin etkileri nelerdir?

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplamaya başlamadan önce etik kurul, il sağlık müdürlüğü ve kurum izinleri alındı. Ayrıca gebelere araştırma ile ilgili bilgi verildi. İstekli olanlardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-5) yazılı onamları alındı. Verilerin toplanması amacıyla; gebelik dönemine ilişkin soru formu (Ek-1), doğum sonu döneme ilişkin soru formu (Ek-2), Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Ek-3), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formu (Ek-4) kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle ev ziyaretleri ve aile sağlığı merkezinde oluşturulan görüşme odasında toplandı. Verilerin toplanması gebelik döneminde yaklaşık sekiz, doğum sonu dönemde yaklaşık 10 dakika sürdü.

3.6.1. Gebelik dönemine ilişkin soru formu (Ek - 4)

Araştırmanın planlanma aşamasında konuyla ilgili literatürün gözden geçirilmesiyle oluşturulan gebelik dönemine ilişkin soru formu 43 sorudan oluşmaktadır. İlk 21 soru annenin tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yöneliktir. Bu bölümde annenin yaşı, annenin ve eşinin eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, ev ve yaşayan kişi sayısı, aile planlaması yöntemi durumu, sistemik hastalık ve kullandığı ilaç veya madde bağımlılık durumu, geliri, evlilik süresi, kaçınıcı evliliği olduğu, annenin doğurganlık öyküsü, gebeliğin planlanma durumu, ile ilgili sorular bulunmaktadır. 22 - 43. sorular, gebelik ve öncesi dönemde postpartum depresyonu etkileyebilecek psikolojik durumlar ve şiddet görme durumu ile sosyal desteğin olup olmadığını değerlendirilebilecek sorulardan oluşmaktadır. Bu ölçek Gebeliğin ikinci trimesterında olan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uygun olan gebelere uygulandı.

3.6.2. Doğum sonu döneme ilişkin soru formu(Ek-5)

Araştırmada kullanılan doğum sonu döneme ilişkin soru formu 21 sorudan oluşmaktadır. Doğum şekli ve haftası, doğumla ilgili sorunların yaşanıp yaşanmadığı, doğum ve bebekle ilgili endişeler, emzirme ile ilgili sorun yaşanıp yaşanmadığı, bebek bakımı konusunda kendisine destek olan kimsenin olup olmadığı, yeni doğanın özellikleri ve beslenme şekli ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.6.3. Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği (Ek - 6)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Cox ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (Cox ve ark 1987). Bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EDSDÖ'deki maddeler, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin bazı bölümlerinin bir araya getirilmesi ve doğum sonu depresyonlu kadınlarda görülen problemlerin eklenmesi ile oluşturulmuştur. On maddeden oluşmuş ve hasta tarafından doldurulan bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekte alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Ölçekteki sorulardan 1., 2. ve 4. sorular 0-1-2-3 biçiminde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. sorular ise 3-2-1-0 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 12 olarak hesaplanmıştır. Kesme noktası olarak 12 ve üzerindeki sonuçlar olası büyük ve küçük depresyonu göstermektedir. Ölçek 1996 yılında, Türkçe'ye Engindeniz ve ark. tarafından uyarlanmış, geçerlik ve güvenirliği de bu ekip tarafından yapılmıştır (Engindeniz ve ark 1996). Bu ölçek doğum sonu 2-6. haftalar arasında araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uygun olan loğusalara uygulandı.

3.6.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formu (Ek-7)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini subjektif olarak değerlendiren kısa bir ölçektir (Zimet ve ark. 1988). Önerilen ölçek alt ölçek birimleri; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermektedir. Faktör analizi bu önerilen birimleri farklı örneklemelere dayandırmıştır (Eker ve Arkar 1995, Kazarian ve McCabe 1991, Zimet ve ark. 1988; 1990). Ölçeğin ve alt boyutlarının iç tutarlılığı (Kazarian ve McCabe 1991, Eker ve Arkar 1995, Zimet ve ark. 1988; 1990) ve test-tekrar test korelasyonları (Zimet ve ark. 1988) yeteri kadar doyurucudur. Geçerlik açısından, MSPSS başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği (Kazarian ve McCabe 1991) ve depresyon (Eker ve Arkar 1995, Kazarian ve McCabe 1991, Zimet ve ark. 1988) ve anksiyete (Zimet ve ark. 1988, Eker ve Arkar 1995) ölçekleriyle aksi doğrultuda korelasyon göstermiştir. MSPSS'in Türkçe formunun etken yapısı, güvenirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanılması yönünden, genel anlamda yeterli bulunmuştur (Eker ve Arkar

1995). Zimet ve arkadaşları da (1990) aile ve özel bir insan terminolojisinin karşılığının araştırılması gerektiğini vurgulamışlardır.

3.7. Uygulama Aşaması

3.7.1. Araştırmada izlenen adımlar

Gebelik dönemi

- Çalışmanın yapılacağı anneler belirlendi
- Çalışmanın amacı hakkında anneler bilgilendirildi.
- İstekli olanlardan bilgilendirilmiş **gönüllü olur formu (Ek 8)** ile yazılı onamlarını alındı.
- Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerle yüz yüze görüşülerek gebelik dönemine ilişkin soru formu dolduruldu.
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formu dolduruldu.
- Birinci basamak aile sağlığı merkezindeki rutin gebe izlemi yapıldı.

Doğum sonu dönem

- Doğum sonu döneme ilişkin soru formu dolduruldu.
- Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği dolduruldu.
- Rutin loğusa takibi yapıldı.
- Rutin bebek izlemi ve aşıları yapıldı.

3.8. Etik Konular

- İstanbul Medipol Üniversitesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 03.03.2015 tarihli, 113 numaralı etik kurul onayı alındı (EK 1).
- T.C. İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 29.03.2015 tarihli izni alındı (EK 2).
- T.C. İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 25.06.2015 tarihli uzatma izni alındı (EK 3).

3.9. Araştırmada yaşanan güçlükler

Araştırma geç başlanması nedeni ile süresinin bir dönem uzaması.

3.10. Verilerin değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciens) 21,0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri analizinde niceliksel verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. İki niceliksel verinin karşılaştırılmasında Pearson Kolerasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Sosyal destek puan ortalamalarının değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (Anova) testi, Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Depresyon puanları ortalamalarının değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kadınların soru formları ve ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi ile elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

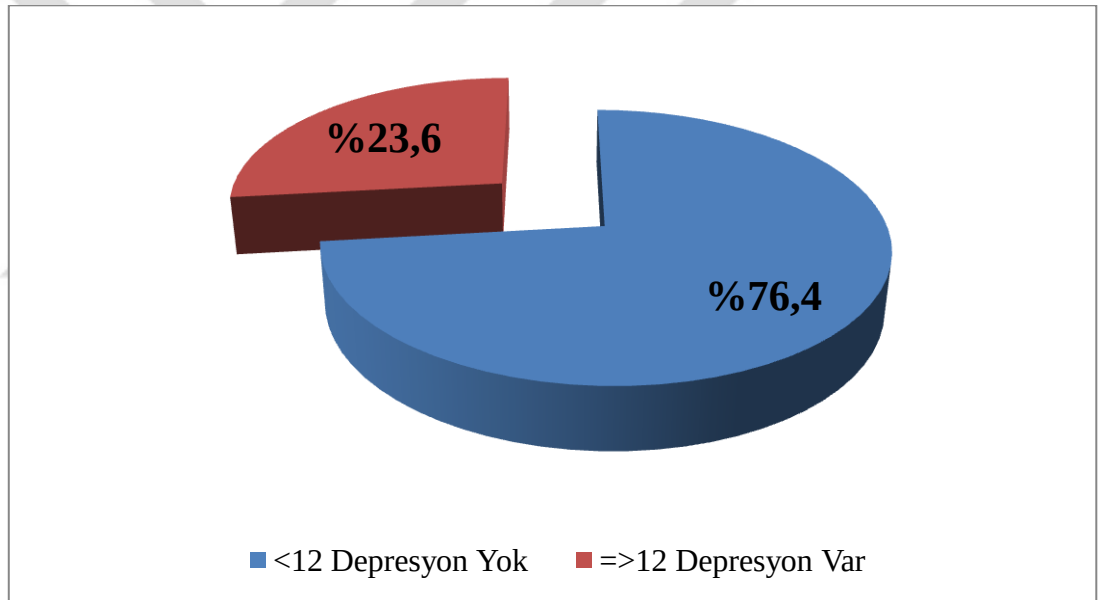
Tablo 4-1: Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=127)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (N=127)	Yüzde (%)
Yaş (Ortalama 28,5)		
15-19 Yaş arası	4	3,1
20-24 Yaş arası	24	18,9
25-29 Yaş arası	48	37,8
30-34 Yaş arası	32	25,2
35 Yaş ve üstü	19	15,0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	3	2,4
Okur-yazar/İlkokul	29	22,8
Ortaokul	22	17,3
Lise	32	25,2
Üniversite ve üzeri	41	32,3
Eşin Eğitim Durumu		
Okur-yazar/ilkokul	26	20,5
Ortaokul	19	15,0
Lise	41	32,3
Üniversite ve üzeri	41	32,3
Çalışma Durumu		
Evet	30	23,6
Hayır	97	76,4
Mesleği		
Ev hanımı	97	76,4
Özel sektör	14	11,0
Kamu çalışanı	16	12,6
Eşin Çalışma Durumu		
Evet	122	96,1
Hayır	5	3,9
Eş Mesleği (n=122)		
Kamu çalışanı	35	28,7
Özel sektör	87	71,3
Aile Tipi		
Geniş aile	33	26,0
Çekirdek aile	94	74,0
Evde Yaşayan Kişi Sayısı		
İki	46	36,2
Üç	29	22,8
Dört	22	17,3
Beş ve üzeri	30	23,6
Sosyal Güvence Varlığı		
Evet	108	85,0
Hayır	19	15,0
Ekonomik Durum		
Gelir giderimden fazla	28	22,0
Gelir giderime denk	78	61,4
Gelir giderimden az	21	16,5
Yaşanılan Ev		
Kendi evi	62	48,8
Kira	65	51,2

Tablo 4-1’de yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, aile tipi, evde yaşayan kişi sayısı, sosyal güvence varlığı, ekonomik durum ve yaşanan eve yönelik bulguların dağılımı görülmektedir.

Gebelerin çoğunlukla 25-29 yaş aralığında (%37,8), üniversite ve üzeri eğitim aldığı (% 41), eş eğitiminin üniversite ve üzeri (% 41) olduğu, çalışmadığı (%76,4), ev hanımı olduğu (%76,4), eşin özel sektörde çalıştığı (%71,3), çekirdek aile yapısında olduğu (%74,0), sosyal güvencesinin olduğu (%85), gelirinin giderine denk olduğu (%61,3) ve kendi evinde yaşadığı (%48,8) görülmektedir.

Şekil 4-1: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Puanlarının Yüzde Dağılımı



Grafik 4-1’ de kadınların %76,4’sinde depresyon saptanmadığı, %23,6’inde ise depresyon olduğu görüldü.

Tablo 4- 2: Depresyon ile Algılanan Sosyal Destek İlişkisi

Sosyal Destek	Depresyon	
	r	P
Aileden algılanan sosyal destek	-0,155	0,083
Özel insandan algılanan sosyal destek	-0,202	0,023
Arkadaştan algılanan sosyal destek	-0,275	0,002
Algılanan sosyal destek toplam	-0,260	0,003

Aileden algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,155$; $p=0,083>0,05$).

Arkadaşlardan algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %20,2 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,202$; $p=0,023<0,05$). Buna göre arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı arttıkça depresyon puanı azalmaktadır.

Özel bir insandan algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %27,5 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,275$; $p=0,002<0,05$). Buna göre özel bir insandan algılanan sosyal destek puanı arttıkça depresyon puanı azalmaktadır.

Toplam sosyal destek puanı ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,0 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,260$; $p=0,003<0,05$). Buna göre toplam sosyal destek puanı arttıkça depresyon puanı azalmaktadır.

Tablo 4-3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları.

ÇBASDÖ Alt grupları Puan Ortalamaları	Alt Ve Üst Değerler	Ort±Ss	İşaretlenen Alt Ve Üst Değerler
Aile			
	4-28	23,331±4,837	8-28
Arkadaş			
	4-28	18,693±7,035	4-28
Özel bir insan			
	4-28	18,252±7,001	4-28
Toplam sosyal destek puanı			
	12-84	60,276±15,721	18-84

“Aileden algılanan sosyal destek” ortalaması ($23,330 \pm 4,837$); “özel insandan algılanan sosyal destek” ortalaması ($18,250 \pm 7,001$); “arkadaştan algılanan sosyal destek” ortalaması ($18,690 \pm 7,035$); “algılanan toplam sosyal destek” ortalaması ($60,276 \pm 15,721$) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara bakıldığında aileden alınan sosyal destek puanının diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4-3).

Tablo 4-4:Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Puan Ortalaması.

	Alt ve Üst Değerler	Ort±Ss	İşaretlenen Alt ve Üst Değerler
Depresyon			
	0-30	8,07±6,42	0-25

Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Puan ortalamasının $8,07 \pm 6,42$ olduğu görülmektedir (Tablo4-4).

Tablo 4-5: (EDSDÖ) ve (ÇBASDÖ) Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grup Puan Ortalamaları	Yaş Grupları					İstatistiksel Değerlendirme	
	15-19 yaş arası (n=4, %3,1)	20-24 yaş arası (n=24, %18,9)	25-29 yaş arası (n=48, %37,8)	30-34 yaş arası (n=32, %25,2)	35 yaş ve üstü (n=19, %15,0)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ puan ortalaması						*F	p
	9,250±6,292 (3-18)	6,170±5,903 (0-20)	8,750±6,466 (0-25)	7,940±5,814 (0-19)	7,630±6,405 (0-25)	0,876	0,481
ÇBASDÖ Alt Grupları puan ortalaması						**KW	p
Aile							
	20,250±2,630 (18-24)	23,88±4,684 (10-28)	24,620±3,829 (11-28)	23,410±4,865 (10-28)	19,890±6,008 (8-28)	14,45	0,013
Arkadaş							
	18,000±5,831 (12-23)	18,380±7,756 (4-28)	18,690±7,105 (4-28)	20,220±5,661 (4-28)	16,680±8,260 (4-28)	3,171	0,674
Özel Bir İnsan							
	16,500±9,256 (8-25)	18,460±7,581 (4-28)	18,600±6,921 (4-28)	18,500±6,787 (4-28)	17,050±6,948 (5-28)	1,249	0,940
ÇBASDÖ Alt Grup Toplam Puanı							
	54,750±16,540 (40-71)	60,710±18,110 (26-84)	61,920±13,953 (35-84)	62,120±13,826 (27-84)	53,630±19,001 (18-84)	4,184	0,523

*Anova test **Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (KW=14,452; $p=0,013<0.05$; Tablo 4-5). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaş 20-24 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($23,880 \pm 4,684$), yaş 15-19 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,250 \pm 2,630$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 24-29 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,620 \pm 3,829$), yaşı 15-19 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,250 \pm 2,630$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 20-24 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($23,880 \pm 4,684$), yaşı 40 ve üstü olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($16,830 \pm 8,159$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 24-29 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,620 \pm 3,829$), yaşı 35-39 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($21,310 \pm 4,423$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 24-29 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,620 \pm 3,829$), yaşı 40 ve üstü olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($16,830 \pm 8,159$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaşan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-5).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-5).

Tablo 4-6: (EDSDÖ) ve (ÇBASDÖ) Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Eğitim Durumu					İstatistiksel Değerlendirme	
	Okur Yazar Değil (n=3, %2,4)	İlkokul-okur Yazar (n=29, %22,8)	Ortaokul (n=22, %17,3)	Lise (n=32, %25,2)	Üniversite Ve üzeri (n=41, %32,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ puan ortalaması						*KW	p
	9,000±9,849 (1-20)	8,790±6,763 (0-25)	9,090±4,710 (0-17)	7,530±5,708 (0-23)	6,850±6,575 (0-25)	4,062	0,398
ÇBASDÖ Alt Grupları puan ortalaması						*KW	p
Aile							
	24,330±1,528 (23-26)	20,210±5,519 (8-28)	24,000±4,525 (10-28)	23,560±4,103 (11-28)	24,930±4,292 (8-28)	19,287	0,001
Arkadaş							
	15,330±9,609 (5-24)	15,790±7,153 (4-28)	18,500±6,830 (5-28)	17,910±7,027 (4-28)	21,710±5,993 (5-28)	14,340	0,006
Özel Bir İnsan							
	16,330±7,024 (9-23)	16,410±6,428 (4-26)	20,090±5,797 (8-28)	17,810±7,541 (4-28)	19,050±7,476 (4-28)	5,257	0,262
Toplam							
	56,000±17,521 (38-73)	52,410±15,322 (18-82)	62,590±14,562 (26-84)	59,280±15,478 (27-84)	65,680±14,899 (18-84)	13,059	0,011

*Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (KW=19,287; $p=0,001<0.05$; Tablo 4-6). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu ortaokul olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,000 \pm 4,525$), eğitim durumu ilkokul-okur yazar olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,210 \pm 5,519$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lise olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($23,560 \pm 4,103$), eğitim durumu ilkokul-okur yazar olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,210 \pm 5,519$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,930 \pm 4,292$), eğitim durumu ilkokul-okur yazar olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,210 \pm 5,519$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Üniversite ve üzeri olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,930 \pm 4,292$), eğitim durumu lise olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($23,560 \pm 4,103$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (KW=14,340; $p=0,006<0.05$ Tablo 4-6;). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ($21,710 \pm 5,993$), eğitim durumu ilkokul-okur yazar olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından ($15,790 \pm 7,153$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ($21,710 \pm 5,993$), eğitim durumu lise olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından ($17,910 \pm 7,027$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-6).

Tablo 4-7: (EDSDÖ) ve (ÇBASDÖ) Puan Ortalamalarının Eş Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Eş Eğitim Durumu				İstatistiksel Değerlendirme	
	İlkokul-okur Yazar (n=26, %20,5)	Ortaokul (n=19, %15,0)	Lise (n=41, %32,3)	Üniversite ve üzeri (n=41, %32,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*F	p
	8,960±6,036 (0-25)	7,370±6,431 (0-19)	8,680±5,654 (0-20)	6,710±6,585 (0-25)	0,855	0,467
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					*F	p
Aile						
	20,810±6,363 (8-28)	22,840±4,375 (10-28)	23,340±3,909 (11-28)	25,150±4,108 (8-28)	4,735	0,004
Arkadaş						
	15,500±7,366 (4-28)	17,110±7,172 (8-28)	18,490±7,110 (4-28)	21,660±5,602 (5-28)	4,980	0,003
Özel Bir İnsan						
	15,850±5,808 (4-26)	19,630±6,768 (8-28)	17,020±7,425 (4-28)	20,370±6,840 (4-28)	3,081	0,030
Toplam						
	52,150±14,995 (18-79)	59,580±16,547 (26-84)	58,850±14,862 (27-84)	67,170±14,142 (18-84)	5,624	0,001

*Anova test

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının eş eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($F=4,735$; $p=0,004<0.05$; Tablo 4-7).

Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmış ve eş eğitim durumu lise olanların aileden algılanan sosyal destek puanının ($23,340\pm3,909$), eş eğitim durumu ilkokul-okur-yazar olanların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,810 \pm 6,363$) yüksek bulunmuştur. Eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların aileden algılanan sosyal destek puanının ($25,150 \pm 4,108$), eş eğitim durumu ilkokul-okur- yazar olanların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,810 \pm 6,363$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-7).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının eş eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($F=4,980$; $p=0,003<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmış ve eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarının ($21,660\pm5,602$), eş eğitim durumu ilkokul-okur-yazar olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ($15,500 \pm 7,366$) yüksek bulunmuştur. Eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarının ($21,660\pm5,602$), eş eğitim durumu ortaokul olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ($17,110 \pm 7,172$) yüksek bulunmuştur. Eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarının ($21,660 \pm 5,602$), eş eğitim durumu lise olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ($18,490 \pm 7,110$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-7).

Araştırmaya katılan kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının eş eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,081$; $p=0,030<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı

post-hoc analizi yapılmıştır. Eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının ($20,370 \pm 6,840$), eş eğitim durumu ilkokul-okur-yazar olanların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarından ($15,850 \pm 5,808$) yüksek bulunmuştur. Eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanının ($20,370 \pm 6,840$), eş eğitim durumu lise olanların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarından ($17,020 \pm 7,425$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-7).

Araştırmaya katılan kadınların toplam sosyal destek puanları ortalamalarının eş eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($F=5,624$; $p=0,001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların toplam sosyal destek puanı ($67,170 \pm 14,142$), eş eğitim durumu ilkokul-okur yazar olanların toplam sosyal destek puanından ($52,150 \pm 14,995$) yüksek bulunmuştur. Eş eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların toplam sosyal destek puanı ($67,170 \pm 14,142$), eş eğitim durumu lise olanların toplam sosyal destek puanından ($58,850 \pm 14,862$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-7).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının eş eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Ölçeği (EDSDÖ) ve (ÇBASDÖ) Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Çalışma Durumu		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=30,% 23,6)	Hayır (n=97,% 76,4)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ puan ortalaması			*MW	p
	6,400±5,289 (0-18)	8,370±6,363 (0-25)	1574	0,628
ÇBASDÖ Alt Grupları puan ortalaması			*MW	p
Aile				
	24,500±4,747 (8-28)	22,970±4,831 (8-28)	1 085,0	0,034
Arkadaş				
	21,200±6,723 (4-28)	17,920±6,980 (4-28)	1 026,0	0,015
Özel Bir İnsan				
	19,070±7,768 (4-28)	18,000±6,770 (4-28)	1 304,5	0,392
ÇBASDÖ Toplam puan ortalaması				
	64,770±17,002 (18-84)	58,890±15,126 (18-84)	1 086,5	0,036

*Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (Mann Whitney U=1 085,000; p=0,034<0,05; Tablo 4-8). Evet yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları (24,500), hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından (22,970) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (Mann Whitney U=1 026,000; p=0,015<0,05;Tablo 4-8). Evet yanıtını veren kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları (21,200), hayır yanıtını veren kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından (17,920) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, özel insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4-8).

Tablo 4-9: (EDSDÖ) ve (ÇBASDÖ) Puan Ortalamalarının Mesleğe Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Meslek			İstatistiksel Değerlendirme	
	Ev Hanımı (n=97, %76,4)	Özel Sektör (n=14, %11,0)	Kamu Çalışanı (n=16, %12,6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ puan ortalaması				*KW	p
	8,370±6,363 (0-25)	6,930±5,797 (0-18)	5,940±4,946 (0-17)	2,327	0,312
ÇBASDÖ Alt Grupları puan ortalaması				**F	p
Aile					
	22,970±4,831 (8-28)	23,500±5,599 (8-28)	25,380±3,828 (16-28)	1,728	0,182
Arkadaş					
	17,920±6,980 (4-28)	20,430±8,327 (4-28)	21,880±5,123 (13-28)	2,725	0,069
Özel Bir İnsan					
	18,000±6,770 (4-28)	18,500±7,724 (4-28)	19,560±8,025 (4-28)	0,348	0,707
Toplam					
	58,890±15,126 (18-84)	62,430±20,365 (18-84)	66,810±13,780 (42-84)	1,921	0,151

*Kruskal Wallis **Anova Test

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4-9).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis

Testi sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-9).

