

T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ADİYAMAN'DA KADINLARDA POSTPARTUM  
DEPRESYON İNSİDANSI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER

Emine ÇETİNKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma KORUK

ŞANLIURFA

2023

T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ADİYAMAN'DA KADINLARDA POSTPARTUM  
DEPRESYON İNSİDANSI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER

Emine ÇETİNKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma KORUK

Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından  
21300 proje numarası ile desteklenmiştir.

ŞANLIURFA

2023

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminim ve tez yazım sürecinde sürekli ilgisi, sabrı ve desteğiyle, hayalimin gerçekleşmesine vesile olan sevgili ve çok değerli hocam sayın Doç. Dr. Fatma KORUK'a,

Araştırmamın istatistiksel analiz aşamasında çok değerli tecrübelerini paylaşan ve hoş görüşüyle her daim yanımda olan sayın hocam Prof. Dr. İbrahim KORUK'a,

Adıyaman 17 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde, çalışma ve araştırma sürecinde beni destekleyen ve her türlü yardımlarını esirgemeyen mesai arkadaşlarıma,

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ve araştırma sürecinde yardımları dokunan tüm sağlık çalışanlarına ve araştırmayı kabul edip sabırla sorularıma cevap veren kadınlara,

Tezimi proje olarak destekleyen Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne,

Yüksek lisans eğitimine başlama ve devamı sürecinde fedakârlığını esirgemeyen sevgili eşim ve çocuklarımaen içten duygularıyla teşekkür ederim.

**Emine ÇETİNKAYA**

**2023**

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>iv</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Postpartum Dönemde Depresyon Belirtileri .....	3
2.1.1 Annelik Hüznü .....	3
2.1.2 Postpartum Depresyon .....	4
2.1.3. Postpartum Psikoz .....	5
2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Postpartum Depresyon Prevelansları .....	5
2.4. Postpartum Depresyonu Etkileyen Faktörler .....	6
2.4.1. Sosyo-Ekonomik Faktörler .....	6
2.4.2. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü .....	6
2.4.3. Gebe Kalmadan Önce Tanı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü .....	6
2.4.4. Gebelik Döneminde Anksiyete ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü .....	7
2.4.5. Geçirilmiş Doğum Sonu Depresyon Öyküsü .....	8
2.4.7. Bebek ile İlişkili Faktörler .....	8
2.4.8. Sosyal Destek ile İlişkili Faktörler .....	8
2.4. Postpartum Depresyonunun Önlenmesinde ve Tedavisinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları .....	9
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>11</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	11
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih .....	11
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	11
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi .....	11
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri .....	12

3. 6.Araştırmanın Değişkenleri .....	12
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	12
3.8. Verilerin Toplanması ve Araçlar .....	12
3.8.1. Ön Uygulama.....	15
3.8.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması .....	15
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri .....	16
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>17</b>
4.1. Kadınları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular.....	17
4.2. Kadınlarda Postpartum Depresyon ile İlişkili Faktörlere Yönelik Bulgular .....	27
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>42</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>44</b>
6.1.Sonuçlar.....	44
6.2. Öneriler.....	45
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>46</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>56</b>

EK 1. Etik Kurul Kararı

EK 2. Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu

EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 4. Veri Toplama Formu

EK 5.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK 6. Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri

EK 7. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EK 8. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi

EK 9. İntihal Raporu

EK 10. Tez Veri Giriş Formu

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 4.1.</b> Kadınları ve Eşlerini Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı...	17
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların ve Eşlerinin Yaş Özelliklerinin Dağılımı.....	19
<b>Tablo 4.3.</b> Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	19
<b>Tablo 4.4.</b> Kadınların Doğuma İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı...	22
<b>Tablo 4.5.</b> Kadınların Gebelik, Doğum ve Postpartum Depresyonla İlişkili Bazı Özelliklerinin Dağılımı.....	24
<b>Tablo 4.6.</b> Kadınlarda Postpartum Depresyon Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin ve Postpartum Depresyon Durumunun Dağılımı.....	25
<b>Tablo 4.7.</b> Kadınların ve Eşlerinin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	28
<b>Tablo 4.8.</b> Kadınların ve Eşlerinin Yaş Özelliklerinin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.9.</b> Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.10.</b> Kadınların Obstetrik, Doğum, Sosyal Destek ve Anksiyete Özelliklerinin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 4.11.</b> Kadınların Doğuma Ait Özelliklerinin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 4.12.</b> Kadınlarda Postpartum Depresyon Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	39
<b>Tablo 4.13.</b> Postpartum Depresyonu Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regrasyon Modeli.....	41

**Şekil 3.1.** Veri Toplama Formlarının Uygulama Aşamaları.....16



## **KISALTMALARDIZINI**

**PPD:** Postpartum Depresyon

**DSM-5:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**DSKE:** Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri

**DKE:** Durumluk Kaygı Envanteri

**SKE:** Sürekli Kaygı Envanteri

**EPPDÖ:** Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

## ÖZET

### ADİYAMAN'DA KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON İNSİDANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Emine ÇETİNKAYA**

**Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**

Araştırma, Adıyaman'da kadınlarda postpartum depresyon insidansı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ileriye yönelik kohort tipte yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, Adıyaman il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinden sağlık hizmeti alan, 25-40 yaş aralığında ve gebeliği 27. gebelik haftası ve üzerinde olan kadınlar oluşturmuştur. Örnek büyüklüğünü hesaplamak için örneklem kriterlerine uyan 22 gebe kadınla pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonucu örnek büyüklüğü 122 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Kadınlara doğum öncesi ve doğumdan dört hafta sonra olmak üzere iki görüşme yapılmıştır. Araştırma için Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan ise bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma, tek değişkenli analizlerden Ki-kare, Man Whithney-U testi ve çok değişkenli analizlerden Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada kadınların %13.5'inde postpartum depresyon olduğu belirlenmiştir. Kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ortalaması 7.11 ( $\pm 5.04$ ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek puanı ortalaması 55.54 ( $\pm 14.32$ ), Durumluk Kaygı Envanteri puanı ortalaması 93.72 ( $\pm 6.80$ ) ve Sürekli Kaygı Envanteri puanı ortalaması 83.30 ( $\pm 8.26$ ) 'dur. Kadınların %11.5'i bebeğin evliliklerini olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

Ölçek puanı ve Sürekli Kaygı Envanteri puanı düşük olanlar ile bebeğin evliliklerini olumsuz etkilediğini düşünenlerde postpartum depresyon düzeyi daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Ancak bebeğin evlilik üzerine olumsuz etkisi, postpartum depresyon riskini 5.3 kat artıran en önemli faktördür. Bu sonuçlar doğrultusunda; postpartum depresyonun önlenmesi için gebelerin sosyal destek faktörlerinin artırılması ve anksiyetelerinin azaltılmasına yönelik müdahalelerin planlanması, ebeveynlere doğum öncesi ve sonrası eğitim ve danışmanlıklar verilirken bebekle ilgili faktörlerinde dâhil edilmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kadın, gebelik, postpartum depresyon, postpartum depresyon risk faktörleri, hemşirelik.



