

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANNE VE BABALARDA POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Nilüfer SERHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Emel EGE

KONYA-2010

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANNE VE BABALARDA POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Nilüfer SERHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Emel EGE

KONYA-2010

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince araştırmanın her aşamasında desteği ve katkıları bulunan Sayın Yrd.Doç.Dr. Emel EGE'ye, çalışma yaşamımda ve tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile her zaman destek olan hem hocam hem de çalışma arkadaşım Doç.Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU'na, veri toplama aşamasında Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 75.Yıl Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan 94-95-96 Nolu Aile Hekim arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma, beni yetiştiren, destekleyici, özverili, duyarlı olan anneme, babama ve kız kardeşime, her zaman anlayışlı, pozitif, güler yüzlü olan, maddi manevi her türlü desteğini benden esirgemeyen gönül dostum Dr.Cengiz DOĞAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Nilüfer SERHAN

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	
ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
1.GİRİŞ.....	1
1.1. DEPRESYONUN TANIMI.....	5
1.1.1. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	6
1.1.2. Depresyonun Nedenleri.....	8
1.1.2.1. Biyolojik Etkenler.....	8
1.1.2.2. Psikososyal Etkenler.....	9
1.1.3. Depresyonun Kliniği.....	10
1.1.4. Gebelik ve Depresyon.....	12
1.2. POSTPARTUM DEPRESYON.....	14
1.2.1. Postpartum Depresyonun Tanımı.....	14
1.2.2. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi.....	14
1.2.3. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri.....	14
Biyolojik ve Fiziksel Faktörler.....	15
Psikososyal Faktörler.....	15
Genetik Faktörler.....	17
1.2.4. Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri.....	17
1.2.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi.....	18
Psikoterapi-Psiko-Sosyal Bakım.....	18
Farmakolojik Tedavi.....	19
1.3. POSTPARTUM DEPRESYONDA HEMŞİRELİK BAKIMININ ÖNEMİ.....	19

2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
2.1. Araştırmanın Şekli	21
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
2.3. Araştırmanın Evreni.....	21
2.4. Araştırmanın Örneklemi	22
2.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	22
2.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	22
2.6.1. Anne Tanıtım Formu	22
2.6.2. Baba Tanıtım Formu.....	23
2.6.3. Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS)	23
2.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	23
2.8. Değişkenler.....	24
2.8.1. Bağımlı Değişkenler.....	24
2.8.2. Bağımsız Değişkenler.....	24
2.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	25
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
2.11. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları.....	26
2.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	26
3. BULGULAR.....	27
3.1. Annelerin ve Babaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
3.2. Annelerin ve Babaların Doğum Sonu Depresyon Puan Ortalamaları İle İlişkili Bulgular.....	32
3.3. Annelerin Postpartum Depresyon Açısından Risk Faktörlerinin İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	37
4. TARTIŞMA.....	38

4.1. Araştırmaya Katılan Annelerin ve Babaların Tanımlayıcı Özellikleri....	38
4.2. Annelerin ve Babaların Doğum Sonu Depresyon Puan Ortalamaları İle İlişkili Bulguların Karşılaştırılması.....	43
4.3. Annelerin Postpartum Depresyon Açısından Risk Faktörlerinin İncelenmesi.....	46
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
5.1. Sonuçlar.....	47
5.2. Öneriler.....	49
6.ÖZET.....	50
7. SUMMARY.....	51
8.KAYNAKLAR.....	52
9.EKLER.....	61
Ek-A Sosyodemografik Anket Formu (Anneler İçin).....	61
Ek-B Sosyodemografik Anket Formu (Babalar İçin).....	64
Ek-C Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS).....	66
Ek-D Selçuk Üniversitesi Etik Kurul Kararı.....	68
Ek-E Eskişehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nden Alınan İzin Yazısı.....	69
10.ÖZGEÇMİŞ.....	70

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EPDS : Edinburg Postpartum Depresyon Skalası

YLD : Years Lived with Disability

ESEMED : The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders

SPSS : Statistical Package for Social Sciences for Windows

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “Sadece hasta olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlar (Gereklioğlu ve ark., 2007). Fiziksel olarak hiçbir sorunu olmayan, ancak kendini iyi hissetmeyen bireyin sağlıklı olduğundan söz edemeyeceği gibi, fiziksel açıdan herhangi bir engelli olmasına karşın kendini işe yarar ve üretken hisseden bireyin de sağlıklı olduğu söylenemez. Bu açıdan bakıldığında sağlık, bireylerin üretken olma ve yaşama aktif katılma istekleriyle bir bütünlük oluşturması şeklinde de ifade edilebilir. Gelişen bilim ve teknoloji, geçmişte insan sağlığını tehdit eden pek çok soruna çözüm getirirken, aynı zamanda farklı sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bunun yanında hızlı yaşam biçimi, ekonomik belirsizlik, işsizlik gibi sosyal faktörlerin yol açtığı ruhsal problemler ve depresyon gittikçe yaygınlaşmaktadır. Ruhsal problemler içinde, son yıllarda daha da dillendirilen, gündelik yaşamın içine giren ve bireylerin yaşam enerjisini tüketen bir sorun olarak depresyonun görülme sıklığı da artmıştır (Köşgeroğlu ve ark. 2009). Konuya ilişkin literatür incelendiğinde; depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığı, hatta bu artışın depresyonun dünyadaki en ölümcül hastalıklar içinde ilk üç hastalık arasına girmesine yol açtığı belirtilmektedir (Yüksel 2003; WHO 2005). Dünyada, her 100 erkeğin ikisi, her 100 kadının dördünün, yaşamının belli bir döneminde depresif rahatsızlık geçirebileceği belirtilmektedir. Konuyla ilişkili bir çalışmada, toplumda depresif belirtiler gösterenlerin oranının yaklaşık % 15-20 olduğu, bu oranın kadınlarda % 10–25, erkeklerde % 5–12 arasında değiştiği ve % 12’sinin tedaviyi gerektirecek kadar ağır oldukları saptanmıştır (Buzlu ve ark 2006).

Depresyon; kısa süreli öznel bir duygu biçimi olarak ortaya çıkan, kendine özgü belirtilerle (aşırı uyku-uykusuzluk, aşırı yeme-iştah kaybı gibi) seyreden, bir içe dönüş durumu olup yaşamdan tat almama, isteksizlik, yorgunluk, ağlama isteği gibi ruhsal dalgalanmaların eşlik ettiği bir durum ya da bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Özyüksel ve Uluğ.2007; Kocabaşoğlu ve ark.2004; Güleç ve ark. 2007, Can ve ark,2008). Toplumda yaşanan sosyo-ekonomik belirsizlik, işsizlik gibi temel yaşamsal sorunlar yanında, evlilikte yaşanan gerilim, iş yerinde yaşanan çatışmalar, bireylerin yaşam enerjisini tüketmekte, baş etme yeteneklerini azaltmakta ve bireyin üretkenliğinin düşmesine yol açmaktadır. Bunun yanında yaşam süreci

içinde bireylerden beklenen rol ve sorumlulukların değişmesine yol açan ve bireysel uyum yapma yeteneğini zorlayan koşullarda, ruhsal uyum yeteneğini bozabilir (Özyüksel ve Uluğ.2007;Özdemir ve Rezaki 2007; Annagür,2008). Bu duruma en çarpıcı örnek evlilik ve iki kişilik birlikteliğe eklenen bir doğum eylemi ve sonrasdır. Belirli düzeyde yaşanan gerilimler bireylerin kendilerini keşfetmede ve sorun çözme becerilerini geliştirmede olumlu katkı verebilir. Ancak, yeni bir duruma uyum gerektiren süreçte, uzun süreli yaşanan zorlanmalar ve bu zorlanmaların artarak sürmesi, deneyim eksikliği, sosyal destek yetersizliği gibi sorunların eklenmesiyle bireyler de depresyon görülme oranı artabilir. Doğum öncesi dönemde kadın gebeliğe ve gebeliğin getirdiği fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlere bir uyum süreci yaşar (Sevil ve ark. 2004; Kocabaşoğlu ve Başer 2008; Akbaş ve ark. 2008). Doğum eylemi mutlu sona ulaşmada sancılı bir deneyimden geçmeyi gerektirir. Bu dönem de eşler arasındaki uyum, doğum sonrası değişen aile içi ilişkilere ve rollere yansır. Ancak ebeveynlerin bu değişime hazırlıklı ve istekli olmaları uyumu kolaylaştırmada temel belirleyicidir (Akdeniz ve As.2004; Nur ve ark.,2004; Taşdemir ve ark.2006; Castlea ve ark. 2008). Bunun yanında depresyon, yaşamın her döneminde ve her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25–44 yaşları arasında daha sık izlenen ruhsal bir sorundur. Kadınlar için bu yaş dönemleri aynı zamanda üreme dönemlerini de içermektedir. Kadınların üreme hormonlarında değişim dönemleri; puberte, doğum kontrol hapı kullanımı, adet döneminin geç luteal evresi, gebelik ve doğum sonu dönemi ve perimenopoz dönemidir. Özellikle kadınların doğum sonu dönemde duygu durum bozuklukları dramatik olarak çok sık görülür (Akdeniz ve Gönül 2004).

Doğum sonrası depresyon sıklığı %5-20 arasında bildirilmekle birlikte genel görülme sıklığı %10 olarak kabul edilmektedir. Pospartum dönemde kadınlarda, ilk 4-5 haftada depresyon görülme riski, normal döneme göre 3 kat ve ruhsal yakınmalarla hastaneye başvurularda ise 7 kat artış söz konusudur. Doğum sonrası dönemdeki depresyonun en sık belirtileri uyku bozukluğu, yorgunluk, irritabilite, iştah azalması, dikkat dağınıklığı, yetersizlik düşünceleri, bebeğe zarar verir miyim ya da bebeğin sağlığı ile ilgili düşüncelerdir (Vural ve Akkuzu, 1999, Ekuklu ve ark.2002, Limlomwongse ve ark 2006; Özdemir 2007). Doğum sonrası depresyonunda ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı zıt duygular daha ön plandadır. Doğum sonrası depresyonun diğer bulguları; duygu durumun deprese

olması, karamsarlık, aktivitelere ilginin azlığı, çocuğun bakımında güçlükler, suçluluk hissi, kendine güven azlığı, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon ve intihar düşünceleridir (Lindahl ve ark 2005, Teissedre ve ark. 2004; Aydemir 2007). Ülkemizde doğum sonrası kadınlarda depresyon sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda postpartum depresyon sıklığı %33,2 (Ege ve ark.2008), %17,5 (Eren ve ark 2007), % 23, (Efe ve ark 2009) olarak bulunmuştur. Doğum sonu depresyon için risk etkenleri içinde; gebelik sırasında tedavi edilemeyen depresyonun varlığı, kadın ya da eşinin işsizliği, evlilikte eşler arası ilişki sorunlarının varlığı, travmatik bir doğum yaşamış olma, toplumsal ve çevresel koşulların kötü olması, planlanmamış gebelikler, çoğul gebelik, eşlerin deneyimsiz olmaları, yeterince sosyal desteğin olmaması ve daha önce kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimlerinin varlığı, erken anne bebek ayrılığı gibi durumlar sayılabilir (Türkistanlı ve ark.2002, Atasoy ve ark. 2004; Taşdemir ve ark.2006, Beydağ 2007, Ayvaz ve ark.2006). Danacı ve arkadaşlarının (2002) yaptığı epidemiyolojik bir çalışmada çocuk sayısı, evin durumu, göç etme, önceki ruhsal bozukluk öyküsü, eşte ruhsal bozukluk öyküsü ve eş-eşin ailesi ile şiddetli geçimsizliğin doğum sonu depresyon için risk olduğunu bildirmişlerdir. Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde çökkün duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları, doğum sonrası depresyonun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta, anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (Sabuncuoğlu ve Berkem 2006, Chen ve ark 2007). Doğum sonrası depresyonun saptanmasının en önemli amaçlarından biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (Kara ve ark 2001, Nur ve ark 2004, Akdeniz ve As 2004, Eren 2007).

Doğum sonrası depresyon sorunu olan kadınlar, yineleyen depresyon bakımından da yüksek risk taşımaktadırlar (Tezel ve Gözüm 2005, Gereklioğlu ve ark.2007, Özdemir 2007). Doğum sonu depresyon anne dışında ailenin diğer bireylerinde de önemli olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Hoffman ve ark. 2006, Goodman 2004). Yurt dışında yeni anne-baba olan bireyler üzerinde yapılan

Çalışmalarda anneler kadar babalarında doğum sonu depresyona yatkınlığının olduğu görülmektedir. Konuya ilişkin bir çalışmada anne ve babaların postpartum hüzün ve depresif belirti gösterme durumları incelenmiş annelerin %24'nde ilk haftada postpartum hüzün belirtileri gösterdikleri, ikinci ayın sonunda annelerin %12(19)'sinde belirtilerin devam ettiği, sadece bir babanın Edinburg Postpartum Depression Scale (EPDS) puanının 10'un üzerinde olduğu görülmüştür (Edhborg 2008). Paulson ve arkadaşları (2006) yaptığı çalışmada doğum sonu depresyon oranının annelerde %14, babalarda ise %10 oranında görüldüğünü belirtmişlerdir. Yurt dışında çiftler ile yapılan bir çalışmada doğum sonu altıncı haftada annelerin postpartum depresyon oranı %27,5, babaların postpartum depresyon oranı ise %9 olarak bulunmuştur (Condon ve ark. 2004). Brezilya'da yapılan bir çalışmada ise annelerin %26,3'nde, babaların ise %11,9'unda postpartum depresyon görüldüğü bildirilmiştir (Pinheiro ve ark. 2006). Babalarda depresyon görülmesinin nedenleri arasında eşin depresyona girmesi, evdeki düzenin ve yaşam tarzının değişmesi, geçirilmiş depresyon öyküsünün varlığı, anne baba olma konusunda yetersizlik yaşayacağını düşünerek aşırı strese girmek, ocuk bakımında rol almada glklr yaşama, eşle iletişim sıkıntısının varlığı, evde ikinci plana düşme duygusu, uykusuzluk, doğum öncesindeki sosyal ortama katılımın azalması, maddi yönden harcamaların artması, sınırlı gelire sahip olma ya da işsiz olma gibi durumlar sayılabilir (Edwards ve ark 2004; Condon ve ark.2004; Cronenwett 2005, Boyce ve ark. 2007, Garfield ve Isacco 2009). Doğum sonu depresyonda babada annelerdeki belirtilere ek olarak alkol ve madde kullanımı, işyerinde daha çok vakit geçirme, eve geç gelme, sorumsuzluk, ilgisizlik, öfke, evlilik dışı ilişki gibi durumlarda görülebilir. Erkekler içinde bulundukları bu durumu depresyon olarak adlandırmadıkları gibi, çevrelerinden arkadaşlarından veya bir uzmandan yardım talebinde de bulunmazlar ki, bu da durumun daha kötüye gitmesine sebep olmaktadır. Babada doğum sonu depresyon tedavi edilmezse annedeki gibi hem tekrarlayıcı hem de çocuğun gelişimini etkileyecek düzeyde tehlikelere sebep olabilir (Paulson ve ark.2006, Moran ve O'hara 2006, Spector 2006, Bielawska ve Kossakowska 2006, Humenik ve Fingerhut 2007, Groyol, 2008, Castlea ve ark 2008, Broberg 2008).

Ülkemizde postpartum depresyon oranı kadınlarda daha fazla araştırılmasına karşın postpartum dönemde babalarda depresyon görülmesine yönelik literatüre

rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı anne ve babalarda postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

1.1. DEPRESYONUN TANIMI

Depresyon, aşağı doğru bastırma anlamına gelen Latince “depresus” kelimesine karşılık kullanılan bir terimdir. Depresyon ifadesi tıbbi literatürde, bireylerde genel bir mutsuzluk, ilgisizlik, bitkinlik, aşırı hüznün ve kederli olma, zevk almama, içe dönüklük, sosyal yaşamdan uzaklaşma, değersizlik, işe yaramama duygusu gibi belirtileri de içeren bir durumdur. Beklenmeyen yaşam olayları ve ani gelişen travmalar karşısında bireylerin duygu durumunda dalgalanmalar ortaya çıkar. Depresyon yaşlı, çocuk, erişkin, genç ayrımı yapmaksızın her yaş grubundan bireylerin yaşamının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmekte, uygun tedavi edilmemesi durumunda ise tekrarlayabilmektedir (Özyüksel ve Uluğ 2007, Tözün ve Ünsal 2008).

Toplumda genel olarak major depresyon yaygınlığı % 4,4 - % 19,6 ve % 17’dir. Her 4 kadından birisi ya da her 8–10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir major depresif bozukluk geçirmektedir (Ruhi 1999; Buzlu ve ark. 2006). Öte yandan depresyon tedavi edilmediğinde, tekrarlayabildiği gibi, yeti yitimine kadar gidebilen dramatik sonuçlara ulaşabilmektedir. Konuya yönelik bir çalışma da depresyon tanısı alan hastalarda kalıntı belirtilerin yeti yitimi ile ilişkisini incelenmiştir. Bu çalışma da 104 hastayla yapılan 3 aylık izlem çalışmasında ilk görüşmede yoğun olan depresif ve anksiyete belirtilerinin, yeti yitiminin, depresyon tedavisinin düzenli ve yeterli yapıldığında, 3 ayın sonunda istatistiksel olarak azaldığı, tedaviye devam etmeyen hastalarda ise kalıntı belirtilerinden psişik anksiyetenin ve yeti yitimi düzeylerinin yükseldiği görülmüştür (Özyüksel ve Uluğ. 2007).

DSÖ’nün 2003’te yayınladığı Dünya Sağlık Raporuna göre; Depresyonun nöropsikiyatrik etkenlerin arasında en önemlisi olduğu ve 15 yaş üzeri bireylerde depresyon sonucunda sakatlık ile geçirilen yaşam yılı (Years Lived with Disability: (YLD)’nin, %36’ı oranında olduğu belirtilmektedir (WHO 2003). Yine adı geçen raporda depresyonun, kadınlarda erkeklere oranla %50 daha fazla hastalık yükü oluşturduğu, kadınlarda anksiyete, migren, yaşlılık demansının daha sık görüldüğü, erkeklerde de alkol, ilaç bağımlılığının kadınlara göre yaklaşık altı kat daha fazla

olduğu belirtilmektedir (WHO 2003). Depresyon üzüntü, ümitsizlik, ilgi azalması ve zevk alamama duyguları, kilo değişiklikleri, kronik yorgunluk, değersizlik hissi ya da suçluluk, düşünme ve yoğunlaşmada zorlanma, enerji azlığı gibi bulgularla kendisini gösteren, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüğünü tehdit eden bir hastalıktır (Kocabaşoğlu ve ark.2004; Eren 2007, Sarıkaya ve ark. 2007, Can ve ark,2008).