Tablo 4-10: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Eş Çalışma Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Eş Çalışma Durumu		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=122,% 96,1)	Hayır (n=5,% 3,9)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ puan ortalaması			*MW	P
	7,840±6,179 (0-25)	9,400±6,229 (2-18)	256	0,543
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	P
Aile				
	23,410±4,860 (8-28)	21,400±4,219 (16-26)	0,910	0,365
Arkadaş				
	18,680±7,126 (4-28)	19,000±4,743 (14-25)	0,099	0,921
Özel Bir İnsan				
	18,260±7,033 (4-28)	18,000±6,892 (8-25)	0,082	0,935
Toplam				
	60,350±15,800 (18-84)	58,400±15,143 (40-76)	0,271	0,787

*Mann Whitney **t test

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları ortalamalarının eş çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-10).

Araştırmaya katılan kadınların ve sosyal destek alt grupları ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının eş mesleği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Depresyon puan ortalamalarının eş mesleği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-12: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Aile Tipine Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Aile Tipi		İstatistiksel Değerlendirme	
	Geniş Aile (n=33, % 26,0)	Çekirdek Aile (n=94, % 74,0)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	P
	10,210±6,348 (0-23)	7,100±5,921 (0-25)	1085,5	0,010
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	P
Aile				
	22,670±4,735 (11-28)	23,560±4,876 (8-28)	-0,916	0,361
Arkadaş				
	16,180±7,073 (4-28)	19,570±6,842 (4-28)	-2,429	0,017
Özel Bir İnsan				
	16,000±6,643 (4-28)	19,040±6,985 (4-28)	-2,180	0,031
Toplam				
	54,850±15,002 (27-84)	62,180±15,598 (18-84)	-2,346	0,021

*Mann Whitney **t-test

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (MW=1085,5; $p=0,010<0,05$). Geniş ailenin depresyon puanları (10,210), çekirdek ailenin depresyon puanlarından (7,100) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-12).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=-2.429$; $p=0.017<0,05$). Çekirdek ailenin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı (19,570), geniş ailenin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanından (16,180) yüksek bulunmuştur (Tablo 4 - 12).

Araştırmaya katılan kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=-2.180$; $p=0.031<0,05$). Çekirdek ailenin özel bir insandan algılanan sosyal destek puanı (19,040), geniş ailenin özel bir insandan algılanan sosyal destek puanından (16,000) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-12).

Araştırmaya katılan kadınların toplam sosyal destek puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=-2.346$; $p=0.021<0,05$). Çekirdek ailenin toplam sosyal destek puanı (62,180), geniş ailenin toplam sosyal destek puanından (54,850) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-12).

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-12).

Tablo 4-13: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Evde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Evde Yaşayan Kişi Sayısı				İstatistiksel Değerlendirme	
	İki (n=46, %36,2)	Üç (n=29, %22,8)	Dört (n=22, %17,3)	Beş ve Üzeri (n=30, %23,6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*KW	p
	6,610±5,611 (0-25)	7,520±5,717 (0-17)	7,950±6,897 (0-25)	10,230±6,463 (0-23)	6,501	0,090
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					**F	p
Aile						
	24,650±3,814 (10-28)	22,310 ±5,458 (8-28)	23,050±6,059 (8-28)	22,500±4,377 (11-28)	1,937	0,127
Arkadaş						
	21,110±5,466 (8-28)	17,970±7,204 (5-28)	18,090±8,451 (4-28)	16,130±7,070 (4-28)	3,484	0,018
Özel Bir İnsan						
	19,960±6,626 (4-28)	18,760±6,706 (5-28)	17,180±8,175 (4-28)	15,930±6,459 (4-28)	2,296	0,081
Toplam						
	65,720±13,274 (26-84)	59,030±16,491 (18-84)	58,320±18,735 (18-84)	54,57±14,090 (27-84)	5,624	0,001

*Kruskal Wallis testi **Anova test

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının evde yaşayan kişi sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($F=3,484$; $p=0,018<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Evde yaşayan kişi sayısı 2 olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanının ($21,110 \pm 5,466$), evde yaşayan kişi sayısı 5 ve üzeri olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,130 \pm 7,070$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-13).

Araştırmaya katılan kadınların toplam sosyal destek puan ortalamalarının evde yaşayan kişi sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($F=3,530$; $p=0,017<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Evde yaşayan kişi sayısı 2 olanların toplam sosyal destek puanı ($65,720 \pm 13,274$), evde yaşayan kişi sayısı 5 ve üzeri olanların toplam sosyal destek puanından ($54,570 \pm 14,090$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-13).

Araştırmaya katılan kadınların, sosyal destek alt grupları puan ortalamalarının evde yaşayan kişi sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-13).

Araştırmaya katılan kadınların, depresyon puan ortalamalarının evde yaşayan kişi sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-13).

Tablo 4-14: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Sosyal Güvence		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=108, %85,0)	Hayır (n=19, %15,0)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	8,060±6,188 (0-25)	7,000±6,110 (0-19)	937,5	0,549
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,190±5,053 (8-28)	24,160 ±3,338 (18-28)	-0,807	0,421
Arkadaş				
	18,500±7,184 (4-28)	19,790±6,170 (9-28)	-0,735	0,463
Özel Bir İnsan				
	18,100±7,118 (4-28)	19,110±6,402 (8-28)	-0,575	0,567
Toplam				
	59,790±16,013 (18-84)	63,050±14,010 (40-84)	-0,834	0,406

*Mann Whitney U testi **t-test

Araştırmaya katılan kadınların sosyal destek alt grupları puan ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-14).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-14).

Tablo 4-15: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Ekonomik Duruma Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Ekonomik Durum			İstatistiksel Değerlendirme	
	Gelirim Giderimden Fazla (n=28, %22,0)	Gelirim Giderime Denk (n=78, %61,4)	Gelirim Giderimden Az (n=21, %16,5)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması				*KW	p
	7,000±5,875 (0-20)	7,670±6,202 (0-25)	10,000±6,221 (0-20)	3,922	0,141
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması				**F	p
Aile					
	22,710±5,702 (8-28)	23,900±4,251 (8-28)	22,050±5,518 (10-28)	1,514	0,224
Arkadaş					
	18,110±7,529 (4-28)	19,450±6,724 (4-28)	16,670±7,358 (4-27)	1,428	0,244
Özel Bir İnsan					
	17,320±7,746 (4-28)	19,000±6,584 (4-28)	16,710±7,417 (4-28)	1,203	0,304
Toplam					
	58,140±18,159 (18-84)	62,350±14,520 (18-84)	55,430±15,889 (31-83)	1,962	0,145

*Kruskal Wallis testi **Anova test

Araştırmaya katılan kadınların, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, toplam sosyal destek puan ortalamalarının ekonomik durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-15).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamalarının ekonomik durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-15).

Tablo 4-16: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Yaşanılan Eve Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Yaşanılan Ev		İstatistiksel Değerlendirme	
	Kendi Evimiz (n=62, %48,8)	Kira (n=65, %51,2)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	P
	7,520±6,280 (0-25)	8,280±6,076 (0-25)	1837	0,390
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	P
Aile				
	23,290±4,970 (8-28)	23,370±4,745 (8-28)	0,092	0,927
Arkadaş				
	18,160±7,398 (4-28)	19,200±6,688 (4-28)	0,831	0,408
Özel Bir İnsan				
	18,100±7,585 (4-28)	18,400±6,451 (4-28)	0,243	0,808
Toplam				
	59,550±16,637 (18-84)	60,970±14,892 (18-84)	0,508	0,613

*Mann Whitney U testi **t-test

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, toplam sosyal destek

puan ortalamalarının yaşılan ev değışkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4-16).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puan ortalamalarının yaşılan ev değışkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4-16).



Tablo 4-17: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Evlenme Yaşı Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Evlenme Yaşı				İstatistiksel Değerlendirme	
	15-19 (n=36,% 28,3)	20-24 (n=51, %40,2)	25-29 (n=32,% 25,2)	30-34 (n=8, %6,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*F	P
	9,720±7,021 (0-25)	7,390±5,950 (0-25)	7,090±5,485 (0-20)	6,250±5,120 (0-14)	1,918	0,130
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					**KW	P
Aile						
	21,670±5,811 (8-28)	24,060±3,844 (13-28)	24,940±4,056 (8-28)	19,750±5,418 (10-28)	1,219	0,748
Arkadaş						
	17,390±7,922 (4-28)	18,920±6,421 (4-28)	20,380±6,772 (4-28)	16,380±7,150 (4-28)	1,331	0,722
Özel Bir İnsan						
	16,390±7,072 (4-28)	19,820±6,653 (4-28)	18,940±7,179 (4-28)	13,880±5,276 (4-21)	3,806	0,283
Toplam						
	55,440±17,003 (18-84)	62,800±14,085 (36-84)	64,250±14,769 (18-84)	50,000±16,142 (27-77)	2,076	0,557

*Anova testi ** Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları ortalamalarının evlenme yaşı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-17).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanları ortalamalarının evlenme yaşı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-17).



Tablo 4-18: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının İlk Cinsel İlişki Yaşına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	İlk Cinsel İlişki Yaşı				İstatistiksel Değerlendirme	
	15-19 Yaş arası (n=39, %30,7)	20-24 Yaş arası (n=51, %40,2)	25-29 Yaş arası (n=31, %24,4)	30-34 Yaş arası (n=6, % 4,7)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*F	p
	9,590±6,904 (0-25)	7,410±5,971 (0-25)	7,060±5,489 (0-20)	5,500±4,680 (0-11)	1,917	0,130
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					*KW	p
Aile						
	21,770±5,770 (8-28)	23,940±4,173 (10-28)	24,710±4,141 (8-28)	21,170±4,401 (16-28)	1,337	0,720
Arkadaş						
	17,590±7,708 (4-28)	18,820±6,504 (4-28)	20,260±6,826 (4-28)	16,670±7,941 (4-28)	3,375	0,337
Özel Bir İnsan						
	16,590±6,927 (4-28)	19,710±6,774 (4-28)	18,680±7,245 (4-28)	14,500±5,958 (4-21)	1,337	0,720
Toplam						
	55,950±16,705 (18-84)	62,470±14,633 (31-84)	63,650±14,966 (18-84)	52,330±16,765 (27-77)	2,028	0,567

*Anova test ** Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları ortalamalarının ilk cinsel ilişki yaşı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-18).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanları ortalamalarının ilk cinsel ilişki yaşı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-18).

Tablo 4-19: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Evlilik Süresine Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Evlilik Süresi				İstatistiksel Değerlendirme	
	1 Yıldan Az (n=18, % 14,2)	1-5 Yıl (n=50, %39,4)	6-10 Yıl (n=34, %26,8)	10 Yıldan Fazla (n=25, %19,7)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*KW	p
	7,330±6,202 (0-20)	6,840±6,011 (0-25)	9,470±5,991 (0-23)	8,400±6,690 (0-25)	4,522	0,210
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					*KW	p
Aile						
	23,110±3,954 (13-28)	25,100±3,240 (16-28)	22,850±5,229 (10-28)	20,600±6,171 (8-28)	12,678	0,005
Arkadaş						
	18,830±7,579 (4-28)	20,580±5,750 (4-28)	17,060±7,249 (5-28)	17,040±8,080 (4-28)	5,844	0,119
Özel Bir İnsan						
	17,890±8,295 (4-28)	19,380 ±6,734 (4-28)	17,560±6,916 (4-28)	17,200±6,758 (5-28)	2,534	0,469
Toplam						
	59,830±17,315 (27-84)	65,060±13,081 (34-84)	57,470±15,656 (26-84)	54,840±17,580 (18-84)	7,690	0,053

* Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının evlilik süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (KW=12,678; $p=0,005<0.05$; Tablo 4-19). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; evlilik süresi 1-5 yıl olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($25,100 \pm 3,240$), evlilik süresi 1 yıldan az olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($23,110 \pm 3,954$) yüksek bulunmuştur. Evlilik süresi 1-5 yıl olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($25,100 \pm 3,240$), evlilik süresi 6-10 yıl olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($22,850 \pm 5,229$) yüksek bulunmuştur. Evlilik süresi 1-5 yıl olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($25,100 \pm 3,240$), evlilik süresi 10 yıldan fazla olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,600 \pm 6,171$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları ortalamalarının evlilik süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-19).

Tablo 4-20: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Sistemik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Sistemik Hastalık		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=13,% 10,2)	Hayır (n=114,% 89,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	10,310±7,532 (0-25)	7,630±5,966 (0-25)	599	0,258
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aileden				
	24,540±5,562 (8-28)	23,190±4,756 (8-28)	0,950	0,344
Arkadaş				
	16,620±8,742 (5-28)	18,930±6,820 (4-28)	1,125	0,263
Özel Bir İnsan				
	17,620±6,239 (5-26)	18,320±7,104 (4-28)	0,345	0,731
Toplam				
	58,770±18,345 (18-82)	60,450±15,478 (18-84)	0,363	0,717

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının sistemik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-20).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puan ortalamalarının sistemik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-20).

Tablo 4-21: EDSDÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamalarının gebelik sayısına göre dağılımı görülmektedir (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebelik Sayısı				İstatistiksel Değerlendirme	
	Bir (n=48, %37,8)	İki (n=29, %22,8)	Üç (n=27, %21,3)	4 Ve üzeri (n=23, %18,1)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*F	p
	6,810±5,985 (0-25)	7,860±6,540 (0-23)	8,220±5,206 (0-19)	9,870±6,917 (0-25)	1,420	0,240
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					*F	p
Aile						
	24,380±3,565 (13-28)	23,660 ±5,170 (8-28)	23,070±4,755 (10-28)	21,040±6,168 (8-28)	2,627	0,053
Arkadaş						
	19,650±6,286 (4-28)	18,100±7,203 (4-28)	19,630±7,012 (8-28)	16,350±8,099 (4-28)	1,386	0,250
Özel Bir İnsan						
	19,270 ±7,210 (4-28)	18,310±6,703 (4-28)	18,040±7,139 (4-28)	16,300±6,779 (5-28)	0,940	0,424
Toplam						
	63,290±14,610 (27-84)	60,070±15,038 (18-84)	60,740±16,337 (26-84)	53,700±17,055 (18-84)	1,987	0,119

*Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının evlilik süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$;Tablo4-21).



Tablo 4-22: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sayısına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Sayısı					İstatistiksel Değerlendirme	
	Bir (n=38,%29,9)	İki (n=24,% 18,9)	Üç (n=6,%4,7)	Dört ve Üzeri (n=2,%1,6)	Doğum Yapmamış (n=57,%44,9)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması						*KW	p
	7,870±6,019 (0-23)	8,960±6,147 (0-25)	11,170±7,834 (0-20)	2,000±0,000 (2-2)	7,350±6,113 (0-25)	4,778	0,311
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması						**F	p
Aile							
	22,080±5,420 (8-28)	22,120±5,636 (8-28)	22,670±4,633 (16-28)	18,500±10,607 (11-26)	24,910±3,340 (13-28)	3,281	0,014
Arkadaş							
	17,370±7,231 (4-28)	17,420±7,901 (4-28)	18,170±7,782 (5-28)	22,000±0,000 (22-22)	20,050±6,446 (4-28)	1,193	0,317
Özel Bir İnsan							
	16,890±6,729 (4-28)	16,790±7,695 (4-28)	19,500±6,348 (9-26)	20,500±6,364 (16-25)	19,560±6,889 (4-28)	1,224	0,304
Toplam							
	56,340±15,647 (18-84)	56,330±8,666 (18-84)	60,330±15,782 (38-84)	61,000±4,243 (58-64)	64,530±13,896 (27-84)	2,084	0,087

*Kruskal Wallis testi **Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının doğum sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($F=3,281$; $p=0,014<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doğum sayısı doğum yapmamış olanların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının ($24,910 \pm 3,340$), gebelik sayısı 1 olanların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($22,080 \pm 5,420$) yüksek bulunmuştur. Doğum sayısı doğum yapmamış olanların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının ($24,910 \pm 3,340$), doğum sayısı 2 olanların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($22,120 \pm 5,636$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-22).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının doğum sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-22).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puan ortalamalarının doğum sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-22).

Tablo 4-23: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebeliği İstemeye Göre Dağılımın (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebeliği İsteme, Ort±SS, Min- Max		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=105, %82,7)	Hayır (n=22,% 17,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,250±5,966 (0-25)	11,050±6,260 (0-25)	750,5	0,010
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	24,160±4,123 (10-28)	19,360±6,020 (8-28)	4,549	0,001
Arkadaş				
	19,290±6,711 (4-28)	15,860±7,984 (4-28)	2,103	0,037
Özel Bir İnsanda				
	18,700±6,616 (4-28)	16,140±8,464 (4-28)	1,568	0,193
Toplam				
	62,140 ±14,180 (26-84)	51,360±19,660 (18-83)	3,017	0,022

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının gebeliği isteme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (MW = 750,5; p=0,010 <0,05). Hayır yanıtını veren kadınların depresyon puanları (11,050), evet yanıtını veren kadınların depresyon puanlarından (7,250) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-23).

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının gebeliği isteme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (t=4.549; p=0.001<0,05). Evet yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanı (24,160), hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanından (19,360) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-23).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının gebeliği isteme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=2.103$; $p=0.037<0,05$). Evet yanıtını veren kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı (19,290), hayır yanıtını veren kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanından (15,860) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-23).

Araştırmaya katılan kadınların toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının gebeliği isteme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=3.017$; $p=0.022<0,05$). Evet yanıtını veren kadınların toplam sosyal destek puanı (62,140), hayır yanıtını veren kadınların toplam sosyal destek puanından (51,360) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-23).

Araştırmaya katılan kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının gebeliği isteme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-23).

Tablo 4-24: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Gebeliği İsteyen Kişiye Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebeliği İsteyen Kişi				İstatistiksel Değerlendirme	
	Ben (n=20,% 15,7)	Eşim (n=18,% 14,2)	İkimiz (n=67,% 52,8)	İstemedenden (n=22,% 17,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*F	p
	10,550±6,778 (0-25)	8,330±6,695 (0-20)	5,970±5,102 (0-23)	11,050±6,260 (0-25)	5,804	0,001
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					**KW	p
Aile						
	24,600±4,185 (11-28)	22,890±4,613 (13-28)	24,370±3,965 (10-28)	19,360±6,020 (8-28)	16,477	0,001
Arkadaş						
	19,450±7,222 (4-28)	17,000±7,507 (4-28)	19,850±6,299 (4-28)	15,860±7,984 (4-28)	5,426	0,143
Özel Bir İnsan						
	20,100±7,011 (4-28)	15,780±6,160 (7-28)	19,060±6,480 (4-28)	16,140±8,464 (4-28)	6,468	0,091
Toplam						
	64,150±14,773 (27-84)	55,670±14,487 (36-84)	63,280±13,637 (26-84)	51,360±19,660 (18-83)	9,707	0,021

*Anova test **Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının gebeliği isteyen kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** ($F=5,804$; $p=0,001<0.05$; Tablo 4-24). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; gebeliği isteyen kendisi olan kadınların depresyon puanları ($10,550 \pm 6,778$), gebeliği isteyen, ikimiz olan kadınların depresyon puanlarından ($6,000 \pm 5,120$) yüksek bulunmuştur. Gebeliği istemeden olan kadınların depresyon puanları ($11,140 \pm 6,394$), gebeligi isteyen, ikimiz olan kadınların depresyon puanlarından ($6,000 \pm 5,120$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının gebeliği isteyen kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** ($KW=16,477$; $p=0,001<0.05$; Tablo 4-24). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; gebeliği isteyen kişi kendisi olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,600 \pm 4,185$), gebeliği istemeden olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($19,360 \pm 6,020$) yüksek bulunmuştur. Gebeliği isteyen, ikimiz olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,370 \pm 3,965$), gebeligi istemeden olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($19,360 \pm 6,020$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ortalamalarının gebeligi isteyen kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** ($KW=9,707$; $p=0,021<0.05$; Tablo 4-24). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; gebeliği isteyen, ikimiz olan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ($63,280 \pm 13,637$), gebeliği isteyen kişi eşim olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanlarından ($55,670 \pm 14,487$) yüksek bulunmuştur. Gebeliği isteyen, ikimiz olan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ($63,280 \pm 13,637$), gebeliği istemeden olan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanlarından ($51,360 \pm 19,660$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının gebeliği isteyen kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan

Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-24).

Tablo 4-25: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelikte Alkol ve Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebelikte Alkol ve Sigara Kullanma		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=13, %10,2)	Hayır (n=114, %89,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,920±6,396 (0-19)	7,900±6,166 (0-25)	736,5	0,971
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,310±5,921 (8-28)	23,330±4,729 (8-28)	0,018	0,986
Arkadaş				
	21,460±6,814 (5-28)	18,380 ±7,019 (4-28)	1,505	0,135
Özel Bir İnsan				
	20,000±8,317 (5-28)	18,050±6,850 (4-28)	0,950	0,344
Toplam				
	64,770±19,327 (18-84)	59,760±15,275 (18-84)	1,089	0,278

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının gebelikte alkol sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-25).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı puanları ortalamalarının gebelikte alkol sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-25).

Tablo 4-26: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelikte Kullanılan Maddeye Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebelikte Kullanılan Madde		İstatistiksel Değerlendirme	
	Sigara (n=13)	Kullanmıyor (n=114)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,920±6,396 (0-19)	7,900±6,166 (0-25)	736,5	0,971
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,310±5,921 (8-28)	23,330±4,729 (8-28)	0,018	0,986
Arkadaş				
	21,460±6,814 (5-28)	18,380±7,019 (4-28)	1,505	0,135
Özel Bir İnsan				
	20,000±8,317 (5-28)	18,050±6,850 (4-28)	0,278	0,344
Toplam				
	64,770±19,327 (18-84)	59,760±15,275 (18-84)	1,089	0,278

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının gebelikte alkol sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo4-26).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puan ortalamalarının gebelikte alkol sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo4-26).

Tablo 4-27: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Madde Kullanyorsaya Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Madde Kullanyorsa			İstatistiksel Değerlendirme	
	Gebelikte de Devam Etmiş (n=7, %5,5)	Gebelikte Ara Vermiş (n=6, %4,7)	Kullanmamış (n=114, %89,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması				*KW	p
	8,140±5,956 (1-19)	7,670±7,448 (0-18)	7,900±6,166 (0-25)	0,052	0,974
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması				**F	p
Aile					
	25,140±3,579 (18-28)	21,170±7,653 (8-28)	23,330±4,729 (8-28)	1,093	0,338
Arkadaş					
	22,860±4,525 (16-28)	19,830±8,998 (5-28)	18,380±7,019 (4-28)	1,430	0,243
Özel Bir İnsan					
	22,710±6,422 (13-28)	16,830±9,704 (5-26)	18,050±6,850 (4-28)	1,607	0,205
Toplam					
	70,710±13,086 (50-84)	57,830±24,161 (18-81)	59,760±15,275 (18-84)	1,695	0,188

*Kruskal Wallis testi **Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların sosyal destek puanları ortalamalarının gebelikte alkol sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-27).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının gebelikte alkol sigara değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-27).