## **ABSTRACT**

### **THE INCIDENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN AND AFFECTING FACTORS IN ADIYAMAN**

**Emine ÇETİNKAYA**

**Department of Nursing, Master Thesis**

The study was conducted in a prospective cohort type in order to determine the incidence of postpartum depression in women in Adıyaman and the factors affecting it. The population of the study consisted of women who received health services from Family Health Centers in Adıyaman city center, between the ages of 25 and 40 and whose pregnancy was 27 weeks of gestation or more. To calculate the sample size, a pilot study was conducted with 22 pregnant women who met the sampling criteria. As a result of the pilot application, the sample size was calculated as 122. The data of the study were collected by face-to-face interview method using Personal Information Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, State and Trait Anxiety Inventory, and Edinburgh Postpartum Depression Inventory. Two interviews were conducted with the women, one before the birth and four weeks after the birth. Written permission was obtained from Adıyaman Provincial Health Directorate and Harran University Ethics Committee for the study, and verbal informed consent was obtained from women who agreed to participate in the study. In the evaluation of the data; percent, mean, standard deviation from descriptive statistics, Chi-square from univariate analysis, Man Whithney-U test and Logistic Regression analysis from multivariate analysis were used. In the study, it was determined that 13.5% of the women had postpartum depression. Women's Endinburgh Postpartum Depression Scale mean score was 7.11 ( $\pm 5.04$ ), Multidimensional Perceived Social Support Scale mean score was 55.54 ( $\pm 14.32$ ), State Anxiety Inventory mean score was 93.72 ( $\pm 6.80$ ), and Trait Anxiety Inventory mean score was 83.30 ( $\pm 8.26$ ). . 11.5% of women think that the baby affects their marriage negatively. Postpartum depression level was higher in those who had low Multidimensional Perceived Social Support Scale scores and Trait Anxiety Inventory scores and those who thought that the baby had a negative impact on their

marriage ( $p < 0.05$ ). However, the negative effect of the baby on marriage is the most important factor that increases the risk of postpartum depression 5.3 times. In line with these results; In order to prevent postpartum depression, it has been suggested to plan interventions to increase the social support factors of pregnant women and to reduce their anxiety, and to include the factors related to the baby while giving pre- and post-natal education and counseling to the parents.

**Keywords:** Women, pregnancy, postpartum depression, postpartum depression risk factors, nursing.



## 1. GİRİŞ

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerdeki fizyolojik değişiklikler, aynı zamanda kadın olma rolüne ve ebeveynliğe uyum, sosyo-ekonomik durum değişiklikleri kadınlarda çeşitli ruhsal sorunlara sebep olabilmektedir (1). Bu dönemlerde yaşanan ruhsal sorunlar, anne ve bebeklerde morbidite ve mortaliteye sebep olabildiğinden önemli bir toplum sağlığı sorunudur (2).

Perinatal dönemde sık karşılaşılan ruhsal sorunlardan biri postpartum depresyondur. Postpartum depresyon (PPD), genel olarak perinatal dönemde ortaya çıkan majör depresyon epizodu olarak tanımlanmaktadır. Ancak, PPD'nin tanımlamalarına ilişkin farklılıklar bulunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5) yer alan ölçütlere göre; gebelik veya doğum sonrası 4 haftaya kadar ortaya çıkan majör depresyon epizodu PPD olarak tanımlanırken (3) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gebelik veya doğum sonrası 1 yıla kadar ortaya çıkan majör depresyon epizodu PPD olarak tanımlamaktadır (1). Tanımlamalardaki bu farklılıklar, buna bağlı olarak ölçüm süresindeki değişiklikler, ayrıca değerlendirme metodolojisi ve çalışma örneğindeki değişkenlikler nedeniyle, PPD için yaygınlık tahminleri de önemli ölçüde farklılık göstermektedir.

Literatürde, PPD prevalansını inceleyen meta-analiz çalışmalarında %13 ile %27 civarında olduğu belirtilmektedir (2,4-6). Türkiye'de ise, 47 makalenin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, PPD prevalansı %24 olarak belirtilmektedir (7).

Postpartum depresyonla ilgili yapılan çalışmalarda, PPD'ile ilişkilendirilen pek çok risk faktörü bildirilmektedir. Bu çalışmalarda; düşük eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik durum, istenmeyen ya da plansız gebelik, bebekte teşhis edilen ciddi bir sağlık sorunu, evlilikle ilgili sorunlar ve önceki psikopatoloji öyküsü gibi faktörlerin PPD ile ilişkilendirilmiştir (8,9). Postpartum depresyonla ilişkili önemli bir diğer faktör "gebelik döneminde yaşanan anksiyete ve depresyon"dur. Gebelik döneminde görülen somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete belirtileri ile birbirine benzemekte olup, genellikle gebelikle ilgili fiziksel ve hormonal değişikliklerle ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle

daha az teşhis edilebilmekte ve bununla beraber tedaviler de aksamaktadır. Literatür incelendiğinde, gebelik döneminde kadınlarda depresyonun görülme sıklığının (%7.4-%12.7) azımsanmayacak düzeyde olduğu görülmektedir (10,11). Gebelik döneminde gözden kaçan ya da tedavi edilmeyen depresyon ise doğum sonu dönemde PPD gelişimini kolaylaştırmaktadır (12). Literatürde, PPD riskini artıran temel faktörler arasında “evlilik uyumsuzluğu” ve “sosyal destek yetersizliği” yer almaktadır. Doğum sonu dönemde kadınlar sosyal destek beklentisi içerisinde ve en önemli sosyal destekleri eşleridir. Eşleri tarafından yeterince desteklenen kadınların fiziksel ve mental iyi oluş düzeyleri yüksektir. Ancak eşleri tarafından yeterince desteklenemeyen kadınların eşi ile evlilik uyumu yetersiz olup, bu durum PPD gelişimi riski açısından önemli bir etkidir (13-16). PPD, sadece kadınların sağlığını ve ebeveynlik davranışlarını değil aynı zamanda bebeğinde duygusal, bilişsel ve sosyal gelişim sürecini olumsuz yönde etkileyen, dolayısıyla toplumu ilgilendiren sosyal bir durumdur (17,18).

PPD'nin tedavi edilmediği durumlarda, kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici hastalık olabilmekte, kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve annenin bebeğine zarar verme ve intihar risklerini artırmaktadır (19). Depresif semptomlara sahip olan kadınların %80-85'inin tıbbi destek almamaktadır (20). Kadınların çoğunluğu doğum sonrası dönemde mutlu olunması gerektiğine inanırlar. Kadınlar taşıdığı depresif duygular nedeniyle çoğunlukla suçluluk hissi yaşayıp belirtileri saklamaktadırlar. Yaşanılan bu durum PPD tablosunun kolaylıkla gözden kaçmasına neden olmaktadır (21).