1.1.1. Depresyonun Epidemiyolojisi

Son yıllarda ruhsal problemler içinde depresyonun görülme sıklığı geçmişe oranla daha fazla artmıştır. Bu artışın nedeni, teknolojik yaşamın getirdiği hız, bu hıza uyum sürecinin bireylerde aşırı zorlanmaya yol açması ve yaşanan küresel, bölgesel ekonomik krizlerin varlığı yanında konunun dillendirilmeye başlamış olmasıdır. Depresyon oranındaki bu artış sadece depresyon yaşayan bireylerin kendilerini ve yakın aile çevresini etkilemekle kalmayıp, ekonomik ve sosyal kayıplara bağlı maliyet artışına da neden olabilmektedir (Bilgel 2003). Konuya yönelik yapılan bir çalışmada depresyonun getirdiği ekonomik kayıpların kaynağını işgöremezlik ve işsizlik için yapılan ödemeler, sosyal yetersizliğe neden olan bu bozukluğun kronik seyretmesi ve sürekli ilaç kullanımı gibi dolaylı harcamaların oluşturduğu, eşlik eden depresyonla birlikte fiziksel hastalıklarından dolayı tedavi gören hastaların hospitalizasyon giderleri depresyonun eşlik etmediği hastaların giderlerinden yaklaşık %36 daha fazla olduğu belirtilmiştir (Libiger 2005). Bu açıdan bakıldığında depresyon, bireysel bir sorun olma yanında ciddi toplumsal bir sorun olarak multidisipliner yaklaşımı gerektirdiği, uzun süreli izlemi içerdiği ve ekonomik açıdan işgücü kaybına yol açtığı için önemli bir sağlık sorunudur. Öte yandan depresyon, intihar gibi travmatik sonuçlarının dışında alkolizm, ülser, kalp rahatsızlığı gibi birçok kronik hastalıklar için predispozan faktörler arasında öncelikli yer almaktadır (Doksat 1999, Baker ve ark 2005, Yaşar 2007). Majör depresyon tanısı alan ve tedavi edilmeyen olguların %15-20'sinin intihar ettiği ve bugün dünyada her 40 saniyede bir, bir insanın intihar ettiği gerçeği, depresyonun önemini göstermesi açısından oldukça önemlidir. Her ne kadar intiharların nedenleri arasında işsizlik, ekonomik çöküntü, sosyal statü kaybı, rol değişikliği, ani travma gibi nedenler yer alsa da, bütün bu nedenler çözülemediğinde depresyon ve intihar olayları kaçınılmazdır (Savrun 1999, Atay 2005, WHO 2008). Altı Avrupa ülkesinde yaşayan 21425 kişi üzerinde yapılmış The European Study on the Epidemiology of

Mental Disorders (ESEMED) adlı araştırmada yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %14 bulunmuştur. En sık görülen ruhsal bozukluk major depresyondur. Bu çalışmada depresyonun yaygınlığı %3.6-8.5 arasında değişmektedir. Kaya ve Kaya (2007)'nın çalışmalarında bildirdiklerine göre, İngiltere'de DSM-IV tanı ölçütlerinin temel alındığı, 54972 kişiye kapsayan bir başka araştırmada ise depresyon yaygınlığı kadınlarda %5.9 erkeklerde ise %4.2 bulunmuştur.

- **Cinsiyet:** Depresyon, gündelik yaşamın içine giren ve bireylerin yaşam enerjisini tüketen bir sorun olarak dünyada, her 100 erkeğin ikisinde, her 100 kadının drnde, yaşamının belli bir döneminde depresif rahatsızlık geçirebileceği belirtilmektedir. Cinsiyetler arasındaki fark ergenlik döneminde daha belirgindir. Kadınlara oranının erkeklere göre daha fazla olmasının nedenlerine bakıldığında; kadınlara yaşam ve aile içerisindeki rollerin, sorumluluğun çoğunu üstlenmiş olması, kadınlara sağlık kuruluşlarına yardım almak için daha sık gelmesi depresyonun kadınlarda daha kolay tanılanmasında etken olması, sağlık kuruluşlarına erkeklerin başvuruları ancak tablo ağırlaştığında ve aile zoru ile olması gibi durumlar sayılabilir (Savrun 1999, Mersin 2004, Eren 2007, Aydemir 2007, Uğur 2008). Konuya ilişkin bir çalışmada sağlık ocağına en az bir kez başvuran psikiyatrik hasta sayısı kadınlarda 5248(%71.5), erkeklerde 2087(%28.5) olarak görülmüştür (Ayrancı ve Yenilmez 2002).
- **Yaş:** Depresyon bebeklikten yaşlılığa kadar yaşamın her döneminde rastlanabilen bir duygu durum bozukluğudur. Yapılan bir çalışmada yetişkin nüfusun yaklaşık % 20'sinin depresif belirtiler gösterdiği belirtilmiştir (Uğur 2008). Orta yaş dönemi yani yetişkinlik dönemi depresyonun yoğun yaşandığı 25-55 yaşlar arası olarak kabul edilir. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar depresyonun 20'li yaşlara doğru iniş gösterdiğini ve 2020-2030 yıllarında dünya genelinde gen nüfusun depresyon yaygınlığının daha da artacağı ihtimalini vurgulamaktadır (WHO 2008).
- **Evlilik Durumu:** Depresyon evli olma arasındaki ilişki incelendiğinde, erkeklerde evlilikle birlikte depresif belirtilerde azalma olduğu, kadınlarda ise evlilikle birlikte depresif belirtilerde artış olduğu belirtilmiştir. Bu farklılığın nedeni ise; erkeklerin evlilik hayatında sorumluluklarının sadece ekonomik

faktörlerde yoğunlaşması, kadınların ise bir işte çalışmanın yanı sıra, ev işleri, yemek yapma, çocuk bakımı gibi aslında basit görülen fakat kadının hem zamanını hem enerjisini yutan işlerde birinci derecede sorumlu tutulması gibi faktörlerdir. Konuya yönelik yapılan çalışmalarda bugün İsviçre gibi gelişmiş bir ülkede bile kadınların %56'sının çocuk bakımı, yemek yapma, ev temizliği gibi işlerde birinci derecede sorumlu tutulduğu, Almanya'da üç çocuk annesi bir kadının haftada neredeyse 80 saat çalışmak zorunda kaldığı belirtilmektedir (Köşgeroğlu 2000).

- **Sosyo Ekonomik Durum:** Depresyon konusunda önceki yıllarda çok fazla risk grubu içinde değerlendirilmeyen sosyo-ekonomik faktörler, son yıllarda yaşanan küresel ekonomik sorunlar, işsizlik gibi faktörler nedeniyle daha fazla göz önüne çıkmıştır. Özellikle ülkemizde insanların ekonomik sorunlarının tüm yaşamlarını ve ilişkilerini etkileyecek boyutlara ulaşması konuya yönelik yapılan çalışmalarda işsizlik, gelir düzeyi, çalışma durumu, bireyin gelirini algılama durumu gibi soruların, depresyona yönelik tanılamada, ilk sıralarda yer almasına neden olmuştur. Bu arada kriz nedeniyle işten çıkartılan grubun içinde ilk sırayı kadınların aldığına ilişkin bilgilerde, yine kadınlarda depresyonun erkeklere oranla daha fazla görülmesinin nedenini açıklamaktadır (Kaya 2007, Yüksel 2003, Uğur 2008).
- **Sosyal Çevre/ Sosyal Destek:** Kişilerarası ilişkileri, aile ve arkadaşlık bağları güçlü bireylerin; travma, beklentisiz yaşanan durumlar, ani kayıplar, duygu durumunda dalgalanmayı tetikleyecek kötü olaylar karşısında sosyal destekleri olduğunda daha kısa sürede ve daha az zarar görerek normal yaşamlarına döndükleri görülmüştür (Mersin 2004, Uyar 2005, Benoit ve ark 2007, Özdemir 2007). Diğer taraftan sosyal desteği az ya da hiç olmayan bireylerin içe dönüş, kaygı ve anksiyete artışı, yaşam kalitesinde düşüş olduğu, depresif belirtilerin hem daha yoğun hem de daha uzun süre yaşanmasına neden olduğu belirtilmiştir (Okanlı ve ark, 2003).

1.1.2. Depresyonun Nedenleri:

1.1.2.1. Biyolojik Etkenler

- **Biyojenik Aminler:** Konuya ilişkin çalışmalarda duygu durum bozukluğu olan hastaların kan, idrar, beyin-omurilik (BOS sıvılarında biyojenik amin

metabolitlerinde (3-hidroksi, 4 hidroksi fenilglolikol (MHPG), 5 hidroksindolasetik asit (5- HIAA) ve Homovalinik Asit (HVA) gibi çeşitli bozuklukların olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca depresyonun temelinde en yaygın bilinen ve en çok yeri olduğu düşünülen biyojenik aminler, norepinefrin ve serotoninidir. Özellikle serotoninin eksikliği depresyona zemin hazırlamaktadır. Bunun yanında Parkinson gibi bedende dopamin konsantrasyonunda azalmaya yol açan hastalıklarda da depresyon daha yaygın olarak görülmektedir. (Yıldız 1998, Kocabaşoğlu ve ark. 2004, Akkaya 2005, Köşgeroğlu ve ark 2008)

- **Nöroendokrin Düzenleme:** Adrenal, tiroid ve growth hormonların duygu durum bozukluklarından sorumlu tutulmaktadırlar. Depresyonlarda ön hipofiz hormonları arka hipofiz hormonlarından daha çok hastalığın klinik belirtileri tarafından etkilenir. Ön hipofiz hormonlarında bozulmalar olurken arka hipofiz hormonu Prolaktin depresyon vakalarında pek fazla değişmemektedir. Melatoninin nokturnal supresyonunun azalması ile folikül stimüle edici hormonun ve luteinizan hormonun bazal düzeylerinin azalmasıyla, erkeklerde testosteron düzeyinde tespit edilen azalmalar depresyonlarda görülen başlıca değişiklikleri yansıtır (Akkaya 2005, Uğur 2008)
- **Nöroanatomik Bulgular:** Biyolojik araştırma bulguları duygu durum bozukluklarının limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinden kaynaklandığı kuramını desteklemektedirler (Karabilgin 2001, Uğur 2008, Annagür 2008).

1.1.2.2.Psikososyal Etkenler

- **Olumlu Yaşam Olayları:** Evlilik, anne ya da baba olma, iş yerinde terfi etme, bir sınavı başarma, yeni bir eve taşınma, başka şehire gitme gibi kendi isteğiyle de olsa uyum yapmayı gerektiren, olumlu yaşam olaylarının varlığı ya da birkaç olayın bir anda ortaya çıkması gibi durumlar da depresyon görülebileceği belirtilmektedir (Kocabaşoğlu ve ark. 2004, Köşgeroğlu ve ark 2008).

- **Olumsuz Yaşam Olayları**

Sosyal olaylar; Sosyal rol kaybı, emekli olma, işten çıkarılma, çok yakın birinin ani hastalığı ya da ölümü gibi, durumlar yanında ekonomik kriz yaşama, iflas etme, işsiz kalma gibi durumlar sayılabilir.

Sağlık Sorunları; Ani ortaya çıkabilen kanser, kronik ya da metabolik hastalıkların ortaya çıkması, yaşlılığa bağlı gelişen kırıklar, tansiyon gibi sağlık sorunların artması da beraberinde depresyona neden olabilmektedir (Eren ve Ark 2003, Özçürümez ve ark 2003).

- **Psikanalitik Kuram:** Yaşamın ilk yıllarında kişisel ilişkilerden kaynaklanan düş kırıklıkları, erişkinlik yaşamında ambivalan sevgi ilişkilerinin doğmasına yol açarak depresyona yatkınlık sağlar. Erişkinlik yaşamında da gerçek kayıplar ya da kayıp tehditleriyle karşılaşma depresyonu tetikler. Gerçek bir kaygı yaşadıklarında da yitirdikleri nesneyi içselleştirirler ve öfkelerini içselleştirdikleri nesneye, dolayısıyla kendilerine yöneltirler (Karabilgin 2001, Annagür 2008).
- **Bilişsel Görüş:** Bu kurama göre depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil bilişsel bir bozukluktur. Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinde başlayarak kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür (Dumlu ve Cimilli 2003).
- **Davranışçı Görüş:** Öğrenilmiş çaresizlik görüşünü destekler. Çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (Uyar 2005).

1.1.3. Depresyonun Kliniği

Duygulanım Bozukluğu

Sabah kalktığında kişi kendini asla dinlenmiş hissetmez. Sabahları bulgular daha barizdir gün içinde yavaş yavaş açılma olsa da asla tam bir rahatlık olmaz depresyondaki bir bireyde aşağıdaki bulgular sık görülür. Çökkünlük, karamsarlık, kederli ve elemli hissetme, yaşamdan zevk alamama, umutsuzluk, mutsuzluk, hüzün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kendini değersiz ve işe yaramaz hissetme,

sürekli kötümser düşünceler ve kötü bir şeylerin olacağını hissetme, çevresine ve kendi kişisel bakımına karşı ilgi azlığı gibi bulguların varlığı ve sürekliliği ile karakterizedir. Nedensiz iç sıkıntısı olarak tanımlanan, anksiyete duygusu, depresyonun temel özelliği olmamasına rağmen depresif duygu durum ve ilgi azlığından sonra üçüncü sırada gelir. Hastalar kendilerini gergin hissederler ve asla hiçbir şekilde rahatlayamazlar. Gereksiz yere öfkenin dışa vurumu, çevresindeki bireylere ya da kendine zarar verme, öfke patlamaları görülür. Anksiyeteye genelde çarpıntı, göğüste ağrı, terleme gibi bedensel belirtiler de eşlik eder (Karabilgin 2001,Kocabaşoğlu ve ark 2004, Szafranski ve Jarema 2005) .

Bilişsel Bozukluklar

Sözel anlatımda zorlanma, yavaşlama ya da hiç konuşmama (mutizm) gibi düşünce sürecinde ve akışında bozukluklar görülür. Suçluluk ve değersizlik düşünceleri, pişmanlık duyguları, kendini eleştirme şeklinde düşünce içeriğinde bozulmalar olabilir. Suçluluk düşünceleri sanrı düzeyinde olabilir. Hipokondriyak uğraşlar görülebilir. Bu nedenle depresyon fark edilmeyebilir. Hipokondriyak uğraşların olması hastalığın gidişi ve sonucu içinde olumsuz bir göstergedir. Obsesif uğraşlar, intihar düşünceleri olabilir. Konsantrasyon güçlüğü, istemli ya da istemsiz (spontan) dikkat azlığı ve unutkanlık en sık görülen belirtilerdir. Bellek daha çok öznel olarak bozulur. Unutkanlık hastaların dikkatini ve düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştıramaması ile ilgilidir. Ağır seyreden depresyonlarda ve yaşlılarda izlenen depresyonlarda bilişsel bozukluklar (psödodemans) demans ile karıştırılabilir. İkisi arasındaki fark depresyondaki hastanın unutkanlığında ızdırap duyup yakınmasıyken, demans hastasının bunu geçiştirmeye çalışması ve öyküler uydurarak (konfobulasyon) bu konuları kapatmaya çalışmasıdır. Nadiren varsanı (halüsünasyon) ve yanılsama (illüzyon) gibi yaşantılar izlenir. Algısal bozukluğun içeriği çoğunlukla depresif duygu durum ile uyumludur (Yavuz 1999, Annagür 2008).

Bedensel Belirtiler

Enerji azalmasına bağlı; yorgunluk, bitkinlik, iştah azalması ve kilo kaybı veya iştahta artış ve kilo alımı, cinsel ilgide azalma, ereksiyon zorluğu, ejakülasyonun gerçekleşmemesi veya empotans görülebilir. Depresyon tanısı alan hastaların %90'ında uyku sorunu vardır. Çoğunlukla uykuya dalma bozulmuştur.

Gece uykusunun sürekliliği de bozulur. Hastaların bir kısmında alışlagelmiş uyanma saatlerinden 2-3 saat daha önce uyanırlar. Yaş ilerledikçe uyku düzensizliği sıklığı artar. Hastaların küçük bir kısmında (%20) ise aşırı uyuma görülür (Köşgeroğlu ve ark. 2008).

Davranış Bozukluğu

Psikomotor Yavaşlama(retardasyon): Genç hastalarda yaşlılara oranla daha sık görülür. Psikotik ve melankolik tip depresyonlarda, bipolar bozukluğun depresyonunda daha sık görülür. Çoğunlukla toplumsal geri çekilme ile birlikte görülür. Hastanın kamburu çıkmış bir biçimde oturduğu gözlenir (Kocabaşoğlu ve ark.2004).

Psikomotor Hareketlilik(Ajitasyon): Ajitasyon hastanın yaşadığı sıkıntı ve bunaltı duygusunun (anksiyetenin) motor davranışlarla dışa vurumudur (Annagür 2008).