Tablo 4-28: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Gebelik Dönemi Eğitimine Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebe Eğitimi		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=9, % 7,1)	Hayır (n=118, % 92,9)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	3,890±6,173 (0-18)	8,210±6,080 (0-25)	274	0,016
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aileden				
	25,440±2,351 (20-28)	23,170±4,945 (8-28)	1,365	0,025
Arkadaş				
	22,000±6,225 (9-28)	18,440±7,052 (4-28)	1,470	0,144
Özel Bir İnsan				
	20,000±5,148 (11-28)	18,120±7,122 (4-28)	0,776	0,439
Toplam				
	67,440±12,136 (45-84)	59,730±15,869 (18-84)	1,425	0,157

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamalarının gebelik döneminde gebe eğitimine/eğitim sınıflarına katılma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (MW=274; p=0,016<0,05). Hayır yanıtını veren kadınların depresyon puanları (8,210), evet yanıtını veren kadınların depresyon puanlarından (3,890) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-28).

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının gebelik döneminde gebe eğitimine/eğitim sınıflarına katılma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (t=1.365; p=0.025<0,05). Evet yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının.(25,440), hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından (23,170) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-28).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının gebelik döneminde gebe eğitime/eğitim sınıflarına katılma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-28).

Tablo 4-29: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Gebelik Öncesi Dönemde Psikolojik Sorun Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebelik Öncesi Dönemde Psikolojik Sorun		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=21, % 16,5)	Hayır (n=106, % 83,5)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	10,190±4,844 (2-25)	7,450±6,314 (0-25)	778	0,029
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	19,240±6,426 (8-28)	24,140±4,025 (8-28)	-4,566	0,003
Arkadaş				
	17,240±6,782 (5-28)	18,980±7,079 (4-28)	-1,038	0,301
Özel Bir İnsan				
	16,620±6,477 (4-26)	18,580±7,084 (4-28)	-1,172	0,244
Toplam				
	53,10±15,968 (18-79)	61,70±15,351 (18-84)	-2,331	0,021

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının gebelik öncesi dönemde psikolojik sorun değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (MW=778; $p=0,029<0,05$). Evet yanıtını veren kadınların depresyon puanı (10,190), hayır yanıtını veren kadınların depresyon puanından (7,450) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-29).

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının gebelik öncesi dönemde psikolojik sorun değişkenine göre anlamlı bir

farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamli bulunmuştur** ($t=-4.566$; $p=0.003<0,05$). Hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanı (24,140), evet yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanından (19,240) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-29).

Araştırmaya katılan kadınların toplam sosyal destek puanı ortalamalarının gebelik öncesi dönemde psikolojik sorun değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamli bulunmuştur** ($t=-2.331$; $p=0.021<0,05$). Hayır yanıtını veren kadınların toplam sosyal destek puanı (61,700), evet yanıtını veren kadınların toplam sosyal destek puanından (53,100) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-29).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının gebelik öncesi dönemde psikolojik sorun değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4-29).

Tablo 4-30: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Gebelikte Şiddet Görme Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebelikte Şiddet Görme		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=5, %3,9)	Hayır (n=122, %96,1)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	10,400±9,072 (2-25)	7,800±6,048 (0-25)	261	0,585
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aileden				
	16,600±7,369 (8-25)	23,610±4,541 (8-28)	3,296	0,001
Arkadaş				
	16,800±7,396 (5-24)	18,770±7,040 (4-28)	0,612	0,541
Özel Bir İnsan				
	17,800±8,468 (5-26)	18,270±6,976 (4-28)	0,147	0,884
Toplam				
	51,200±20,969 (18-75)	60,650±15,469 (18-84)	1,321	0,189

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının gebelikte şiddet görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=-3.296$; $p=0.001<0,05$). Hayır yanıtı veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanı (23,610), evet yanıtı veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanından (16,600) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-30).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları ortalamalarının gebelikte şiddet görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-30).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının gebelikte şiddet görme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-30).

Tablo 4-31: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Aile İçi Anlaşmazlık Ya Da Şiddet Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Aile İçi Anlaşmazlık		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=18, %14,2)	Hayır (n=109, %85,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	11,670±6,826 (0-25)	7,280±5,852 (0-25)	590,5	0,007
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	22,220±5,714 (8-28)	23,510±4,682 (8-28)	1,050	0,296
Arkadaş				
	16,890±16,890 (5-27)	18,990±7,117 (4-28)	1,176	0,242
Özel Bir İnsan				
	16,000±7,829 (4-27)	18,620±6,823 (4-28)	1,480	0,141
Toplam				
	55,110 ±15,320 (18-81)	61,130±15,692 (18-84)	1,512	0,133

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının doğum sonrası aile içi anlaşmazlık ya da şiddet durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (MW=590,5; $p=0.007<0,05$). Evet yanıtını veren kadınların depresyon puanları (11,670), hayır yanıtını veren kadınların depresyon puanlarından (7,280) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-31).

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının doğum sonrası aile içi anlaşmazlık ya da şiddet durumu

değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-31).

Tablo 4-32: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Son 6 Ay İçinde 1.Dereceden Yakını Kaybetme Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Yakını Kaybetme		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=19, % 14,2)	Hayır (n=108, %85,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	9,840±5,242 (1-20)	7,560±6,272 (0-25)	711	0,033
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	22,890±5,311 (10-28)	23,410±4,771 (8-28)	0,425	0,672
Arkadaş				
	19,950±5,939 (8-28)	18,470±7,212 (4-28)	0,842	0,401
Özel Bir İnsan				
	19,320 ±7,543 (4-28)	18,060±6,922 (4-28)	0,717	0,475
Toplam				
	62,160±14,979 (31-83)	59,940 ±15,892 (18-84)	0,564	0,573

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının son 6 ay içinde 1.dereceden yakını kaybetme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-32).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puan ortalamalarının son 6 ay içinde 1.dereceden yakını kaybetme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (MW=711; $p=0,033<0,05$; Tablo 4-32).

Tablo 4-33: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Daha Önceki Doğumların Şekline Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Daha Önce ki Doğum Şekli		İstatistiksel Değerlendirme	
	Vaginal Doğum (epizyotomi) (n=44, %65,7)	Sezaryen (n=23, %34,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*t	p
	8,80±6,494 (0-25)	7,74±5,675 (0-18)	1,163	0,249
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			*t	p
Aileden				
	22,68±5,455 (8-28)	22,00±5,908 (8-28)	0,235	0,791
Arkadaş				
	17,27±7,919 (4-28)	18,22±7,249 (4-28)	0,124	0,883
Özel Bir İnsan				
	17,18±6,560 (4-28)	18,39±7,774 (4-28)	0,460	0,633
Toplam				
	57,14±16,059 (18-84)	58,61±17,954 (18-84)	0,225	0,799

*t-testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının daha önceki doğumların şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-33).

Tablo 4-34: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının İstanbul’da Destek Olacak Yakın Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Destek Olacak Yakını		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=101,% 79,5)	Hayır (n=26,% 20,5)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	8,030±6,116 (0-25)	7,420±6,445 (0-25)	1210	0,537
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,950±4,131 (11-28)	20,920±6,486 (8-28)	2,930	0,031
Arkadaş				
	19,270±6,729 (4-28)	16,460 ±7,860 (4-28)	1,831	0,070
Özel Bir İnsan				
	18,670±7,043 (4-28)	16,620±6,718 (5-28)	1,341	0,182
Toplam				
	61,890±14,355 (27-84)	54,000±19,231 (18-84)	2,322	0,059

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının İstanbul’da destek olacak yakın varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=2.930$; $p=0.031<0,05$). Evet, yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanı (23,950), hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından (20,920) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–34).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının İstanbul’da destek olacak yakın varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4–34).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının İstanbul'da destek olacak yakın varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4–34).

Tablo 4–35: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının İstanbul'da Destek Olacak Yakın Kişiye Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Destek Olacak Yakın			İstatistiksel Değerlendirme	
	Kendi Ailesi (n=43, %42,6)	Eşinin Ailesi (n=19, %18,8)	İkimizin De Ailesi (n=39, %38,6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması				*F	p
	7,930±6,025 (0-20)	8,630±6,202 (0-20)	7,850±6,314 (0-25)	0,093	0,911
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması				*F	p
Aile					
	23,560±4,861 (11-28)	23,890±3,365 (16-28)	24,410±3,611 (11-28)	0,432	0,650
Arkadaş					
	19,370±7,789 (4-28)	19,260±5,566 (8-27)	19,150±6,115 (4-28)	0,011	0,990
Özel Bir İnsan					
	18,000±7,544 (4-28)	18,630±5,899 (8-27)	19,440±7,074 (4-28)	0,421	0,658
Toplam					
	60,930 ±15,543 (27-84)	61,790±13,583 (39-83)	63,000±13,623 (35-84)	0,210	0,811

*Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının İstanbul'da destek olacak yakın kişi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4–35).

Tablo 4-36: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Eyleminde Yakını İsteme Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Eyleminde Yakını İsteme Durumu		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=85, %66,9)	Hayır (n=42, %33,1)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,730±6,082 (0-25)	8,260±6,386 (0-25)	1700,5	0,664
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,660 ±4,795 (8-28)	22,670±4,912 (8-28)	1,088	0,279
Arkadaş				
	19,390±6,426 (4-28)	17,290±8,028 (4-28)	1,594	0,144
Özel Bir İnsan				
	18,840 ±6,938 (4-28)	17,070±7,062 (4-28)	1,340	0,183
Toplam				
	61,880±15,567 (18-84)	57,020 ±15,713 (18-84)	1,650	0,102

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının doğum eyleminde yakını isteme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-36).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı puanları ortalamalarının doğum eyleminde yakını isteme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-36).

Tablo 4-37: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Dönemde Yakını İsteme Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Sonu Dönemde Yakını İsteme Durumu		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=113, %89,0)	Hayır (n=14, % 11,0)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,930±6,155 (0-25)	7,710±6,462 (0-20)	789,5	0,991
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			*MW	p
Aile				
	23,590 ±4,551 (8-28)	21,210±6,554 (8-28)	715,000	0,347
Arkadaş				
	18,900±7,039 (4-28)	17,000±7,016 (5-27)	666,500	0,194
Özel Bir İnsan				
	18,280±6,930 (4-28)	18,000±7,825 (5-27)	798,000	0,753
Toplam				
	60,780 ±15,367 (18-84)	56,210±18,465 (18-79)	707,000	0,320

* Mann Whitney-U testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, algılanan sosyal destek genel puanları ortalamalarının doğum sonu dönemde yakını isteme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-37).

Tablo 4-38: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Bebek ve Kendi İçin Endişe Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Endişe Varlığı		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=64, %50,4)	Hayır (n=63, % 49,6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	9,160±6,525 (0-25)	6,630±5,540 (0-20)	1609	0,049
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	22,810±4,863 (8-28)	23,860±4,792 (8-28)	1,219	0,225
Arkadaş				
	18,270±7,236 (4-28)	19,130±6,854 (4-28)	0,688	0,492
Özel Bir İnsan				
	16,730±7,139 (4-28)	19,790±6,560 (5-28)	2,514	0,013
Toplam				
	57,810±15,875 (18-84)	62,780±15,283 (18-84)	1,795	0,075

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamalarının bebek ve kendi için endişe varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (MW=1609; p=0,049<0,05). Evet, yanıtını veren kadınların depresyon puanları (9,160), hayır yanıtını veren kadınların depresyon puanlarından (6,630) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–38).

Araştırmaya katılan kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının bebek ve kendi için endişe varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (t=-2.514; p=0.013<0,05). Hayır, yanıtını veren kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanı (19,790), evet yanıtını veren kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanından (16,730) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–38).

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının bebek ve kendi için endişe varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4–38).

Tablo 4–39: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sırasında Endişe Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum sırasında endişe varlığı		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=51, %40,2)	Hayır (n=76, %59,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	8,570±6,491 (0-25)	7,460±5,936 (0-23)	1787,5	0,458
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	22,980±4,752 (8-28)	23,570±4,911 (8-28)	0,667	0,506
Arkadaş				
	19,020±6,877 (4-28)	18,470±7,175 (4-28)	0,427	0,670
Özel Bir İnsan				
	17,330±7,429 (4-28)	18,870±7,175 (4-28)	1,214	0,227
Toplam				
	59,330±9,330 (18-84)	60,910±15,676 (18-84)	0,552	0,582

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının doğum sırasında endişe varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4–39).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanı ortalamalarının doğum sırasında endişe varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4–39).

Tablo 4–40: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Bebeği Bırakma Konusunda Endişe Neye Bağlı Olduğuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Endişe Neye Bağlı		İstatistiksel Değerlendirme	
	Güven Problemim Var (n=8, % 53,3)	Aklım Kalıyor (n=7, % 46,7)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*t	p
	13,000±6,234 (4-23)	11,290±4,461 (5-18)	0,604	0,556
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			*t	p
Aile				
	22,380±5,630 (11-28)	16,860±5,047 (10-26)	1,986	0,069
Arkadaş				
	19,620±7,855 (8-27)	17,860±6,414 (8-25)	0,473	0,644
Özel Bir İnsan				
	12,120±6,402 (4-21)	15,140±5,610 (8-25)	0,964	0,353
Toplam				
	54,120±13,368 (36-76)	49,860±14,690 (31-76)	0,589	0,566

*t-testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının Bebeği bırakma konusunda endişe neye bağlı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4–40).

Tablo 4-41: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Bebek Bakımı İle İlgili Kaygı Yaşama Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Bebek bakımı ile ilgili kaygı		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=30, %23,6)	Hayır (n=97, %76,4)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	9,170±7,023 (0-25)	7,520±5,858 (0-25)	1295	0,363
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,830±5,286 (8-28)	23,180 ±4,708 (8-28)	0,650	0,517
Arkadaş				
	17,800±8,422 (4-28)	18,970±6,572 (4-28)	0,794	0,489
Özel Bir İnsan				
	16,730 ±7,688 (4-28)	18,720±6,748 (4-28)	1,364	0,175
Toplam				
	58,370±17,500 (18-84)	60,870±15,179 (18-84)	0,760	0,760

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili kaygı yaşama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-41).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili kaygı yaşama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-41).

Tablo 4-42: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Şekline Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Şekli		İstatistiksel Değerlendirme	
	Müdahaleli Vaginal Doğum (n=67, %52,8)	Sezaryen (n=60, %47,2)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	8,640±5,951 (0-23)	7,080±6,341 (0-25)	1671	0,101
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,520±4,521 (10-28)	23,120±23,120 (8-28)	0,470	0,639
Arkadaş				
	18,010±7,142 (4-28)	19,450±6,892 (4-28)	-1,149	0,253
Özel Bir İnsan				
	18,550±6,378 (4-28)	17,920±7,678 (4-28)	0,509	0,615
Toplam				
	60,090±14,742 (26-84)	60,480±16,871 (18-84)	-0,140	0,889

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının doğum şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-42).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanı ortalamalarının doğum şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-42).

Tablo 4-43: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Gebelik Haftasına Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Gebelik Haftası				İstatistiksel Değerlendirme	
	35 Hafta (n=4, %3,1)	36-37 Hafta (n=11, %8,7)	38-39 Hafta (n=71, %55,9)	40-41 Hafta (n=41, %32,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması					*KW	p
	10,250±9,069 (1-19)	8,550±8,960 (0-25)	8,130±5,947 (0-25)	7,120±5,492 (0-20)	0,943	0,815
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					**F	p
Aile						
	22,500±6,557 (13-28)	25,360±5,904 (8-28)	23,800±4,515 (8-28)	22,050±4,775 (10-28)	1,913	0,131
Arkadaş						
	20,250±6,551 (12-28)	19,730±8,821 (5-28)	19,250±6,876 (4-28)	17,290±6,882 (4-27)	0,833	0,478
Özel Bir İnsan						
	15,250±8,846 (8-28)	18,360±9,190 (4-27)	19,240±6,647 (4-28)	16,800±6,731 (4-27)	1,310	0,274
Toplam						
	58,000±18,385 (36-81)	63,450±21,501 (18-81)	62,300±14,755 (18-84)	56,150±15,120 (26-80)	1,531	0,210

*Kruskal Wallis testi **Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının gebelik haftası değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-43).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının gebelik haftası değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-43).

Tablo 4-44: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sırasında Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Sırasında Sorun Yaşama		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=17, %13,4)	Hayır (n=110, %86,6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	6,590±5,580 (0-20)	8,110±6,248 (0-25)	797	0,327
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	22,880±4,400 (11-28)	23,400±4,916 (8-28)	0,409	0,683
Arkadaş				
	17,760±8,166 (4-28)	18,840±6,874 (4-28)	0,583	0,561
Özel Bir İnsan				
	16,940±8,467 (4-28)	18,450±6,770 (4-28)	0,828	0,409
Toplam				
	57,590±17,934 (27-84)	60,690±15,401 (18-84)	0,756	0,451

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının doğum sırasında sorun yaşama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-44).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanı ortalamalarının doğum sırasında sorun yaşama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-44).

Tablo 4–45: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Çocuğun Sağlık Problemi Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Çocuğun Sağlık Problemi Varlığı		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=11, % 8,7)	Hayır (n=116, % 91,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	9,730±6,358 (2-20)	7,730±6,145 (0-25)	485,5	0,190
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,550±4,987 (13-28)	23,310±4,844 (8-28)	0,153	0,878
Arkadaş				
	15,550 ±7,461 (5-27)	18,990±6,953 (4-28)	1,562	0,121
Özel Bir İnsan				
	14,000±6,387 (4-27)	18,660 ±6,947 (4-28)	2,137	0,035
Toplam				
	53,090 ±10,281 (38-74)	60,960 ±16,006 (18-84)	1,596	0,037

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının çocuğun sağlık problemi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=-2.137$; $p=0.035<0,05$). Hayır, yanıtını veren kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanı (18,660), evet yanıtını veren kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanından (14,000) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–45).

Araştırmaya katılan kadınların toplam sosyal destek puan ortalamalarının çocuğun sağlık problemi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=-1.596$; $p=0.037<0,05$). Hayır, yanıtını veren kadınların toplam sosyal destek puanı (60,960), evet yanıtını veren kadınların toplam sosyal destek puanından (53,090) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–45).

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı ortalamalarının çocuğun sağlık problemi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4–45).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamalarının çocuğun sağlık problemi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4–45).



Tablo 4-46: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Emzirme Zamanına Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Sonrası Emzirme Zamanı				İstatistiksel Değerlendirme	
	İlk Bir Saat İçinde (n=71)	1-3saat (n=41)	İlk Bir Gün İçinde (n=9)	Bir-üç Gün (n=6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması					*F	p
	7,320±5,756 (0-23)	8,710±6,772 (0-25)	8,560±6,444 (0-20)	8,330±7,005 (2-19)	0,267	0,849
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					**KW	p
Aile						
	23,140±4,731 (10-28)	23,410±4,960 (8-28)	22,890±6,314 (10-28)	25,670±2,875 (21-28)	1,782	0,619
Arkadaş						
	19,700±6,018 (4-28)	18,440±7,580 (4-28)	16,220±8,585 (4-28)	12,170±9,239 (4-27)	4,923	0,178
Özel Bir İnsan						
	18,730±6,685 (4-28)	18,560±7,246 (4-28)	16,110±8,268 (8-27)	13,670±6,532 (4-21)	3,560	0,313
Toplam						
	61,580±13,887 (27-84)	60,410±17,610 (18-84)	55,220±20,382 (26-83)	51,500±14,843 (36-76)	3,121	0,373

*Anova test** Kruskal Wallis H-Testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, algılanan toplam sosyal destek puanları ortalamalarının doğum sonrası emzirme zamanı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-46).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının doğum sonrası emzirme zamanı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-46).

Tablo 4-47: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Emzirme Problemi Yaşama Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Sonrası Emzirme Problemi		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=33, % 26,0)	Hayır (n=94, % 74,0)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	8,760±6,619 (0-25)	7,610±6,004 (0-23)	1399	0,402
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	22,880 ±5,639 (8-28)	23,490±4,545 (8-28)	0,622	0,535
Arkadaşlar				
	17,610±7,770 (4-28)	19,070±6,760 (4-28)	1,032	0,304
Özel Bir İnsan				
	16,580±7,730 (4-28)	18,840±6,671 (4-28)	1,609	0,110
Toplam				
	57,060±16,023 (18-84)	61,400±15,542 (18-84)	1,370	0,173

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının doğum sonrası emzirme problemi yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-47).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının doğum sonrası emzirme problemi yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-47).

Tablo 4-48: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Bebeğin ve Annenin Bakımında Destek Olacak Kişi Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Destek Olacak Kişi Varlığı		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=119,% 93,7)	Hayır (n=8,% 6,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,970±6,225 (0-25)	7,000±5,451 (2-16)	442	0,735
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,580±4,655 (8-28)	19,620±6,255 (10-27)	2,275	0,025
Arkadaş				
	18,760±7,109 (4-28)	17,750±6,135 (9-25)	0,390	0,697
Özel Bir İnsan				
	18,230±7,064 (4-28)	18,620±6,391 (10-25)	0,155	0,877
Toplam				
	60,560±15,852 (18-84)	56,000±13,794 (31-72)	0,793	0,429

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının doğum sonrası bebeğin ve annenin bakımında destek olacak kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=2.275$; $p=0.025<0,05$). Evet, yanıtını veren kadınların aileden algılanan

sosyal destek puan ortalamalarının (23,580), hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından (19,620) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–48).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının doğum sonrası bebeğin ve annenin bakımında destek olacak kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4–48).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamalarının doğum sonrası bebeğin ve annenin bakımında destek olacak kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4–48).