Doğumdan sonraki dönemde hemşireler; depresyon belirtilerini yakından gözlemleyip, gerekli durumlarda uygun danışmanlıklar ve yönlendirmeler yapabilecek sağlık profesyonelleridir. PPD'nin azaltılması ile ilgili yapılan çalışmalarda, gebelik ve doğum sonrasında dönemde kadınlara profesyonel destek sağlanması durumunda PPD'nin daha az yaşandığını göstermiştir (22,23). PPD oluşumuna neden olan durumların bilinmesi, PPD'nin erken tanı ve tedavisine katkı sağlamanın yanında anne, çocuk ve toplum sağlığının korunmasına da olumlu katkı sağlayacaktır. Bu nedenle çalışma, Adıyaman'da kadınlarda PPD insidansı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Postpartum Dönemde Depresyon Belirtileri

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılmaktadır. Bunlar: annelik hüznü (maternityblues), doğum sonrası (postpartum) depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere başlıca 3 grupta toplanmaktadır (24).

#### 2.1.1. Annelik Hüznü

Annelik hüznü, genellikle hormonal değişikliklerin tetiklediği, uykusuzluk, beslenme problemleri ve yeni anne olmanın getirdiği stres nedeniyle şiddeti artan bir olgudur. Bu olgu kendini çabuk ağlama, depresyon ve anksiyete belirtileriyle ortaya koyan, geçici ve kısa süreli bir durumdur. Doğum sonrası 3 ve 4. üncü günlerde başlar ve doğumu takiben 2 hafta içinde daha çok sosyal destek ile medikal tedavi olmaksızın kendiliğinden iyileşir. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda görülen genel belirtilerden bazıları (25,26);

- Anksiyete ve depresif duygu durumu
- Çabuk ve nedensiz ağlama nöbetleri
- Çaresizlik hissi
- Yorgunluk ve bitkinlik
- Yalnız kalma isteği ya da yalnız hissetme
- Huzursuzluk, irritabilite, gerginlik ve sinirlilik
- Bebeğine karşı ilgi ve duygu eksikliği
- Konfüzyon ve unutkanlık
- Öfkelenme
- Hayal kırıklıkları yaşama
- Kayıp ve keder duyguları yaşama

### 2.1.2. Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-4)'ndaperipartumbaşlangıçlı,doğum sonrası 4 haftaya kadar ortaya çıkabilen majör depresif bozukluk olarak tanımlanmaktadır (3).DSÖ'negöreise; doğum sonrası 1 yıla kadar olan dönemi doğum sonrası depresyon olarak tanımlamıştır (27). Doğum sonrası dönemde depresyon,kadınlardasık görülen bir hastalık olmasına rağmen tanımlamalarda farklılıklar bulunmaktadır. Tanı koymada DSM-5 ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10 (ICD-10) gibi sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Ancak, psikiyatrik tanı sistemlerinde gebelik dönemi ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamaktadır (28).

PPD'degörülen belirtiler, depresyon belirtilerinden farklı olmamakla beraber kişideki varolandepresif durumun, şiddetini ya da varlığını tanımlayan ölçeklerle ifade edilebilen, ancak patolojik olmayan üzüntü/keder duyguları ve depresif semptomlardır. Bunlardan bazıları (25,29);

- Kolayca veya normalden daha fazla ağlamak
- Daha önce zevk alınan deneyimlerden veya etkinliklerden zevk almamak
- Enerji veya motivasyon eksikliği
- Endişelenmek veya “çok fazla düşünmek”
- Az ya da çok uyumak
- Az ya da çok yemek
- Azalmış konsantrasyon
- Karar vermede zorluk
- Suçluluk veya umutsuzluk duyguları
- Değersiz hissetmek
- Kötü bir şey olacağını veya geleceğın umutsuz olduğunu düşünmek
- Kendine zarar verme veya intihar düşünceleri
- Spesifik olmayan vücut ağrıları ve diğer fiziksel semptomlar
- Bebek için sürekli endişelenmek
- Bebekle ilgili olumsuz düşünceler

### 2.1.3. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz, postpartum süreçte ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların içinde en şiddetlisidir. Postpartum psikoz daha çok depresyon, hezeyanlar ve annenin kendisine veya bebeğine zarar verme düşünceleri ile kendini gösteren semptomdur. Postpartum psikoz psikiyatrik acil tıbbi tedavi gerektiren bir durumdur. Kişi hastaneye yatırılarak değerlendirilmeli ve tedavisi yapılmalıdır. Psikoz belirtilerinden bazıları (30,31);

- Uykusuzluk ve dinlenememekten yakınma
- Ağlama
- Duygusal değişim dönemleri
- Şüphencilik
- Konfüzyon
- Dezorganize davranışlar
- Depersonalizasyon
- Dezoryantasyon
- Duygu durumunda artış veya şiddetli disfori
- Dağınıklık
- Mantıksız ifadeler
- Bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler
- Sanrılar (hezeyan)
- Varsanılar (halüsinasyon)

### 2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Postpartum Depresyon Prevalansları

Kadınların %10 ile %20’sinin doğum sonrası dönemde depresyon yaşadığına inanılmaktadır. Ancak PPD'nun tanımlamalarında farklılıklar olduğundan görülme sıklığı ile veriler de farklılık göstermektedir (32). Dünya’da PPD prevalansını inceleyen meta-analiz çalışmalarında %13 ile %27 civarında olduğu belirtilmektedir (4-6,33). Yüksek gelirli ülkelerde PPD oranı daha düşükken (%1.3-%5.2), geliri düzeyi düşük ve orta dereceli ülkelerde PPD prevalansı daha yüksektir (%13.8- %32.9) (34). Türkiye’de ise, PPD ile ilgili 47 makalenin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında,

PPD prevalansı%24 olarak belirtilmektedir (7). Özcan ve ark. 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada; gelişmekte olan şehirlerde PPD prevalansının %25, gelişmiş şehirlerde ise %21.2 olduğu belirtilmektedir (34).

## **2.4. Postpartum Depresyonu Etkileyen Faktörler**

Postpartum depresyon gelişmesini etkileyebilen birçok faktör tanımlanmıştır.

Bunlardan bazıları;

### **2.4.1. Sosyo-Ekonomik Faktörler**

Postpartum depresyonla ilgili yapılan ulusal ve uluslararası birçok çalışmada, sosyo-ekonomik faktörlerin PPD'yi etkilediği gösterilmiştir. Bu çalışmalarda, kendisinin ve eşinin eğitim düzeyi ile sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda postpartum depresyon oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (35-39).