1.1.4. Gebelik ve Depresyon

Gebelik kadının fizyolojik, psikolojik, sosyal açıdan hızlı değişimlerin yaşandığı ve kadının yeni durumuna uyum yapmasını gerektiren zorlu bir süreçtir. Gebelik, kadınlar için istenilen ve yaşaması arzu edilen bir süreç olarak algılanırsa, kadının bedeninin fizyolojik, ruhsal, hatta sosyal yaşama uyumu kolaylaşacaktır (Karataylı 2007, Akbaş ve ark 2008). Ancak, gebelik planlanmamış bir gebelikse, sosyo-ekonomik yetersizlik varsa, ailede ve çevrede olumsuz rol modelleri mevcutsa, geçmişteki çocuk bakımı deneyimleri yetersizse, kürtaj, düşük yapma deneyimi varsa, geçmişte problemlili bir gebelik süreci yaşamışsa ayrıca gebelik nedeniyle toplumda kadınlığını kanıtlama çabası ve kabul görme beklentisi yüksekse, kadının gebeliğe uyum sürecinde istenmeyen sorunlar yaşanacaktır. Gebeliği içeren üç trimesterin her biri kendine özgü farklı fizyolojik ve psikolojik değişimler içerir. İlk trimesterde; gebeliğin varlığı ve gebeliği kabullenme sürecinde ambivalan duygular yanında anksiyete ve depresif duygular daha yoğun yaşanırken, bulantı-kusma, halsizlik, bitkinlik gibi fiziksel sorunlarda ön planda görülebilir. İkinci trimesterde; fiziki görüntünün değişmesi yanında gebeliğin herkes tarafından bilinir hale gelmesiyle yaşanan sosyal değişim, eğer kadında ambivalan duygular devam ediyorsa, ilk trimesterdeki tablonun daha da derinleşmesine neden olacaktır. Öte

yandan bu dönem, fetüsün canlılığına kanıt olan kalp atışlarının başlamasıyla, anne-fetüs arasındaki bağı güçlendirecektir. Bu durumda kadın, içinde taşıdığı canlının kendinden bir parça olduğunu duygusuna yoğunlaşacak gebeliği kabullenme ve anne olarak sorumluluklarını üstlenme çabası içine girecektir. Son trimesterde ise artık gebelik sürecinin büyük bir kısmı bitmiş, anksiyetenin kaynağı, bedendeki biyo-psiko-sosyal uyum sürecinden doğum eylemine ve doğum sonrası döneme yönelmiştir (Andersson ve ark 2006). Limlomwongse ve Liabsuetrakul (2006) çalışmalarında, ruhsal problemlerin özellikle ilk ve son trimesterde yoğunlaştığını; ilk trimesterde; istenmeyen gebelik olması, ilk gebelik olması, eşlerin uyumu ve arasındaki ilişkinin kalitesi, sosyal destek olmayışı, geçirilmiş depresyon öyküsü olması, iş yaşamı-ekonomik yetersizlik gibi durumların varlığıyla, son trimesterde ise; doğum eylemi ve doğum sonrasına ilişkin artan kaygı, korku ve endişelerle birlikte depresif bulguların ortaya çıktığına ilişkin sonuçlar bildirmişlerdir. Karataylı (2007) gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilgili çalışmasında, Beck Depresyon Envanterini kullanarak kontrol grubunda %10, ilk trimester gebelerde %22, ikinci trimester gebelerde %32, üçüncü trimester gebelerde %36 klinik düzeyde depresyon oranları olduğunu, ilk ve son trimesterdeki gebelerde yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmiştir.

Sonuçta gebelik, gebeliğe bağlı yaşanan fizyolojik/ruhsal değişimler ve bu değişimleri algılama düzeyi yanında yeterli sosyal desteğin olmaması gebeliğin son trimesterde başlayan depresyon tablosunu, doğum sonrası sürece taşıyacaktır. Bu sürece ayrıca yeni doğanın bakımı yanında yeni doğanda ortaya çıkabilen fizyolojik ya da patolojik sağlık sorunlarının varlığı, doğum sonrası annede kanama, şok, ağrı, dikişlerin tutmaması, enfeksiyon gibi komplikasyonlar da eklendiğinde, karşımıza çıkacak tablo postpartum hüznle başlayıp postpartum depresyon ya da postpartum psikoza dönüşebilecektir. Konuya yönelik Thai’de yapılan bir çalışmada hamileliğin son trimesterindeki kadınlarda depresyon prevalansı %20,5 postpartum dönemde (6-8 hafta) kadınların depresyon prevalansı ise %16,8 olarak belirtilmiştir (Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006).

1.2. POSTPARTUM DEPRESYON

Postpartum dönem; plasentanın ayrılmasından itibaren başlayan ve 6-8 haftalık bir zamanı ifade eden bir süreç olarak kabul edilebildiği gibi, doğumdan sonra ilk 24 saatte başlayıp 6-8 haftaya kadar geçen süre olarak da tanımlanmaktadır (Ayvaz ve ark 2006, Eren 2007, Efe ve ark 2009).

1.2.1.Postpartum Depresyonun Tanımı

Gebelik ve doğum sonrası dönem çoğu zaman toplumlarda aile için mutluluk veren güzel deneyimlerin yaşandığı, aile ilişkilerinin güçlendiği olumlu bir süreç olarak görülür. Öncelikle annenin fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler yaşadığı ve diğer aile bireylerinin de psikolojik ve sosyal değişiklikler yaşadığı bu dönem anksiyete-kaygı artışıyla duygu durumunda olumsuz değişimler ve depresif belirtiler gösterebilirler. Özellikle anneler mutlu olmaları gereken dönemde kendilerini çökkün, üzgün, olumsuz duygular ile bir arada bulduğunda suçluluk, annelik rolünde yetersiz hissederek ortaya çıkan duygularını bastırmaya, çevresine belli etmemeye çalışır. Bu da annedeki doğum sonu psikolojik sorunların tanınmasında gecikmeye sebep olur. Postpartum depresyon genellikle doğumdan sonraki 2-8. haftalar içinde başlar ve en az 2 hafta en çok 1 yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay-1 yıl arasında kendiliğinden düzelir (Balkaya 2002, Koç 2005, Işık 2007, Aktaş 2008).

1.2.2.Postpartum Depresyonun Etyolojisi

Literatürde kesin olarak bilinmemekle birlikte, hızlı fizyolojik ve hormonal değişikliklerin kısa bir süreçte yaşanması, ruhsal ve sosyal olarak yeni bir role, değişen aile yaşantısına uyum güçlüğü yaşanması, geçmişte geçirilmiş depresyon öyküsü olması ya da gebelikten başlayıp doğum sonu dönemde de devam eden depresyonun etkisi olduğu düşünülmektedir. Ancak hangi risk faktörlerinin daha etkili olduğu bireye göre değişim göstermektedir (Amankwaa 2003, Özdemir 2007, Annagür 2008).

1.2.3.Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri

Postpartum depresyonun tanınması ve tedavisinde risk faktörlerinin bilinmesi, doğum öncesi dönemde ve doğum sonu evde geçirilen uzun dönemde

birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin ev ziyaretleri ve takipleri ile belirlenmesi onemlidir (Balkaya 2002, Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006). Postpartum depresyonun ortaya çıkmasında pek çok etkenin rol oynadığı düşnlmektedir. Anne veya babanın postpartum depresyon açısından değerlendirilmesinde risk faktörleri olarak;

1-Biyolojik ve Fiziksel Faktörler: Gebelik, doğum ve postpartum dönemde kadınlarda fizyolojik ve hormonal yönden değerisimler kadının fiziksel uyum sınırlarını zorlayacak şekilde hızlı gelişir. Pek çok araştırmada kadınlarda östrojen ve progesteronun ani değerisimlerinin etkisi olduğu düşünülmektedir (Balkaya 2002, Maurer-Spurej ve ark 2007, Aktaş 2008). Doğum sonu dönemde troidin hipofonksiyonu da depresyona neden olabilmektedir (Lucas ve ark 2001, Wissart ve ark 2005, Annagür 2008).

- **Anne/babanın daha önce depresyon tanısı almış olması:** Bireylerin doğumdan önce yaşamlarının herhangi bir döneminde depresyon geirmış olması postpartum dönemde anksiyete, kayđı, stresle birlikte tekrarlama riski taşımaktadır (Atasoy ve ark. 2004; Taşdemir ve ark.2006).
- **Uyku yoksunluğu:** Gün içerisinde bebeğin beslenme, bakım ve ihtiyaçlarının kısa zaman aralıklarıyla karşılanıyor olması, annenin sosyal desteği yoksa, dinlenme ve uykuya zaman ayırma şansını azaltır. Yapılan bir çalışmada postpartum depresyondaki annelerin uykusuzluk, uykuya geçişte zorlanma, kısa sürelerle uyuma nedeniyle halsizlik, yorgunluk yaşadıkları ve depresyon belirtilerinin daha yoğun olduğu görülmüştür (Posmontier 2008).

2-Psikososyal Faktörler

- **Anne/babanın gebelik döneminde yoğun kayđı, anksiyete ya da depresyon yaşaması:** Gebeliğin herhangi bir trimesterinde ebeveyn adaylarının bebekle, doğumla, doğum sonrası kendi rolleri ile ilgili yoğun kayđı ve anksiyete yaşaması, gebelik süresince depresyon tanısı alması, ebeveynlerin postpartum dönemde depresyon yönünden risk grubuna girmelerine neden olabilir (Henshaw ve ark. 2004, Alison ve ark 2006, Miller ve ark. 2006, Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006).

- **Anne/babanın yaşamında gebeliğe denk düşen sosyoekonomik değişimler:** Ebeveynlerin gebelik ve doğum sonu dönemde iş yaşamlarında değişim (işten ayrılma, iş değişikliği, işyerinde konum değişikliği), sorumluluk artışı, masrafların artışı, ebeveyn olarak yeni roller kazanma ve bunlara uyumda güçlük yaşama, diğer çocukların ihtiyaçlarının karşılanması gibi sosyal ve ekonomik değişimlerin varlığı anne ve babanın kendilerini psikolojik olarak baskı altında hissetmelerine neden olacaktır (Uyar 2005, Türkistanlı ve ark.2002).
- **Anne/babanın sosyal destek durumu:** Ebeveynlere aile yakınları, çevreleri tarafından sağlanan sosyal destek onların gebelik ve doğum sonu dönemi bir krize dönüşmeden atlattıklarında önemlidir. Postpartum dönemde sosyal desteğin olmaması ebeveynlerin yeni rollerine uyum sağlamada güçlük, bebek bakımında sorunlar yaşama, eşler arası gerginliğin artarak iletişim bozulması gibi durumlara neden olabilir (Amankwaa 2003, Uyar 2005, Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006).
- **Gebelik ve doğuma ait sorunların olması:** Gebelik planlı değilse, ebeveynlerin hazır oluşluklarını, rollere uyum sağlamalarını, bebekle ilişkilerin ve bebek bakımının güçleşmesine dolayısıyla ebeveynlerin depresif belirtiler yaşamasına neden olacaktır. İlk gebeliklerde ebeveynler yeterli danışmanlık ve eğitim hizmeti alamazlar ve sosyal destekleri yetersiz olursa, gebelikte anne bulantı-kusma, düşük tehdidi, bebekle ilgili komplikasyonların varlığı gibi riskli durumlar yaşarsa, doğum eylemi beklenenden zor gerçekleşir ya da erken gerçekleşirse ebeveynlerde stres, anksiyete, kaygı artar (Özdemir 2007, Eren 2007, Aktaş 2008).
- **Evlilik uyumu-doyumu:** Evlilik birliğini sürdürmede karşılıklı anlaşmazlıklar yaşanması, yeni evli olunması, uyumsuzlukların karşılıklı paylaşılmaması, aile içi şiddetin varlığı gibi nedenlerle çiftlerin var olan stresli yaşamına bir de gebelik ve doğum olayı eklendiğinde durum, içinden çıkılmaz ve daha fazla sorunun yaşandığı bir krize dönüşecektir (Alison ve ark 2006, Uyar 2005).

3-Genetik Faktörler

- **Anne/babanın ailesinde depresyon öyküsünün varlığı:** Birinci derece akrabalarında depresyonun varlığı bireylerin depresyona yatkınlığını arttırmakta risk oluşturmaktadır. Konuya yönelik bir çalışmada ailesinde depresyon öyküsü olan bireylerin %38.8'inde depresyon görüldüğü belirtilmiştir (Eneç Can ve ark 2005). Balcıoğlu (1999) konuya yönelik çalışmasında tek yumurta ikizlerinden birinde depresyon varlığı diğerinde görülme riskini en az %50 arttırdığını, ayrı yumurta ikizlerinde ise bu oranın %25 olduğunu belirtmiştir.

1.2.4.Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri

Postpartum dönem; gebelik sonrası bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumuna döndüğü ilk altı haftalık dönemi kapsar (Hallworth 1982, Vural ve Akan 1995, Walker ve Wilging 2000, Arnold ve Cohen 2001, Burroughs ve Leifer 2001, Mucuk ve Güler 2002, Toprak 2001). Bu değişiklikler kadın genital organlarında gerileyici, laktasyon da ise ilerleyici değişikliklerdir (Taşkın 2003). Genital organlar gebelik öncesi duruma dönerken, endokrin sistemde de artan östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal seviyelerine iner. Bu dönemde, fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra, anne yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği psikolojik açıdan zor bir süreç yaşar. Birçok kadın, gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlar. Ancak uyum sağlamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir (Büyükkoca 2001, Walker ve Wilging 2000, Mucuk ve Güler 2002).

Postpartum depresyonda; kendini değersiz hissetme, anksiyete ve panik ataklar, suçluluk hissi, ağlama hissi ya da kontrolsüzce ağlama, hareket ve konuşmada yavaşlama, ajitasyon veya hiperaktivite, yeme bozuklukları (çok az veya fazla yeme), uyku bozuklukları, düşüncelerde karışıklık, unutkanlık, öfke hissi, umutsuzluk, yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, enerji ve motivasyon kaybı, yalnızlık, korku, kayıp, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, kendine güvensizlik, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz hissetme, içe kapanma, cinsel isteksizlik, bellek zayıflığı, bebeğe

karşı ilgisizlik, bebeği için endişelenme, bebeğe zarar verme gibi belirtilerin bir yada birkaçı olabileceği gibi daha fazlası da görülebilir (Affonso ve ark 2000, Uyar 2005, Aktaş 2008). Normal doğum sonu dönemde ve annelik hüznünde ağlama hissi, cinsel isteksizlik, uyku bozuklukları gibi belirtiler görülebileceği için postpartum depresyonu ilk haftalarda ayırt etmek zor olabilir. Ancak bebeğe karşı ilgisizlik, enerji kaybı, duygu durumunda değişikliği gösteren belirtilerde tabloya eklenirse annenin postpartum depresyon açısından takip ve kontrolü göz ardı edilmemelidir (Erdem ve ark 2009).

1.2.5.Postpartum Depresyonun Tedavisi

Doğum sonu depresyon sadece ebeveynleri değil öncelikle bebeği ve gelişimini, ebeveynlerin sosyal çevre ve iş yaşamlarını da olumsuz etkilemektedir. Doğum sonu dönemdeki çiftlerin depresyonunun erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir. Postpartum dönemde anne ve bebeği ev ziyaretleri ile takip eden hemşire, ebe postpartum hüznün ve depresyon açısından riskli gördüğü anne ve babaları takip etmeli gerektiğinde ruh sağlığı uzmanına yönlendirmelidir. Doğum sonu depresyonun şiddetine göre psikoterapi (kişiler arası terapi, davranışsal terapi, evlilik ve aile terapileri), psiko-sosyal bakım, farmakolojik tedavi (antidepresan, antipsikotik ilaçlar gibi), ve elektrokonvülsif tedavi (EKT)'den yararlanılabilir (Uyar 2005, Özdemir 2007, Clark ve ark 2008).

Psikoterapi-Psiko-Sosyal Bakım

Psikoterapi, davranışsal terapi, evlilik ve aile terapileri postpartum depresyondaki anne ve babaya ya da her ikisine birlikte uygulanabilir. Psikoterapi, anne ya da babanın kendine zarar verme düşünceleri ile yeni rol ve sorumluluklarına ilişkin endişe ve korkularına, duygularını anlamalarına ve iç çatışmalarını dışa vurmalarına, kendine güvenin yeniden oluşturulmasına yardımcı olur (Barnesd 2006). Evlilik ve aile terapisi ebeveynlerin, depresyonun nedenlerini anlamalarına, suçluluk ve utanma duygularının azalmasına yardımcı olabilir. Psikoterapi ve diğer terapiler tek başlarına hafif şiddetteki depresyonun iyileşme sürecini hızlandırabilmektedir. Psikoterapi ve farmakolojik tedavi birlikte uygulanması depresyonun tedavisinde daha etkilidir (Özdemir 2007, Eren 2007, Aktaş 2008).

Farmakolojik Tedavi

Ebeveynlerde postpartum depresyon tanısı koyulduktan sonra depresyonun şiddetine göre antidepresan ya da antipsikotik ilaçlar kullanılır. Tedaviye başlanmadan önce ebeveynler ilaçların fayda ve zararları, tüm psikiyatrik ilaçların anne sütü ile geçişinin olduğu, ilaç kullanılmadığı durumlarda depresyonun ilerleyici ve tekrarlayıcı olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Anne ya da babanın geçmiş yaşam öyküsünde depresyon varsa, bireyin daha önceki tedavide kullandığı antidepresan grubu ilacın verilmesi daha hızlı bir iyileşmenin olmasını destekleyebilir. Postpartum dönemde antidepresan kullanımı ile ilgili bir çalışmada annelerdeki depresif belirtilerin azaldığı, anneliğe uyum sürecinin daha olumlu olduğu bildirilmiştir (Sharma 2006, Özdemir 2007, Eren 2007, Logston ve ark 2009).