Tablo 4–49: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Eş Desteğine Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Sonrası Eş Desteği		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=93, %73,2)	Hayır (n=34, % 26,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,320±6,357 (0-25)	9,500±5,367 (0-19)	1169	0,025
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,780±4,711 (8-28)	22,090±5,029 (10-28)	1,765	0,080
Arkadaş				
	18,800±7,296 (4-28)	18,410±6,359 (5-28)	0,271	0,787
Özel Bir İnsan				
	18,530±7,119 (4-28)	17,500±6,712 (4-28)	0,731	0,466
Toplam				
	61,110±16,282 (18-84)	58,000±14,048 (26-84)	0,986	0,326

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan, ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının doğum sonrası eş desteği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-49)

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı puanları ortalamalarının doğum sonrası eş desteği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-49)

Tablo 4-50: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonrası Eş Dışında Dinlenmeye Destekçi Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Eş Dışında Dinlenmeye Destekçi		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=76, %59,8)	Hayır (n=51, % 40,2)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,950±5,926 (0-25)	7,840±6,562 (0-23)	1879,5	0,773
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			*MW	p
Aile				
	24,420±4,392 (8-28)	21,710±5,053 (8-28)	1 310,000	0,004
Arkadaş				
	19,390±6,980 (4-28)	17,650±7,054 (4-28)	1 621,500	0,196
Özel Bir İnsan				
	19,620±6,763 (4-28)	16,220±6,918 (4-28)	1 393,500	0,015
Toplam				
	63,430 ±14,603 (18-84)	55,570±16,285 (18-84)	1 445,500	0,030

*Mann Whitney-U testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının doğum sonrası eş dışında dinlenmeye destekçi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı**

bulunmuştur (Mann Whitney $U=1\ 310,000$; $p=0,004<0,05$; Tablo 4-50). Evet yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları (24,140), hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından (21,960) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının doğum sonrası eş dışında dinlenmeye destekçi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (Mann Whitney $U=1\ 393,500$; $p=0,015<0,05$; Tablo 4-50). Evet yanıtını veren kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları (19,400), hayır yanıtını veren kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanlarından (16,300) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ortalamalarının doğum sonrası eş dışında dinlenmeye destekçi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (Mann Whitney $U=1\ 445,500$; $p=0,030<0,05$; Tablo 4-50). Evet yanıtını veren kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları (62,770), hayır yanıtını veren kadınların algılanan toplam sosyal destek puanlarından (56,020) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, arkadaşan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının doğum sonrası eş dışında dinlenmeye destekçi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-50).

Tablo 4-51: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Anne Yokken Bebeğin Bakımını Yapacak Kişi Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Anne Yokken Bebeğin Bakımını Yapacak Kişi		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=82,% 64,6)	Hayır (n=45,% 35,4)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	8,320±6,246 (0-25)	7,160±6,007 (0-25)	1647,5	0,318
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,680±4,494 (10-28)	22,690±5,401 (8-28)	1,109	0,270
Arkadaş				
	19,060±7,179 (4-28)	18,020±6,791 (4-28)	0,795	0,428
Özel Bir İnsan				
	18,280±6,920 (4-28)	18,200±7,226 (4-28)	0,062	0,951
Toplam				
	61,020±15,714 (26-84)	58,910±15,818 (18-83)	0,723	0,471

*Mann Whitney U testi **t testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-51).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puan ortalamalarının anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-51).

Tablo 4-52: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Anne Yokken Bebeğin Bakımı Yapacak Kişiye Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Anne Yokken Bebeğin Bakımını Yapacak Kişi				İstatistiksel Değerlendirme	
	Anne (n=32, %39,0)	Kayınvalide (n=31, %37,8)	Kardeş /abla / yenge (n=8, %9,8)	Eşi /kızı (n=11, %13,4)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması					*F	p
	7,160±5,787 (0-19)	8,190±6,925 (0-25)	11,120±4,155 (6-20)	10,000±6,512 (0-20)	1,414	0,245
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					**KW	p
Aile						
	24,880±3,687 (13-28)	24,260±3,454 (17-28)	19,880±6,105 (10-25)	21,360±6,038 (10-28)	9,755	0,045
Arkadaş						
	20,720±6,310 (5-28)	18,420±6,903 (5-28)	16,380±9,561 (4-28)	18,000±8,367 (4-28)	3,831	0,429
Özel Bir İnsandan						
	20,340±5,728 (8-28)	17,810±7,332 (4-28)	12,880±7,990 (4-26)	17,550±6,471 (9-28)	6,283	0,179
Toplam						
	65,940±12,869 (39-84)	60,480±15,427 (35-84)	49,120±17,699 (26-79)	56,910±18,534 (31-84)	7,469	0,113

*Anova test ** Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=9,755; $p=0,045<0.05$; Tablo 4-52). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi anne olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,880 \pm 3,687$), anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi kardeş/abla/yenge olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($19,880 \pm 6,105$) yüksek bulunmuştur. Anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi kayınvalide olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,260 \pm 3,454$), anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi kardeş/abla/yenge olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($19,880 \pm 6,105$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, algılanan toplam sosyal destek puanları ortalamalarının anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-52).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanları ortalamalarının anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-52).

Tablo 4-53: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Çocuğu Bırakma Konusunda Endişe Yaşama Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Annenin Olmadığı Ortamda Çocuğun Bırakılması İle İlgili Endişe Yaşama		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=15, %11,8)	Hayır (n=67, % 52,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	12,200±5,361 (4-23)	7,450±6,131 (0-25)	275	0,006
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			*MW	p
Aile				
	19,800±5,906 (10-28)	24,550±3,632 (10-28)	259	0,003
Arkadaş				
	18,800±7,022 (8-27)	19,120±7,265 (4-28)	476,5	0,975
Özel Bir İnsan				
	13,530±6,034 (4-25)	19,340±6,691 (4-28)	257,5	0,003
Toplam				
	52,130±13,664 (31-76)	63,010±15,539 (26-84)	284	0,009

*Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşama değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (MW=275; p=0,006<0.05; Tablo 4-53). Buna göre; annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşayan kadınların depresyon puanları (12,200 ± 5,361), annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşamayan kadınların depresyon puanlarından (7,490 ± 6,180) yüksek bulunmuştur. Annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşayan kadınların depresyon puanları (12,200 ± 5,361), annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşamayan kadınların depresyon puanlarından (7,180 ± 6,039) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşama değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (MW=259; $p=0,003<0.05$; Tablo 4-53). Buna göre; annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşamayan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,550 \pm 3,632$), annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşayan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($19,800 \pm 5,906$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşama değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (MW=257,5; $p=0,003<0.05$; Tablo 4-53). Buna göre; annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşamayan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ($19,090 \pm 6,757$), annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşayan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanlarından ($13,530 \pm 6,034$) yüksek bulunmuştur. Annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşamayan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ($18,580 \pm 7,178$), çocuğu bırakma konusunda endişe yaşayan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanlarından ($13,530 \pm 6,034$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ortalamalarının annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşama değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (MW=284; $p=0,009 <0.05$; Tablo 4-53). Buna göre; annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşamayan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ($62,430 \pm 15,624$), annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşama evet olan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanlarından ($52,130 \pm 13,664$) yüksek bulunmuştur. Annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşamayan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ($59,780 \pm 15,883$), annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşayan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanlarından ($52,130 \pm 13,664$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşama değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-53)

Tablo 4-54: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Maddi Destek Alınabilecek Kişi Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Maddi Destek Alınabilecek Kişi		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=87, %68,5)	Hayır (n=40, %31,5)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,980±6,125 (0-25)	7,750±6,324 (0-25)	1677	0,743
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aileden				
	24,460±3,656 (11-28)	20,880 ±6,090 (8-28)	4,118	0,001
Arkadaşlardan				
	19,670±6,559 (4-28)	16,570±7,636 (4-28)	2,341	0,021
Özel Bir İnsan				
	19,080±6,935 (4-28)	16,450±6,887 (4-28)	1,990	0,049
Toplam				
	63,210±14,141 (34-84)	53,900±17,224 (18-84)	3,211	0,002

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=4.118$; $p=0.001<0,05$). Evet, yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanı (24,460), hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından (20,880) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-54).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=2.341$; $p=0.021<0,05$). Evet, yanıtını veren kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı (19,670), hayır yanıtını veren kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından (16,570) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–54).

Araştırmaya katılan kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=1.990$; $p=0.049<0,05$). Evet, yanıtını veren kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanı (19,080), hayır yanıtını veren kadınların özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarından (16,450) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–54).

Araştırmaya katılan kadınların toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($t=3.211$; $p=0.002<0,05$). Evet, yanıtını veren kadınların toplam sosyal destek puanı (63,210), hayır yanıtını veren kadınların toplam sosyal destek puanı puanlarından (53,900) yüksek bulunmuştur (Tablo 4–54).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4–54).

Tablo 4-55: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Maddi Destek Alınabilecek Kişiye Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Maddi destek alınabilecek kişi			İstatistiksel Değerlendirme	
	Ailem (n=31,%35,6)	Eşimin Ailesi (n=32,%36,8)	İkimizin Ailesi (n=24,%27,6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması				*F	p
	8,160±6,143 (0-23)	8,220±6,866 (0-25)	7,420±5,200 (0-18)	0,192	0,825
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması				**KW	p
Aile					
	24,290±4,518 (11-28)	23,940±3,162 (16-28)	25,380±2,931 (18-28)	13,041	0,005
Arkadaş					
	21,680±5,683 (8-28)	16,090±6,962 (4-28)	21,830±5,027 (12-28)	17,705	0,008
Özel Bir İnsan					
	20,870±5,743 (8-28)	16,380±6,890 (4-28)	20,380±7,523 (4-28)	11,737	0,008
Toplam					
	66,840±12,372 (35-84)	56,410±14,041 (36-84)	67,580±13,426 (34-84)	18,975	0,000

*Anova test** Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (KW=13,041; $p=0,005<0.05$; Tablo 4-55). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; maddi destek alınabilecek kişi kendi ailem olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($24,290 \pm 4,518$), maddi destek alınabilecek kişinin olmadığı kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,880 \pm 6,090$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek, ikimizin ailesi olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ($25,380 \pm 2,931$), maddi destek alınabilecek kişinin olmadığı kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ($20,880 \pm 6,090$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (KW=11,737; $p=0,008<0.05$; Tablo 4-55). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; maddi destek alınabilecek kişi kendi ailem olan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ($20,870 \pm 5,743$), maddi destek alınabilecek kişi eşimin ailesi olan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,380 \pm 6,890$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi kendi ailem olan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ($20,870 \pm 5,743$), maddi destek alınabilecek kişinin olmadığı kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,450 \pm 6,887$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi ikimizin ailesi olan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ($20,380 \pm 7,523$), maddi destek alınabilecek kişi eşimin ailesi olan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,380 \pm 6,890$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi ikimizin ailesi olan kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ($20,380 \pm 7,523$), maddi destek alınabilecek kişinin olmadığı kadınların özel insandan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,450 \pm 6,887$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (KW=17,705; $p=0,001<0.05$; Tablo 4-55). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını

belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; maddi destek alınabilecek kişi kendi ailem olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ($21,680 \pm 5,683$), maddi destek alınabilecek kişi eşimin ailesi olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,090 \pm 6,962$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi kendi ailem olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ($21,680 \pm 5,683$), maddi destek alınabilecek kişinin olmadığı kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,570 \pm 7,636$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi ikimizin ailesi olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ($21,830 \pm 5,027$), maddi destek alınabilecek kişi eşimin ailesi olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,090 \pm 6,962$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi ikimizin ailesi olan kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ($21,830 \pm 5,027$), maddi destek alınabilecek kişinin olmadığı kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından ($16,570 \pm 7,636$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark **anlamlı bulunmuştur** (KW=18,975; $p=0,000<0.05$; Tablo 4-55). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; maddi destek alınabilecek kişi kendi ailem olan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ($66,840 \pm 12,372$), maddi destek alınabilecek kişi eşimin ailesi olan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanlarından ($56,410 \pm 14,041$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi kendi ailem olan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ($66,840 \pm 12,372$), maddi destek alınabilecek kişinin olmadığı kadınların algılanan sosyal destek genel puanlarından ($53,900 \pm 17,224$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi ikimizin ailesi olan kadınların algılanan toplam sosyal destek puanları ($67,580 \pm 13,426$), maddi destek alınabilecek kişi eşimin ailesi olan kadınların algılanan sosyal destek genel puanlarından ($56,410 \pm 14,041$) yüksek bulunmuştur. Maddi destek alınabilecek kişi ikimizin ailesi olan kadınların algılanan sosyal destek genel puanları ($67,580 \pm 13,426$), maddi destek alınabilecek kişinin olmadığı kadınların algılanan sosyal destek genel puanlarından ($53,900 \pm 17,224$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanları ortalamalarının maddi destek alınabilecek kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-55).

Tablo 4-56: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Örf Adetlerin Baskı unsuru Gibi Hissedilme Durumuna Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Örf Adetler		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=31, % 24,4)	Hayır (n=96, % 75,6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	9,710±6,378 (0-23)	7,320±6,011 (0-25)	1141,5	0,051
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	24,030±4,902 (10-28)	23,100±4,820 (8-28)	0,928	0,355
Arkadaş				
	18,940±6,683 (4-28)	18,610±7,177 (4-28)	0,220	0,826
Özel Bir İnsan				
	17,900±7,704 (4-28)	18,360±6,798 (4-28)	-0,318	0,751
Toplam				
	60,870±15,819 (26-84)	60,080±15,768 (18-84)	0,242	0,809

*Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının doğum sonu süreçte çevre tarafından örf adetlerin baskı unsuru gibi hissedilmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-56)

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının doğum sonu süreçte çevre tarafından örf adetlerin baskı unsuru gibi hissedilmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney

U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4–56)

Tablo 4-57: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Örf Adetlerin Baskı Unsuru Gibi Hissedilm Nedenine Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Örf adetlerin baskı unsuru gibi hissedilmesi			İstatistiksel Değerlendirme	
	Yapılmak Zorunda Olunması (n=15, %48,4)	Çok Misafir Gelmesi (n=6, %19,4)	Bebekle İlgili Tuhaf Adetler (n=10,%32,3)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması				*F	p
	10,800±6,837 (2-23)	7,670±6,831 (0-18)	9,300±5,658 (0-17)	0,673	0,519
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması				*F	p
Aile					
	23,130±5,668 (10-28)	23,670±5,610 (13-28)	25,600±2,914 (18-28)	0,768	0,473
Arkadaş					
	18,000±8,036 (4-28)	21,170±5,981 (13-28)	19,000±4,876 (12-28)	0,465	0,633
Özel Bir İnsan					
	14,800±7,514 (4-28)	21,500±6,189 (11-28)	20,400±7,560 (4-28)	2,661	0,087
Toplam					
	55,930±17,186 (26-84)	66,330±14,334 (49-84)	65,000±13,458 (34-84)	1,474	0,246

*Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının örf adetlerin baskı unsuru gibi hissedilme nedeni değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo4–57).

Tablo 4-58: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Sosyal Çevre Desteğinin Olmasına Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Sosyal Çevre Desteğinin Olması			İstatistiksel Değerlendirme	
	Beni Rahatlattı (n=43, %42,6)	Yükümü Hafifletti (n=36, %35,6)	Bana Güven Verdi (n=22, %21,8)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması				*F	p
	7,000±6,122 (0-25)	8,080±5,808 (0-20)	7,640±5,844 (0-19)	0,359	0,699
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması				*F	p
Aile					
	24,330±4,898 (8-28)	22,970±4,878 (8-28)	24,360±3,947 (16-28)	0,978	0,380
Arkadaş					
	17,770±7,270 (4-28)	19,080±7,256 (4-28)	21,050±5,438 (5-27)	1,647	0,198
Özel Bir İnsan					
	18,280±7,433 (4-28)	18,750 ±6,868 (4-28)	19,090±5,789 (4-26)	0,110	0,896
Toplam					
	60,370±16,790 (18-84)	60,810±16,197 (18-84)	64,500±12,48 (34-81)	0,544	0,582

*Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden, arkadaşlardan, özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının doğum sonu sosyal çevre desteğinin olması etkileri değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4–58).

Tablo 4–59: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Sosyal Çevre Desteğinin Olmamasının Olumsuz Etkilerine Göre Dağılımı (N=127)

EDSÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Sosyal Çevre Desteğinin Olmaması			İstatistiksel Değerlendirme	
	Baskı Olmasından Rahatsız Oldum (n=3, %11,5)	Kalabalık Ortam Rahatsız Etti (n=4, % 15,4)	Yeteri destek alamadım (n=19, 73,1)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSÖ Puan Ortalaması				*KW	p
	7,330±6,351 (0-11)	11,250±8,539 (0-20)	9,320±7,048 (0-25)	0,402	0,818
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması				**F	p
Aile					
	22,330 ±2,517 (20-25)	24,250±4,113 (19-28)	20,530±5,221 (10-28)	1,025	0,375
Arkadaş					
	21,330±6,110 (16-28)	19,750±8,500 (8-28)	16,680±7,432 (4-28)	0,680	0,516
Özel Bir İnsan					
	22,670±3,512 (19-26)	19,250±8,655 (8-27)	15,370±7,477 (4-28)	1,522	0,239
Toplam					
	66,330 ±11,015 (59-79)	63,250±18,191 (39-83)	52,580±14,796 (27-81)	1,671	0,210

*Kruskal Wallis testi **Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının doğum sonu sosyal çevre desteğinin

olmamasının etkileri değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4–59).



Tablo 4-60: EDSÖ ve ÇBASÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Dönemde Destek Olacak Yakına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Destek Olacak Yakını				İstatistiksel Değerlendirme	
	Anne (n=61, % 57,5)	Kayınvalide (n=23, %21,7)	Abla / kardeş / Kızı. (n=15, %14,2)	Diğer (elti / görümce / kuzen / arkadaş) (n=7, %6,6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*KW	p
	7,110±5,710 (0-23)	8,040±6,630 (0-25)	10,470±7,891 (0-25)	9,860±7,581 (0-20)	3,448	0,328
ÇBASÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					**F	p
Aile						
	24,390 ±4,034 (13-28)	24,390±3,230 (16-28)	22,000±6,211 (8-28)	23,430±1,988 (20-26)	1,446	0,234
Arkadaş						
	19,130±7,210 (4-28)	17,960±7,252 (4-28)	20,070±7,372 (5-28)	17,140±7,448 (8-24)	0,416	0,742
Özel Bir İnsan						
	19,110±6,429 (4-28)	17,430±7,745 (4-28)	19,470±7,160 (5-28)	14,140±7,244 (4-24)	1,379	0,254
Toplam						
	62,640±14,313 (27-84)	59,780±16,042 (33-84)	61,530±17,776 (18-82)	54,710±15,239 (36-71)	0,667	0,574

*Kruskal Wallis testi **Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve toplam sosyal destek puanı puanları ortalamalarının doğum sonu dönemde destek olacak yakın değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-60).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının doğum sonu dönemde destek olacak yakın değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-60).

Tablo 4- 61: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Dönemde Destek Olacak Yakın Varlığına Göre Dağılımı (N=127)

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Sonu Dönemde Destek Olacak Yakın Varlığı		İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet (n=106, %83,5)	Hayır (n=21, % 16,5)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması			*MW	p
	7,970±6,402 (80-25)	7,570±4,905 (0-16)	1078,5	0,822
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması			**t	p
Aile				
	23,990±4,192 (8-28)	20,000±6,419 (8-28)	3,616	0,012
Arkadaş				
	18,880±7,195 (4-28)	17,760±6,236 (5-25)	0,662	0,509
Özel Bir İnsan				
	18,470±6,920 (4-28)	17,140±7,472 (4-27)	0,793	0,429
Toplam				
	61,340±15,193 (18-84)	54,900±17,575 (18-79)	1,727	0,087

***Mann Whitney U testi **t-testi

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının doğum sonu dönemde destek olacak yakın varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** (t=3.616; p=0.012<0,05). Evet, yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanı (23,990), hayır yanıtını veren kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından (20,000) yüksek bulunmuştur (Tablo 4- 61).

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan özel bir insandan ve toplam sosyal destek puanı ortalamalarının doğum sonu dönemde destek olacak yakın varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4- 61)

Araştırmaya katılan kadınların depresyon, puanı ortalamalarının madde kullanıyorsa değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4- 61).



Tablo 4-62: EDSDÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Doğum Sonu Dönemde Bebeği Emzirme Zamanına Gore Dağılımı

EDSDÖ, ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalamaları	Doğum Sonrası Emzirme Zamanı				İstatistiksel Değerlendirme	
	İlk Bir Saat İçinde (n=71)	1-3saat (n=41)	İlk Bir Gün İçinde (n=9)	Bir-üç Gün (n=6)		
	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max	Ort±SS Min-Max		
EDSDÖ Puan Ortalaması					*KW	p
	7,320±5,756 (0-23)	8,710±6,772 (0-25)	8,560±6,444 (0-20)	8,330±7,005 (2-19)	0,479	0,698
ÇBASDÖ Alt Grupları Puan Ortalaması					**F	p
Aile						
	23,140±4,731 (10-28)	23,410±4,960 (8-28)	22,890±6,314 (10-28)	25,670±2,875 (21-28)	0,526	0,665
Arkadaş						
	19,700±6,018 (4-28)	18,440±7,580 (4-28)	16,220±8,585 (4-28)	12,170±9,239 (4-27)	2,704	0,048
Özel Bir İnsan						
	18,730±6,685 (4-28)	18,560±7,246 (4-28)	16,110 ±8,268 (8-27)	13,670±6,532 (4-21)	1,285	0,283
Toplam						
	61,580±13,887 (27-84)	60,410±17,610 (18-84)	55,220±20,382 (26-83)	51,500±14,843 (36-76)	1,099	0,352

*Kruskal Wallis testi **Anova testi

Araştırmaya katılan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının doğum sonrası emzirme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan **anlamlı bulunmuştur** ($F=2,704$; $p=0,048<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doğum sonrası emzirme zamanı ilk bir saat içinde olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı ($19,700 \pm 6,018$), doğum sonrası emzirme zamanı bir-üç gün olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ($12,170 \pm 9,239$) yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası emzirme zamanı 1-3saat olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı ($18,440 \pm 7,580$), doğum sonrası emzirme zamanı bir-üç gün olanların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ($12,170 \pm 9,239$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4-62).

Araştırmaya katılan kadınların aileden algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, toplam sosyal destek puanı ortalamalarının doğum sonrası emzirme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-62).

Araştırmaya katılan kadınların depresyon puanı ortalamalarının doğum sonrası emzirme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-62).

5.TARTIŞMA

5.1. Gebelerin Sosyo-demografik özelliklerine, sosyal desteğin gebelik dönemi ve doğum sonu depresyona etkisinin tartışılması.

Annelerin gebelik, doğum, doğum sonrası döneme uyum sağlamalarını ve bu dönemdeki sorunlarla baş etmeleri, verilecek sosyal destekle kolaylaşacaktır (Durukan ve ark. 2011, Tezel ve ark.2005, Taşdemir ve ark 2006, Hergüner ve ark.2014). Verilecek sosyal destek bu süreci pozitif yönde etkilerken destek eksikliği ise negatif olarak etkileyebilir (Durukan ve ark. 2011; Karamustafalıoğlu ve ark.2000; Efe ve ark.2009; Mermer ve ark. 2010).

Çalışmamızda doğum sonu depresyon oranının (%23,6; Şekil 4- 1)ortalamasının ise $(8,07 \pm 6,42; \text{Tablo4-4})$ olduğu saptandı.