### **2.4.2. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü**

Ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü olan kadınların PPD'ye daha yatkın olduğu belirtilmektedir. Ünal ve ark.'larının (2002) yaptığı bir çalışmada, PPD tanısı olan kadınların %17.5'nin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu belirtilmektedir (40). Sünter ve ark.'nın Samsun'da yaptıkları çalışmada, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan kadınların postpartum depresyon oranını, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan kadınlara göre 2.8 kat daha fazla bildirilmektedir (41). Ayrıca, ailesinde depresyon ve psikiyatrik hastalık öyküsü olanların PPD'na yakalanma riski daha fazla taşıdıkları da belirtilmektedir (42).

### **2.4.3. Gebe Kalmadan Önce Tanı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü**

Kadının gebe kalmadan önce psikiyatrik bir hastalığının olması doğum sonrası dönemde PPD riskini artırabilmektedir (43-48). Özellikle gebe kalmadan önceki dönemde depresyon geçirmiş olması PPD'a yatkınlığı tetikleyebilmektedir (49).

Amerikada yapılan bir araştırmada, prenatal dönemde depresyonu olan kadınların postpartum dönemde depresyon yaşadığı belirtilmektedir (50). Fransa'da da benzer bir çalışmada, doğum öncesi dönemde anksiyete bozukluklarına sahip kadınlarda postpartum dönemde depresif belirtilerin 2,7 kat fazla görüldüğü bildirilmektedir (51). Türkiye'de yapılan ve PPD ile ilişkili faktörleri inceleyen bir çalışmada, gebelik öncesinde yaşanılan ruhsal problemlerin, kadınların PPD yaşama olasılığını 9,86 kat arttırdığı belirtilmektedir (52).

#### **2.4.4. Gebelik Döneminde Anksiyete ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü**

Anksiyete somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanabilir (53). Anksiyete bozuklukları dünya genelinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır (54).

Gebelerde anksiyetenin tanılanması ve önlenmesi için risk oluşturan etkenlerin belirlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonu sürecin sağlıklı bir şekilde devam etmesi için önemlidir. Ayrıca anne ve bebek sağlığı açısından da kritik önemdedir (55). Yapılan çalışmada, antenal taramalarda gebelerin %54 'ünde anksiyete varlığı tespit edilmiştir (56). Anksiyete ve depresyon arasında nörobiyolojik düzeyde bazı ortak noktaların olduğu belirtilmektedir (57). Komorbiditenin nedensel modelleri, bir bozukluğun varlığının başka bir bozukluğun gelişmesine yol açabileceğini öne sürmektedir. Bu kavramı destekleyen Jacobson ve Newman (2017) tarafından yapılan bir meta-analiz, depresyon ve anksiyete semptomlarının birbirleri için çift yönlü risk faktörleri olduğunu göstermiştir. Yani anksiyete varlığı depresyonu, depresyon varlığı anksiyetenin varlığına neden olmaktadır (58). Aynı zamanda, gebelik döneminde psikiyatrik hastalık yaşayan kadınların doğum sonu dönemde depresyon yaşama riski daha yüksektir (59). PPD oluşmasına gebelik döneminde kadının yaşadığı stres faktörlerinin varlığının da etkisi olduğu düşünölmektedir (60).

Gebelik döneminde yaşanan bazı ruhsal sorunlar erken dönemde tanılanıp tedavi edilmediği takdirde; doğum sonu dönemde stres faktörleri de eklendiği zaman postpartum hüzn ve depresyon ile sonuçlanabilmektedir (12).

#### **2.4.5. Geçirilmiş Doğum Sonu Depresyon Öyküsü**

Daha önceki doğumlarında PPD öyküsü olan kadınlar, sonraki doğumlarında PPD yaşamayö nünden risk altındadırlar (61). Yüksel (2007) tarafından yapılan çalışmada depresyonun tekrarlama olasılığı %43 olarak belirtilmektedir (62).

#### **2.4.7. Bebek ile İlişkili Faktörler**

Doğum biyolojik, sosyal ve kültürel bir olgudur. Doğum sonrası dönemde anne ve babadan ebeveynlik sürecine uyum sağlaması, bebeğin bakımını üstlenmesi, aile içi ilişkileri sağlıklı bir şekilde sürdürmesi ve ortaya çıkabilecek sorunlarla başetmesibeklenir. Tüm bu değişimler ve beklentiler hem anne hem de evlilik yaşantısı açısından önemlidir (63).

Yapılan çalışmalarda bebeğin aile yaşamı üzerine etkisi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Durukan ve ark.'nın çalışmasında; bebeğin aile yaşantısına olumlu etkisi olduğunu düşünen kadınların doğum sonu depresyon puanları, bebeğin ekonomik güçlükler nedeniyle aile yaşamını zorlaştırdığını düşünenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz yönde etkilediğini düşünenlerin depresyon puanları, evlilik yaşantısını etkilemediğini ya da evlilik yaşantısını olumlu etki yarattığını bildirenlere göre 1.6 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (64). Benzer şekilde, Ortaarık ve ark.'nın bir çalışmasında da, bebeğin evlilik ve aile yaşamına olumsuz etkisi olduğunu düşünen kadınların doğum sonu depresyon açısından daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (65). Bebekte sağlık problemlerinin olması PPD'yi artıran bir faktör olarak belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, bebekteki sağlık problemleri, yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacının artması, düşük doğum tartısı, miadından önce doğum gibi sorunlar ile PPD arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (66-68).

#### **2.4.8. Sosyal Destek ile İlişkili Faktörler**

Sosyal destek sistemleri, kişinin sevdiği ve değer verdiği sosyal ağlardan elde edilen zihinsel ve maddi destek olarak tanımlanır. Sosyal destek, insanlar için sıkıntılı

ve üzüntülü olaylar karşısında bir başa çıkma kaynağıdır. Ayrıca sosyal desteğin stresle de baş etmede, problem çözme kapasitesinin artırması ve gelecekte oluşabilecek problemlerin önlenmesinde oldukça ilişkili olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek, eş, aile, arkadaşlar ve önemli kişiler gibi birçok kaynaktan gelebilir (69).

Gebelik, kadınlar için kritik dönemlerden biridir. Bu dönem, sosyal desteğe olan ihtiyacın her zamankinden daha fazla hissedilmesi nedeniyle önemlidir. Gebelik sırasında ve sonrasında annenin iyilik halini etkileyen önemli bir risk faktörü sosyal desteğin olmamasıdır (70,71).

Gebelik döneminde algılanan sosyal destek, kadının gebeliğe uyumunu artırırken, stres düzeyini düşürmektedir. Sosyal destek eksikliğinin hem gebelik hem de PPD açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (72). Gebelik ve doğum sonu süreçlerde eş desteğinin, stresli zamanlardaki eşler arasındaki soyutlanmayı ve geri çekilmeyi önlediği, duygusal yakınlığı arttırdığı, eşler arasındaki bağı güçlendirdiği, çatışma ortamını azalttığı bilinmektedir (73,74). Yapılan bir araştırmada, gebelik döneminde sağlanan eş desteğinin, annelik rolüne uyum sağlamaya çalışan gebenin kaygı düzeyini düşürdüğü ve stresini azalttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada eş desteği arttıkça gebenin sorunlarla başetme becerisinin de arttığı saptanmıştır (75). Çalışmada eşleriyle olan ilişkilerini kötü olarak tanımlayan gebe kadınların depresyon oranı yüksek bulunmuştur. Gebe kadının evlilik ilişkilerinde desteklenmesinin yaşantısını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Gebelikte kadının kaygı düzeyini azaltma ve yatırma kadının eşi ve eşinin gebeliğe olumlu bakış açısı ile ilgilidir (76).