1.3. POSTPARTUM DEPRESYONDA HEMŞİRELİK BAKIMININ ÖNEMİ

Doğum sonu dönemde görülen depresyon, diğer yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Doğum sonu depresyon yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle doğum sonu depresyon açısından riskli grupların belirlenmesi, erken tanı ve tedavi sağlanması önemlidir. Doğum sonu dönemde annelerin hastanede kalış süreleri kısıtlı olduğundan, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde ülkemizde birincil olarak koruyucu sağlık hizmetlerini yürüten temel sağlık hizmetleri (sağlık ocakları, aile hekimliği) birimlerinde çalışan ebe ve hemşirelere anne sağlığını koruma ve yükseltme gibi konularda önemli sorumluluklar düşmektedir. Doğumdan önce ve sonra birçok kez anne ve aileyle etkileşim içinde olan ebe ve hemşireler doğum sonu depresyon yönünden değerlendirmede bulunabilirler. Bunu sağlamada, doğum öncesi, doğum sonu depresyon açısından riskli durumlar belirlenmeli, doğum sonu dönemde ise hem riskler hem de belirtiler yönünden izlenmelidir (Doğaner 2005, Işık 2007, Enginkaya 2008). Doğum öncesi ve sonrası anneye ve aileye ihtiyaç duyulan konularda danışmanlık hizmeti vermeli, profesyonel sağlık bakımına ihtiyacı olan kadınları tanımlamak için, doğum sonu depresyon göstergesi olan belirti ve davranışları gözlemelidirler (Çoban ve Saruhan 2005, Arslan ve Uzun 2008). Hemşire ve ebeler doğum sonrası ev ziyaretlerinde, doğum sonrası rutin sağlık kontrolleri ya da bağışıklama sırasında riskli buldukları annelere değerlendirme araçlarını uygulayabilirler. Ziyaret sürecindeki devamlılık

kadının güvende hissetmesini sağlayacağı gibi, algıladığı sosyal desteği güçlendirebilir (Beydağ 2007, Tezel 2003, Koç 2005). Anne ve babanın taşıdığı doğum sonu depresyon risklerini belirleme, ruhsal durumunu değerlendirme, tedavi edici müdahaleye katkıda bulunma ve gerekli bulduğunda sevk etme hemşire ve ebelerin sorumluluklarındandır. Tüm bunları yerine getirebilmede hemşire ve ebeler doğum sonu depresyonun risk faktörlerini, belirtilerini tanılama yöntemini ve verdiği zararları iyi bilmeli, her anne ve babayı bu açıdan izlem altına alabilme bilgi ve becerisine sahip olmalıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, doğum sonu dönemde anne ve babalarda depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Eskişehir il merkezinde bulunan 75.Yıl Aile Sağlığı Merkezine bağlı 94- 95- 96 No'lu Aile hekimleri bölgesinde yapılmıştır. 75.Yıl Aile Sağlığı Merkezinin kayıtlarının eksiksiz olması, sağlık merkezinde çalışan ekibin çalışmaya katılacak ailelere ulaşmada destek ve işbirliğinin güçlü olması ve mahallenin her yerinden merkeze ulaşımın kolay olması gibi nedenlerle araştırmanın yapılacağı yer olarak seçilmiştir. 9 Aralık 2004 tarihinde Resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereğince; Eskişehir ili pilot bölge olarak seçilmiş ve aile hekimliği uygulaması başlamıştır. 75.Yıl Mahallesi Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin 7. maddesinde belirtilen nüfusu 20.000'i geçmeyen bölge olduğundan aile sağlığı merkezi ekibinde, 1 sorumlu hekim, 2 pratisyen hekim, 1 hemşire, 3 ebe, 1 laboratuvar teknisyeni, 2 hizmetli olmak üzere toplam 10 personel görev yapmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Eskişehir il merkezinde bulunan Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde doğum yapmış, doğum sonu 2-6 aylık dönemde olan, 75. Yıl Mahallesinde ikamet eden anneler ve eşleri oluşturmuştur. 75. yıl aile sağlığı merkezine bağlı 94-95-96 nolu aile hekimleri bölgesinde bebek izlem kartlarından postpartum dönemde olan 318 kişi saptanmıştır.

2.4. Araştırmanın Örnek Seçimi

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde “bir toplumdaki oranın belirli bir nispi doğrulukta tahmininde” önerilen bir tablodan yararlanılmıştır (Lwanga, Lemeshow 1991). İncelenen olayın (Postpartum depresyon) toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak bir çalışmanın bildirdiği orandan (% 33,2) yararlanılmıştır (Ege E. ve ark.,2008). Bildirilen oran % 95 güven düzeyinde ve % 6 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 224 olduğu bulunmuştur. 75. yıl aile sağlığı merkezine bağlı 94-95-96 nolu aile hekimleri bölgesinde bebek izlem kartlarından postpartum dönemde olan 318 kişi saptanmıştır. Görüşmeyi kabul eden, ulaşılabilen ve doğum sonu 2-6 aylık dönemde olan 110 çift (220 kişi) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler olasılıksız örneklem yöntemi ile toplanmıştır.

2.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Eskişehir, 75. Yıl Mahallesi’nde ikamet ediyor olması,
- Doğum sonu 2-6 aylar arasında olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Soruları cevaplayabilecek mental yeterliliğe sahip olması,
- Sağlıklı tek gebeliğe sahip olması

2.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Veriler, annelerin sosyo demografik özellikleri, gebelik, doğum ve doğum sonu özellikleri ile ilgili veri toplama formu (Ek 1), babaların sosyo demografik özellikleri ile ilgili veri toplama formu (Ek 2) ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) (Ek 3) olmak üzere üç form kullanılarak toplanmıştır.

2.6.1. Anne Tanıtım Formu

Annelerin sosyo- demografik özelliklerine (yaş, öğrenim düzeyleri, sağlık güvencesi, aile tipi, evlilik yaşı v.s.), doğurganlık özelliklerine (gebelik, çocuk, küretaj sayıları v.s.), geçirilmiş depresyon öyküsüne, önceki ve şimdiki gebeliğe ilişkin özelliklerine (gebelikte yaşadıkları fiziksel ve ruhsal sorunlar), kadının doğum

sonrası eş, bebeğiyle iletişimi, eşinin ve aile bireylerinin destek olma durumuna yönelik sorular yer almaktadır.

2.6.2.Baba Tanıtım Formu

Babaların sosyo- demografik özelliklerine (yaş, öğrenim düzeyleri, sağlık güvencesi, aile tipi, evlilik yaşı v.s.), geçirilmiş depresyon öyküsüne, doğum sonrası eş, bebeğiyle iletişimi ve destek olma durumuna yönelik sorular yer almaktadır.

2.6.3.Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS)

Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) 1987’de Cox tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach’s alfa) 0.87, kesme puanı (KP) 12/13 bulunmuştur.

EPDS’nın ülkemizde Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından geçerlilik güvenirliği yapılmıştır. EPDS’nın iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alınmıştır.

EPDS toplam 10 soru içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Elde edilen puan 12 ve altı ise hasta Postpartum depresyon açısından risksiz grup, 13 ve üstünde ise Postpartum depresyon açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30’dur (Engindeniz ve ark 1997).

Yapılan çalışmada anneler için cronbach alpha kat sayısı 0,85, babalar için 0,71 olarak bulunmuştur.

2.7.Verilerin Toplanması

15.05.2009- 30.07.2009 tarihleri arasında örneklem grubuna alınan anne ve babalara sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu araştırmacı tarafından mesai saatinden sonra, ev ziyareti yapılarak, yüzyüze görüşme yöntemi ile

uygulanmıştır. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği anne ve babaların kendilerine verilerek doldurmaları istenmiştir.

2.8. Değişkenler

Bağımlı Değişkenler

- Annelerin EPDS puan ortalamaları
- Babaların EPDS puan ortalamaları

Bağımsız Değişkenler

- Anneye ait özellikler
 - Yaş
 - Evlilik süresi
 - Öğrenim durumu
 - Çalışma durumu
 - Gelir algısı
 - Aile tipi
 - Evlenme şekli
 - Eş ilişkisi tanımlama durumu
- Babaya ait özellikler
 - Yaş
 - Aile geliri
 - Öğrenim durumu
 - Çalışma durumu
 - Gelir algısı
 - Eş ilişkisi tanımlama durumu
- Annelerin gebelik ve doğum sonu döneme ilişkin özellikleri
 - Doğum sayısı
 - Bebeğin cinsiyeti
 - İsteyerek gebe kalma durumu
 - Gebelikte tıbbi sorun yaşama durumu
 - Önceki gebelikte tıbbi sorun yaşama durumu
 - İsteyerek düşük yapma durumu

- Kendiliğinden düşük yapma durumu
- Doğum şekli
- Annelerin ve babaların bebek bakımına yönelik özellikleri
 - Emzirme
 - Annenin bebek bakımında yeterli hissetmesi
 - Annenin bebek bakımında güçlük yaşaması
 - Annenin annelik konusunda kaygı yaşaması
 - Annenin bebek bakımı konusunda destek alması
 - Babanın bebek bakımına yardımı
 - Babanın babalık konusunda kaygı yaşaması
- Anne ve babanın depresyon özellikleri
 - Annede geçirilmiş depresyon öyküsü
 - Anne yakın akrabada depresyon öyküsü
 - Babada geçirilmiş depresyon öyküsü
 - Baba yakın akrabada depresyon öyküsü

2.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul’undan onay alınmıştır (EK-D). Araştırmanın ilgili bölgede yürütülebilmesi için Eskişehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nden (EK-E) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan anne ve babalara araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve onam formu okutularak/okumaları sağlanarak sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmaya alınan anne ve babalardan EPDS’den 13 ve üzeri alanlar postpartum depresyon riski taşımaları nedeniyle önce kişilerin kendi aile hekimlerine bilgi verilerek takibe alınmaları sağlanmış, tanı ve tedavi için psikiyatri kliniklerine aile hekimleri tarafından yönlendirilmiştir.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez. Anne ve babaların postpartum depresyon durumlarını belirlemeye yönelik ölçek kullanılmış, uzman değerlendirmesi yapılmamıştır.

2.11. Araştırmanın Amacı Ve Araştırma Soruları

Bu araştırmanın amacı anne ve babalarda postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili faktörleri incelemektir.

Araştırma soruları;

1. Anne ve babaya ait sosyodemografik özellikler postpartum depresyon ile ilişkilimidir?
2. Annelerin gebelik ve doğum sonu döneme ilişkin özellikleri postpartum depresyon ile ilişkilimidir?
3. Anne ve babaların bebek bakımına yönelik özellikleri postpartum depresyon ile ilişkilimidir?
4. Annede geçirilmiş depresyon öyküsü postpartum depresyon ile ilişkilimidir?

2.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamına Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 13.0 paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından aktarılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş normal dağılım göstermediği için non-parametrik testler uygulanmıştır. Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Veriler Man Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon ve Lojistik Regresyon Analiz yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.BULGULAR

Bu çalışma anne ve babalarda pospartum depresyon yaşama sıklığı ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bulgular üç başlık altında sunulmuştur.

1. Annelerin ve babaların tanımlayıcı özellikleri
2. Annelerin ve babaların doğum sonu depresyon puan ortalamaları ile ilişkili bulgular
3. Annelerin pospartum depresyon açısından risk faktörlerinin incelenmesi

3.1. Annelerin Ve Babaların Tanımlayıcı Özellikleri

Çizelge 3.1.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri (n:110)

Anneye Ait Özellikler	Ortalama	SD
Yaş	28,61	4,89
Evlilik Süresi	6,09	5,09
	Sayı	%
Öğrenim Durumu		
Okuryazar ve İlköğretim	58	52,7
Lise ve Üzeri	52	47,3
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	95	86,4
Çalışan	15	13,6
Gelir Algısı		
İyi	32	29,1
Orta ve Kötü	78	70,9
Aile Tipi		
Çekirdek	92	83,6
Geniş	18	16,4
Evlenme Şekli		
Görücü Usulü	40	36,4
Anlaşarak	70	63,6
Eş İlişkisi Tanımlama Durumu		
İyi	104	94,5
Orta ve kötü	6	5,5

Çizelge 3.1.1’de çalışmaya katılan annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalamasının 28,61±4,89 olduğu saptanmıştır. Annelerin öğrenim durumlarına göre dağılımına bakıldığında %52,7’sinin ilköğretim mezunu olduğu, %47,3’ünün ise lise ve üzeri öğrenime sahip oldukları görülmüştür. Çalışmayan annelerin oranı %86,4 bulunurken, çalışan

annelerin oranı %13,6'dır. Gelirlerini nasıl algıladıkları sorulduğunda annelerin %70,9'u orta ve kötü düzeyde, %29,1'i iyi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Annelerin %83,6'sı çekirdek aile tipine sahipken, %16,4'ü geniş aile tipine sahiptir. Annelerin evlilik süresi ortalaması 6,09±5,09 olarak saptanmıştır. Annelerin %36,4'ünün görücü usulü ile, %63,6'sının ise anlaşarak evlendiği saptanmıştır. Annelerin %94,5'i eşleri ile ilişkilerini "iyi" olarak tanımlarken, %5,5'i eşleri ile ilişkilerini "orta" olarak tanımlamıştır.

Çizelge 3.1.2. Babaların Tanıtıcı Özellikleri (n:110)

Babaya Ait Özellikler	Ortalama	SD
Yaş	31,90	5,02
Aile Geliri	1087,90	639,79
	Sayı	%
Öğrenim Durumu		
Okuryazar ve İlköğretim	29	26,4
Lise ve Üzeri	81	73,6
Çalışma Durumu		
Çalışan	89	80,9
Serbest Meslek	17	15,5
İşsiz	4	3,6
Gelir Algısı		
İyi	30	27,3
Orta ve kötü	80	72,7
Eş İlişkisi Tanımlama Durumu		
İyi	105	95,5
Orta ve kötü	5	4,5

Çizelge 3.1.2'de babaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan 110 babanın yaş ortalamalarının 31.90±5,02 olduğu saptanmıştır. Babaların öğrenim durumlarına bakıldığında; %26,4'ünün ilköğretim, %73,6'sının lise ve üzeri öğrenime sahip oldukları görülmüştür. Babaların %3,6'sının işsiz, %80,9'unun çalışan, %15,5'inin de serbest meslek sahibi oldukları saptanmıştır. Babaların %27,3'ü gelirlerini iyi olarak algılarken, %72,7'si orta ve kötü olarak algılamaktadır. Eşleri ile ilişkilerini tanımlamaları istendiğinde babaların %4,5 orta, %95,5'i iyi olarak tanımlamıştır.

Çizelge 3.1.3 Annelerin Gebelik ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Özellikleri (n:110)

Annelerin Gebelik ve Doğum Sonu Özellikleri	Ortalama	SD
Doğum Sayısı	1,78	0,86
	Sayı	%
Bebğin Cinsiyeti		
Kız	52	47,3
Erkek	58	52,7
İsteyerek Gebe Kalma Durumu		
Evet	85	77,3
Hayır	25	22,7
Gebelikte Tıbbi Sorun Yaşama Durumu		
Evet	37	33,6
Hayır	73	66,4
Önceki Gebelikte Tıbbi Sorun Yaşama Durumu		
Gebelik yok	45	40,9
Evet	24	21,8
Hayır	41	37,3
İsteyerek Düşük Yapma Durumu		
Evet	6	5,5
Hayır	104	94,5
Kendiliğinden Düşük Yapma Durumu		
Evet	17	15,5
Hayır	93	84,5
Doğum Şekli		
Normal Doğum	59	53,6
Sezaryen	51	46,4

Çizelge 3.1.3.'de annelerin gebelik ve doğum sonu döneme ilişkin özellikleri verilmiştir. Kadınların doğum sayısı ortalamasının $1,78 \pm 0,86$ olduğu saptanmıştır. Ailelerin sahip olduğu bebeğin %47,3'ünün kız, %52,7'sinin erkek olduğu ve kadınların %22,7'sinin istemeden gebe kaldığı saptanmıştır. Annelerin %33,6'sı şimdiki gebeliklerinde tıbbi sorun yaşarken, bir önceki gebeliğinde tıbbi sorun yaşayanların oranı %21,8 olarak tespit edilmiştir. Annelerin %5,5'inin isteyerek düşük yaptığı, %15,5'inin kendiliğinden düşük yaptığı saptanmıştır. Annelerin %53,6'sının gebeliğinin normal doğumla sonuçlandığı, %46,4'nün gebeliğinin ise sezaryen ile sonuçlandığı saptanmıştır.

Çizelge 3.1.4. Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (n:110)

Bebek Bakımına Yönelik Özellikler	Sayı	%
Emzirme		
Evet	100	90,9
Hayır	10	9,1
Bebek Bakımında Yeterli Hissetme		
Yeterli	94	85,5
Kısmen Yeterli	16	14,5
Bebek Bakımında Güçlük Yaşama		
Evet	22	20,0
Hayır	88	80,0
Annelik Konusunda Kaygı Yaşama		
Evet	53	48,2
Hayır	57	51,8
Bebek Bakımı Konusunda Destek Alma		
Hayır	11	10,0
Evet	99	90,0
<i>Eş desteği</i>	69	69,7
<i>Anne veya kayınvalide desteği</i>	30	30,3

Çizelge 3.1.4.'de annelerin bebek bakımına yönelik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Bebeklerin %90,9'nun anne sütü ile beslendiği, %9,1'inin anne sütü almadığı saptanmıştır. Annelerin %85,5'i kendilerini bebek bakımında yeterli hissettiklerini belirtmiştir. Bebek bakımında güçlük yaşayan annelerin oranı %20, bebek bakımında güçlük yaşamayan annelerin oranı %80 olarak saptanmıştır. Annelerin %48,2'si anne olma kaygısı yaşarken, %51,8'inin anne olma kaygısı yaşamadığı saptanmıştır. Bebek bakımında destek alan annelerin oranı %90 iken, destek almayan annelerin oranı %10 olarak bulunmuş, çoğunluğun (%69,7) eşinden destek aldığı saptanmıştır.

Çizelge 3.1.5. Babaların Bebek Bakımına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (n:110)

Bebek Bakımına Yönelik Özellikler	Sayı	%
Babanın Bebek Bakımına Yardımı		
Evet	77	70,0
Hayır	33	30,0
Babalık Konusunda Kaygı Yaşama		
Hayır	74	67,3
Evet*	36	32,7

* Babaların 36 tanesi Ekonomik Sorumluluğunun Artması nedeniyle kaygısının arttığını belirtmiştir.

Çizelge 3.1.5.'de babaların bebek bakımına yönelik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Babaların %70'inin bebek bakımında eşlerine yardımcı oldukları, %30'nun ise bebek bakımına katılmadığı saptanmıştır. Babaların %32,7'si baba olma kaygısı yaşarken, %67,3'ünün baba olma kaygısı yaşamadıkları saptanmıştır. Kaygı yaşayan babaların tamamı ekonomik sorumluluğun artışı nedeniyle belirtmiştir.

Çizelge 3.1.6. Annelerin Depresyon Özellikleri (n:110)

Depresyon Özellikleri	Sayı	%
Annede Postpartum Depresyon		
Var	10	9,1
Yok	100	90,9
Annede Geçirilmiş Depresyon Öyküsü		
Var	8	7,3
Yok	102	92,7
Anne Yakın Akrabasında Depresyon Öyküsü		
Var	19	17,3
Yok	91	82,7

Çizelge 3.1.6.'da annelerin depresyon özellikleri verilmiştir. Annelerin %9,1'inde postpartum depresyon belirtilerinin olduğu görülmüştür. Annelerin %92,7'sinin daha önce depresyon öyküsü olmadığı, %7,3'ünün ise daha önce geçirilmiş depresyon öyküsünün olduğu saptanmıştır. Annelerin %17,3'ünün yakın akrabalarında depresyon olduğu, %82,7'sinin yakın akrabalarında depresyon olmadığı görülmüştür.