Aileden, özel insandan, arkadaştan ve toplam algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında (aile; %18,7 $p=0,035$), (özel insan %26,1 $p=0,003$), (arkadaş; %20,7 $p=0,020$), (toplam;%25,6 $p=0,004$) anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4–3). Bu sonuçlarda aileden, özel insandan, arkadaştan ve toplamda algılanan sosyal destek puanı arttıkça depresyon oranının azaldığı görüldü.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlarda doğum sonu dönemde depresyon görülme sıklığı %21,2 ile %28 arsında değiştiği bildirilmiştir (İnandı ve ark 2002, Nur ve ark 2004, Vural, Akkuzu 1999). Vural ve Akkuzu'nun (1999) yaptığı çalışmada doğum sonu depresyon oranının %21,2, Dünder'in (2003) Manisa Bölgesindeki doğum sonu prevelansını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında %36,9, Ayvaz ve ark. (2006) Trabzon il merkezinde yaptığı bir çalışmada ise bu oran %28,1, Nur ve ark (2004) Sivas il merkezinde yaptığı çalışmada bu oran %28 olarak bulunmuştur. Doğum sonu 4. haftada; EDSDÖ göre kadınların yüzde 23,4'ünde EDSDÖ puanının 12 ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Efe ve ark. 2009).

Değişik ülkelerde ve kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda çoğunlukla sonuçlar benzerdir; Malta'da %15,5 (Felice ve ark 2004), Finlandiya'da %30 (Kurk. 2000), Kanada'da %25 (Da Costa ve ark. 2000). ABD'de % 21 ile %38 arasında (Zuckerman ve ark.1989), Brezilya'da depresyon oranı

%19,6, durumsal kaygı %59,5 ve sürekli kaygı %45,3 olarak bulunmuştur (Faisal-Cury ve ark. 2007) .

Bizim çalışmamızdaki doğum sonu depresyon oranı, Vural ve Akkuzu (1999), Efe ve ark. (2009), Da Costa ve ark. (2000)'ın çalışmalarıyla benzerlik gösterirken, Felice ve ark (2004), Faisal-Cury ve ark. (2007), çalışmasından yüksek, , Ayvaz ve ark. (2006), Nur ve ark (2004), Kurk.(2000), Dünder (2003)'ın çalışmasından düşüktür. Çalışmamızdaki doğum sonu depresyon oranının yüksek bulunmasının nedeni sosyo demografik ve ekonomik faktörlerin doğum sonu depresyon sürecine etkili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sosyal destek gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne uyumu, bebeğine karşı duyarlılığı ve algıları açısından oldukça önemlidir.

Çalışmamızda gebelik ve doğum sonu sosyal destek varlığının doğum sonu depresyonu azalttığı yönünde eğilim saptandı ($60,276 \pm 15,721$; Tablo 4–2).

İnandı ve ark. (2005) çalışmasında kadınların %40'ının yetersiz aile desteğinden şikâyet ettiğini bildirilmiştir. Cebeci ve ark, (2002), doğum sonrası dönemde kadınlarda aile ve eşten algılanan sosyal desteğin arkadaşlardan algılanan sosyal desteğe göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Mermer ve ark.(2010) çalışmasında, kadınların gebelik sürecinde, doğum sonrası döneme göre algıladıkları sosyal destek puanı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kısmen daha yüksek bulmuştur.

Bu veriler ışığında bu çalışmada gebelik ve doğum sonu dönemindeki sosyal desteğin doğum sonu depresyona etkisi ile çıkan anlamlı sonuç literatüre uyumu açısından oldukça önemlidir.

5.1.1. Gebelerin Sosyo-demografik özelliklerinin tartışılması

Gebelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, aile tipi, evde yaşayan kişi sayısı, sosyal güvence varlığı, ekonomik durum ve yaşanan ev'e ilişkin bulguları (Tablo 4–2) ile TNSA 2013 verileri (25–29 yaş aralığında ki kadınların %44,4 ü lise ve üzeri olduğu, 15–49 yaş grubundaki kadınların %31,1'nin çalıştığı, İstanbul'da yaşayan kadınların %57,2 sinin sosyal güvencesinin olduğu, ülke genelinde evli kadınların %47,4 ünün sosyal güvencesinin olduğu) benzerlik göstermektedir.

Ergenlik ya da küçük yaşı hem gebelik hem doğum sonu dönemi zorlaştıran önemli bir faktör olduğu bilinmekte ve adolesan gebeliklerin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Çalışmamızda depresyon ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmasa da 15–29 yaş arasında ki gebelerin depresyonun ($9,25 \pm 6,292$; Tablo 4–5) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek algılandığı saptanmıştır.

Ülkemizde İnandı ve ark. (2005) yaptığı çalışmada da adolesan yaşı doğum sonu depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Figueiredo ve arkadaşlarının (2007) Hollanda’da yaptıkları randomize bir çalışmada; 17–40 yaş arası gebelere ($n=54$) göre ergenlik çağındaki gebeler ($n=54$) hem gebelik süresince hem de doğum sonu dönemde anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermişlerdir. Aynı çalışmada depresif belirti gösteren ergen gebelerin daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabileceği de vurgulanmaktadır.

Çalışmamız İnandı ve ark. (2005) ve Figueiredo ve ark. (2007)’in çalışması ile uyumludur.

5.1.2. Gebelerin sosyal desteğin gebelik dönemi ve doğum sonu depresyona etkisinin tartışılması.

Bizim çalışmamızda aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$; Tablo 4–5). Özellikle yaş aralığı 25–29 olan gebelerin aileden aldıkları sosyal desteği ($24,62 \pm 3,83$), 15–19 yaş grubuna ($20,25 \pm 2,63$) göre daha yüksek algıladıkları dolayısı ile depresyonu daha düşük oranda yaşamaları görülmüştür (Tablo 4–5).

Bu durum erken yaşta ki gebeliklerin sosyal destek olması durumunda bile, diğer yaş gruplarına göre depresyona daha duyarlı olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma sonucumuz İnandı ve ark. (2005) , Figueiredo ve ark.(2007) ile uyumludur.

Eğitim seviyesi yükseldikçe hem gebelik hem de doğum sonu sosyal destek algısının yükseldiği ve doğum sonu depresyon algısını etkilediği bir gerçektir (Yeşilçiçek ve Aktaş 2011; Durukan ve ark. 2011; Eren 2000).

Bu çalışmada depresyon görülme oranının eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanların diğer değişkenlere göre daha az olduğu saptandı. Sosyal destek algısının

ortalamalarının grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$; Tablo 4–6).

Aileden algılanan sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$), İlkokul-okuryazar olanlarda çok düşük ($20,21\pm5,51$;Tablo 4–6) olduğu saptandı. Üniversite ve üzeri olanlarda ise arkadaştan algılanan sosyal destek yüksek ($71,71\pm5,99$; Tablo 4–6) bulundu.

Cenevre’de 570 kadın üzerinde yapılan bir kohort çalışmasında doğum sonu depresyon gelişen kadınların profesyonel anlamda eğitimi düşük seviyede oldukları gözlenmiştir (Righetti-Veltima ve ark 1998). Türkiye’nin doğu ve güneydoğu bölgesindeki 5 ilde 2001’de yapılan bir çalışmada eğitimle depresyonda belirgin azalma eğilimi görülmüştür. Yine aynı çalışmaya göre eğitimi olmayan kadınlardaki doğum sonu depresyon riski, üniversite mezunlarına kıyasla 2 kat fazla olduğu görülmüştür (İnandı ve ark 2002). Arıkan ve Kahrima’nın (2002) yaptığı çalışmada da annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe aileden algılanan sosyal desteğin de yükseldiği belirlenmiştir.

Bizim çalışmamız da bu verilerle benzerlik göstermiş, yüksek eğitim düzeyi ile sosyal destek algısının yükseldiği ve depresyonun azaldığı görülmüştür.

Nur’un (2004) yaptığı çalışmada eş eğitim düzeyi üniversite altı olan kadınlardaki doğum sonu depresyon prevalansı eş eğitim düzeyi üniversite olan kadınlara göre 2.21 kat daha fazla bulunmuştur (Nur ve ark. 2004).

Çalışmamızda eş eğitim düzeyi değişkenine göre depresyon ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmasa da eş eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan kadınların diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük ($6,710\pm6,585$; Tablo 4–7) algıladıkları saptandı.

Sosyal destek algısı eş eğitim düzeyi değişkeninde istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=5,624$ $p=0,001$;Tablo 4–7). Sosyal desteği, eşi üniversite ve üzeri eğitimini almış olan kadınların en yüksek ($67,17\pm14,14$;Tablo 4–7) algıladığı saptandı.

Bu veriler sonucunda çalışmanın Nur ve ark. (2004) yaptığı çalışma ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. Eş eğitim düzeyinin yüksek olması sosyal desteği ve doğum sonu depresyon algısını olumlu yönde etkilemektedir diyebiliriz.

Çalışmamızda, çalışma durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamakla ($p>0.05$) beraber çalışan kadınların çalışmayanlara göre depresyon algısının ($6,40\pm5,28$) daha az olduğu saptandı.

Kadınların çalışma durumunda arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0,05$; Tablo 4–8) olduğu, çalışan kadınlarda arkadaştan algılanan sosyal desteğin en yüksek ($21,20\pm6,72$; Tablo4–8) olduğu saptandı.

Çalışmamıza benzer çalışmalar olduğu gibi (Altınay 1999; Gözüyeşil 2003; Seguin ve ark. 1995), çalışmayanlarda depresyonu yüksek bulan araştırmalar da mevcuttur (Gotlib ve ark. 1987).

Çalışmalar arasında ki benzerlik ve farkların gebelerin çalışma statüleri ve ortamları arasındaki farklardan kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Gebelerin mesleği ile depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmasa da ($p>0.05$;Tablo 4–9), kamu çalışanlarının depresyonu daha düşük ($5,940\pm4,94$;Tablo 4–9) düzeyde algıladığı saptandı. Depresyon ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$; Tablo4–9) kamu çalışanı olan gebelerde sosyal destek algısının diğer değişkenlere göre daha yüksek ($66,810\pm13,780$;Tablo 4–9) olduğu saptandı.

Ülkemizde özel sektörle karşılaştırıldığında kamuda çalışan kadınların sosyal haklardan daha fazla faydalandığı, gebelerin ve doğum sonu dönemde kamu çalışanlarının izin ve çalışma koşullarının iyi olmasının gebelik ve doğum sonu dönemde depresyon ve sosyal destek algısı yönünden pozitif etki sağladığını söyleyebiliriz.

Eş çalışma durumuna göre depresyon algısında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($p >0,05$) çıkmasa da eşi çalışmayan gebelerin depresyon algısının eşi çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($9,40\pm6,22$; Tablo 4–10). Sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamakla birlikte ($p >0,05$; Tablo 4–10) arkadaştan algılanan sosyal desteğin ($19,0\pm4,74$;Table 4–10) daha etkili olduğu görüldü.

Çalışmamız; kadınlarda, eşinin çalışmaması ekonomik kaygıyla birlikte gelecek kaygısını getirerek, gebelik ve doğum sonu dönemde sosyal destek algısını da depresyon oranını da olumsuz yönde etkilenmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Eş mesleği ile depresyon puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Eşi özel sektörde çalışanların depresyonu eşi kamu çalışanı olanlara göre daha yüksek ($8,36\pm6,15$) algıladığı saptandı. Eş mesleği ile sosyal destek algısı puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde doğumdan sonra annenin kendisini yalnız ve desteksiz hissetmesi ve bebeğin bakımı konusunda stres yaşaması, eşin işsiz olması doğum sonu depresyona neden olabildiği belirtilmektedir (Kırpınar 1995; Kara ve ark. 2001)

Çalışmamızın Kırpınar (1995) ve Kara ve ark.(2001) ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Türk kültüründe sadece eşten değil, eşin ailesinden de alınan desteğin de önemli olduğu bildirilmiştir (Şentürk 2008; Danacı ve ark. 2002).

Çalışmamızda depresyon algısının aile tipi değişkenine göre ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0.010$; Tablo 4–12).

Geniş ailede algılanan depresyonun çekirdek aileye göre daha yüksek ($10,21\pm6,34$;Tablo 4–12) olduğu saptandı. Çekirdek aileye sahip olan gebelerin, doğum sonu dönemde sosyal destek puan ortalamalarının yüksek ($p=0,021$; Tablo 4–12) olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, çekirdek ailede arkadaş desteğinin daha yeterli olduğu saptandı.

Vırit ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında geniş ailede yaşayan gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının çekirdek ailede yaşayanlara kıyasla daha düşük olduğunu belirtmiştir. Mermer ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında sosyal destek puan ortalaması ile aile tipleri arasında hem gebelik ($t=4.044$, $p=0.08$) hem doğum sonrası dönemde ($t=2.244$, $p=0.02$) anlamlı bir fark saptanmış. Benzer şekilde başka çalışmalarda da (Okanlı ve ark. 2003; Baklaya 2002) hem gebelikte ve hem de doğum sonrası dönemde çekirdek aileye sahip olan kadınlarda sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunduğu, çekirdek ailede desteğinin daha yeterli bir destek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamız Mermer ve ark. (2010), Okanlı ve ark (2003),Baklaya (2002) yaptıkları çalışmalarla uyumlu, Vırit ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ters yönde sonuç vermiştir.

Evde yaşayan kişi sayısına göre kadınların depresyon algısında ki puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmamış olsa da evde, beş ve üzerinde yaşayan kişi varlığında depresyon ortalamasının diğer değişkenlere göre daha yüksek ($10,23\pm6,46$;Tablo 4–13) olduğu saptandı.

Sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek ($60,28-15,72$;Tablo 4–13) bulunduğu, evde yaşayan kişi sayısı iki olan gebelerin, kişi sayısı beş ve üzeri olanlara göre arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal destek algısının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4–13). Çalışmamız sonucunda aileden algılanan sosyal desteğin diğer sosyal destek değişkenlerine göre yaşayan kişi sayısı değişse bile çok büyük farklar olmadığını fakat, evde ki kişi sayısı arttıkça arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal desteğin azaldığı saptandı.

Depresyon ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının sosyal güvence varlığına göre istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$;Tablo 4–14).

Gebelikte, özellikle düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda depresif belirtilerin daha yaygın olduğu gözlenen çalışmalar mevcuttur (Lwellyn ve ark. 1997; Seguin ve ark. 1995).

Çalışmamızda depresyon ve sosyal destek puan ortalamalarının ekonomik duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$;Tablo 4-15). Değişkenlere baktığımızda geliri giderinden az olanların depresyon algısının daha yüksek ($10,0\pm6,22$; Tablo 4-15) olduğu saptandı. Gelir gider durumu denk olanların ise sosyal destek algısının en yüksek olduğu gözlenmiştir.

Herrera ve arkadaşları (1992) çalışmalarında, ailenin ekonomik durumunun gebelik ve doğum sonu komplikasyonları üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Batılı toplumlarda yürütülen Josefsson ve ark. (2002), Seguin ve ark. (1995)'in çalışmasında ise sosyoekonomik durum ile doğum sonu depresyon arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir.

İnandı ve ark. (2005) çalışmasında ailenin gelir düzeyi azaldıkça doğum sonu depresyon sıklığının arttığını bildirilmiştir. Durukan (2011)'ın tek yönlü analizinde ailenin gelir düzeyi azaldıkça, doğum sonu depresyon sıklığının arttığı gözlenirken, lojistik regresyon analizinde gelir düzeyi ile doğum sonu depresyon arasında ilişki belirtmemiştir. Literatürde doğumdan sonra annenin kendisini yalnız ve desteksiz

hissetmesi ve bebeğin bakımı konusunda stres yaşaması, ailenin gelir düzeyinin düşük olmasının doğum sonu depresyona neden olabildiği belirtilmektedir (Kırpınar 1995, Kara ve ark. 2001).

Çalışmamız sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı sonuç saptanmasa da, Seguin ve ark.(1995)'ın çalışması ile örtüştüğü fakat değişkenlerin ayrı ayrı incelendiğinde Herrera ve ark. (1992), İnandı ve ark. (2005), Durukan (2011)'ın da çalışmaları ile benzerliğinden söz etmek mümkündür.

Çalışmamızda yaşanan ev değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmasa da ($p>0,05$), kirada olanların kendi evi olanlara oranla depresyonu daha yüksek ($8,280\pm6,07$; Tablo4-16), aileden algılanan sosyal desteği de daha yoğun ($23,33\pm4,83$; Tablo4-16) algıladığı saptanmıştır.

Evlenme yaşının erken olması bununla birlikte gebeliğin de yaşanması, adolesan dönemin benlik duygusu ile gebeliğin en önemli görevlerinden fedakârlık duygusunun çatışacağı (Taşkın 2012), gebelik ve doğum sonu döneme hem uyum hem de sosyal destek ve depresyon açısından hem gebeyi hem çevresindekileri etkileyecek önemli bir durumdur.

Evlenme yaşı değişkenine göre sosyal destek algısında istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmasa da, 15-19 yaş arası evlenenlerde depresyonun diğer yaş aralıklarına göre daha yoğun ($9,72\pm7,02$; Tablo 4-17) algılandığı saptandı.

25-29 yaş aralığında arkadaştan algılanan sosyal desteğin ($20, 38 \pm 6, 77$), 20 - 24 yaş aralığında özel bir insandan algılanan sosyal destekten ($19, 82 \pm 6, 65$) daha yoğun algılandığı saptandı (Tablo 4-17).

Beyca (2009) yaptığı çalışmada annenin evlilik yaşı ile doğum sonu depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamız Beyca (2009)'nın çalışması ile uyumludur. Ayrıca sonuçlarımıza baktığımızda erken yaşta evliliğin, depresyon ve sosyal destek oranlarının ileriki yaşlara göre daha çok etkilendiğini görmekteyiz. Sonuçlara göre gebelik ve doğum sonu dönemde erken yaşta evlenen kadınların gebelik ve doğum sonu sürece uyumunun daha zor olduğunu söyleyebiliriz.

İlk cinsel ilişki yaşı değişkenine göre depresyon puan ortalamalarında, istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamış ($p>0,05$;Tablo 4-18) olsa da, çalışmamızda

depresyonun ilk cinsel ilişki yaşı 15-19 arası gebelerde daha yoğun ($9,59 \pm 6,90$; Tablo 4-18) algılandığı saptandı.

Çalışmada aileden algılanan sosyal destekte istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmadı ($p > 0.05$; Tablo 4-18). Erken yaşta cinsel ilişki yaşanmasında kadınlar ailelerinden sosyal desteği alarak depresyon algılarını azaltmışlardır. Tablo 4-18’de, İlk cinsel ilişki yaşı 25-29 olanların aileden algılanan sosyal desteğin ($24,710 \pm 4,141$), ilk cinsel ilişki yaşı 15-19 olanların aileden algıladıkları sosyal destekten ($21,770 \pm 5,770$) daha yüksek olduğu saptandı.

Çalışmamızda evlilik süresinin depresyon puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p < 0.05$; Tablo 4-19) görülmedi, fakat 1-5 yıl arasında olanların depresyon algısının diğer değişkenlere göre en düşük ($6,84 \pm 6,01$; Tablo 4-19) olduğu saptandı.

Aileden algılanan sosyal destek algısı ($p < 0.05$; Tablo 4-19) evlilik süresi değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. En yüksek ($60,28 \pm 15,72$; Tablo 4-19) sosyal desteği ailelerinden alan 1-5 yıl arasında evli olan kadınlar olmuştur.

Bir çalışmada evliliğin süresi arttıkça özellikle 6 yıl ve üzeri evliliklerde, depresyon belirtilerinin arttığı görülmüş, 10 yıl ve daha fazla süredir evli olan kadınlarda doğum sonu depresyon puanlarını diğer gruplara göre daha yüksek bulmuştur (Büyükkoca 2001).

Çalışmamızda en düşük depresyon algısının 1-5 yıl arasındaki evliliklerde saptanması Büyükkoca (2001)’nin çalışması ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Sistemik hastalık değişkenine göre depresyon ve sosyal desteğin grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$; Tablo 4-20). İsttatiiksel açıdan anlamlı çıkmasa da sistemik hastalığı olanların depresyonu ($10,31 \pm 7,53$) ve aileden algılanan sosyal desteği daha yoğun ($24,540 \pm 5,56$) algıladıkları saptandı (Tablo 4-20).

Eren (2000) çalışmasında kronik hastalığı mevcut kadınların %50’sinde doğum sonu depresyon görüldüğünü belirtmiştir. Çalışmamızda kronik hastalığı var olanların %14,7 sinde depresyon varlığı görülmüştür.

Eren (2000)'in çalışmasında ki kronik hastalık varlığında depresyon algısının çalışmamızın 3,4 katı olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmamızda sistemik hastalığı olan kadın sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda doğum sayısı değişkenine göre depresyon ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmasa da ($p>0.05$). Dört ve üzeri gebeliklerde ki depresyonun diğer değişkenlere göre daha yüksek algılandığı saptandı ($9,87\pm6,91$; Tablo 4-21). Doğum sayısı arttıkça depresyon algısının da arttığını söyleyebiliriz.

Aileden algılanan sosyal destekte doğum sayısı değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmasa da ($p>0.05$). Dört ve üzeri gebeliklerde özel bir insandan en düşük ($16,30\pm6,77$; Tablo 4-21) düzeyde sosyal destek algısı saptandı.

Gebenin şimdiki veya geçmişteki gebelik öyküsü (düşük ya da küretaj), ve gebelikte yaşadığı duygusal ve fiziksel sorunlar gebelik depresyonu için risk faktörleridir (Muzik 2009; Cebeci ve ark. 2002). Çok çocuklu anneler, birden fazla muhtaç bebeğin olmasının besleme ve ilgilenme sürecini zorlaştırdığını ve biriyle ilgilenirken diğerinin ihmal ediliyor durumda olmasının sürekli bir suçluluk hissi yarattığını bildirmişlerdir (Garel ve ark. 1997).

Çalışmamızda Düşük - küretaj sayısı değişkeni ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gözüyeşil ve arkadaşları (2008) gebelik haftası 36 ve üzeri olan 136 gebede, gebelik sorunları puan ortalaması, düşük ve küretaj sayıları ile gebelik depresyonu puan ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki belirlemişlerdir.

Çalışmamızda depresyonla anlamlı ilişki bulunmamış olsa da istenmeyen gebeliklerde depresyon algısının yüksek çıkması düşük- küretajın desteklenmediği yönünde bilgi verdiğini düşündürmekte.

Doğum sayısı değişkenine göre depresyon ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmasa da üç doğum yapanlarda, bir doğum yapanlara göre oldukça yüksek ($11,17\pm7,83$; Tablo 4-22) depresyon algılandığı görülmektedir.

Gebeliğin planlanması kadının anneliğe uyumunu kolaylaştırmasını ve sosyal destek varlığı ile birlikte bu süreci daha uyumlu geçirmesini sağlayacağını düşündürmektedir. Depresyon puanları ortalamalarının gebeliği isteme değişkenine göre

istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.010$). İstemededen gebe kalanların depresyon algısının ($11,050\pm6,26$; Tablo 4-23) daha yüksek olduğu saptandı.