#### **2.4. Postpartum Depresyonunun Önlenmesinde ve Tedavisinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları**

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem, kadında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin meydana geldiği dönemlerdir. Bu dönemlerde meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere kadının uyum sağlaması, kendi ve bebeği için gerekli olan bakım, bilgi ve beceri kazanması gerekir (77,78).

Postpartum depresyon, sadece kadınların sağlığını ve ebeveynlik davranışlarını değil aynı zamanda bebeğinde duygusal, bilişsel ve sosyal gelişim sürecini olumsuz

yönde etkileyen, dolayısıyla toplumu ilgilendiren sosyal bir durumdur (17,18). Bu zorlu dönemin yönetilmesinde ve aşılmasında hemşirelik girişimleri büyük önem arz etmektedir (79). Hemşireler bireylerin sağlıklı/hasta davranışlarını ilk değerlendiren sağlık profesyonelleridir. Kadınların hayatlarında stresli ve önemli bir yere sahip olan doğum sonu dönemde hemşire, anneyi etkileyen fiziksel, ruhsal ve toplumsal faktörleri iyi bilmeli, nedenlerine yönelik bakım planlamalıdır. Postpartum dönemdeki kadınlara verilen bakım hizmetinin hasta memnuniyetini artırdığı ve toplum sağlığına olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (80,81).

Yürürlükteki Temel Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge (2001) kapsamında gebelerin, loğusaların ve bebeklerin izlemlerinde birinci derece sorumlu tutulan hemşireler ve ebeler gebelik ve doğum sonu süreçte kadını daha yakından izleme imkânına sahiptirler. Olumsuz sonuçlar doğuran PPD'yiönleme, erken tanı, sevk etme, tedavi ve bakımında hemşirelerin ve ebelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev yapmakla yetkilendirilen hemşireler ve ebelerin gebe, loğusa ve bebek takiplerinde PPD için riskli olarak tanımladığı kadının ve ailesinin yaşadıkları sorunlara profesyonel destek sağlamak için önemli rolleri bulunmaktadır (82). Annenin yaşadığı depresyon ve anksiyete ile olumlu baş etmesini sağlamak için eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır. Gebenin destek sistemleri belirlenmeli ayrıca bu destek sistemlerini kullanması sağlanmalıdır (83). Hemşireler ve ebeler depresif belirtileri girişimleri ile azaltabilir, çözümlenemeyen sorunlar için sağlık ekibinin diğer üyelerine gebeyi yönlendirebilirler. Kadının lgilisonuçları takip edebilir ve depresyon tablosunu ve etkilerini önleyebilirler (82).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma ileriye yönelik kohort olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih**

Araştırma Ocak 2021-Temmuz 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın verisi Ocak 2021 - Mayıs 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Adıyaman il merkezinde bulunan ASM'lerde yürütülmüştür. Adıyaman il merkezinde toplam 22 ASM bulunmaktadır. Ancak 1 ASM cezaevi bölgesinde olduğundan, 3 ASM'de araştırma izni verilmediğinden dolayı kapsam dışı bırakılmış ve toplamda 18 ASM'de veriler toplanmıştır.

Adıyaman'nın toplam nüfusu TÜİK 2021 verilerine göre 632.148 kişidir. Bu nüfusun 30652 kadınlardan oluşmaktadır. İilde yıllık nüfus artış hızı binde 0,49'dur (84).

ASM'lerde ortalama 4 doktor, 4 ebe/hemşire hizmet vermektedir. Rutin gebe izlemleri kapsamında anksiyete/depresyon, rutin doğum sonu lohusa izlemleri kapsamında da PPD tanılama, izleme ve üst kuruluşa sevk etme işlemleri düzenli olarak yapılmamaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini, Adıyaman il merkezindeki ASM'lerden sağlık hizmeti alan, 25-40 yaş aralığında ve gebeliği 27. hafta ve üzerinde; olan kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örnek büyüklüğünü hesaplamak için, 27.01.2021-25.05.2021 tarihleri arasında örneklem kriterlerine uyan 22 gebe kadınlara pilot uygulama yapılmıştır. Örnek hesabında, araştırmanın bağımlı değişkeni PPD, bağımsız değişkeni sürekli anksiyete düzeyidir. Buna göre yapılan pilot çalışma sonucunda, sürekli anksiyetesi

yüksek olanlarda PPD insidansı %27.2, anksiyetesi düşük olanlarda %8.3 olarak belirlenmiştir. WHO Epitools -EpidemiologicalCalculators (<http://epitools.ausvet.com.au/>) kullanılarak, sürekli anksiyete durumundan kaynaklı PPD riski 3.27, alfa:0.05, güç 0.8 olarak alınmış ve araştırma için gerekli örnek büyüklüğü 122 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme araştırma kriterlerine uyan 122 gebe kadın alınmış, ancak doğum sonunda bir kadın görüşme isteğini kabul etmediğinden 121 kadınla tamamlanmıştır.

### **3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri**

#### **Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

- 25-40 yaş grubunda ve gebe olmak,
- Gebelik haftası 27 ve üzerinde olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

#### **Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- İletişim problemi olan (işitme, konuşma vs)

### **3. 6. Araştırmanın Değişkenleri**

**Araştırmanın bağımlı değişkeni;** Postpartum depresyon durumudur.

**Araştırmanın bağımsız değişkenleri;** sosyodemografik özellikler, obstetrik ve doğum öyküsü ile postpartum depresyona ilişkin özelliklerdir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK 1) ve uygulanabilmesi için Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 2) yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan ise bilgilendirilmiş onamları alınmıştır(EK 3).

### **3.8. Verilerin Toplanması ve Araçlar**

Veriler yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, Veri Toplama Formu (EK 4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK

5), Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) (EK 6) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPPDÖ) (EK 7) kullanılmıştır.