Çizelge 3.1.7. Babaların Depresyon Özellikleri (n:110)

Depresyon Özellikleri	Sayı	%
Babada Postpartum Depresyon		
Var	2	1,8
Yok	108	98,2
Babada Geçirilmiş Depresyon Öyküsü		
Var	1	0,9
Yok	109	99,1
Baba Yakın Akrabasında Depresyon Öyküsü		
Var	10	9,1
Yok	100	90,9

Çizelge 3.1.7.'de babaların depresyon özellikleri verilmiştir. Babaların %1,8'inde postpartum depresyon belirtilerinin olduğu saptanmıştır. Babaların geçirilmiş depresyon öyküsü durumuna bakıldığında %99,1'inin daha önce depresyon geçirmediği, %0,9'unun ise daha önce depresyon tanısı aldığı

saptanmıştır. Babaların %90,9'unun yakın akrabalarında depresyon olmadığı, %9,1'inin yakın akrabalarında depresyon olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.1.8. Anne ve Babaların EPDS Puan Ortalamaları

EPDS Puan Ortalamaları	Ortalama	SS
Anne	4,29	5,33
Baba	1,12	2,75

Çizelge 3.1.8.'de anne ve babaların EPDS puan ortalamaları verilmiştir. Annelerin EPDS puan ortalamaları $4,29 \pm 5,33$, babaların EPDS puan ortalamaları ise $1,12 \pm 2,75$ olarak bulunmuştur.

3.2. Annelerin Ve Babaların Doğum Sonu Depresyon Puan Ortalamaları İle İlişkili Bulgular

Çizelge 3.2.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin EPDS Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Anneye Ait Özellikler	EPDS Ort±SS	Önemlilik Testi
Öğrenim Durumu		
Okuryazar ve İlköğretim	$4,43 \pm 5,48$	Z: 0,255
Lise ve Üstü	$4,13 \pm 5,21$	p: 0,799
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	$4,53 \pm 5,63$	Z: 0,539
Çalışan	$2,73 \pm 2,37$	p: 0,590
Gelir Algısı		
İyi	$3,96 \pm 5,31$	Z: 0,751
Orta	$4,42 \pm 5,37$	p: 0,452
Aile Tipi		
Çekirdek	$4,45 \pm 5,61$	Z: 0,266
Geniş	$3,44 \pm 3,56$	p: 0,790
Evlenme Şekli		
Görücü Usulü	$3,60 \pm 4,31$	Z: 0,571
Anlaşarak	$4,68 \pm 5,82$	p: 0,568
Eş İlişkisi Tanımlama Durumu		
İyi	$3,93 \pm 4,97$	Z: 2,371
Orta ve Kötü	$10,50 \pm 7,86$	p: 0,018
Annede Geçirilmiş Depresyon Öyküsü		
Var	$10,37 \pm 7,99$	Z: 1,736
Yok	$3,81 \pm 4,80$	p: 0,082

Çizelge 3.2.1.'de annelerin tanıtıcı özelliklerinin EPDS puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir. Annelerin öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir algısı,

aile tipi, evlenme şekli ve annelerde geçirilmiş depresyon öyküsü olması gibi tanıtıcı özellikleri ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan annelerin eşleri ile ilişkilerini tanımlama durumlarına bakıldığında; eşleri ile ilişkilerini iyi olarak tanımlayan grubun EPDS puan ortalamaları $3,93\pm4,97$, eşleri ile ilişkilerini orta veya kötü olarak tanımlayan grubun EPDS puan ortalamaları $10,50\pm7,86$ bulunmuştur. Eşleri ile ilişkilerini orta veya kötü olarak tanımlayan annelerin EPDS puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuş, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 3.2.2. Babaların Tanıtıcı Özelliklerinin EPDS Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Babaya Ait Özellikler	EPDS Ort±SS	Önemlilik Testi
Öğrenim Durumu		
Okuryazar ve İlköğretim	1,00±0,00	Z: 0,004
Lise ve Üstü	1,02±0,15	p: 0,997
Çalışma Durumu		
Çalışan	0,84±2,02	KW:7,20
Serbest Meslek	1,17±2,57	p: 0,027
İşsiz	7,25±8,22*	
Gelir Algısı		
İyi	1,00±0,00	Z: 0,300
Orta	1,025±0,15	p: 0,764
Eş İlişki Tanımlama Durumu		
İyi	0,95±2,16	Z: 0,986
Orta ve Kötü	4,80±8,22	p: 0,324

*Bonferroni düzeltilmeli Man Whitney U testi ile yapılan incelemede işsiz olan babaların fark yaratan grup olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.2.2.'de babaların tanıtıcı özelliklerinin EPDS puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir. Babaların öğrenim durumu, gelir algısı, eş ilişkisini tanımlama gibi tanıtıcı özellikleri ile EPDS puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Babaların çalışma durumları ile EPDS puan ortalamaları karşılaştırıldığında; EPDS puan ortalamaları çalışan babaların $0,84\pm2,02$, serbest meslek sahibi olan babaların $1,17\pm2,57$, işsiz babaların $7,25\pm8,22$ olarak bulunmuştur. İşsiz babaların EPDS puan ortalamaları diğer iki gruba göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 3.2.3. Annelerin Gebelik Dönemine İlişkin Özelliklerinin EPDS Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (n:110)

Gebelik Özellikleri	EPDS Ort±SS	Önemlilik Testi
İsteyerek Gebe Kalma Durumu		
Evet	4,16±5,40	Z: 0,738
Hayır	4,72±5,16	p: 0,460
Gebelikte Tıbbi Sorun Yaşama Durumu		
Evet	5,37±5,67	Z: 1,868
Hayır	3,73±5,10	p: 0,062
İsteyerek Düşük Yapma Durumu		
Evet	8,16±10,96	Z: 0,100
Hayır	4,06±4,83	p: 0,920
Kendiliğinden Düşük Yapma Durumu		
Evet	5,52±7,43	Z: 0,189
Hayır	4,06±4,87	p: 0,850

Çizelge 3.2.3.'de annelerin gebelik dönemine ilişkin özelliklerinin EPDS puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir. Annelerin isteyerek gebe kalma durumu, gebelikte tıbbi sorun yaşama durumu, isteyerek düşük yapma durumu, kendiliğinden düşük yapma durumu gibi gebelik dönemi özellikleri ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.2.4. Annelerin Bebek Bakımına Yönelik Özelliklerinin EPDS Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (n:110)

Annelerin Bebek Bakımı Özellikleri	EPDS Ort±SS	Önemlilik Testi
Bebek Cinsiyeti		
Kız	4,48±5,53	Z: 0,152
Erkek	4,12±5,18	p:0,879
Emzirme		
Evet	4,27±5,49	Z: 0,860
Hayır	4,50±3,56	p: 0,390
Bebek Bakımında Yeterli Hissetme		
Yeterli	3,68±4,83	Z: 2,878
Kısmen Yeterli	7,87±6,79	p: 0,004
Bebek Bakımında Güçlük Yaşama		
Evet	7,27±6,02	Z: 3,371
Hayır	3,54±4,90	p: 0,001
Annelik Konusunda Kaygı Yaşama		
Evet	5,79±6,08	Z: 2,975
Hayır	2,89±4,11	p: 0,003
Bebek Bakımı Konusunda Destek Alma		
Evet	3,81±4,92	Z: 2,639
Hayır	8,54±7,10	p: 0,008

Çizelge 3.2.4.'de annelerin bebek bakımına yönelik özelliklerinin EPDS puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir. Anne açısından bebeğin cinsiyeti ve emzirme özellikleri ile EPDS puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Annenin bebek bakımında yeterli hissetme, bebek bakımında güçlük yaşama, annelik konusunda kaygı yaşama ve bebek bakımı konusunda destek alma ile EPDS puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 3.2.5. Babaların Bebek Bakımına Yönelik Özelliklerinin EPDS Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması (n:110)

Babaların Bebek Bakımı Özellikleri	EPDS Ort±SS	Önemlilik Testi
Bebek Cinsiyeti		
Kız	1,05±2,38	Z: 0,049
Erkek	1,18±3,06	p: 0,961
Bebek Bakımına Yardım		
Evet	1,32±3,03	Z: 1,201
Hayır	0,66±1,91	p: 0,230
Babalık Konusunda Kaygı Yaşama		
Evet	1,86±4,02	Z: 1,085
Hayır	0,77±1,78	p: 0,278

Çizelge 3.2.5.'de babaların bebek bakımına yönelik özelliklerinin EPDS puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir. Bebeğin cinsiyeti, bebek bakımına yardım ve babalık konusunda kaygı yaşama gibi özellikler ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.2.6. EPDS Puanına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Ortalamalarının Spearman Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tanıtıcı Özellikler	EPDS	
	r	p
Anne Yaşı	0,050	0,606
Baba Yaşı	0,035	0,719
Evlilik Süresi	0,090	0,349
Aile Geliri	0,038	0,691
Doğum Sayısı	0,113	0,241

Çizelge 3.2.6.'da EPDS puanına göre bazı tanımlayıcı özelliklerin ortalamalarının Korelasyon Analizi ile değerlendirilmesi verilmiştir. Anne yaşı, baba yaşı, evlilik süresi, aile geliri ve doğum sayısı gibi tanımlayıcı özellikler ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

3.3. Annelerin Pospartum Depresyon Açısından Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Çizelge 3.3.1. EPDS Puanına Göre Anneye Ait Özelliklerden Man Whitney U Testinde Anlamlı Bulunan Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Değişken	Odds ratio	%95 CI	p
Eş İlişkisi Tanımlama Durumu (Orta ve Kötü)	5,357	0,577-49,697	0,140
Bebek Bakımında Yeterli Hissetme (Kısmen Yeterli)	10,966	0,628-191,555	0,101
Bebek Bakımında Güçlük Yaşama (Evet)	0,438	0,026-7,270	0,565
Annelik Konusunda Kaygı Yaşama (Evet)	5,652	1,012-31,569	0,048
Annenin Bebek Bakımı Konusunda Destek Alması (Hayır)	2,715	0,373-19,780	0,324

Çizelge 3.3.1.'de EPDS puanına göre anneye ait özelliklerden Man Whitney U testinde anlamlı bulunan değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmesi verilmiştir. Annelik konusunda kaygı yaşayanların yaşamayanlara göre postpartum depresyon sıklığı yaklaşık 5,6 kat artmıştır [OR,%95 CI; 5.652 (1,012, 31,569)].

4.TARTIŞMA

Anne ve babalarda pospartum depresyon yaşama sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Araştırmaya katılan annelerin ve babaların tanımlayıcı özellikleri
2. Annelerin ve babaların doğum sonu depresyon puan ortalamaları ile ilişkili bulguların karşılaştırılması
3. Annelerin pospartum depresyon açısından risk faktörlerinin incelenmesi

Postpartum depresyon kadınların her yönden değişim ve yenilikleri yaşadığı bir dönemdir. Toplumlarda yeni bir çocuğa sahip olmak ailenin bütünlüğünü güçlendirebildiği gibi tam bir kriz ortamına da dönüşebilmektedir. Kadınlar bu dönemde doğumdan sonra oluşan fiziksel değişimlerle birlikte ruhsal olarak ta birçok değişimi yaşamaktadır (Amankwaa 2003, Henshaw ve ark. 2004, Alison ve ark 2006, Kheirabadi ve ark 2009). Türk toplumunda ataerkil bir yapı hakim olduğundan, doğum sonu dönemde kadının var olan rollerine ve sorumluluklarına yenileri eklenerek yükü daha da artmaktadır. Ülkemizde yapılan pek çok çalışmada bu nedenle kadınlara yönelik olmuştur. Aslında gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde değişimi, yenilikleri, rolleri ve artan sorumlulukları yaşayan sadece anne değildir. Anne kadar başta baba ve diğer çocuklar olmak üzere diğer aile fertleri de bu dönemde pek çok değişim, yenilik, rol ve sorumluluklar beklemektedir (Eneç Can ve ark 2005, Ekuklu ve arkadaşları 2002, Eren 2007, Aktaş 2008). Son yıllarda yurt dışında yapılan çalışmalarda babalarında postpartum depresyona girdiklerini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışma ile hem annede hem de babada postpartum depresyon sıklığı ile ilişkili faktörlerin tespiti amaçlanmıştır.

4.1. Araştırmaya Katılan Annelerin ve Babaların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışma grubuna katılan annelerin demografik özellikleri incelendiğinde; annelerin yaş ortalamasının $28,61 \pm 4,89$ olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). Benzer olarak Ekuklu ve arkadaşları (2002) Edirne il merkezinde yaptıkları çalışmada annelerin yaş ortalamasını 27.8 ± 6.1 , Özdemir (2007) yaş ortalamasını 25.28 ± 5.05 olarak bulmuştur. Yapılan çalışmalardaki bu sonuçlar ülkemizde kadınların eğitim düzeyi ve çalışma yaşamına girmesi, evlilik ve doğumların 25 yaş üzerinde yoğunlaştığı ile ilişki olduğunu düşündürülebilir. Bu sonuçlar çalışma bulguları ile paralellik

göstermektedir. Benzer olarak TNSA 2008 verileri de kadınların doğum sıklığının 25-29 yaş döneminde yoğunlaştığını göstermiştir (TNSA 2008).

Annelerin %52,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %86,4'ünün çalışmadığı saptanmıştır. Gelirlerini nasıl algıladıkları sorulduğunda annelerin %70,9'u orta düzeyde, %29,1'i iyi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 3.1.1.). Ayvaz ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada postpartum depresyonda olan annelerin %26,3'nün ilköğretim mezunu olduğu, %29,9'nun çalışmadığı saptanmıştır. Vural ve Akkuzu'nun (1999) yaptığı çalışmada ise annelerin %67,8'inin ilk ve ortaokul mezunu, %32,2'sinin lise ve üzeri öğrenime sahip oldukları saptanmıştır. Aktaş (2008) yaptığı çalışmasında annelerin % 10,9'nun çalışan, % 89,1'nin çalışmayan anneler olduğunu saptamıştır. Araştırma kapsamına alınan annelerin eğitim ve çalışma durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımına yönelik bulgular benzerlik göstermektedir. Verilerin bu çalışmalarla karşılaştırılması açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Annelerin öğrenim durumlarının geçmiş yıllarda yapılan bu çalışmalarla benzerlik göstermesi ülkemizde kadınların öğrenim durumlarında belirgin bir değişimin olmadığını, kadınların ev kadını olarak çoğunluğu oluşturduğunu düşündürmektedir.

Annelerin %83,6'sı çekirdek aile tipine sahiptir. Annelerin evlilik süresi ortalaması $6,09 \pm 5,09$ olarak saptanmış, %36,4'ünün görücü usulü ile evlendiği görülmüştür. Annelerin %94,5'i eşleri ile ilişkilerini "iyi" olarak tanımlamıştır (Çizelge 3.1.1.). Aktaş (2008) çalışmasında annelerin % 82,4'nün çekirdek aile yapısına sahip olduklarını saptamıştır. Aydemir (2007) çalışmasında annelerin %40,4'nün görücü usulü ile evlendiklerini, %74,3'ünün eş ile ilişkisini "iyi", %23'nün "orta", %2,7'sinin "kötü" olarak tanımladıklarını saptamıştır. Aydemir ve Aktaş'ın sonuçları ile yapılan çalışma bulguları benzerlik göstermektedir. Yaşamın şehir merkezine kayması ile geçmiş yıllara göre aileler geniş aile tipinden çok çekirdek aile tipine sahiptir, eşlerin çoğu anlaşarak evlenmekte ve aile içi iletişim düzeyi artmaktadır.

Babaların yaş ortalamaları $31,90 \pm 5,02$ bulunmuştur. Babaların öğrenim durumlarına bakıldığında; %26,4'ünün ilköğretim, %73,6'sının lise ve üzeri öğrenime sahip oldukları görülmüştür. Babaların %3,6'sının işsiz, %80,9'unun çalışan, %15,5'inin de serbest meslek sahibi oldukları ve babaların %27,3'ünün

gelirlerini iyi olarak algıladıkları saptanmıştır. Eşleri ile ilişkilerini tanımlamaları istendiğinde babaların %4,5'i orta, %95,5'i iyi olarak tanımlamıştır (Çizelge 3.1.2). Benzer olarak Aydemir (2007) çalışmasında kadınların eşlerinin yaş ortalamasını $31,56 \pm 6,23$ olduğunu, eşlerin %56,8'inin ilköğretim mezunu olduğunu, %86,3'nün çalıştığını saptamıştır. Uyar (2005) çalışmasında kadınların eşlerinin %17,5'nin ilköğretim mezunu olduklarını, %2'sinin işsiz, %24'nün serbest meslek, %30,5'inin işçi, %39,8'nin memur olduğunu saptamıştır. Bu sonuçlar erkeklerde işsizlik oranının kadınlardan daha düşük olduğunu, genellikle erkeklerin çalışan grupta yer aldığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların doğum sayısı ortalaması $1,78 \pm 0,86$ bulunmuştur (Çizelge 3.1.3). Ailelerin sahip olduğu bebeğin %47,3'ünün kız, %52,7'sinin erkek olduğu ve kadınların %22,7'sinin istemeden gebe kaldığı saptanmıştır. Annelerin %33,6'sı şimdiki gebeliklerinde tıbbi sorun yaşarken, bir önceki gebeliğinde tıbbi sorun yaşayanların oranı %21,8 olarak tespit edilmiştir. Annelerin %5,5'inin isteyerek, %15,5'inin kendiliğinden düşük yaptığı saptanmıştır. Annelerin %53,6'sının gebeliğinin normal doğum, %46,4'nün gebeliğinin ise sezaryen ile sonuçlandığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.3). Aydemir (2007) çalışmasında kadınların doğum sayısı ortalamasını $2,00 \pm 1,36$, %27,3'ünün planlamadan gebe kaldıkları, %40,5'nin gebeliklerinde sağlık problemi yaşadıkları, %62,3'nün normal doğum, %37,7'sinin sezaryen ile doğum yaptıkları saptanmıştır. Ekuklu ve arkadaşları (2002) çalışmalarında annelerin 134'ünün (%75.3) bu gebeliği istediklerini, gebeliği istemediğini belirten 44 anneden 24'ünün (% 54.5) istememe gerekçesi olarak doğurganlıklarını sonlandırmak istediklerini, geriye kalan 20'si ise daha sonra gebe kalmak istediklerini saptamıştır. Özdemir (2007) çalışmasında annelerin %85,1'inin isteyerek ve planlayarak gebe kaldığını, %14,5'inin düşük hikayesi olduğunu, %61,0'ının bir önceki gebeliğinde herhangi bir tıbbi sorun yaşamadığını, bu gebelik süresince annelerin %53,7'sinin tıbbi sorun yaşadığını, %76,4'ünün gebeliklerinin normal doğumla sonuçlandığını saptamıştır. Salgın ve arkadaşları (2007) çalışmalarında annelerin %51,9'nun normal doğum yaptıklarını saptamıştır. Araştırmaya katılan kadınların doğum sayısı ortalaması Aydemir'in (2007) bulguları ile uyumluluk göstermektedir. Doğum şekillerine bakıldığında yapılan çalışmalar son yıllarda sezaryenle doğum oranlarının ciddi şekilde arttığını göstermektedir. Sezaryen doğumun doğum sonu döneme uyum sürecine etkisinin

değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür. 2008 TNSA sonuçlarına göre doğurganlık hızı 2.16 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada bu oran Türkiye ortalamasının altındadır. Ancak bölgeler arası yapılan değerlendirmede Batı Anadolu bölgesindeki doğurganlık hızı ile uyumludur.