Gebeliği isteme değişkenine göre sosyal destek algısında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,022$; Tablo 4-23). İstenen gebeliklerde sosyal destek algısının daha yüksek olduğu saptandı.

Kara ve arkadaşları (2001) ile Taşdemir ve arkadaşlarının (2006) uyum gösteren çalışmalarında, gebeliklerini planlamayan annelerde doğum sonu depresyon puanının yükseldiği, ancak istatistiksel olarak ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Ekuklu ve arkadaşları (2002) planlanmayan gebelikte annelerde doğum sonu depresyon sıklığının yüksek olduğunu belirlemiştir. Ekuklu ve arkadaşları (2002) çalışmasında annenin gebeliği planlama durumu ile algılanan sosyal destek ve doğum sonu depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, planlayarak gebe kalan annelerin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu, doğum sonu depresyon puanlarının daha düşük olduğu saptanmış. Planlanmayan gebelikte annelerde doğum sonu depresyon sıklığının yüksek olduğunu belirlemiştir. Planlanmayan gebeliğin doğum sonu depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Barbara ve Parry 1995; Özkan 1998; Righetti-Veltema ve ark. 1998). Vırit ve ark çalışmasında anneliğe hazır olanların olmayanlara göre depresyon puanlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Lau (2007) ve arkadaşlarının ikinci trimesterde olan 2178 gebe üzerinde yaptıkları bir araştırmada, istenmeyen gebelik ve genç yaşta olma ile depresif bulgular arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Çalışmamızda annenin planlamadan gebelik durumu ile algılanan sosyal destekle olumlu, doğum sonu depresyon ile olumsuz ilişkisini göz önüne getirmiştir. Çalışma sonucu gebeliği isteme değişkeni için taranan verilerle uyumlu görülmüştür.

Depresyon puanları ortalamalarının gebeliği isteyen kişi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Özellikle gebeliği sadece kendisi isteyen gebelerde depresyon oranının diğerlerine göre daha yüksek ($10,55\pm6,77$; Tablo 4-24) oranda algılandığı saptandı. Gebelik kararında çiftlerin birlikte ortak karar almasında depresyonun daha az algılandığı saptandı.

Sosyal destek algısı yönünden de istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4-24). Aileden algılanan sosyal destek çok yüksek oranda istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark saptandı ($p=0,000$; Tablo 4-24).

Eşlerin ortak aldıkları gebelik kararında, gebelik ve doğum sonu sürece uyumunu kolaylaştırdığı, depresyon ve sosyal algı yönünden pozitif yönde sonuç verdiği söylenebilir.

Gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Bu toksik maddeler hem anneyi hem de fetüsün sağlığını tehlikeye sokup doğumun sağlıklı sonuçlanma riskini artırmaktadır (Zuckerman ve ark.1989).

Depresyon ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının gebelikte kullanılan madde varlığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Aynı zamanda sigara içenlerle içmeyenler arasında da belirgin bir fark görülmemiştir (Tablo 4-25).

İki bin senesinde 526 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada sigara içimi ve depresif semptomlar arasındaki ilişki araştırılmıştır ve nikotin bağımlılığı klinik seviyede kendini gösteren depresif semptomlarla belirgin olarak ilişkili çıkmıştır (Brown ve ark. 2000).

Depresyon ve sosyal destek puanları ortalamalarının gebelikte alkol sigara değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamış ($p>0,05$; Tablo 4-26) olsa da sigara kullananlarda sosyal destek algısının kullanmayanlara göre daha yüksek ($64,77\pm19,33$; Tablo 4-26) olduğu saptandı.

Depresyon puanları ortalamalarının gebelik döneminde gebe eğitime/eğitim sınıflarına katılma değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0.016$). Aileden algılanan sosyal destekte de istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.025$). Gebe eğitime katılamayanlarda depresyon algısı katılanlara göre yaklaşık 1,8 kat daha çok ($8,21\pm6,08$; Tablo 2-28) olduğu saptandı.

Çalışma sonucuna göre gebe eğitimi alanların, gebelik ve doğum sonu sürece daha kolay uyum sağlayacağı depresyon ve sosyal destek algısı yönünden pozitif yarar sağlayacağını söyleyebiliriz.

Depresyon puanları ortalamalarının gebelik öncesi dönemde psikolojik sorun değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.029$; Tablo 2-29). Çalışmada gebelik öncesi dönemde psikolojik sorunu olanların olmayanlara göre 1,36 kat daha fazla depresyon algıladığı görülmektedir.

Çalışmamızda gebelik öncesi dönemde psikolojik sorun nedenlerinde %23,8'inin eşinden kaynaklandığı görülmektedir. Gebelerin gebelik öncesi dönemde psikolojik sorun için %57,1'inin profesyonel destek ihtiyacı duyduğu, fakat %28,6'sının profesyonel destek alabildiği görülmüştür. Profesyonel destek alanların %4,8'i 6ay bir yıl süreyle destek alanlar olduğu görülmüştür.

Sosyal destek puan ortalamalarının grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0.021$; Tablo 4-29). Gebelik öncesi dönemde psikolojik sorunu olanların olmayanlara göre ($19,24\pm6,42$; Tablo4-29) en yüksek düzeyde desteği ailelerinden algıladıkları saptandı.

Literatürde depresif bozukluk tanısı almış hastaların algılanan arkadaş ve aile desteği puanlarının, normallere kıyasla anlamlı biçimde düşük olduğu, bunun yanında sosyal desteğin kişinin sağlığına olumlu etkisinin bulunduğu saptanmış, destek için en etkili kaynağın çekirdek aile üyeleri ve akrabalar olduğu bildirilmiştir (Neziroğlu 1992). Türkiye’de bu konuda yapılan bazı çalışmalarda doğum sonu depresyon prevalansı %14,0- %40,4 arasında bulunmuştur (Danacı ve ark. 2002).

Gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilmesi gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir (Kuğu ve Akyüz 2001). Gebelikte ve ya doğum öncesi dönemde ruhsal sorunların varlığı sosyal destek almada zorluklar getirecek ve doğum sonu depresyona zemin hazırlayacaktır.

Çalışmamızda gebelik öncesi psikolojik sorun varlığının doğum sonu süreçte olumsuz etkisini göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü kadın hayatının her döneminde var olan şiddeti “kadın sağlığı sorunları” arasında saymaktadır (Erenoğlu ve ark. 2015).

Gebelikte şiddet görme aileden algılanan sosyal destek grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$). Sosyal destek algısı şiddet görmeyenlerde daha yoğun algılanmaktadır ($60,28\pm15,72$; Tablo 4-30).

Algılanan depresyon puan ortalamaları ile istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış ($p>0,05$) olsa da şiddet görenlerin, görmeyenlere göre çok daha yüksek düzeyde depresyon algısına sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda şiddet gören gebelerin %60,0'ı eşinden kaynaklı olduğunu görmekteyiz.

Doğum sonu dönemde annelerde duygu durum bozukluklarını arttıran nedenlerden biri de, aile içi şiddet ya da anlaşmazlıklardır (Vural ve Akkuzu 1999; Dündar 2006; Taşdemir ve ark. 2006).

Çalışmamızda aile içi anlaşmazlık ya da şiddet varlığında depresyon algısının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek ($p=0,007$; Tablo 4-31) olduğu saptandı.

Sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0,05$), aileden algılanan sosyal desteğin yüksek oranda ($23,51\pm4,68$; Tablo 4-31) olduğu saptandı.

Kadının hangi dönemde olursa olsun şiddetin ve aile içi anlaşmazlıklarının olumsuz etkileri hiçbir zaman hafife alınmamalıdır. Özellikle Doğum sonu süreç kadının fizyolojik ve psikolojik yük altına girdiği ve uyumda zorlandığı bir süreç olmakla birlikte şiddet ve anlaşmazlığın eklenmesi durumu daha da zorlaştıracaktır. Çalışma sonucumuzun bu durumu doğrulayan bir veri analizi olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmamızda sosyal destek algısının son 6 ay içinde 1.dereceden yakını kaybetme değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-32). Depresyon algısı ise istatistik açıdan anlamlı bulunmuş ($p=0,033$), yakını kaybedenlerin kaybetmeyenlere göre depresyon algısının çok daha yüksek ($9,84\pm5,24$; Tablo 4-32) algıladığı saptanmıştır.

Depresyon ve sosyal destek algısının daha önceki doğumların şekli grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0,05$). Vaginal doğum yapanlarda sezaryenle doğum yapanlara göre depresyon algısının daha yoğun algılandığı görülmüştür. Her iki doğum şeklinde de aileden algılanan sosyal desteğin en yüksek ($22,45\pm5,579$; Tablo 4-33) olduğu saptandı.

Çalışmamız sonucunda diyebiliriz ki sezaryen doğumlarda vaginal doğuma göre sosyal destek algısının daha yoğun olması, sezaryenin ameliyat sonrası dönemde bir anlamda annenin ihtiyaçları ile destek alma mecburiyetinin doğru orantısıdır. Vaginal doğumda depresyon algısının daha yüksek olması doğum hakkında ki yetersiz bilgi, medya ve sosyal çevrede vaginal doğumu korkutucu bir şekilde algılatılması, adolasan gebelikler, sağlık personelinin yanlış tutumları temel sebepler arasında yer aldığını düşünmekteyiz.

Depresyon ve sosyal destek ortalamalarının, kadınların bulunduğu ilde (İstanbul'da) destek olacak yakın varlığı değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0.05$), aileden algılanan sosyal destek te istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0.031$; Tablo 3-34) olduğu, destek olacak yakın varlığında aileden alınan desteğin diğer değişkenler arasında en yüksek olduğu görüldü.

Depresyon ile sosyal destek puan ortalamalarının İstanbul'da destek olacak kişi değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0.05$), depresyon algısı eşinin ailesinden destek alındığında diğer değişkenlere göre daha yüksek ($8,630\pm6,202$; Tablo 4-35) algılandığı saptanmıştır.

Doğum eyleminde yakını isteme durumunda, depresyon ile sosyal destek algısı grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0,05$). Doğumda yakını istemeyenlerde depresyon algısı daha yüksek ($8,260\pm6,386$; Tablo 4-36), sosyal desteğin daha düşük ($60,28\pm15,721$; Tablo 4-36) olduğu görüldü.

Doğum sonu dönemde yakını yanında isteyenlerde depresyon ve sosyal destek algısında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-37).

Gebelik döneminde bebeği ve kendisi için endişe eden gebelerde depresyon algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.049$; Tablo4-38). Endişe varlığında gebelerin depresyon algısının çok daha yüksek ($9,16\pm6,63$), sosyal destek algısının ise düşük ($57,81\pm15,87$) olduğu saptandı. Özel bir insandan algılanan sosyal desteğin anlamlı olduğu görüldü ($p=0,013$;Tablo 4-38).

Vırit ve ark (2008) çalışmasında doğum ile ilgili kaygı duyduğunu söyleyen gebelerin depresyon ve kaygı puanları böyle bir kaygı bildirmeyen gebelerinkinden farklı olmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamız sonucunun Vırit (2008)'in çalışması ile uyumlu olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda doğum sırasında endişe duyan kadınların depresyon ve sosyal destek algısı grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0,05$), endişe duyanların depresyon algısının daha yüksek ($8,570\pm6,491$; Tablo 4-39) olduğu saptanmıştır.

Doğum sırasında endişe varlığı doğumla ilgili bilinmeyenler ve ya yanlış bilinenler başlıca sorunlardandır.

Doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili kaygı varlığında depresyon ve sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p>0,05$; Tablo 4-41) çıkmasa da kaygı varlığında depresyon algısının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır.

Bebek bakımında ve emzirmede sorun yaşayan kadınların yetersiz hissettikleri ve doğum sonu depresyon açısından risk grubunu oluşturdukları daha önce yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (İnandı ve ark. 2002; Vural ve Akkuzu 1999; Lee 2000; McCoy ve ark. 2006) Efe ve Taşkın'ın çalışması da buna uyumlu çıkmıştır (Efe ve ark. 2009). Vırt ve ark (2008).çalışmasında kaygı oranları yüksek bulunmuş, depresyon ve kaygı belirti düzeylerinin diğer çalışmalara göre belirgin olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili kaygı yaşama değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-41).Kaygı yaşayanların depresyonu çok daha fazla ($9,170\pm7,023$) algıladıkları görülmüştür.

Doğum şekline göre depresyon ve sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0,05$;Tablo 4-42), vaginal doğum yapanların depresyon algısı sezaryene göre daha yüksek ($8,64\pm5,91$;Tablo 4-42) bulunmuştur. Sezaryen doğumlarda arkadaştan algılanan sosyal desteğin ise daha yoğun olduğu ($19,45;\pm6,89$; Tablo 4-42) görülmüştür.

Bir çalışmada sezaryen ile doğum yapması ve sosyal destek eksikliğinin doğum sonu depresyon gelişme olasılığını artırdığı bildirilmektedir (Adewuya ve ark. 2005). Bir başka çalışmada vajinal yolla doğum yapmış olma doğum sonu depresyon için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (Sünter ve ark. 2006; Büyükkoca 2001). Vırt ve ark çalışmasında doğum sonrası dönemde bu değişkenleri çalışmış; vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin depresyon düzeyleri arasında fark olmadığı, gözlenmiştir (Vırt ve ark. 2008).

Çalışmamız Sünter ve ark(2006)'ın ve Büyükkoca(2001)'nın çalışması ile uyumlu çıkmıştır. Adewuya ve ark (2005) ve Vırt ve ark (2008)'ın çalışması ile uyumsuzdur.

Gebelik haftasının depresyon ve sosyal destek algısının grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0.05$), 35. haftada doğum yapan gebenin algıladığı depresyon oranının çok yüksek ($10,250\pm9,069$; Tablo 4-43) olduğu saptanmıştır. En yüksek ($25,360\pm5,904$; Tablo 4-43) sosyal destek algısı aileden algılanan olup 36-37 hafta arasında doğum yapan gebelerde görülmüştür.

Doğum sırasında sorun yaşayan kadınların depresyon ile sosyal destek algısı grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-44). Depresyonu yoğun ($9,730\pm6,358$; Tablo 4-45) algılayanlar çocuğunda problem olan kadınların olduğu saptandı. Doğum sırasında sorun yaşayanların sosyal desteği daha yüksek ($60,28\pm15,721$; 4-45) algıladıkları saptandı. Özel bir insandan algılanan sosyal desteğin de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü ($p=0,035$).

Konu ile ilgili olarak Altınay'ın (1999) yaptığı çalışmada, doğum sonu depresyon ile bebeğin sağlık durumu arasındaki istatistiksel ilişki anlamlı bulunmasa da bebeğin sağlığı kötü olan annelerde doğum sonu depresyon puanının yükseldiği saptanmıştır.

Çalışmamızın Altınay'ın (1999) çalışması ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Emzirme, doğum sonu depresyon tedavisi için bile önemli bir konu olarak gösterilmiş ve emzirmeyi bırakmanın oluşturduğu sosyal baskı ve suçluluk duygusu dolayısıyla başlı başına ek bir stresör haline geleceği söylenmiştir (Karamustafaoğlu ve Tomruk 2000).

Doğum sonrası emzirme zamanı değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmasa da, ilk bir saat içinde emziren annelerin depresyon algısının çok düşük ($7,320\pm5,756$; Tablo 4-46) olduğu saptandı. Algılanan sosyal destek açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4-46). Doğum sonrası emzirme zamanı ilk bir saat içinde olanların, doğum sonrası emzirme zamanı bir-üç gün olanların arkadaşlarından algılanan sosyal desteği daha yüksek bulunmuştur.

Doğum sonrası emzirme problemi yaşama depresyon ve sosyal destek algısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmasa da ($p>0,05$; Tablo 4-47), emzirme problemi yaşayanların, yaşamayanlara göre depresyon ($8,760\pm6,619$; Tablo 4-47), arkadaş ve özel bir insandan algılanan sosyal desteğin daha yoğun olduğu saptandı.

Doğum sonu emzirme problemlerinin depresyon ve sosyal desteğe etkisi Kara ve ark. (2001), Karamustafaoğlu ve Tomruk (2000)'un çalışmalarını destekler niteliktedir.

Literatürde doğumdan sonra annenin kendisini yalnız ve desteksiz hissetmesi ve bebeğin bakımı konusunda stres yaşaması, eşin işsiz olması ve ailenin gelir düzeyinin düşük olmasının doğum sonu depresyona neden olabildiği belirtilmektedir (Kırpınar 1995; Kara ve ark. 2001).

Doğum sonrası bebeğin ve annenin bakımında destek olacak kişi varlığında depresyon algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış olsa da ($p=0,735$; Tablo4-48), doğum sonrası destek olacak kişi varlığında ($23,580\pm4,655$; Tablo4-48), aileden algılanan sosyal desteğin çok yüksek olduğu saptandı.

Çalışmamız Kırpınar (1995), Kara ve ark. (2001)'in çalışması ile benzerlik göstermektedir. Doğum sonu dönemde anne ve bebeğin bakımında aileden algılanan sosyal desteğin yüksek görülmesi, çalışmalarda da belirtildiği gibi annenin kendisini yalnız ve desteksiz hissetmesi ve bebeğin bakımı konusunda stres yaşamasını engellediğini göstermektedir.

Bir araştırmada yeterli ve etkili desteğe sahip gebelerin doğum sonrası dönemi de daha rahat geçirebildiği ve eşlerinden yeterli desteği alan gebelerin sorunlarla baş etmede daha başarılı olacağı bildirilmiştir (Okanlı ve ark. 2003).

Doğum sonrası eş desteği varlığında depresyon algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,025$). Eş desteği olmayanların olanlara göre çok daha yüksek depresyon ($9,500\pm5,367$; Tablo 4-49) algıladıkları saptandı. Algılanan sosyal desteğin anlamlı olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4-49), eş desteği olmayanların sosyal desteği diğer değişkenlere göre çok daha az algıladığı görüldü (Tablo 4-49).

Daha önce yapılmış çalışmalarda özellikle eşlerinden yeterince ilgi ve destek göremediğini ifade eden ve evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, yeterli ilgi ve desteğin ise hem anne hem de bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Mckee ve ark. 2001; Josefsson ve ark. 2002; Goldbort 2006; Berlim 2007).

Çalışmamızda çıkan sonuçlar Mckee ve ark 2001,Josefsson ve ark. 2002, Goldbort 2006, Berlim 2007, Okanlı ve ark. 2003'ün sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Eş, aile ve yakın çevre tarafından sağlanan sosyal destek, yeni anneyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, böylece stres etkenleri ile daha kolay baş etmesine yardımcı olmakta, annelik rolünü daha etkin olarak gerçekleştirmesini sağlamaktadır (Lau 2001; Lee 2007).

Çalışmamızda doğum sonrası eş dışında dinlenmeye destekçi varlığında aileden özel bir insandan algılanan ve toplam sosyal destekte istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$;Tablo 4-50). Depresyon algısında ise istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-50).

Depresyon ile sosyal destek puan ortalamalarının anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi varlığı değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$;Tablo 4-51).

Anne yokken bebeğe bakacak kişinin varlığında depresyon algısı anlamlı çıkmasa da yüksek ($8,32\pm6,24$) çıkmıştır. Bunun nedeninin, bakacak kişi var olsa bile güven problemi nedeni ile endişe varlığını beraberinde getirmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p <0.05$ Tablo4-52). Depresyon algısı anlamlı $p>0,05$;Tablo4-52) çıkmasa da, anne varlığında depresyonun en az ($7,160\pm5,787$; Tablo;4-52) algılandığı gözlenmiştir.

Bebeğini annenin olmadığı ortamda çocuğun bırakılması konusunda endişe yaşaması, depresyon ve sosyal destek ($p<0.05$) algısı yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 4-53). Endişe yaşayanların depresyon algısının oldukça fazla ($12,200\pm5,361$; Tablo 4-53) olduğu saptanmıştır.

Maddi destek alınabilecek kişi varlığında depresyon algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Sosyal destek algısı ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$;Tablo 4-54).

Maddi destek alınabilecek kişide depresyon algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0,05$;Tablo4-55). İkimizin ailesinden de destek alırsanız diyenlerin depresyon algısı daha düşük ($7,420\pm5,200$;Tablo 4-55) olduğu saptandı. Sosyal destek algısı ise ileri derecede ($p<0.05$;Tablo 4-55) anlamlı bulunmuştur.

Doğum sonu süreçte çevre tarafından örf adetlerin baskı unsuru gibi hissedilmesi depresyon ve sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4-56). Örf adetleri baskı unsuru gibi hissedenlerde depresyon algısı daha yüksek ($9,710\pm6,378$; Tablo 4-56) olduğu saptandı.

Yapılmak zorunda olan bazı adetlerin ise depresyon algısı yönünden diğerlerine göre oldukça yüksek ($10,800\pm6,837$; Table 4-57) olduğu saptandı.

Sosyal destek, gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir (Taşkın 2007).

Çalışmamızda doğum sonu sosyal çevre desteğinin olması depresyon ve sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4-58).

Çalışmamızda sosyal çevre desteği beni rahatlatmış diyen kadınlarda depresyon algısının en düşük ($7,000\pm6,122$; Tablo 4-58) olduğu saptandı.

Doğum sonu dönemde yeterli destek alamadım diyen kadınların depresyon ve sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo; 4-59).

Yeterli destek alınamaması sosyal destek azlığını, sosyal desteğin kişilerin varlığında da alınamayacağı durumların olduğunu çalışmamızda en yüksek ($11,250\pm8,539$; Tablo4-59) algılanan depresyon oranı ile karşımıza çıkmıştır. Doğum sonu dönemde destek olacak yakını depresyon ve sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo4-60).

Kadının annesinden destek alması durumunda depresyonu en düşük ($7,110\pm5,710$) sosyal desteği ise en yüksek ($24,390\pm4,034$) algıladığı saptandı (Tablo 4-60).

Doğum sonrası dönemde sosyal destek, hem annelik duygusu ve rolünün pekişmesi hem de yeni doğanın sağlıklı gelişimi için gereklidir. Türk kültüründe sadece eşten alınan desteğin değil eşin ailesinden alınan yardımın da çok önemli olduğu bildirilmiştir (Şentürk 2008; Danacı ve ark. 2002).

Doğum sonu dönemde destek olacak yakın varlığının depresyon algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4-61). Aileden algılanan sosyal destek algısı destek alamayanlarda anlamlı derecede düşük ($p=0,012$; Tablo 4-61) bulunmuştur.

İnandı ve ark. (2002) çalışmasında kadınların %40'ının yetersiz aile desteğinden yakındığını belirtmişlerdir. Cebeci ve ark.(2002) yaptığı çalışmada, doğum sonrası dönemde kadınlarda aile ve eşten algılanan sosyal desteğin arkadaştan algılanan sosyal desteğe göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir, sosyal destek varlığı ya da yokluğu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda aileden alınan sosyal destek etkisinin sonuçları yapılan diğer çalışmalar ile uygunluk göstermektedir.