**Veri Toplama Formu;** Literatür (5,6,53,60,) taranarak oluşturulan Veri Toplama Formunda;

- Kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, eşinin öğrenim durumu, eşinin çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, sağlık güvence durumu, aile tipi, kadının kronik hastalık durumu, eşinin kronik hastalık durumu) içeren 12 soru,
- Gebelik ve doğum öyküsüne ilişkin özellikleri (kaçıncı gebelik olduğu, gebelik haftası, yaşayan çocuk sayısı, daha önceki gebeliğin nasıl sonlandığı, düşük, ölü doğum ve küretaj öyküsü, gebeliğin planlı olma durumu, gebe kalmak için tedavi öyküsü, şuanki gebeliğinde bebeğin cinsiyeti ile ilgili istenilen durum, gebelik süresince yaşadığı problem durumu, gebelikte kendisi ve bebeğin sağlığı ile ilgili yaşadığı endişe yaşama durumu ve gebeliğinde gebelik kontrollerini kaç defa ve nerede yaptığı durumu) içeren 15 soru,
- Doğum sonu ve postpartum döneme ait özelliklerini (doğum haftası, doğum şekli, doğumun zamanında gerçekleşme durumu, doğum sırasında sorun yaşama durumu, doğum sırasında yaşadığı problemler, bebeğin cinsiyeti, doğum sonu bebeğin ve annenin herhangi bir nedenle hastanede tedavi durumu, bebeği emzirme durumu, bebeği emzirmiyorsa nedenleri, gebelik öncesinde psikiyatrik hastalık durumu, daha önceki gebeliğinde depresyon durumu, gebe kalmadan önce tanı konulmuş psikiyatrik hastalık durumu, gebelik döneminde psikiyatrik hastalık geçirme durumu, daha önceki doğumunda doğum sonu depresyon geçirme durumu, ailesinde tanı konulmuş psikiyatrik hastalık durumu, ailesinde postpartum depresyon geçirme durumu, bebeğin evliliği etkileme durumu, kadının eşiyle ilişkisini algılama durumu) içeren 16 soru olmak üzere toplam 43 sorudan oluşmaktadır.

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ);** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimet ve ark., (1988) (85) tarafından geliştirilen, ülkemizde uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Eker ve Arkar (1995) (86) tarafından yapılan, kullanımı yaygın bir sosyal destek ölçeğidir. ÇBASDÖ 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin "aileden", "arkadaştan"

ve “özel insandan” alınan sosyal destek olmak üzere her biri dört maddeden oluşan toplam üç alt boyutu bulunmaktadır. 7’li likert tipi olan ölçeğin maddeleri; Kesinlikle hayır=1, Kesinlikle evet=7 arasında derecelendirilmiştir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28; ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan ise 84’dür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik-güvenirlilik çalışmasının Cronbach alfa katsayısı 0.89’dur.

**Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE);** Ölçek Spielberger tarafından 1976 yılında geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe’ye çevrilerek, geçerlilik çalışmaları yapılmıştır (87). Ölçek, anda hissedilenleri belirlemek amacıyla oluşturulan 20 maddelik “Durumluk Kaygı Envanteri (DKE)” ve son yedi gündür hissedilenleri belirlemek amacıyla oluşturulan yine 20 maddelik “Sürekli Kaygı Envanteri (SKE)” olmak üzere iki alt boyuttan ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır. DKE maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar, bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla olarak; SKE maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar ise, sıklık derecelerine göre; (1) Hemen Hiçbir Zaman, (2) Bazen, (3) Çok Zaman ve (4) Hemen Her Zaman” olarak belirtilmektedir. DKE’de on tane ters ifade yer alırken, SKE’de yedi tane ters ifade bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış değişmeyen bir değer eklenir. DKE için bu değer 50, SKE için ise 38’dür. Her iki ölçekten elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Elde edilen değer kişinin kaygı puanıdır. Bu puan yükseldikçe kişinin de kaygı düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin geçerlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı, DKE için 0.94 , SKE için 0.83’dür.

**Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPPDÖ);** Ölçek, depresyonu tanımda ve ileri tedavi gerektirecek hastaların psikiyatrik yardım için yönlendirilmesinde kullanılabilir bir araçtır ve genel olarak tüm dünyada kabul görmüştür. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama amacıyla kullanılabilirliği bildirilmektedir. Türkiye’de de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Engindeniz ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır (88). EPDS her biri annenin geçen hafta süresince nasıl hissettiğini dört farklı seçenekten birini işaretleyerek bildirmesini isteyen toplam 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Anne tarafından doldurulan ölçek altı basamaklı bir likert skalasına sahiptir.

Skala “her zaman”, “çok sık”, “sık”, “bazen”, “nadiren”, “hiçbir zaman” olarak tanımlanmıştır. Ölçek bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekte alınabilecek en yüksek puan 30’dur. Ölçekteki sorulardan 1.2. ve 4. sorular 0-1-2-3 biçiminde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10.sorular ise 3-2-1-0 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13’dür. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.79’dur.

### **3.8.1. Ön Uygulama**

Veri Toplama Formunun eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi ve örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla, gerekli izinler alındıktan sonra 10.01.2021 ve 27.05.2021 tarihleri arasında pilot seçilen 3 ASM’de 22 gebe kadınla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmadığından bu gruptaki kadınlar örnekleme dâhil edilmiştir.

### **3.8.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması**

Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için, araştırma kriterine uyan ve gebe izlem zamanı gelmiş olan gebeler Aile hekimliği biriminde kayıtlı iletişim bilgileri doğrultusunda telefonla aranarak 09:00-16:00 saatleri arasında ASM’ye davet edilmiştir. Görüşmeyi kabul eden kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ilk görüşme yapılmıştır. Postpartum 4. haftadan sonra kadınlar tekrar ASM’ye çağırılarak ikinci görüşme yapılmıştır (Şekil 3.1).

Araştırmanın amacı ve veri toplama formlarının içeriği kadınlara açıklanmış ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. ASM’ye göre değişmekle birlikte günlük ortalama 3 kadın ile görüşme sağlanmıştır. Her bir görüşme doğum öncesi için yaklaşık 35 dakika, doğum sonu için yaklaşık 18 dakika sürmüştür.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

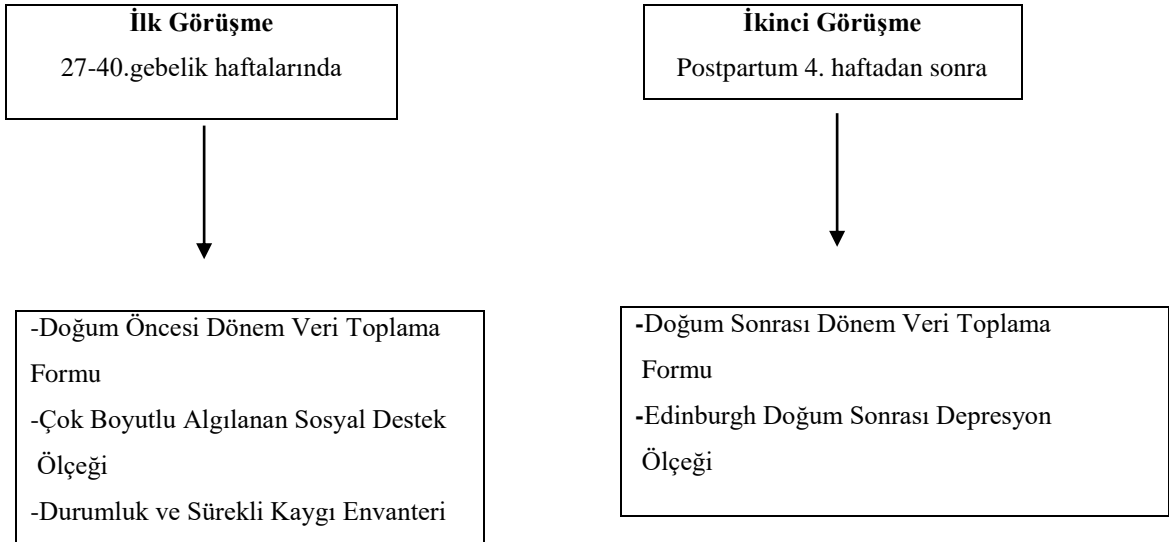
Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Statistical PackageforSocialSciences Windows 20.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı

istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma; tek değişkenli analizlerden ki-kare, Mann Whitney U testi ve çok değişkenli analizlerden Lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bulgular %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırma kapsamında ölçüm, muayene ve tedavi yapılmamıştır. Veriler katılımcıların sözlü beyanına dayalıdır. Araştırma sonuçları verilerin toplandığı il ile sınırlıdır. Araştırma verilerinin toplanması sırasında birtakım güçlükler ile karşılaşmıştır. Bunlar; birçok ASM'nin çok kalabalık olması, ASM'lerde yapılacak görüşmeler için araştırmacıya ayrılacak uygun fiziki ortamın olmaması, veri toplama formlarındaki soru sayısının fazla olması nedeniyle görüşmelerin uzaması, doğum sonu dönemde kadınların genellikle bebekleri ile gelmiş olmaları ve görüşmeler sırasında bebeklerinin karşılanması gereken bakım gereksinimlerinin (kucaklama, emzirme gibi) ortaya çıkmasıdır.

#### VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULAMA AŞAMALARI



Şekil 3.1. Veri toplama formlarının uygulama aşamaları

## 4. BULGULAR

Adıyaman’da kadınların postpartum depresyon insidansı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki başlık altında ele alınmıştır;

1. Kadınları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular
2. Kadınlarda Postpartum Depresyonla İlişkili Faktörlere Yönelik Bulgular

### 4.1. Kadınları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Kadınları ve eşlerini tanıtıcı bazı özelliklerinin dağılımları Tablo 4.1. ve Tablo 4.2’de verilmiştir. Tablo 4.1’e göre; kadınların %34.4’ü üniversite mezundur ve %99.2’si evlidir. Kadınların %70.5’i çalışmamakta, çalışan kadınların ise büyük çoğunluğu öğretmen (%11.5) ve özel sektörde işçi(%9.0) olarak çalışmaktadır. Kadınların %98.4’ü herhangi bir sosyal güvenceye sahiptir ve %52.5’i gelirini giderinden az olarak algılamaktadır. Kadınların %91.8’i çekirdek ailede yaşamaktadır. Kadınların %10.7’sinin kronik hastalığı vardır. Kadınların eşlerinin ise %42.6’sı üniversite mezundur ve %93.4’ü çalışmaktadır. Çalışanlar çoğunlukla özel sektörde işçi (%29.5) ya da memurdur (%16.4). Kadınların eşlerinin %3.3’ünün kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4.1). Tablo 4.2’ye göre ise; kadınların yaş ortalaması 30.45 ( $\pm$  4.47) ve eşlerinin yaş ortalaması 34.05 ( $\pm$  4.60)’dir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.1.** Kadınları ve Eşlerini Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-Yazar Değil	1	0.8
İlköğretim	23	18.9
Ortaöğretim	56	45.9
Üniversite ve Üzeri	42	34.4
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	122	99.2

**Tablo 4.1.(Devam)**

Bekar	1	0.8
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	36	29.5
Çalışmıyor	86	70.5
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	120	98.4
Yok	2	1.6
<b>Algılanan Ekonomik Durum</b>		
Gelir Gideri Karşılıyor	53	43.4
Gelir Giderden Az	64	52.5
Gelir Giderden Fazla	5	4.1
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	112	91.8
Geniş Aile	10	8.2
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		
Var	13	10.7
Yok	109	89.3
<b>Eşin Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-Yazar	1	0.8
İlköğretim	11	9.0
Ortaöğretim	57	46.7
Üniversite ve Üzeri	52	42.6
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	113	93.4
Çalışmıyor	8	6.6
<b>Eşinin Kronik Hastalık Durumu</b>		
Var	4	3.3
Yok	117	96.7

**Tablo 4.2.** Kadınların ve Eşlerinin Yaş Özelliklerinin Dağılımı

<b>Tamııcı Özellikler</b>	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortanca(MinMak)</b>
<b>Kadının Yaşı</b>	30.45 (±4.47)	30 (25-40)
<b>Eşinin Yaşı</b>	34.05 (±4.60)	34 (25-46)

Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Tablo 4.3'e göre; kadınların önceki gebeliklerinde %17.2'sinin düşük, %17.2'sinin küretaj, %0.8'nin ölü doğum ve %67.2'sinin canlı doğum öyküsü vardır. Kadınların %83.6'sının gebeliği planlıdır. Kadınların %9'u gebe kalmak için tedavi almıştır ve tedavi alanlar sıklıkla ilaç tedavisi (%4.1'i) ve tüp bebek tedavisi (%3.3'ü) almıştır. Kadınların %24.6'sı bebeğinin cinsiyetinin istediği cinsiyete ile uyuşmadığını belirtmiştir. Kadınların %37.7'si gebelik süresince sağlık sorunu yaşamıştır ve bu sorunlar sıklıkla metabolik (%15.6) ve obstetrik (%14.8) sorunlardır. Kadınların %36.1'i gebelikte kendi sağlığı ve bebeğın sağlığı ile ilgili endişe yaşamıştır ve bunlar sıklıkla, hastalık kaynaklı (%13.9) ve bebeğın sağlığı ile ilgili (%13.1) endişelerdir. Kadınların tamamı (%100) bu gebeliklerinde gebelik kontrollerini yaptırmıştır. Bu kontroller için, kadınların tamamı (%100.0) ASM'ye, %86.9'u devlet hastanesine, %1.6'sı üniversite hastanesine ve %32.0'ı özel hastaneye gitmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

<b>Obstetrik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Düşük Öyküsü</b>		
Var	21	17.2
Yok	101	82.8
<b>Küretaj Öyküsü</b>		
Var	21	17.2
Yok	101	82.8
<b>Ölü Doğum Öyküsü</b>		
Var	1	0.8
Yok	121	99.2