Annelerin bebeklerinin %90,9'nun anne sütü ile beslendiği ve %85,5'inin kendilerini bebek bakımında yeterli hissettikleri belirlenmiştir. Bebek bakımında güçlük yaşayan annelerin oranı %20, anne olma kaygısı yaşayanların oranı %48,2 olarak saptanmıştır. Bebek bakımında destek alan annelerin oranı %90 bulunmuştur (Çizelge 3.1.4). Aktaş (2008) çalışmasında annelerin %87,3'nün bebeklerini emzirdiklerini, %77,9'unun bebek bakımında güçlük yaşamadıklarını, bebek bakımında destek alan annelerin oranını %59,1 olarak saptamıştır. Doğaner (2005) çalışmasında doğum sonu dönemde evde annelerin %66,9'una hem kendisinin hem de yenidoğanın bakımına yardımcı olacak bireylerin olduğunu belirtmiştir. Taşdemir ve arkadaşları (2006) kadınların %78,2'sinin bebek bakımında güçlük yaşamadığını saptamıştır. Çalışma bulguları annelerin doğum sonu dönemde deneyimli olsun ya da olmasın mutlaka sosyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Ege ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada postpartum depresyon puan ortalaması düşük olanlarda sosyal destek puan ortalamasının yüksek bulunması bu görüşü desteklemektedir.

Babaların %70'inin bebek bakımında eşlerine yardımcı oldukları ve %32,7'sinin baba olma kaygısı yaşadıkları saptanmıştır (Çizelge 3.1.5.). Efe ve arkadaşları (2009) çalışmalarında kadınların %32,1'nin sadece eşleri tarafından desteklendiğini saptamıştır. Aktaş'ın (2008) çalışmasında, kadınların önemli bir kısmının eşlerinin kendilerine destek olduğunu (%92,1) ifade ettiklerini, kadınların, doğum sonu 1. gün %14,5'ine, 2.hafta %12,5'ine, 6. hafta %12,2'sine eşlerinin fiziksel yönden destek olduğunu, yine kadınların doğum sonu 1. gün %9,6'sına, 2. hafta %8,9'una, 6. hafta %8,5'ine eşlerinin ruhsal yönden destek olduğunu saptanmıştır. Eşlerin bu dönemde destekleyici bir rol içinde olmalarının hem eşlerinde depresyon gelişme riskini azaltması, hem de annenin uyumunun babanın uyumuna olumlu yansması yönünden olumlu olacağı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan annelerin %9,1'inde depresyon belirtilerinin olduğu görülmüş (Çizelge 3.1.6.), EPDS puan ortalamaları $4,29 \pm 5,33$ olarak bulunmuştur

(Çizelge 3.1.8.). Annelerin %92,7'sinin daha önce depresyon öyküsü olmadığı ve annelerin %17,3'ünün yakın akrabalarında depresyon öyküsü olduğu görülmüştür (Çizelge 3.1.6). Doğum sonu depresyonun görülme sıklığı, araştırmanın yapıldığı toplumun yapısına ve araştırmanın tekniğine göre değişiklik gösterebilir. Doğum sonu depresyon ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunda postpartum depresyon sıklığı ortalama %10-%14 olarak kabul edilmektedir (Bergant ve ark 1999, Abiodun ve ark 2005, Sünter ve ark 2006, Andersson ve ark 2006, Aktaş 2008). Regmi ve arkadaşları (2002) Katmandu/Nepal'de EPDS kullanarak doğum sonu 2-3 aylarda olan 100 kadın ve 40 kadından oluşan kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada postpartum depresyon sıklığını doğum sonu 2-3 aylardaki kadınlarda %12, kontrol grubunda ise %12,5 olarak bildirmişlerdir. Limlomwongse ve Liabsuetrakul (2006) Thai'de yaptıkları çalışmada postpartum dönemde (6-8 hafta) kadınların depresyon prevalansını %16,8 olarak belirtmişlerdir. Kaminsky ve arkadaşları (2007) 134 kadın ile EPDS kullanarak yaptıkları çalışmada postpartum depresyon sıklığını %17,9 olarak bildirmişlerdir. Edwards ve arkadaşları (2006) Surabaya/Endonezya'da 434 kadın ile yaptıkları çalışmada EPDS'e göre postpartum depresyon sıklığını %22.35 olarak bildirmişlerdir. Miller ve arkadaşları (2006) 325 primipar kadınla EPDS kullanarak yaptıkları çalışmada postpartum depresyon sıklığını %25 olarak bildirmişlerdir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Türkistanlı ve arkadaşları (2002) EPDS kullanılarak yaptıkları çalışmada potpartum depresyon sıklığını %29, DüNDAR (2003) %36.9, Sünter ve arkadaşları (2006) %23.1, Özdemir (2007) %19.4 ve Ege ve arkadaşları (2008) %32 olarak bildirmiştir. Araştırma bulguları yabancı literatürle benzerlik göstermekle birlikte Türkiye'deki literatüre göre düşük bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmaya alınan kişi sayısının az olmasından, kültürel özelliklerin farklılığından, annelerin kendini kötü hissettikleri için suçluluk duygusu yaşaması ve yaşadığı duyguları gizleme eğiliminden kaynaklanmış olabilir.

Babaların %1,8'inde postpartum depresyon belirtilerinin olduğu, EPDS puan ortalamalarının ise $1,12 \pm 2,75$ olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.1.8). Babaların geçirilmiş depresyon öyküsü durumuna bakıldığında %0,9'unun daha önce depresyon tanısı aldığı, %9,1'inin yakın akrabalarında depresyon olduğu görülmüştür (Çizelge 3.1.7). Boyce ve arkadaşları (2007) 312 baba ile yaptıkları çalışmada

depresif belirti gösteren babaların EPDS puan ortalamalarını $9,05 \pm 4,9$ olarak bulmuştur. Beck (1999) 200 babayı postpartum depresyon yönünden EPDS kullanarak taradığı çalışmasında, babaların %9'unun doğum sonu altıncı haftada ve %5,4'ünün altıncı ayda postpartum depresyon yaşadığı ve bu durumu etkileyen temel faktör olarak annenin depresyonda olmasını göstermiştir. Ülkemizde bebek bakımının çoğu bölgede sadece annenin sorumluluğu ve rolü olduğu düşünüldüğünden, babaların postpartum depresyon konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasının, babalık konusunda kaygı yaşamamalarının, bebek bakımına katılmamalarının farklılığına neden olduğu düşünülmüştür.

4.2. Annelerin Ve Babaların Doğum Sonu Depresyon Puan Ortalamaları İle İlişkili Bulguların Karşılaştırılması

Annelerin öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, aile tipi ve evlenme şekli gibi tanıtıcı özellikleri ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 3.2.1).

Benzer olarak Vural ve Akkuzu'nun (1999), Dündar'ın (2003), Altınay'ın (1999), Taşdemir ve arkadaşlarının (2006) kadınlarda postpartum depresyon sıklığı ile ilgili yaptıkları çalışmalarında; annelerin sosyo demografik özellikleri ile postpartum depresyon görülme sıklığının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmektedir. Atasoy ve arkadaşları (2004) çalışma bulgusundan farklı olarak çalışmalarında kadınların çalışma durumu ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Kadınların eşleri ile olan ilişkilerinde sıkıntı yaşadıklarında, evlilikte uyumsuzluk ve anlaşamama gibi durumlarda postpartum depresyon riskinin arttığı, eş ile ilişkilerinin düzeyini orta ya da kötü olarak tanımlanmalarında direk eşten veya eşin ailesi ile yaşanan sorunlardan da kaynaklanabildiği düşünülmektedir (Aydemir 2007, Danacı ve ark 2002). Sünter ve arkadaşları (2006) çalışmalarında postpartum depresyon olanlarla olmayanlar arasında eş ya da diğer yakınlarından destek alma açısından bir fark bulunamazken, depresif grupta evlilik ilişkisini orta/kötü olarak tarif edenler depresif olmayan gruba göre 2,9 kat daha fazla bulunmuştur. Yapılan çalışmada annelerin eşleri ile ilişkilerini iyi olarak tanımlayan grubun EPDS puan

ortalamları $3,93 \pm 4,97$, eşleri ile ilişkilerini orta veya kötü olarak tanımlayan grubun EPDS puan ortalamları $10,50 \pm 7,86$ bulunmuştur (Çizelge 3.2.1). Eşleri ile ilişkilerini orta veya kötü olarak tanımlayan annelerin EPDS puan ortalamları diğer gruba göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Bu sonuç Sünter ve arkadaşlarının (2006) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Aile içinde eş ilişkisinin olumlu olması ve aile üyelerinin doğum sonu dönemde anneyi olumlu yönde desteklemesinin postpartum depresyon gelişmesini engellemede katkısının olduğu düşünülmüştür.

Daha önce depresyon öyküsü olan annelerin postpartum depresyon puan ortalamasının oranında anlamlı fark olmamakla birlikte öyküsü olmayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Sünter ve arkadaşlarının (2002) Samsun ilinde yaptıkları çalışmada, aile öyküsünde depresyon bulunan kadınların doğum sonu depresyon puanlarının, aile öyküsünde depresyon bulunmayan kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Taşdemir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, aile öyküsünde depresyon bulunan kadınlarda, aile öyküsünde depresyon bulunmayanlara göre postpartum depresyon görülme durumunun arttığı, ancak istatistiksel açıdan aralarındaki farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulguları aile ve geçirilmiş depresyon öyküsünün postpartum depresyon gelişimi üzerine etkisinin olduğunu düşündürmüştür.

Babaların öğrenim durumu, gelir algısı, eş ilişkisini tanımlama gibi tanıtıcı özellikleri ile EPDS puan ortalamları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$). Babaların çalışma durumları ile EPDS puan ortalamları karşılaştırıldığında; EPDS puan ortalamları çalışan babaların $0,84 \pm 2,02$, serbest meslek sahibi olan babaların $1,17 \pm 2,57$, işsiz babaların $7,25 \pm 8,22$ olarak bulunmuştur. İşsiz babaların EPDS puan ortalamları diğer iki gruba göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Çizelge 3.2.2). Bu sonuçların farklılığı, ülkemizdeki gelir dağılımının dengesizliği, gelir düzeyinin daha çok orta düzeyde olması, yeni bebeğin ihtiyaçları ile ekonomik yükün artışı, ailelerde çalışan ve evin geçimini sağlayan kişinin çoğunlukla erkek olması gibi nedenlerden kaynaklandığı ve erkeklerin ekonomik imkanlar sınırlı olduğunda diğer sosyal etkenlere göre ruhsal açıdan daha fazla yıpranmalarına sebep olabileceğini düşündürülebilir. Babalık

konusunda kaygı yaşayan (36) kişilerin kaygı alanı olarak ekonomik sorumluluğunun artmasını belirtmesi bu görüşü desteklemektedir.

Annelerin isteyerek gebe kalma durumu, gebelikte tıbbi sorun yaşama durumu, isteyerek düşük yapma durumu, kendiliğinden düşük yapma durumu gibi gebelik dönemi özellikleri ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3.) . Atasoy ve arkadaşları (2004); Sünter ve arkadaşları (2006); Kitamura ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmalarda düşük öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Aktaş (2008) çalışmasında Doğum sonu 1.gün, 2. hafta, 6.haftada gebeliği istemeyen kadınların EPDS puan ortalamalarını isteyen kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur. Ayvaz ve arkadaşları (2006) çalışmalarında annelerin gebeliği isteme durumu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ancak gebeliğinde hiperemezis yaşayan annelerin yaşamayanlara göre yüksek oranda (%33,3) postpartum depresyon olduğunu saptamıştır. Uyar (2005) çalışmasında istemeden gebe kalanların (%15,7)'sinin EPDS'den 13 ve üzeri puan aldıklarını saptamıştır.

Anne açısından bebeğin cinsiyeti ve emzirme özellikleri ile EPDS puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4.). Annenin bebek bakımında yeterli hissetme, bebek bakımında güçlük yaşama, annelik konusunda kaygı yaşama ve bebek bakımı konusunda destek alma ile EPDS puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Literatürde bebek bakımında güçlük yaşama, destek almama, bebeği emzirmeme gibi durumlar postpartum depresyon için risk faktörü olarak görülmektedir. Annelerin tek başına bebek bakımını üstlendiği ve desteklenmediğinde anneliğe uyum ve bebekle arasındaki bağın gelişmesinde güçlükler yaşadığı, doğum sonu ilk zamanlarda bağımsız olarak bebeklerine bakım vermekte zorlandıkları, kendilerini yetersiz ve yalnız hissettikleri ve bu yüzden bebeği emzirmeyi reddettikleri belirtilmektedir (Doğaner 2005, Aslan 2008). Aktaş (2008) bebek bakımında güçlük yaşayan annelerin yaşamayanlara göre EPDS puan ortalamalarının yüksek olduğunu bildirmiştir. Türkistanlı ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, bebek bakımında güçlük yaşayan ve bakıma yönelik destek almadığını ifade eden kadınların depresyon puanlarının bebek bakımında güçlük

yaşamadığını ve destek aldığını ifade edenlere göre yüksek olduğu bildirmiştir. Dündar (2003) çalışmasında EPDS puanı 12'nin üzerinde olan annelerin %26,9'unun bebeğine yeterli ilgi gösteremediğini, EPDS puanı düşük olan kadınlarda bu oranın %10,7'olduğunu saptamıştır. Çalışma sonuçları annelerin doğum sonu dönemde en önemli kaygı alanının bakıma yönelik aktiviteler olduğunu göstermiştir. Doğum öncesi dönemde doğum sonu bebek bakımına yönelik eğitimlerin verilmesi ve doğum sonu izlemlerin sistemli bir şekilde yapılmasının sorunun çözümüne katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Babaların bebek bakımı özellikleri incelendiğinde bebeğin cinsiyeti, bebek bakımına yardım ve babalık konusunda kaygı yaşama gibi özellikler ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçların nedeni, toplumumuzda babaların evde geçirdiği sürenin azlığı, bebek bakımının annenin sorumluluğu olduğunu kabul etmesi yeterince bakıma katılma sorumluluğu hissetmemesi ile ilişkilendirilebilir.

Anne yaşı, baba yaşı, evlilik süresi, aile geliri ve doğum sayısı gibi tanımlayıcı özellikler ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.6.). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer tanımlayıcı özellikler ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Okanlı 2003, Sevil ve ark 2004, Keleş 2007) .

4.3. Annelerin Pospartum Depresyon Açısından Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Annelik konusunda kaygı yaşayanların yaşamayanlara göre postpartum depresyon sıklığı yaklaşık 5,6 kat artmıştır [OR,%95 CI; 5.652 (1,012, 31,569)] (Çizelge 3.3.1). Efe ve arkadaşları (2009) çalışmalarında kendilerini anneliğe hazır hissetmeyen kadınları EPDS puan ortalamalarının hazır hissedenlere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Karataylı (2007) çalışmasında gebeliğin son trimesterinde anksiyete ve kaygı yaşayan kadınların bu anksiyete ve kaygılarının çocuk sayısı ve doğum sonu bebek bakımı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Çalışma kapsamına alınan annelerin yaş ortalamasının $28,61 \pm 4,89$ olduğu, %52,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, çalışmayan annelerin oranının %86,4 olduğu, annelerin %5,5'inin eşleri ile ilişkilerini “orta” olarak tanımladığı tespit edilmiştir.
- Çalışma kapsamına alınan babaların yaş ortalamalarının $31,90 \pm 5,02$ olduğu, %73,6'sının lise ve üzeri öğrenime sahip oldukları, %3,6'sının işsiz, %80,9'unun çalışan, %15,5'inin de serbest meslek sahibi oldukları, babaların %4,5'inin eşleri ilişkilerini orta, %95,5'i iyi olarak tanımladıkları tespit edilmiştir.
- Kadınların doğum sayısı ortalamasının $1,78 \pm 0,86$ olduğu, %22,7'sinin istemeden gebe kaldığı, %53,6'sının gebeliğinin normal doğumla sonuçlandığı, %46,4'nün gebeliğinin ise sezaryen ile sonuçlandığı saptanmıştır.
- Bebek bakımında güçlük yaşayan annelerin oranının %20 olduğu, %48,2'sinin anne olma kaygısı yaşadığı, %10'un bebek bakımında destek almadığı bulunmuştur.
- Babaların %30'nun bebek bakımına katılmadığı, %32,7'si baba olma kaygısı yaşadığı tespit edilmiştir.
- Annelerin %9,1'inde postpartum depresyon belirtilerinin olduğu, babaların %1,8'inde postpartum depresyon belirtilerinin olduğu saptanmıştır.
- Annelerin EPDS puan ortalamaları $4,29 \pm 5,33$, babaların EPDS puan ortalamaları ise $1,12 \pm 2,75$ olarak bulunmuştur.
- Annelerin öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, aile tipi, evlenme şekli ve annelerde geçirilmiş depresyon öyküsü olması gibi tanıttıcı özellikler ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanırken

($p>0,05$), eşleri ile ilişkilerini orta veya kötü olarak tanımlayan annelerin EPDS puan ortalamalarının diğer gruba göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

- Babaların öğrenim durumu, gelir algısı, eş ilişkisini tanımlama gibi tanıtıcı özellikler ile EPDS puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), işsiz babaların EPDS puan ortalamaları diğer iki gruba göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Annelerin isteyerek gebe kalma durumu, gebelikte tıbbi sorun yaşama durumu, isteyerek düşük yapma durumu, kendiliğinden düşük yapma durumu gibi gebelik dönemi özellikleri ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Anne açısından bebeğin cinsiyeti ve emzirme özellikleri ile EPDS puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlılık bulunmazken ($p>0,05$), annenin bebek bakımında yeterli hissetme, bebek bakımında güçlük yaşama, annelik konusunda kaygı yaşama ve bebek bakımı konusunda destek alma ile EPDS puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Babaların; bebeğin cinsiyeti, bebek bakımına yardım ve babalık konusunda kaygı yaşama gibi özellikler ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Annelik konusunda kaygı yaşayanların yaşamayanlara göre postpartum depresyon sıklığı yaklaşık 5,6 kat artmıştır [OR,%95 CI; 5.652 (1,012, 31,569)].