Anne sütü ile beslenmenin doğum sonu depresyon açısından olumlu ve olumsuz etkileri olabilmektedir. Anne sütü veren kadınlar, kendilerine ayıracak zamanlarının az oluşu, emzirme nedeniyle uykusuz kalmaları, ilaç kullanmaları gerektiğinde bebeğe zarar verecek endişesi duymaları nedeniyle depresyona girebilir. Bunun yanında anne sütünün hızla kesilmesinin bazı hormonal değişikliklere yol açıp depresyonu daha da kötüleştirdiği düşünülmektedir (Beyca 2009).

İlk bir saat içinde bebeğini emziren annelerde algılanan depresyonun en düşük ($7,320 \pm 5,756$) algılandığı görülmüştür. Bebeğin ilk beslenme şekli ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,921$).

Kesitsel çalışmasında; maternal depresyon yaşayan annelerin bebeklerinde büyüme gerilikleri, malnütrisyon, solunum ve ishal gibi sağlık problemleri görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmiştir. (Stewart 2005).

Çalışmamızda çıkan sonuç Beyca (2009) Stewart (2005) 'ın çalışmaları ile uyumlu bulmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma verilerinin değerlendirilmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Doğum sonu depresyon oranının %23,6 olduğu (Grafik 4-1), ortalamasının ise $8,07 \pm 6,42$ olduğu,
- Aileden (%18,7), özel insandan (%26,1), arkadaştan (%20,7) ve toplamda %25,6 algılanan sosyal destek ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunduğu ($p < 0.05$, Tablo 4-1),
- Annelerin %74,0'ünün çekirdek aile yapısında ve %85'inin sosyal güvencesinin olduğu (Tablo 4-2),
- Annelerin %61,3'ünün gelirinin giderine denk olduğu, %48,8'inin kendi evinde yaşadığı (Tablo 4-1),
- Aileden algılanan sosyal destek ortalamasının $23,330 \pm 4,837$ olduğu (Tablo4-3),
- Özel insandan algılanan sosyal destek ortalaması $18,250 \pm 7,001$ olduğu (Tablo4-3),
- Arkadaştan algılanan sosyal destek ortalaması $18,690 \pm 7,035$ olduğu (Tablo4-3),
- Algılanan toplam sosyal destek" ortalaması $60,276 \pm 15,721$ olduğu, aileden alınan sosyal destek puanının diğer sosyal destek değişkenlerinden daha yüksek olduğu (Tablo4-3),
- Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Puan ortalamasının $8,07 \pm 6,42$ olduğu (Tablo4-4),
- Aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı $p=0,013$ bulunduğu (Tablo4-5),
- Algılanan depresyonun yaş grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı $p > 0.05$ bulunmadığı (Tablo4-5),
- Aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu ($p=0,001$) (Tablo4-6),
- Aileden algılanan sosyal destek algısının İlkokul-okuryazar olanlarda çok düşük $20,21 \pm 5,51$ olduğu (Tablo4-6),
- Sosyal destek algısının eş eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanlarda en yüksek $67,17 \pm 14,14$ olduğu (Tablo4-7),

- Çalışma durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmadığı ($p=0,628$), çalışan kadınların çalışmayanlara göre depresyon algısının ($6,40\pm5,28$) daha az olduğu (Tablo4-8), sosyal destek ile anlamlı ($p=0,036$) olduğu,
- Çalışan kadınlarda arkadaştan algılanan sosyal desteğin en yüksek $21,20\pm6,72$ olduğu (Tablo4-9),
- Kamu çalışanı olan gebelerin depresyonu daha düşük ($5,940\pm4,94$) düzeyde algıladığı,
- Eşi çalışmayan gebelerin depresyon algısının daha yüksek ($9,40\pm6,22$) olduğu, arkadaştan algılanan sosyal desteğin eşi çalışmayan gebelerde ($19,0\pm4,74$) daha etkili olduğu (Tablo4-10),
- Eşi özel sektörde çalışanların depresyon ortalamalarının daha yüksek ($8,36\pm6,15$) olduğu (Tablo4-11),
- Çekirdek aile oranının %74,0 olduğu geniş ailede algılanan depresyonun çekirdek aileye göre daha yüksek ($10,21\pm6,34$) olduğu, çekirdek aileye sahip olan gebelerin, doğum sonrası dönemde sosyal destek puan ortalamalarının yüksek ($p=0,021$) olduğu (Tablo4-12),
- Evde beş ve üzerinde yaşayan kişi sayısı olduğunda depresyon ortalamasının diğer değişkenlere göre daha yüksek ($10,23\pm6,46$) olduğu, sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek ($p=0,001$) bulunduğu (Tablo4-13),
- Depresyon ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının sosyal güvence varlığına göre istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0,05$) olmadığı (Tablo4-14),
- Çalışmamızda depresyon ve sosyal destek puan ortalamalarının ekonomik duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($p>0,05$), gelir gider durumu denk olanların sosyal destek algısının daha yüksek olduğu (Tablo4-15),
- Yaşadığı ev kira olanların kendi evi olanlara oranla depresyonu daha yüksek ($8,280\pm6,07$) aileden algılanan sosyal desteğin de daha yoğun ($23,33\pm4,83$) olduğu (Tablo4-16),
- Evlenme yaşı değişkenine göre sosyal destek algısında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0,05$), 15-19 yaş arası evlenenlerde depresyonun diğer yaş aralıklarına göre daha yoğun ($9,72\pm7,02$) algılandığı (Tablo4-17),
- İlk cinsel ilişki yaşı değişkenine göre depresyon puan ortalamalarında, istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadığı ($p>0,05$), depresyonun ilk cinsel ilişki yaşı 15-19 arası gebelerde daha yoğun ($9,59\pm6,90$) algılandığı (Tablo4-18),

- Gebelerin çoğunluğunun birinci evliliği (%94,5) olduğu, %5,5'inin ise ikinci evliliği olduğu ve evlilik sayısı ile depresyonla arasında anlamlı ($p>0.05$), ilişki bulunmadığı (Tablo 4-19), aileden algılanan sosyal desteğin anlamlı (0,005) olduğu,
- Depresyon ve sosyal destek algısının ilk cinsel ilişki değişkenine göre puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$; Tablo 4-18)
- Evlilik süresinin, depresyon puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmediği ($p>0.05$), aileden algılanan sosyal destek algısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu ($p<0.05$; Tablo 4-19),
- Sistemik hastalık değişkenine göre depresyon ve sosyal desteğin grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$), bulunmadığı (Tablo 4-20),
- Çalışmamızda gebelik sayısı değişkenine göre depresyon ve sosyal destek ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$; Tablo 4-21),
- Çalışmamızda doğum sayısı değişkenine göre depresyon ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), aileden algılanan sosyal desteğin istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0.014$) olduğu dört ve üzeri gebeliklerde ki depresyonun daha yüksek (9.87 ± 6.91) algılandığı (Tablo 4-22), üç doğum yapanlarda, oldukça yüksek (11.17 ± 7.83) depresyon algılandığı,
- Depresyon puanları ortalamalarının gebeliği isteme değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu $p=0.008$, istemeden gebe kalanların depresyon algısının daha yüksek olduğu (11.050 ± 6.26), istenen gebeliklerde sosyal destek algısının daha yüksek (62.14 ± 14.18), olduğu (Tablo 4-23),
- Depresyon ve sosyal destek puanları ortalamalarının gebeliği isteyen kişi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0.001$; $p=0.021$), bulunduğu (Tablo 4-24),
- Depresyon ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının gebelikte kullanılan madde varlığı arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p>0.05$), bulunmadığı (Tablo 4-25),
- Depresyon ve sosyal destek puanları ortalamalarının gebelikte alkol sigara değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), sigara kullananlarda sosyal destek algısının daha yüksek (64.77 ± 19.33) olduğu (Tablo 4-26),
- Depresyon puanları ortalamalarının gebelik döneminde gebe eğitime/eğitim sınıflarına katılma değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0.016$), bulunduğu aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu

($p=0.025$), gebe eğitimine katılamayanlarda depresyon algısının daha çok ($8,21\pm6,08$) olduğu (Tablo 4-28),

- Depresyon ve sosyal destek puanları ortalamalarının gebelik öncesi dönemde psikolojik sorun değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0.029$; $p=0,021$), bulunduğu (Tablo 4-29),
- Gebelik öncesi dönemde psikolojik sorunu olanların en yüksek düzeyde algıladıkları desteğin ailelerinden olduğu ($19,24\pm6,42$),
- Gebelikte şiddet görenlerin aileden algılanan sosyal desteğin, istatistiksel açıdan anlamlı $p=0.001$ bulunduğu, sosyal destek algısı şiddet görmeyenlerde daha yoğun $60,28\pm15,72$ algılandığı (Tablo 4-30),
- Doğum sonu aile içi anlaşmazlık ya da şiddet varlığında depresyon algısı istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek ($p<0.05$) olduğu (Tablo 4-31),
- Çalışmamızda yakınıni kaybedenlerin depresyon açısından anlamlı algısının çok daha yüksek ($9,84\pm5,24$) olduğu (Tablo 4-32),
- Kaybedilen yakın ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunduğu ($p=0.033$; Tablo;4-32),
- Depresyon ve sosyal destek algısının daha önceki doğumların şekli ile grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ($p>0.05$), vaginal doğum yapanlarda depresyon algısının daha yoğun olduğu, her iki doğum şeklinde de aileden algılanan sosyal desteğin en yüksek düzeyde ($22,45\pm5,579$), olduğu (Tablo 4-33),
- İstanbul’da destek olacak kişi varlığı durumunda aileden algılanan sosyal destek te istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p=0.031$;Tablo 4-34),
- İstanbul’da destek olacak kişi değişkeninde depresyon algısı, eşinin ailesinden destek daha yüksek ($8,630\pm6,202$;Tablo 4-35) olduğu, depresyonla anlamlı ilişki $p>0.05$ bulunmadığı,
- Doğumdan sonra destek olacak yakının kim olduğu değişkenine göre %57,5’i anne, %21,7’si kayınvalide, olduğu, depresyonla anlamlı ($p>0.05$), ilişki bulunmadığı (Tablo 4-36),
- Doğumda yakın istemeyenlerde depresyon algısı daha yüksek ($8,260\pm6,386$) sosyal desteğin daha düşük ($60,28\pm15,721$) olduğu (Tablo 4-36),

- Kadınların %71,7'sinin doğum sonu dönemde yanında annesini, %10,6'sının kayınvalidesini istediği bu değişken ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunduğu ($p=0,021$),
- Kadınların %40,0'nın kendisine yardım etmelerini istediği için yakınlarını istediği,
- %41,7'si kalabalığa tahammülüm olmadığından yanımda istemiyorum dediği,
- Gebelik döneminde bebeği ve kendisi için endişe eden gebelerde depresyon algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu $p=0.049$, özel bir insandan algılanan sosyal desteğin anlamlı olduğu ($p=0,013$) endişe varlığında gebelerin depresyon algısının çok daha yüksek ($9,16\pm6,63$), sosyal destek algısının ise düşük ($57,81\pm15,87$;Tablo 4-38) olduğu,
- Çalışmamızda doğum sırasında endişe duyanların depresyon algısının daha yüksek ($8,570\pm6,491$) olduğu (Tablo 4-39),
- Doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili kaygı varlığında depresyon ve sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$; Tablo 4-40), kaygı varlığında depresyon algısının oldukça yüksek olduğu,
- Doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili kaygı yaşamada istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$), bulunmadığı (Tablo 4-41),
- Vaginal doğum yapanların depresyon algısı sezaryene göre daha yüksek $8,64\pm5,91$ olduğu, sezaryen doğumlarda arkadaştan algılanan sosyal desteğin daha yoğun ($19,45\pm6,89$;Tablo 4-42) olduğu,
- Gebelik haftasının depresyon ve sosyal destek algısının grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$; Tablo 4-43), 35. haftada doğum yapan gebenin algıladığı depresyon oranının çok yüksek ($10,250\pm9,069$) olduğu,
- Doğum sırasında sorun yaşayan kadınların depresyon ile sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$), doğum sırasında sorun yaşayanların sosyal desteği daha yüksek ($60,28\pm15,72$) algıladığı (Tablo 4-44),
- Çocuğun sağlık probleminin olması durumunda algılanan sosyal destekte istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu ($p=0,037$), depresyonu yoğun ($9,730\pm6,358$) algılayanların çocuğunda problemi olan kadınların olduğu (Tablo 4-45),
- Doğum sonrası emzirme zamanı değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), ilk bir saat içinde emziren annelerin depresyon algısının çok düşük ($7,320\pm5,756$) olduğu (Tablo 4-46),

- Doğum sonrası emzirme problemi yaşama depresyon ve sosyal destek algısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), emzirme problemi yaşayanların, yaşamayanlara göre depresyon algısı ($8,760\pm6,619$) daha yoğun olduğu (Tablo 4-47),
- Doğum sonrası bebeğin ve annenin bakımında destek olacak kişi varlığında depresyon arasında anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), aileden algılanan sosyal desteğin anlamlı ve diğerlerine göre çok yüksek ($23,580\pm4,655$; Tablo 4-48) olduğu,
- Doğum sonrası eş desteği varlığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), eş desteği olmayanların daha yüksek depresyon ($9,500\pm5,367$) algıladığı, aileden algılanan sosyal desteğin anlamlı ($p>0.05$) bulunmadığı (Tablo 4-49),
- Doğum sonrası eş dışında dinlenmeye destek olacak kişi varlığında sosyal destek algısında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu ($p=0,030$), depresyon algısında ise istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p>0.05$), bulunmadığı (Tablo 4-50),
- Depresyon ile sosyal destek puan ortalamalarının anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi varlığı değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), anne yokluğunda bebeğe bakacak kişi varlığında depresyon algısı yüksek ($8,32\pm6,24$) bulunduğu (Tablo 4-51),
- Anne yokken bebeğin bakımını yapacak kişi değişkeninde aileden algılanan sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı $p=0,045$ bulunduğu (Tablo 4-52),
- Anne yokluğunda bebeği bakacak kişi kadının annesi ise, depresyonun daha az algılandığı ($7,160\pm5,787$; Tablo 4-52),
- Bebeğini birine bırakma konusunda endişe yaşamaması, depresyon $p=0.007$ ve sosyal destek $p=0,009$ algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu, endişe yaşayanların depresyon algısının oldukça fazla ($12,200\pm5,361$), olduğu (Tablo 4-53),
- Maddi destek alınabilecek kişi varlığında depresyon algısının istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$), sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0,002$), bulunduğu (Tablo 4-54),
- Maddi destek alınabilecek kişide depresyon algısının istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$), ikimizin ailesinden de destek alırız diyenlerin depresyon algısının daha düşük ($7,420\pm5,200$) olduğu, sosyal destek algısının ileri derecede anlamlı ($p=0,000$), bulunduğu (Tablo 4-55),
- Doğum sonu süreçte çevre tarafından örf adetlerin baskı unsuru gibi hissedilmesi depresyon ve sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$), depresyon algısının daha yüksek $9,710\pm6,378$ olduğu (Tablo 4-56),

- Doğum sonu sosyal çevre desteğinin olması depresyon ve sosyal destek algısı istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$), bulunmadığı (Tablo 4-58),
- Çalışmamızda sosyal çevre desteği beni rahatlatmış diyen kadınlarda depresyon algısının en düşük $7,000\pm6,122$ olduğu saptandı.
- Yeterli destek alamadım diyen kadınların sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$), olmadığı (Tablo 4-59),
- Doğum sonu dönemde destek olacak yakınının kim olduğu ile ilgili depresyon ve sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$; Tablo 4-60),
- Kadının annesinden destek alması durumunda depresyonu çok düşük ($7,110\pm5,710$) sosyal desteği ise en yüksek ($24,390\pm4,034$) algıladığı (Tablo 4-60),
- Doğum sonu dönemde destek olacak yakın varlığının depresyon algısının istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$), aileden algılanan sosyal destek algısı destek alamayanlarda anlamlı derecede düşük ($p=0,012$) olduğu (Tablo 4-61),
- Doğum sonrası ilk bir saat içinde bebeğini emziren annelerin diğer değişkenlere göre depresyonu en düşük ($7,320\pm5,756$; Tablo 4-62) algıladığı,

Öneriler

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebelerin, gebeleri, gebe izlemlerinde sosyal destek algısı ve gebe psikolojisi yönünden ele alması,
- Gebelerin psikolojisini olumsuz etkileyecek her türlü soruna dikkat ederek bunları en aza indirmeye çalışması ve gebelikte sosyal desteğin artırılmasına yönelik diğer aile fertleri ile görüşülmesi,
- Doğum sonu dönemde sadece fiziksel durumu değil, depresyon skalası kullanarak psikolojik yönden de annelerin değerlendirmesi,
- Gebelik döneminde sağlanacak sosyal desteğin doğum sonu döneme de yansıtılmasını ve sosyal destekle depresyon algısının azaltılması ve daha sağlıklı anne, daha sağlıklı aile dolayısı ile sağlıklı toplum oluşmasına katkıda bulunulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebelerin, birimlerine kayıtlı bulunan kadınlar hakkında (15-49 yaş kadın izlemlerinde) aldığı bilgileri kullanarak gebelik ve loğusalık döneminde gelişebilecek olumsuzlukları erken fark etmeleri, gebelik ve

doğum sonu sorunlar büyümeden müdahale edilmesini, sosyal desteğin sağlanmasını, gebelik ve doğum sonu depresyonun önlenmesini kolaylaştırması için kullanılması,

- Annelerin gebelik ve doğum sonu depresyonunun önlenmesi, sosyal desteğin sağlanması, bebek ve çocuklara yansıyabilecek olumsuz etkileri azaltılacak veya ortadan kaldıracak girişimlerde bulunulması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Adewuya, A.O. (2005).The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*, 193: 1522-5.
- Akbayrak, T., Kaya, S (2012). Gebelik ve Egzersiz. Yayın no:730.Reklam kurdu ajansı, Ankara.
- Altınay, S. (1999). Gebelikte Depresyon Prevalansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi, Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Altınay,C.S., Aydemir,Ç., Göka,E. (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1): 11-18.
- Altshuler, LL., Cohen, LS., Moline, ML., Kahn, DA., Carpenter, D., Docherty, JP.(2001). Expert Consensus Panel for Depression in Women. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med*, (Spec No):1-107.
- Arıkan, D., Kahrıman, İ. (2002). Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5:60-67.
- Ayvaz, S.ve ark, Hoccoğlu,Ç., Tiryaki, A., Ak,İ. (2006). The Incidence of Doğum sonu Depression in Trabzon Province and the Risk Factors During Gestation. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):243-251.
- Baklaya, A.N. (2002). Doğum sonu dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe – hemşirenin rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6:42-49.
- Baltaş, Z., (2000). Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. Remzi Kitabevi. İstanbul
- Barbara, L., Parry, M.D. (1995). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams Wilkins Company, USA; 10591066.
- Berlim, M.T., Flack, P.A.M. (2007). Qulity of life in major depression. In: Quality of life Impairment in Schizophrenia, Mood and anxiety disorders. Dordrecht: Springer; p. 241-52.
- Beyca, H. (2009). Etkin emzirme eğitimi alan doğum sonu depresyonlu anne bebeklerinin doğum sonrası ilk iki aylık dönemde antropometrik ölçümlerinin

- değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. T.C. sağlık bakanlığı ümraniye eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği. İstanbul.
- Beydağ, K.D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6: 479-484.
- Blazer, D. (1995) Mood Disorders: Epidemiology. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth edition, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. Can J Psychiatry, 49:726-35.
- Borja-Hart, N., Marino, J. (2010). Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. Pharmacotherapy, 30:210-216. 38.
- Brenda, M., Leung, Y., Bonnie, N.D., Kaplan, J. (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. J Am Diet Assoc, 109: 1566-1577.
- Brown, C., Madden, P.A., Palenchar, D.R., Cooper-Patrick, L. (2000). The association between depressive symptoms and cigarette smoking in an urban primary care sample. Int J Psychiatry Med, 30 (1):15-26
- Budak, N. (2002). The importance of folic acid in woman and child health Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 24(4) 209-214.
- Büyüköç, M. (2001). Algılanan Sosyal Destek ile Doğum sonu Depresyon Arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Cebeci, S.A., Aydemir, Ç., Göka, E. (2002). Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi, 10:11-8.
- Consult Clin Psychol, 144: 188-293.
- Cooper, P.J., Murray, L. (1998). Postnatal depression. BMJ, 316: 1884-1886.
- Coşkun, A. (1986). Üreme psikozları. Hemşirelik bülteni, 3(86);87-94.
- Cox, J.L., Holden, J.M. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Br J Psychiatry, 150:782-6.
- Cox, J.L., Holden, J.M. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 -item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Br J Psychiatry, 150:782 - 6. 28.

- Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield. (2015). Williams Obstetric. Çev. Yıldırım, G. Nobel tıp kitabevi, İstanbul.
- Çalışkan, D., Öncü, B., Köse, K. (2007). Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community-based study in Turkey. J Psychosom Obstet Gynaecol, 11: 1.
- Çiçek, M. N., Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A. (2012). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Atlas kitapçılık, Ankara.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., et al. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and doğum sonu depressed mood. Journal of Affective Disorders 59:31-40.
- Danaci, A.E., Dinç, G., Deveci, A., Sen, F.S., et al.(2002). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 37:125 1-6.
- Doğum Sonrası Depresyonu PRevalansı ve Risk Faktörleri, 3 (1) : 26-31.
- Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925, Ankara. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr_2.pdf
- Doksat, K. (2003). Depresyon nedir. Birinci basamak için psikiyatri, (2):1.
- Durukan,E., İlhan,N.M., Bumin,M.A., Aycan,S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık bebeği olan annelerde doğum sonu depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. Balkan Med, 28: 385-393.
- Dündar, E.P. (2003). Yarı-Kentsel Bir Bölgede Doğum sonu Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa.
- Dündar, P. (2006). “Yarı-Kentsel Bir Bölgede Doğum sonu Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri”, <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.34.htm>, Erişim:01.10.2016
- Efe,Y.Ş., Taşkın,L., Eroğlu,K. (2009). Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turkish-German Gynecol Assoc, 10: 14-20.
- Eker, D., Arkar, H. (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol, 30:121-126.

- Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1), 17-25.
- Ekuklu, G., Tokuç, B., Eskiocak, M. ve ark. (2002). Edirne merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. <http://www.dicle.edu.tr/halks/> erişim: 13.10.2016
- Engindeniz, A.N., Küey, L., Kültür, S., (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 51 -52. 29.
- Erdem, Ö., Erten, B. Ve ark. (2012). Doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. Dicle Tıp Dergisi, 39 (3): 458-461.
- Eren, İ.T. (2000). Doğum sonu Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.
- Erenoğlu, R., Can, R., Tambağ, H., Akdeniz, Ş. (2015). Kadına Yönelik Şiddet. 3.uluslararası farklı şiddet boyutları ve toplumsal algı kongresi,1.
- Faisal-Cury, A., Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health, 10:25-32.
- Fazlagiç, A. (2011). Psihološki Korelati Postpartalne Depresije Acta. Medica Medianae, 50(4):62-68. Novi Pazar.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V.,et al. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and doğum sonu in Maltese women. Journal of Affective Disorders, 82: 297-301.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa R. (2007). Depression during pregnancy and the doğum sonu period in adolescent and adult Portuguese mothers. Arch Womens Ment Health , 10:103–109.
- Garel, M., Salobir, C., Blondel, B. (1997). Psychological consequences of having triplets: a four year follow-up study. Fertil Steril, 67: 1162-5.
- Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı , Ankara.
- Gereklioğlu, Ç., Poçan, A.G., Başhan, İ., (2007). Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 17, 126-133.

- Glasser, S., Barell V, Shoham A et al. (1998). Prospective study of Postnatal depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 19:155-164
- Goldbort, J. (2006). Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 31:121-6.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E. (1987). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the doğum sonu. *J*
- Gözüyşil, E. (2003). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Grote, N.K, Frank, E. (2003). Difficult-to-treat depression: the role of contexts and comorbidities. *Biol Psychiatry*, 53:660-70
- Grote, N.K., Frank, E. (2003). Difficult-to-treat depression: the role of contexts and comorbidities. *Biol Psychiatry*, 53:660-70.
- Gülşen, G. (2006). “Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar”,
<http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/egitim>, Erişim: 05.09.2017
- Gümüşdaş, M., Ejder A.S., Özorhan,E.Y. (2013), Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. *3. Ulusal 2. Uluslararası Ebelik Kongresi, Antalya’da poster bildirisi olarak sunulmuştur. *HSP* 2014;1(2):32-42
- Health and Social Work ,1. Stromborg MF, Olsen, SJ (1997). Instruments for Clinical Health Care Research. Second Edition, USA.
- Hergüner, S., Çiçek,E. Annagür,A., Hergüner,A.ve Örs.R. (2014). Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* ;27:15-20.
- Herrera, J.A., Hurtado, H., Cáceres, D. (1992). Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam Pract Res J*, 12:391-9.
- Hurdle DE (2001). Social support: A critical factor in womens’ health and health promotion.
- Inandi, T., Bugdayci, R., Dundar, P., Sumer, H., et al. (2005). Risk factors for depression in the first postnatal year: a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:725-30.
- Işık , T. M. (2010) Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma. Doktora tezi. Adana.

- İnandı, T., Elçi, Ö.Ç., Öztürk, A., Eğri, M., Polat, A., Şahin, T.K., (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiological*, 31; 1201-1207.
- Josefsson, A., Angelsiö, L., Berg, G., Ekström, C.M., Gunnervik, C., Nordin, C., et al. (2002). Obstetric, somatic and demographic risk factors for doğum sonu depressive symptoms. *Obstet Gynecol*, 99: 223-8.
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E. ve Türeci, F. (2001). “Doğum Sonrası Depresyon”, *STED*, 10(9): 333-334
- Karaçam Z, Ançel G. (2007). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, Oct 10.
- Karaçam,Z., Kitiş.Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2):187-196
- Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N. (2000). Doğum sonu hüzün ve depresyonlar Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Psikiyatri Birimi, Duygu durum Dizisi ;2:64-71.
- Kazarian, S. S., Mc Cabe, S. B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretial implications. *Joyrnal of Community Dsychology*,19,150-160.
- Kennedy, P., Beck, C., Driscoll, J. (2002). “A Light in the Fog: Caring for Women With Doğum sonu Depression”, *Journal of Midwifery Women’s Health*, 47(5): 318-329.
- Kennedy, R., Suttentfield, K. (2006). “Doğum sonu Depression”, *Medscape General Medicine Journal*, 3(4).
- Kesgin, C., Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın tanımı; Başaçıkma. *journal of İstanbul kültür university*, 3:47-49.
- Kılınç, S. Torun, F. (2011). Doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39 (3): 458-461.
- Kırpınar, İ. (1995). Doğum sonu psikiyatrik bozukluklar (2). *Psychomed* 1(3):94.Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. Novartis A.Ş. İstanbul, 36-49
- Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum.C.Ü.Tıp.Fak.Dergisi 23(1):61-64.Sivas
- Kurki, T. Hiilesmaa, V., Raitasalo, R. et al. (2000) Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology* , 95:487

- Lau, R. Morse, C.A. (2001). Parents' coping in the neonatal intensive care unit: a theoretical framework. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 22:41-47.
- Lau, Y. (2007). DWF Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med*, 64:1802-181
- Lee, DTS., Yip, ASK., Leung, TYS., Chung, TKH. (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: Prospective longitudinal study. *HKMJ*, 6: 349-354. 20.
- Lee, T., Holditch-Davis, D., Miles, S. (2007). The influence of maternal and child characteristics and paternal support on interactions of mother and their medically fragile infants. *Res Nurs Health*, 30:17-30
- Lwellyn, AM., Stowe, ZN., Nemerrof, CB. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 58:26-32.
- Marakoğlu, K., Özdemir, S., Çivi, S. (2009). Doğum sonu Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(1):206-214.
- Marakoğlu, K., Şahsıvar, MŞ. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28:525-532.
- Marcus, SM., Flynn, HA., Blow, FC., Barry, KL. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt)*, 12:373-80.
- McCoy, SJB., Beol, JM., Shipman, SBM., Payton, ME., Watson, GH. (2006). Risk factors for doğum sonu depression: A retrospective investigation at 4 weeks postnatal and a review of the literature. *JAOA*, 106: 193-198.
- Mckee, MD., Cunningham, M., Jankowski, RBK., Zayas, L. (2001). Health-Related Functional Status in Pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in a Multi-Ethnic Population. *Obstet Gynecol*, 97:988-93.
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* ;1(2):71-76.
- Meyer, BA., Arnold, JA., Pascali, BD. (2001). Social support by Doulas during labor and the early doğum sonu period. *Hospital Physician*, September:57-65
- Morris, K., Bernstein, P. (2006). "Doğum sonu Depression", *Medscape Women's Health*, 7(1).

- Muzik, M., Marcus, SM., Heringhausen, JE., Flynn HA. (2009) When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and doğum sonu obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 36:771–788.
- Neziroğlu, F. (1992) Onset of obsesive compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry*, 149:947-950
- Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, DA., Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26: 55-59.
- Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:98-105.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş., İstanbul, 203- 207.
- Phillips, K. (2005). Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers. Center for prevention and health services. Issue Brief, 3:1-20.
- Pinto, E., Barros, H., Dos Santos, S. (2008). Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy. a follow up study in the north of portugal. *Public Health Nutr*, 12: 922–931
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of doğum sonu depression. *Journal of Affective Disorders*, 49:167-80.
- Savrun, M.B. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi . İ.Ü . Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul, s.11-17.
- Sayiner, D., Özerdoğan, N. (2009) Doğal Doğum Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2:3.
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., Loiselle, J. (1999). Depressive symptoms in the late postnatal among low socioeconomic status women. *Birth*, 26:157-63.
- Seguin, L., St-Denis, M., Loiselle, J.. (1995). Chronic stressors, social support and depression during pregnancy. *Obstet- Gynecol*;85: 583-8.
- Stewart, D. (2005). Depression during pregnancy . *Can Fam Physician*; 51:1061-1063
- Stocky, A., Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 14:73-87.

- Sünter, A.T. Güz, H., Canbaz, S., Dünder, C. (2006). Samsun il Merkezinde Şenol, S., Yüksel, N. (1997). “Kadın Psikolojisi ve Kadınlara Özgü Ruhsal Sorunlar”, STED, 6(3): 93-96.
- Şentürk, V. (2008). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. Kriz Dergisi 2008;16: 25-34.
- Şirin, A., Kavlak, O. (2008). Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayın. İstanbul.
- T.C Sağlık Bakanlığı-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (<http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-izlemleri.html>) erişim; 20.07.2016
- Taşdemir, S., Kaplan, S., Bahar, A. (2006). Doğum sonu depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2):105-118.
- Taşkın, L. (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara, 463-464.
- Tezel, A., Gözüm, S. (2005). Doğum sonu Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 62-68.
- TNSA 2013 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA2013_ilerianaliz.pdf. erişim; 18.07.2016.
- Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, A. H., Sertbaş, G., Kandemir, H. (2008). Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşiv, 45:9-13.
- Vural, G., Akkuzu, G. (1999). “Normal Vaginal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1); 33-37
- Ward, R.K., Zamorski, M.A. (2002). Benefits and risks of psychiatric medications during pregnancy. Am Fam Physician, 66:629-36.
- Wickberg, B., Hwang, C.P. (1997). Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. Acta Psychiatr Scand, 95:6266.
- Xie, R.H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., Wen, S.W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and doğum sonu depression. Ann Epidemiol, 19:637-643
- Yeşilçiçek, Ç.K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(1):142-162.
- Yıldırım İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1997;13:81-87.

- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P. (2011). Doğum sonu depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Uluslararası insan bilimleri dergisi;cilt8 sayı1:31-46.
- Yıldız, M., Ünal, S. (1996). Gebelik ve psikiyatrik sorunlar. Psycho Med, 2:141-146.
- Yüksel, N. (2007).Paroksetin ve Depresyon Klinik Psikiyatri, 10 (Ek 1):3-8.
- Zajicek E (eds), Pregnancy: a psychological and social study. Academic Press, London, 57-73
- Zajicek, E. (1981). Psychiatric problems during pregnancy. In: Wolkind S, Zimet, GD., Dahlem, NW., Zimet, SG. ve ark. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess, 52: 30-41.
- Zimet, GD., Powel, SS., Farley, GK. ve ark. (1990), Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess, 55: 610-617.
- Zuckerman, B., Amaro, A., Bauchner, H., Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. Am J Obstet Gynecol, 160:1107-111.

FORMLAR

Etik kurul kararı (Ek1)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	16.02.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	16.02.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 113	Tarih: 03.03.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMLİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

* :Toplantıda Bulunma

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni (Ek 2)

PROTOKOL

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Selma Aytaç Hancıoğlu arasında düzenlenmiştir. Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Çalışma İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumluluğunda, Fatih İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi sınırları dahilinde yürütülecektir. Çalışmanın adı: Sosyal Destegin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Saadet Yazıcı, Selma Aytaç Hancıoğlu

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu çalışma sahasında uygulanacak olan anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Madde 3-

Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır. Sözleşme şartlarında aykırılık: Protokol süresince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.

Protokolün Süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü ilgili kurumda 4 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç 29/06/2015 Bitiş 29/10/2015

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların Çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'ne teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki (a) ve (b) maddeleri yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

e) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Taraflar:

.../.../2015

Araştırmacı
Adı-Soyadı:
Selma Aytaç Hancıoğlu




Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Onur Özlem KÖSE


Prof. Dr. G. Nurban İNCE
Halk Sağlığı Müdürü

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Ek İzni (Ek 3)

PROTOKOL

Çalışmayı yürütecek olan kişiler:	Doç. Dr. Saadet YAZICI sorumluluğunda Selma AYTAÇ HANCIOĞLU
Çalışmanın Türü	Yüksek Lisans Tezi
Çalışmanın adı:	Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:	Fatih İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi Sofular Aile Sağlığı Merkezi
Çalışmanın gerçekleştirileceği tarih aralığı	20 Mart 2016 – 1 Haziran 2016

Madde 1. Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Selma AYTAÇ HANCIOĞLU (Adres: Kızıtaşı Cad. No:21 Fatih İstanbul) arasında düzenlenmiştir.

Madde 2. Bu protokol İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu sahada gerçekleştirilecek olan çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. Çalışmayı gerçekleştirecek kişi veya kişiler çalışma süresince kapsam dışı hiçbir veri toplamayacaklardır. Çalışmanın kapsamı Müdürlük'e ıslak imzalı olarak sunulan başvuru dosyasındaki bilgilerle belirlenmiştir. Herhangi bir anlaşmazlıkta Başvuru Dosyasında sunulan bilgiler esas alınacaktır.

Madde 3. Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak taraflar protokolü daha önce sonlandırma hakkına sahiptir.

Madde 4. Çalışmaya katılım için gönüllülük esastır. Çalışma kapsamında kişilere önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilecek ve kişilerden onay alınacaktır. Araştırma sırasında veriler kişi mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde geçerli gizlilik ve şahsi itibarın korunması hükümlerine uyulması suretiyle toplanabilecektir.

Madde 5. Protokole konu olan çalışmayı sadece yukarıda ismi anılan kişiler yapabileceklerdir. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecek ve gerekli işlemler başlatılacaktır.

Madde 6. Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Anlaşılmasını durumunda yetkili mahkemeler itilafın çözümü için sürece dahil edilecektir.

Madde 7. Araştırma sonuçlarının kullanılarak üretilen her türlü materyalde (tez, makale, poster sunum vb.) çalışmanın gerçekleştirildiği kurum veya kuruluşların ismi açık olarak kullanılamayacaktır. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Madde 8. Çalışmanın sonucunda elde edilecek olan sonuç raporu, akademik yayın veya tezin bir örneği Müdürlük kütüphanesinde değerlendirilmek üzere İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'ne teslim edilecektir.

**Araştırmacı
Adı-Soyadı:**

Selma AYTAÇ HANCIOĞLU
18.03.2016




**Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Onur Özlem KÖSE**

OLUR
Dr. Mustafa ÖZDEMİR
Halk Sağlığı Müdür V.



Gebelik dönemine ilişkin soru formu (Ek-4)

Bu çalışma; “Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi” nin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Fatih Sofular Aile Sağlığı Merkezi
Ebe. Selma HANCIOĞLU AYTAÇ

İletişim bilgileri;

Adınız, Soyadınız?.....

Adres:

Tel:

1. Kaç yaşındasınız?.....

1. 15-19 2. 20-24 3. 25-29 4. 30-34 5. 35-39 6. 40 ve üzeri

2. Eğitim durumunuz?

1. Okuryazar değil 2. İlkokul /okuryazar 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite ve üzeri

3. Eşinizin eğitim durumu?

1. Okuryazar değil 2. İlkokul /okuryazar 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite ve üzeri

4. Çalışıyor musunuz?

1.Evet(mesleğiniz)..... 2.Hayır

5. Eşiniz çalışıyor mu?

1.Evet(mesleği)..... 2.Hayır

6. Aile Tipiniz (kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?)

1. Geniş aile (ailede kimler var)..... 2. Çekirdek aile 3. Diğer...

7. Evde yaşayan kişi sayısını belirtiniz?.....

8. Sosyal güvenceniz var mı?

- 1.Evet..... 2. Hayır
9. Sosyo-ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 1.Gelirim giderimden fazla 2.Gelirim giderime denk 3. Gelirim giderimden az
10. Yaşadığınız ev kime ait?
1. Kendi evimiz 2. Kira 3. Yakınlarının yanı.....
11. Gebelikten korunmak için kullandığınız aile planlaması yöntemi var mıydı?
1. Evet (Belirtiniz) 2. Hayır
12. Sistemik bir hastalığınız var mı?
- 1.Evet (Belirtiniz) 2. Hayır
13. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?(gebelik öncesi)
- 1.Evet (Belirtiniz) 2. Hayır
14. Evlenme yaşıınız?.....
15. İlk cinsel ilişki yaşıınız?.....
16. Kaçınıcı evliliğiniz?.....
17. Evlilik süreniz?
1. 1yıldan az 2. 1-5 yıl 3. 6-10 yıl 4. 10 yıldan fazla
18. Gebelik, düşük ve çocuk sayınız?
- 1.G:.... 2. P:.... 3. A:.... 4.Y:....
19. Bu gebeliğiniz İsteyerek mi oldu?
- 1.Evet..... 2. Hayır.....
20. Bu gebeliği kim istedi?
- 1.Ben istedim 2. Eşim istedi 3.Diğer.....
21. Gebelik sırasında Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?
1. Evet..... 2.Hayır.
22. Gebelik döneminde gebe eğitime/eğitim sınıflarına katıldınız mı?
- 1.Evet..... 2. Hayır.

23. (Evet ise) Nerede ? ne kadar süre eğitim aldınız?

1. Hastanede 2. Özel klinikte 3. Diğer...

24. Gebelik öncesi dönemde psikolojik sorunlarınız oldu mu?

1.Evet 2. Hayır.

25. (Evet ise) bu sorunu neye bağlı olarak yaşadınız?.....

26. Bununla ilgili Profesyonel desteğe ihtiyacınız oldu mu?

1.Evet..... 2. Hayır.

27. Profesyonel destek aldınız mı?

1. Evet..... 2.Hayır

28. (27. Soru Evet ise) Kimden aldınız? Ne kadar süre aldınız?

1.Psikiyatrist 2. Psikolog.....3.Diğer.....

29. Psikolojik sorunlarınıza yönelik ilaç kullandınız mı?

1. Evet(ise ilacın adı ve süresi)..... 2.Hayır

30. Gebeliğinizde ya da daha önce aile içinde hiç şiddet gördünüz mü?

1.Evet(kimden)..... 2.Hayır

31. Son 6 ay içinde 1. dereceden yakınınızı kaybettiniz mi?

1.Evet..... 2. Hayır

(32-34. sorular) İki ve üzerinde gebelik/doğumu olanlara sorulacak

32. Daha önceki doğumları nerede yaptınız?

1.Hastanede 2.Evde 3.Diğer (Belirtiniz)

33. Daha önceki gebeliklerinizin doğum şeklini belirtiniz.

1.Normal Vaginal doğum

2. Müdahaleli Vaginal doğum

3. Sezaryen

34. Daha önce 4 kilonun üzerinde çocuk doğurdunuz mu?

1.Evet 2. Hayır

35. Bu doğumdan sonra herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1.Evet

2. Hayır

36. (35. Soru Evet ise) Aşağıdakilerden hangisi/hangileri?

1. Doğum sonu kanama

2. Emzirme problemleri

3. Enfeksiyon

4. Diğer.....

37. İstanbul'da eşinizin ya da sizin ailesinden size destek olacak yakınlarınız var mı?

1.Evet.....

2. Hayır

38. Doğum sonu dönemde bebeğe ve size destek olan bir yakınınızı belirlediniz mi?

1.Evet.....

2.Hayır...

39. (Evet ise) kim destek olacak

1.Eşi

2.Annesi

3.Kayınvalidesi

4.Diğer.....

40. Doğum eyleminde yakınlarınızdan birisinin yanınızda olmasını ister misiniz?

1. Evet (Kim.....)

2.Hayır

41. Doğum sonu dönemde yakınlarınızdan birisinin yanınızda olmasını ister misiniz?

1. Evet (Kim.....)

2.Hayır

42. Doğum eyleminde ve doğum sonu dönemde yakınlarınızdan birisinin yanınızda isteme ya da istememe nedeninizi açıklar mısınız?

.....

43. Bebeğiniz ve kendinizle ilgili endişeleriniz var mı? Neler?

.....

Doğum sonu döneme ilişkin soru formu (Ek-5)

Bu çalışma; “Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi'nin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Fatih Sofular Aile Sağlığı Merkezi
Ebe. Selma HANCIOĞLU AYTAÇ

1. Doğum şekli?
2. Normal vaginal doğum 2. Müdahaleli Vaginal Doğum 3. Sezaryen doğum
3. Doğum Haftası?.....
4. Çocuğunuzda herhangi bir sağlık problemi var mı?
1.Evet..... 2. Hayır
5. Doğum sırasında kendiniz ve bebeğinizle ilgili endişeleriniz oldu mu?
1.Evet..... 2. Hayır.....
6. Doğum sırasında bir sıkıntı yaşadınız mı?(fetal distress, distosi vs)
1. Evet ise (Belirtiniz)..... 2. Hayır
7. Bebeğinizi doğumdan ne kadar sonra emzirdiniz?.....
8. Bebeğinizi emzirme sırasında yardıma ihtiyaç duydunuz mu?
1. Evet..... 2. Hayır.....
9. Doğum sonrası emzirme problemi yaşadınız mı?
1. Evet..... 2. Hayır.....
10. Bu problemi neye bağlı yaşadınız?.....
11. Bebeğinizin öz bakımı ile ilgili kaygı yaşadınız mı?
1. Evet..... 2. Hayır.....
12. Bebeğinizin ve sizin bakımında size destek olacak birileri var mı?
1. Evet..... 2. Hayır
13. Doğum sonu dönemde Eşinizin desteği oluyor mu?
1.Evet..... 2. Hayır.....
14. Doğum sonu sizin dinlenmenizi sağlayacak destekçiniz oldu mu?
1.Evet..... 2. Hayır.....

15. Aile içinde sizi olumsuz etkileyebilecek anlaşmazlık ya da şiddet yaşandı mı?
Evet..... 2. Hayır.....

16. Bebeğinizin bakımı konusunda ne kadar süre ile destek alacaksınız?.....
.....

17. Siz olamadığınız zamanlarda bebeğinizin bakımını üstlenecek birileri var mı?
Evet 2. Hayır.....

18. Bu konuda endişe yaşıyor musunuz?
Evet 2. Hayır.....

19. Bu dönemde maddi yönden ihtiyaç duyduğunuzda size destek olabilecek birileri var mı?
Evet 2. Hayır.....

20. Doğum sonu süreçte çevreniz tarafından örf- adetlerinizi baskı unsuru gibi hissettiğiniz oldu mu?
1. Evet..... 2. Hayır.....

21. Doğum sonu sosyal çevre desteğinin olması/olmaması sizi nasıl etkiledi?
(belirtiniz).....

22. Yeni doğanın özellikleri

- a. Boyu.....
- b. Kilosu.....
- c. Baş çevresi.....

1.dakika APGAR skoru.....5. dakika APGAR skoru.....

d. Cinsiyeti

1. kız 2. Erkek

e. Beslenme şekli

1.Sadece Anne sütü 2. Anne sütü ve mama 3.Sadece mama

Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ). (Ek-6)

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok seyrek

Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık

Bazen.

Hemen hemen hiç

Asla

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formu (Ek-7)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.

Sizce doğruya en yakın olan 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, kardeşlerim) 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 güvenilebilirim.

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. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) 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

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Ek-8)

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma; “Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi ’nin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır.

1 Mart 2015 – 30 Eylül 2015 tarihleri arasında Fatih Sofular Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilecektir. 15-49 yaş arasında evli, 32.-36. gebelik haftaları arasında olan hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadınların örnekleme alınması planlanmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda oluşturulan gebelik döneminde ve doğum sonu döneminde uygulanacak iki soru formu hazırlandı. Gebelik döneminde uygulanacak soru formunda sosyo-demografik özelliklere ve sosyal destek algısına yönelik 43 soru, doğum sonunda uygulanacak soru formunda 21 soru bulunmaktadır.

Ayrıca Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılacaktır.

Araştırmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. İsminiz saklı tutulacaktır ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Ebe. Selma HANCIOĞLU AYTAÇ

Araştırmacının Çalıştığı Kurum: Fatih Sofular ASM. Cep Tel No: 0505 819 08 15

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve istediğim zaman herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmaksızın, gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

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

Gönüllünün adı-soyadı ve imzası:

.....