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Postpartum depresyonun sadece anne değil baba ve ailenin diğer bireyleri içinde risk olduğunun ve doğum sonu sağlık hizmetlerinin planlanmasında diğer aile bireylerinin de takip edilmesi,
- Temel Sağlık Hizmetlerinde görevli sağlık çalışanları tarafından gebelik ve doğum sonu döneme yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sadece anneye yönelik değil, bütüncül olarak aileye yönelik hazırlanması,
- Doğum sonu dönemde aileye hizmet veren sağlık personelinin postpartum depresyonun risk faktörlerine yönelik ev ziyaretlerinde ve ailelerin takibinde erken tanılama amaçlı tarama envanterlerini etkin kullanmalarının sağlanması,
- Anne ve babalarda postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi ile ilgili daha geniş kitleleri kapsayacak araştırmaların yapılması önerilebilir.
- Gebelik ve postpartum dönemi içeren, gebelikte kadınların yaşadıkları kaygı ve depresyon tablosunun doğum sonu döneme etkisini saptamak amacıyla izlem çalışması yapılması önerilebilir.

6.ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anne ve Babalarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

“Nilüfer SERHAN”

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2010

Bu araştırma anne ve babalarda doğum sonu 2-6 aylık dönemde postpartum depresyon sıklığını ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Eskişehir ili 75. Yıl Aile Sağlığı Merkezine bağlı 94-95-96 nolu aile hekimleri bölgesinde kayıtlı bulunan 159 çift oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü yapılan bir araştırmanın postpartum depresyon sıklığı (%33,2) dikkate alınarak hesaplanmış ve 224 tespit edilmiştir. Veri toplama sürecinde görüşmeyi kabul eden, ulaşılabilen ve doğum sonu 2-6 aylık dönemde olan 110 çifte (220 kişi) ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında Anne Tanıtım Formu, Baba Tanıtım Formu, Edinburg Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) kullanılmıştır. Veriler, ev ziyareti yapılarak, yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Man Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon ve Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda annelerin %9,1’inde (n:10), babaların %1,8’inde (n:2) postpartum depresyon belirtilerinin olduğu görülmüştür. Annelerin EPDS puan ortalamaları $4,29 \pm 5,33$, babaların EPDS puan ortalamaları ise $1,12 \pm 2,75$ olarak bulunmuştur. Annelerden eş ile ilişkisini orta ve kötü olarak tanımlayanların (p: 0,018), bebek bakımında kısmen yeterli hissedenlerin (p: 0,004), bebek bakımında güçlük yaşayanların (p: 0,001), annelik konusunda kaygı yaşayanların (p: 0,003) ve bebek bakımında destek almadığını söyleyenlerin (p: 0,008) EPDS puan ortalamalarının yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Annenin Man Whitney U testinde anlamlı bulunan değişkenlerle yapılan Lojistik Regresyon analizinde annelik kaygısı yaşayanların postpartum depresyon gelişmesi açısından 5,6 kat risk grubunda olduğu saptanmıştır [OR,%95 CI; 5.652 (1,012, 31,569)]. İşsiz babalarda EPDS puan ortalamaları çalışan ve serbest meslek sahibi babalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p:0,027).

Sonuç olarak, anne ve babalarda postpartum depresyon sıklığı yüksek bulunmamakla birlikte, annelerin doğum sonu dönemde bebek bakımında yeterli hissetmemesinin, bebek bakımında destek almamasının, bebek bakımında güçlük ve annelik konusunda kaygı yaşamamasının postpartum depresyon gelişmesi üzerine etkisinin olduğu saptanmıştır. Babaların sadece doğum sonu dönemde ekonomik kaygılarının artmasıyla postpartum depresyon belirtilerinin arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızın sonucunda gebelik ve doğum sonrası dönemde hem annelere hem de babalara bebek bakımı, aralarındaki iletişimi biçimi, postpartum hüznün, postpartum depresyonun ne olduğu, belirtileri, nasıl baş edebilecekleri ve bu dönemde birbirlerini nasıl destekleyecekleri konusunda doktor ve hemşireler tarafından danışmanlık hizmetinin verilmesi gerektiğine ilişkin öneriler getirebiliriz.

Anahtar Sözcükler: anne ve baba olmak; postpartum depresyon sıklığı.

7. SUMMARY

T. R.

SELCUK UNIVERSITY

THE INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**The Frequency of Postpartum Depression at Mothers and Fathers and the Determination of
Related Factors**

“Nilüfer SERHAN”

The Department of Nursing

THESIS OF MASTER/KONYA –2010

This study was done to determine the frequency of postpartum depression of mothers and fathers and the related factors during the postpartum period of 2 – 6 months.

This study was done with 159 couples who registered in the health center named 75.year Street in Eskisehir. The size of sampling was calculated by considering the postpartum depression frequency of a research (33, 2%) and it was stated as 224. During the data collection, 110 couples (220 people) accepting the interview and being in the postpartum period of 2-6 months were reached. For the data collection, Mother Introduction Form, Father Introduction Form and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) were used. The data were collected by home visits and face to face interview. For the data analysis, number, percentage, average, standard deviation, Man Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Correlation, and Logistic Regression Analysis were used.

In the result of the research, it was found that there were postpartum depression symptoms in the 9, 1% (n: 10) of mothers and 1, 8% (n: 2) of fathers. It was found that the EPDS point average of mothers was 4, 29±5, 33 and the EPDS point average of fathers was 1, 12±2, 75. The EPDS point averages were high of the mothers who said their relationship with their husbands was moderate or bad (p: 0,018), who felt partly sufficient in the baby care (p: 0,004), who were in difficulty in the baby care (p: 0,001), who felt anxious for their motherhood (p: 0,003) and who said they did not get support in the baby care (p: 0,008) and it was found that the difference between them was meaningful. In the Logistic Regression Analysis done with the variables found meaningful in Man Whitney U of the mother, it was stated that those feeling anxious about motherhood were 5,6 times more risky than others for developing postpartum depression [OR,%95 CI; 5.652 (1,012, 31,569)]. It was found that the EPDS point averages of the fathers who were out of work were meaningfully higher than those working and having self-employment (p: 0,027).

As a result, although the postpartum depression frequency at mothers and fathers was not high, it was stated that during postpartum period, mothers' not feeling sufficient in baby care, not getting support in baby care, having difficulty in baby care and feeling anxious about motherhood had effect on developing postpartum depression. It was stated that since the fathers' economic anxiety increased during the postpartum period, their postpartum depression symptoms also increased.

As a result of our study, we can suggest that during postpartum period both mothers and fathers should be given consulting services by doctors and nurses about baby care, the shape of relationship between themselves, postpartum sadness, what postpartum depression is, its symptoms, how they can manage with it and how they can support each other during this period.

Key Words: to be mother and father; the postpartum depression frequency

8.KAYNAKLAR

1. Abiodun O Adewuyal, Adekunle B Eegunrantil, Adejare M Lawal. Prevalence of postnatal depression in western nigerian women: a controlled study. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*. 2005;9(1):60-64.
2. Affonsoa DD, Deb AK, Horowitzc JA, Mayberry LJ. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal Of Psychosomatic Research*. 2000; 49:207-216.
3. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008;45:85-91.
4. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;Ek 2:70-74.
5. Akkaya C. Depresyon etiyolojisinde seratonin ve noradrenalin. *Yeni Symposium* 2005;43(3):91-96.
6. Aktaş D. Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2008.*
7. Altınay Cebeci S, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*. 10(1);11-18.
8. Amankwaa LC. Postpartum depression, culture and african-american women. *Journal Of Diversity*. 2003;Vol.10,No.1,Pp.23-29.
9. Andersson L, Poromaa İS, Wulff M, Astrom M.Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica*. 2006;85:937-944. Doi: 10.1080/00016340600697652
10. Annagür BB. Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana 2008.*
11. Aslan F, Uzun Ş. Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008;28:736-742.
12. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2004;14:252-257.
13. Atay İM, Isparta İl Merkezinde İntihar Girişimi Ve Ölüm Düşünceleri Epidemiyolojisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatrik Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi. Isparta 2005;Sf:1-41.*
14. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13(2):115-124.
15. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):243-251.
16. Aydemir N. Beah sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2007.*
17. Baker L, Cross S, Ches E, Greaver L, Gouwei R, Lewis A. Prevalence of postpartum depression in a native american population. *Maternal and Child Health Journal*, Vol. 9, No. 1, March 2005 Doi: 10.1007/S10995-005-2448-2.

18. Balcıoğlu İ. Depresyonun etyopatogenezi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999, İstanbul, S. 19-28
19. Balkaya AN. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002;6(2).
20. Barnes L. Postpartum depression: it's impact on couples and marital satisfaction. *Journal Of Systemic Therapies*. 2006;Vol. 25,No. 3,Pp. 25-42.
21. Beck, C.T. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research*. 1996; 45(4): 225.
22. Beck, C.T., Gable, R.K. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments, *Nursing Research*. 2001; 50(4): 272.
23. Benoit C, Westfall R, Adrienne E, Treloar B, Phillips R, Jansson SM. Social factors linked to postpartum depression: a mixed-methods longitudinal study. *Journal Of Mental Health*. December 2007;16(6):719-730.
24. Bergant AM, Heim K, Ulmert H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal Of Psychosomatic Research*. 1999;Vol. 46,No. 4,Pp. 391-394
25. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):479-484.
26. Bielawska-Batorowicz E, Kossakowska-Petrycka K. Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive And Infant Psychology*. February 2006,Vol. 24,No. 1,Pp. 21-29.
27. Bilgel N. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*. 2003;(2):1.
28. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care For Women International*. 2008;29:568-592.
29. Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal Of Psychiatry*. 2007;41:718-725.
30. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004;363:303-10.
31. Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Sted*. 2006;15(9):134-138.
32. Castlea H, Sladea P, Barranco-Wadlowb M, Rogers M. Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*. August 2008,Vol.26,No.3,180-194.
33. Chabrol H, Teissedre F. Relation between edinburgh postnatal depression scale scores at 2-3 days and 4-6 weeks postpartum. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*. February 2004, Vol. 22, No. 1, Pp. 33-39. Doi: 10.1080/02646830310001643067

34. Chen CM, Kuo SF, Chou YH, Chen HC. Postpartum taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. 2007 The Authors. Journal Compilation 2007 Blackwell Publishing Ltd Doi: 10.1111/J.1365-2702.2006.01837.X
35. Clark R, Tluczek A, Brown R. A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal*. 2008;Vol. 29(5):514–536. Doi:0.1002/Imhj.20189
36. Cohen MM, Schei B, Ansara D, Gallop R, Stuckless N, Stewart DE. A history of personal violence and postpartum depression: is there a link?. *Arch Womens Ment Health*. 2002;4:83-92.
37. Cornish MA, McMahon CA, Ungerer AJ, Brayne B, Kowalenko M, Tennant C. Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology* May 2006;Vol.24,No.2,Pp.121-132.
38. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*. 2004; 38:56-64.
39. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., Edinburgh Postnatal Depression Scale (Epds), From: *British Journal Of Psychiatry* (1987), 150, 782-786.
40. Cronenwett JL. Paternal postnatal depression: fathers emerge from the wings. *www.thelancet.Com*. Vol 365 June 25, 2005. Erişim Tarihi: 30.07.2009
41. Çoban A, Saruhan A. Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;21(2):89-96.
42. Danacı, AE., Dinç, G., Deveci, A., Seyfe şen, F. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(3):125-9.
43. Dennis CL, Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Issues And Innovations İn Nursing Practice*. Doi: 10.1111/J.1365-2648.2006.04059.X
44. Doğaner G. Vaginal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Cumhuriyet Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Sivas 2005.
45. Doksat MK. İntiharlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, S. 169-172.
46. Dumlu K, Cimilli C. Erken yaşam stresörlerinin nörobiyolojik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14(4):301-310.
47. Dülgerler ř, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;21(1):115-126.
48. Dünder, E.P. Yarı-Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa, 2003.
49. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:426-433.
50. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. The Author. Journal Compilation _ Nordic College Of Caring Science. 2008;22:86-195.

51. Edwards GD, Shinfuku N, Gittelman M, Ghosalie EW, Hanıman F, Wibisono S, Yamamoto K, Miyaji NT, Rappe P. Postnatal depression in Surabaya, Indonesia. *International Journal Of Mental Health*. Spring 2006;Vol.35,No.1,PP. 62-74. Doi 10.2753/Imh0020-7411350105
52. Edwards EP, Eiden RD, Leonard EK. Impact of fathers' alcoholism and associated risk factors on parent-infant attachment stability from 12 to 18 months. *Infant Mental Health Journal*. 2004;Vol. 25(6):556-579. Doi: 10.1002/Imhj.20027
53. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2009;10:14-20.
54. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Reeder BS. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet. Gynaecol. Res*. 2008, Vol. 34, No. 4 : 585-593
55. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A, Edirne merkez ilçede doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. <http://altavista.com>. Erişim Tarihi: 03.08.2009
56. Engindeniz, A.N., Küey, L., Kültür, S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Bahar Sempozyumları. 1997; 1: 51-52.
57. Enginkaya S., "Postpartum Klinik Tablolar Ve Hemşirelik Bakımı" İkinci Psikiyatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı.28-31.Nisan.04.2008 Ss:40-43
58. Eren Tİ. Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri. Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2007.
59. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*. (2007)10: 103-109. Doi 10.1007/S00737-007-0178-8
60. Forbes EE , Jeffrey F, Cohan FJ, Allen NB, Lewinsohn PM. Infant affect during parent-infant interaction at 3 and 6 months: differences between mothers and fathers and influence of parent history of depression. *Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Infancy*. 2004;5(1):61-84.
61. Fowles ER. The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care For Women International*. 1998;19:83-94.
62. Garfield CF, Isacco A. Urban fathers' role in maternal postpartum mental health. *Fathering*. Fall 2009;Vol.7, No.3,286-302. Doi: 10.3149/Fth.0703.286
63. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst*. 2007;17:126-133.
64. Goldsmith MN. Postpartum depression screening by family nurse practitioners. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners* 19 (2007) 321-327. 2007 The Author
65. Goodman JH. Influences of maternal postpartum depression on fathers and infant interaction. *Infant Mental Health Journal*. 2008;Vol.29(6):624-643. Doi:10.1002/Imhj.20199
66. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal Of Advanced Nursing*. 2004;45(1):26-35.
67. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6:263-274. Doi 10.1007/S00737-003-0024-6

68. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(2):90-96.
69. Güleç Öyekçin D, Sarıkaya Ö, Duraklı M, Erol A. Baş ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8:281-286.
70. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12(2):89-98.
71. Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. Journal Psychosom Obstet Gynecol. 2004;25:267-272. September/December 2004. Doi:10.1080/01674820400024414
72. Hoffman C, Crnic KA, Baker JK. Maternal depression and parenting: implications for children's emergent emotion regulation and behavioral functioning. Parentin:science and practive. Lawrence Erlbaum Associates. Inc.October-December 2006,Vol. 6,No. 4,Pages 271-295.
73. Humenik ALF, Fingerhut R. A pilot study assessing the relationship between child harming thoughts and postpartum depression. J.Clinical Psychol.Med.Settings. 2007;14:360-366. Doi 10.1007/ S10880-007-9082-7
74. Işık SN. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyon konusunda bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2007.
75. Kaminsky LM, Carlo J, Muench MV, Nath C, Harrigan JT, Canterino J. Screening for postpartum depression with the edinburgh postnatal depression scale in an indigent population: does a directed interview improve detection rates compared with the standard self-completed questionnaire?. The Journal Of Maternal-Fetal And Neonatal Medicine. May 2008;21(5):321-325.
76. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. Sted. 2001;10(9):333-334
77. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesinin düzeyleri. Selçuk Ü. Meram Tıp Fak. Psikiyatri Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Konya 2007.
78. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2007;10;(Ek 6):3-10.
79. Kaya B. Depresyon: sosyo ekonomik ve kültürel açıdan bakış. Klinik Psikiyatri. 2007;10 (Ek6):11-20.
80. Keleş E. Gebelikte sigara kullanımının bazı obstetrik durumların ve sosyodemografik özelliklerin postpartum depresyon üzerine etkisi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa 2007.
81. Kelleci M., "Depresyonu Olan Bireyin Hemşirelik Bakımı", İkinci Psikiyatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı.28-31.Nisan.04.2008 Ss45-46.
82. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. Klinik Psikiyatri. 2004;Ek 1:14-19.
83. Kheirabadi Gr, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, Cassy P. Risk factors of postpartum depression in rural areas of ısfahan province, iran. Arch Iranian Med 2009;12 (5):461-467

84. Kim YK, Hur JW, Kim KH, Oh KS, Shin YC. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*. 2008;62:331-340. Doi:10.1111/J.1440-1819.2008.01801.X
85. Klier CM, Rosenblum KL, Zeller M, Steinhardt K, Bergemann N, Muzik M. A Multirisk approach to predicting chronicity of postpartum depression symptoms. *Depression and anxiety*. 2008;25:718–724.
86. Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:349-354.
87. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğangün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. *Yeni Symposium* 2004;42(4):168-176.
88. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:175-184.
89. Koç G. Doğum sonu erken dönemde taburcu edilen anneler için geliştirilen erken bakım hizmet modelinin etkinliğinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara 2005.
90. Köşgeroğlu N. “Dünyada ve Türkiye’de kadının konumu”, *Sendrom Dergisi*. Ekim 2000;Vol.12,Sayı: 10,:115-117.
91. Köşgeroğlu N, Ayrancı Ü, Serhan N, Özerdoğan N, Sayiner FD. Eskişehir Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezine Başvuran Kadınların ve Eşlerinin Depresyon Görülme Sıklığının Belirlenmesi Sakarya Üniversitesi “Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın Çalışmaları Kongre Kitabı 05-07 Mart 2009 Cilt III; 194-205
92. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the edinburgh postnatal depression scale (epds). *Arch Womens Ment Health*. 2006;9:131-138. Doi 10.1007/S00737-005-0115-7
93. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Mental Health*. 2005;8:77-87. Doi 10.1007/S00737-005-0080-1
94. Logsdon MC, Wisnerand K, Hanusa BH. Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression?. *Journal Of Women’s Healt*. Vol.18, No.1, 2009 Mary Ann Liebert, Inc. Doi: 10.1089/Jwh.2007.0635
95. Lucas A, Pizarro E, Granada ML, Salinas I, Sanmarti A. Postpartum thyroid dysfunction and postpartum depression: are they two linked disorders?. *Clinical Endocrinology*. 2001; 55:809-814.
96. Madsen SA. Men’s mental health: fatherhood and psychotherapy. *The Journal Of Men’s Studies*. Winter 2009, Vol.17, No.1:15-30.
97. Mason WA, Rice MJ, Records K. The lived experience of postpartum depression in a psychiatric population. *52 Perspectives İn Psychiatric Care*. April-June, 2005;Vol.41,No.2.
98. Matthey S. Using the edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders. *Depression And Anxiety*. 2008;25:926-931. Doi 10.1002/Da.20415
99. Maurer-Spurej E, Pittendreigh C, Misri S. Platelet serotonin levels support depression scores for women with postpartum depression. *J Psychiatry Neurosci*. 2007;32(1):23-9.
100. Miller RL, Pallant JF, Negri ML. Anxiety and stress in the postpartum: is there more to

postnatal distress than depression?. *Bmc Psychiatry*. 2006;6:12. Doi:10.1186/1471-244x-6-12
Pp 1-10

101. Moran TE, O'hara MW. A partner-rating scale of postpartum depression: the edinburgh postnatal depression scale-partner (epds-p). *Arch Womens Ment Health*. 2006;9:173-180. Doi 10.1007/S00737-006-0136-X
102. Nur N, Çetinkaya S, Bakır D.A, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;26(2):55-59.
103. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:98-105
104. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(1):13-21.
105. Özdemir S. Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyo demografik etmenler. S.Ü.Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Konya 2007.
106. Öztop DB. Depresyonu Olan Annelerin Bebeklerinde Bilişsel-Duygusal Gelişim ve Anne Bebek İlişkisi. Erciyes Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları A.D. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi:2004;11(1).
107. Özyüksel B, Uluğ B. Depresyon tanısı alan hastalarda kalıntı belirtilerin yetiyitimi ile ilişkisi:3 aylık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(4):323-332.
108. Paulson J.F ve ark. "Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior" *PEDIATRICS* Vol. 118 No. 2 August 2006, pp. 659-668 (doi:10.1542/peds.2005-2948)
109. Pinheiro RT, Magalhaes PVS, Horta BL, Pinheiro KAT, Da Silva RA, Pinto RH. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression?. *Population-Based Study In Brazil. Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:230-232. Doi: 10.1111/J.1600-0447.2005.00708.X
110. Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Seear M. A controlled study of postpartum depression among nepalese women: validation of the edinburgh postpartum depression scale in kathmandu. *Tropical Medicine And International Health*. April 2002;Vol.7,No. 4,Pp 378-382.
111. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. *Can Med. Assoc J*. January 1986;Vol.134.
112. Ross LE, Dennis CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. *Journal Of Women's Health*. 2009; Vol.18, No.4. Doi: 10.1089=Jwh.2008.0953.
113. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8:97-104. Doi 10.1007/S00737-005-0078-8.
114. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):252-258.
115. Salgın A, Gökçay G, Yücel B, Polat A, Baysal SU, Sahip Y, Uçar A, Eraslan E. Effects of postpartum depression on breastfeeding and child development. *İst Tıp Fak Dergisi*. 2007;70:70-73.

116. Savrun M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999,İstanbul S.11-17.
117. Segre LS, O'hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression the relative significance of three social status indices. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42:316-321. Doi 10.1007/S00127-007-0168-1.
118. Sharan H, Kaplan B, Weizer N, Sulkes J, Merlob P. Early screening of postpartum depression using the edinburgh postnatal depression scale. International Journal Of Risk & Safety In Medicine. 2006;18:213-218.
119. Sharma VA. A cautionary note on the use of antidepressants in postpartum depression. Bipolar Disorders. 2006;8:411-414.
120. Sevil Ü, Saruhan A, Ertem G, Kavlak O. Kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. Deü Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;18(1):67-76.
121. Spector AZ. Fatherhood and depression: a review of risks, effects and clinical application. Issues In Mental Health Nursing. 2006;27:867-883. Doi:10.1080/01612840600840844
122. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. Tjod. 2006; Cilt: 3,Sayı: 1,: 26-31.
123. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006;Cilt:1,Sayı:2.
124. Terbaş Ö. Kendilik Psikolojisi Kuramına Göre Kendilik Bozuklukları: Bir Olgu Sunumu. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15(1):70-76.
125. Tezel A, Gözüm S. Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;62-68.
126. Tezel A. Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum 2003.
127. The World Health Report: 2001 : Mental Health : New Understanding, New Hope.Who 2001
128. The World Health Report Primary Health Care. 2008
129. Tözün M, Ünsal A. 40 yaş ve üzeri bireylerde eşik üstü depresif belirti gösterenlerin sıklığı. Taf Preventive Medicine Bulletin. 2008;7(6):Pp.485-490.
130. Tunçer Ö. Depresyon ve somatizasyon. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999, İstanbul, S47-52.
131. Tükistanlı, Ç. E., Pektaş, İ., Dikici, İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, İzmir, 2002.
132. Uğur M. Duygudurum bozuklukları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:59-84.
133. Uyar S. Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Afyon 2005.
134. Ümran(Demir) Sevil, Saruhan A, Ertem G, Kavlak O. Kadınların doğum öncesi ve doğum

sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. 2004 Deü Tıp Fakültesi Dergisi. Nisan 2004,Cilt 18,Sayı 1,:67-76.

135. Vahip S. Bipolar depresyon. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 1:41-44.
136. Vural G, Akkuzu G. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;3(1):33-38.
137. Yaşar MR. Depresyonun kadınlaşması. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2007;17(2):251-281 .
138. Yavuz R. Depresyonun kliniği. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık1999,S29-34.
139. Yıldız D. Doğum sonrasında annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. Gülhane Tıp Dergisi 2008;50:294-298.
140. Yüksel İ. İşsizliğin psiko-sosyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara Örneği). C.Ü. İktisadi Ve İdari Birimler Dergisi. 2003;4(2):21-38.
141. World Health Organization 2005, Updated Reprint 2005: Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions.
142. Wissart J, Parshad O, Kulkarni S. Prevalence of pre- and postpartum depression in jamaican women. BMC Pregnancy And Childbirth. 2005;5:15. Doi:10.1186/1471-2393-5-15.
143. World Health Organization. Mental health gap action programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. 2008.
144. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor, 2009

9.EKLER

EK-A Sosyodemografik Anket Formu (Anneler İçin)

Sayın anne ve babalar bu anket Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır. Doğum sonu dönemde anne ve babalarda depresyon sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amaçlı yürütülen bir çalışmadır. Ankette sizlere sosyal özellikleriniz ile ilgili sorular yöneltilenektir ve dikkatlice okuyup cevaplamanız büyük önem arz etmektedir. Ankete verilen cevaplar toplu olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle anket üzerine isim yazmanıza gerek yoktur.

Araştırmaya katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Danışman Yrd.Doç. Dr. Emel EGE

Araştırmacı: Nilüfer SERHAN, Yük.Lisans Öğrencisi

1.Yaşınız :

2.Eğitim (öğrenim) düzeyi

1. Okur yazar

3. Lise

2. İlköğretim

4. Yüksekokul/Üniversite

3.Mesleğiniz

1. Ev hanımı

3.Serbest Meslek

2.Çalışan

4.Diğer.....

4.Sosyal güvenceniz

1.Var

2.Yok

5.Gelir durumu :

6. Sizce geliriniz :

1.iyi

2.orta

3. kötü

7.En uzun yaşadığınız yerleşim yeri

1.Şehir merkezi

2.Kırsal kesim

8.Oturduğunuz ev

1.Kendi

2.Kira

3.Diğer.....

9.Oturduğunuz evin kaç odası var

1.Bir odalı

2.İki odalı

3.Üç odalı

4.Dört ve daha fazla odalı

10. Aile tipiniz

1.Çekirdek aile

2.Geniş aile

11.Evlenme Yaşı:

12.Evlenme Şekliniz

1.Görücü Usulü

2.Anlaşarak

13.Evlilik Süreniz :

14.Eşinizle İlişkiniz Nasıl

- 1.Kötü
- 2.Orta
- 3.İyi

15.Daha önce geçirilmiş depresyon öykünüz var mı?

- 1.Var
- 2.Yok

(Cevabınız Evet ise)

16.Herhangi bir tedavi gördünüz mü?

- 1.Evet gördüm
- 2.Hayır görmedim

17.Yakın akrabalarınızda yada ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

1. Evet
2. Hayır

18.İsteyerek mi hamile kaldınız

- 1-Evet
- 2-Hayır

19.Doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrendiniz mi?

1. Evet
2. Hayır

20.Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise ; öğrendikten sonra esinizin ve/veya ailesinin size karşı tutumlarında değişme oldu mu?

- 1.Evet
- 2.Hayır

21.Yukarıdaki sorunun cevabı EVET ise bu tutum değişikliği nasıl oldu?

1. Olumlu
2. Olumsuz
3. Değişiklik olmadı

22.Kaç doğum yaptınız

23.Bu kaçınıcı doğumunuz.....

24.Bu gebelik süresince herhangi tıbbi bir sorun yasadınız mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

25.Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise bu sorunlar neler ?

- | | |
|------------------|-----------------------|
| 1- Ağrı | 5- Kanama |
| 2- Ödem | 6-Tansiyon yüksekliği |
| 3- Düşük tehdidi | 7-Anemi (Kansızlık) |
| 4- Bulantı-Kusma | 8-Diğer..... |

26.Bir önceki gebeliğinizde herhangi tıbbi bir sorun yasadınız mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

27.Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise bu sorunlar neler?

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1- Ağrı | 6- Tansiyon yüksekliği |
| 2- Ödem | 7- Bulantı – kusma |
| 3- Kanama | 8- Erken doğum |
| 4- Düşük tehdidi | 9- Anemi(Kansızlık) |

5- Düşük

10- Diğer.....

28.İsteyerek düşük yaptınız mı?

1-Evet

2-Hayır

29.Kendiliğinden düşük yaşadınız mı?

1-Evet

2-Hayır

30.Önceki gebeliklerde yada önceki doğumlardan sonra herhangi bir ruhsal sorun oldu mu ?

1- Evet

2- Hayır

31.Bir önceki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı ?

1- Normal doğum

2- Sezaryen

3- Düşük

4- Müdahaleli doğum (forseps, vakum, elle halas vb.)

32.Şimdiki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı ?

1-Normal doğum (vajinal)

2-Sezaryen

3-Diğer.....

33.Bebegin cinsiyeti?

1-Kız

2-erkek

34.Bebeginizi anne sütü ile düzenli besleyebiliyor musunuz?

1- Evet

2-Hayır

35.Bebeginizi sağlık problemi var mı?

1- Evet

2-Hayır

36.Bebek bakımında yeterliliğinizi nasıl görüyorsunuz?

1- Yeterli

2-Kısmen yeterli

3-Yetersiz

37.Bebek bakımı ile ilgili güçlük yaşıyor musunuz?

1- Evet

2-Hayır

38. Yukarıdaki soruya cevabınız **EVET** ise hangi konularda güçlük yaşıyorsunuz?

39. Anne olmak sizin kaygınızı arttırdı mı?

1.Evet

2.Hayır

40. Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise neden kaygı duyuyorsunuz?

41.Bebek bakımında size destek olan var mı?

1-Var

2-Yok

42.Var ise kim olduğunu açıklar mısınız?

-

EK-B Sosyodemografik Anket Formu (Babalar İçin)

Sayın anne ve babalar bu anket Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır. Doğum sonu dönemde anne ve babalarda depresyon sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amaçlı yürütülen bir çalışmadır. Ankette sizlere sosyal özellikleriniz ile ilgili sorular yöneltilmektedir ve dikkatlice okuyup cevaplamanız büyük önem arz etmektedir. Ankete verilen cevaplar toplu olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle anket üzerine isim yazmanıza gerek yoktur.

Araştırmaya katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Danışman Yrd.Doç. Dr. Emel EGE
Yük.Lisans Öğrencisi

Araştırmacı: Nilüfer SERHAN,

1.Yaşınız :

2.Eğitim (öğrenim) düzeyi

1. Okur yazar

3. Lise

2. İlköğretim

4. Yüksekokul/Üniversite

3.Mesleğiniz

1.İşsiz

3.Serbest Meslek

2.Çalışan

4.Diğer

4.Sosyal güvenceniz

1.Var

2.Yok

5.Gelir durumu :

6. Sizce geliriniz :

1.iyi

2.orta

3. kötü

7. En uzun yaşadığınız yerleşim yeri

1.Şehir merkezi

2.Kırsal kesim

8.Oturduğunuz ev

1.Kendi

2.Kira

3.Diğer

9.Oturduğunuz evin kaç odası var

1.Bir odalı

2.İki odalı

3.Üç odalı

4.Dört ve daha fazla odalı

15.Evlenme Yaşı:

16.Evlenme Şekliniz

1.Görücü Usulü

2.Anlaşarak

17.Evlilik Süreniz :

18.Aile tipiniz

1.Çekirdek aile

2.Geniş aile

3.Parçalanmış aile

19.Eşinizle İlişkiniz Nasıl

- 1.Kötü
- 2.Orta
- 3.İyi

20.Daha önce geçirilmiş depresyon öykünüz var mı?

- 1.Var
- 2.Yok

(Cevabınız Evet ise)

21.Herhangi bir tedavi gördünüz mü?

- 1.Evet gördüm
- 2.Hayır görmedim

22.Yakın akrabalarınızda yada ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

1. Evet
2. Hayır

23.Doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrendiniz mi?

1. Evet
2. Hayır

24.Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise; öğrendikten sonra esinizin ve/veya ailesinin size karşı tutumlarında değişme oldu mu?

- 1.Evet
- 2.Hayır

25.Yukarıdaki sorunun cevabı EVET ise bu tutum değişikliği nasıl oldu?

1. Olumlu
2. Olumsuz
3. Değişiklik olmadı

27. Eşinize bebek bakımı konusunda yardımcı oluyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

28.Baba olmak sizin kaygınızı arttırdı mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır

29.Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise neden kaygı duyuyorsunuz?

-

EK-C Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS)

Aşağıda verilmiş olan maddelerle sizin son bir hafta içerisindeki yaşamış olduğunuz duyguları öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen soruları yanıtlarken yalnızca bugün değil son yedi (7) gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi seçiniz ve cevapları boş bırakmayınız.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

1.) Her zaman olduğu kadar
2.) Artık pek o kadar değil
3.) Artık kesinlikle o kadar değil
4.) Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

- 1) Her zaman olduğu kadar
- 2) Her zamankinden biraz daha az
- 3) Her zamankinden kesinlikle daha az
- 4) Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum

- 1) Evet, çoğu zaman
- 2) Evet, bazen
- 3) Çok sık değil
- 4) Hayır hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı yada endişeli hissediyorum

- 1) Hayır hiçbir zaman
- 2) Çok seyrek
- 3) Evet, bazen
- 4) Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor yada panikliyorum

- 1) Evet, çoğu zaman
- 2) Evet, bazen
- 3) Hayır, çok sık değil
- 4) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor

- 1) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- 2) Evet, bazen eskisi gibi baş çıkamıyorum
- 3) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
- 4) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

- 1) Evet, çoğu zaman
- 2) Evet, bazen
- 3) Çok sık değil
- 4) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum

- 1) Evet, çoğu zaman
- 2) Evet, bazen
- 3) Çok sık değil
- 4) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

- 1) Evet, çoğu zaman
- 2) Evet, oldukça sık
- 3) Çok seyrek
- 4) Hayır asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu

- 1) Evet, oldukça sık
- 2) Bazen
- 3) Hemen hemen hiç
- 4) Asla

EK-D Selçuk Üniversitesi Etik Kurul Kararı

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Sayısı: 4

Toplantı Tarihi: 24-04-2009

Karar Sayısı:2009/164: Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu Öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Emel EGE'nin "Anne ve Babalarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve ilişkili Faktörler" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 20.04.2009 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü; yüksek lisans tez çalışmasının Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu Öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Emel EGE'nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
24-04-2009

Şazer BİLGİN
Fakülte Sekreteri

EK-E Eskişehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin Yazısı

**T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

2 : 04/04/2009

Sayı : B.10.4.ISM.4.26.00.09-170.99-291-8827
Konu: Anket

VALİLİK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu Yüksek Lisans öğrencisi Nilüfer SERHAN'ın "Anne ve babalarda postpartum depresyon sıklığının belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.
Tasviplerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Hüseyin Seyhan FİDAN
Sağlık Müdürü

OLUR
12/04/2009

Ekrem BALCI
Vali a.
Vali Yardımcısı

İsmet İnönü Cad.No: 63 ESKİŞEHİR
Tel: 0222 230 27 86

Dahili: 115-125-126

Fax: 0 222 230 80 49

Ayrıntılı bilgi için: Eğitim Şubesi

eposta : egitimsube@essaglik.gov.tr

10. ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Eskişehir’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Eskişehir’de tamamladı. 1991 yılında Osmangazi Üniversitesi Sağlık Meslek Lisesi’ni kazandı. 1995 yılında mezun oldu.

1995 yılında Gazi Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu’nu kazandı. 1997 yılında okul dördüncüsü olduğundan açılan lisans tamamlama programına başvurarak Gazi Üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksekokulu’na dikey geçiş yaptı. 1999 yılında mezun oldu. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksekokulu’nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladı. 4 yıl boyunca Hemşirelik Esasları, Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği derslerini ve uygulamalarını yürüttü. 2004 yılında Eskişehir Büyükşehir Belediyesi’ne başvurarak naklen atama ile Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı’nda çalışmaya başladı. 2008 yılında Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezi’nde göreve başladı ve halen aynı birimde çalışmaktadır.