**Tablo 4.3. (Devam)**

<b>Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma</b>		
<b>Şekli</b>		
Canlı Doğum	82	67.2
Düşük	4	3.3
Küretaj	10	8.2
<b>Gebeliğin Planlı Olma Durumu</b>		
Planlı	102	83.6
Plansız	20	16.4
<b>Gebe Kalmak İçin Tedavi Alma Durumu</b>		
<b>Tedavi aldı</b>		
İlaç Tedavisi	5	4.1
Tüp Bebek Tedavisi	4	3.3
Miyomektomi Tedavisi	1	0.8
Kist Tedavisi	1	0.8
<b>Tedavi almadı</b>	<b>111</b>	<b>91</b>
<b>Bebelin Cinsiyetinin İstenilen Cinsiyete Uygunluk Durumu</b>		
<b>Uygunluk Durumu</b>		
Uygun	92	75.4
Uygun Değil	30	24.6
<b>Bebelin Cinsiyeti ile İlgili İstenilen Durum</b>		
Kız Çocuk İstiyor	12	9.8
Erkek Çocuk İstiyor	18	14.8
<b>Gebelik Süresince Sağlık Problemi Yaşama Durumu</b>		
<b>Yaşama Durumu</b>		
Problem Yaşadı	46	37.7
Metabolik Kaynaklı	19	15.6
Obstetrik Öykü Kaynaklı	18	14.8

**Tablo 4.3.** (Devam)

Enfeksiyon Kaynaklı	8	6.6
Solunum Kaynaklı	1	0.8
Problem Yaşamadı	76	62.3
<b>Gebelikte Kendisi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Endişe Yaşama Durumu</b>		
Endişe Yaşadı	44	36.1
Hastalık kaynaklı	17	13.9
Tarama Test Sonucu Kaynaklı	7	5.7
Bebeğin Sağlığı ile İlgili	16	13.1
Kendi Sağlığı ile İlgili	4	3.3
Endişe Yaşamadı	78	63.9
<b>Gebelik Kontrollerini Düzenli Yaptırma Durumu</b>		
Evet	122	100
<b>Gebelik Kontrolleri için ASM'ye Gitme Durumu</b>		
Evet	122	100
<b>Gebelik Kontrolleri için Devlet Hastanesine Gitme Durumu</b>		
Evet	106	86.9
Hayır	16	13.1
<b>Gebelik Kontrolleri için Üniversite Hastaneye Gitme Durumu</b>		
Evet	2	1.6
Hayır	120	98.4
<b>Gebelik Kontrolleri için Özel Hastaneye Gitme Durumu</b>		
Evet	39	32.0
Hayır	83	68.0

Kadınların doğuma ait bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4 'te verilmiştir. Tablo 4.4 'e göre; kadınların %94.3'nün doğumu zamanında, %4.9'nun erken ve %0.8'nin geç gerçekleşmiştir. Kadınların %57.4'ü sezeryen doğum ve %41.8'i normal doğum yapmıştır. Kadınların %14.8'i doğum esnasında sorun yaşamıştır. Doğum esnasında sıklıkla yaşanan sorunlar tansiyon yükselmesi (%8.2) ve uterinatonidir (%3.3). Kadınların %45.9'nun bebeğinin cinsiyeti kız ve %52.5'i erkektir. Bebeklerin %5.7'sinin anomali/sağlık sorunu vardır ve bu sorunlar sıklıkla metabolik hastalık (%1.6) ve ürogenital hastalık (%1.6) kaynaklıdır. Bebeklerin %25.4'ü doğumdan sonra hastanede tedavi almıştır ve sıklıkla solunum yetmezliğine (%9.8) dair tedavi almıştır. Kadınların ise %4.1'i doğum sonu komplikasyon nedeniyle hastanede tedavi almıştır. Kadınların %88.5'i doğum sonu bebeğini emzirmiştir. Emzirmeyen kadınlar sıklıkla meme reddi (%4.1) ve biberonla besleme (%3.3) nedeniyle emzirmemiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4.** Kadınların Doğuma İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

<b>Doğuma İlişkin Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Doğumun Zamanında Gerçekleşme Durumu</b>		
Gerçekleşti	115	94.3
Gerçekleşmedi	7	5.7
Erken Doğum	6	4.9
Geç Doğum	1	0.8
<b>Doğumun Şekli</b>		
Sezeryan Doğum	70	57.4
Normal Doğum	51	41.8
Ölü Doğum	1	0.8
<b>Doğum Esnasında Sorun Yaşama Durumu</b>		
Sorun Yaşadı	18	14.8
Tansiyon	10	8.2
UterinAtoni	4	3.3
Fetal Bradikardi	3	2.5
Kordon Sarkması	1	0.8
Sorun Yaşamadı	104	85.2

**Tablo 4.4.** (Devam)

<b>Bebeğin Cinsiyeti</b>		
Kız	56	45.9
Erkek	64	52.5
İkiz;Kız+Kız	1	0.8
İkiz;Kız+Erkek	1	0.8
<b>Doğumda Bebeğin Kilo Durumu</b>		
Normal Doğum Ağırlıklı	107	87.7
Düşük Doğum Ağırlıklı	8	6.6
İri Bebek	7	5.7
<b>Bebekte Anomali/Sağlık Sorunu Durumu</b>		
Var	7	5.7
Yok	115	94.3
<b>Doğumdan Sonra Bebeğin Tedavi Alma Durumu</b>		
Tedavi Aldı	31	25.4
Solunum Yetmezliği	12	9.8
Akciğer Enfeksiyonu	9	7.4
Mekonyum Aspirasyonu	3	2.5
Sarılık	2	1.6
Diğer Nedenler(*)	5	4.1
Tedavi Almadı	91	74.6
<b>Doğumdan Sonra Annenin Tedavi Alma Durumu</b>		
Tedavi Aldı	5	4.1
Tedavi Almadı	117	95.9
<b>Bebeği Emzirme Durumu</b>		
Emzirdi	108	88.5
Emzirmedi	14	11.5
<b>Bebeği Emzirmeme Nedenleri</b>		
Meme Reddi	5	4.1
Biberonla Besleme	4	3.3
Göğüs Ucu Yokluğu/Küçük Olması	2	1.6

**Tablo 4.3.** (Devam)

Anne Sütü Yetersiz	2	1.6
Mastit	1	0.8
Ölü Doğum	1	0.8

\* Ca Değeri Düşüklüğü, Beslenme Sıkıntısı, Trombositopeni, Bağırsak Problemi

Kadınların gebelik, doğum ve PPD'la ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir. Tablo 4.5'e göre; gebelik sayısı ortalaması 2.82 ( $\pm 1.62$ ), gebelik haftası ortalaması 31.90 ( $\pm 3.69$ ), yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.36 ( $\pm 1.22$ ), gebelik kontrolleri için sağlık kurumuna gitme sayısı ortalaması 10.41 ( $\pm 3.02$ ), doğum haftası ortalaması 20.89 ( $\pm 12.74$ ), postpartum depresyon puan ortalaması 7.11 ( $\pm 5.04$ ), sosyal destek ölçek puanı ortalaması 55.54 ( $\pm 14.32$ ), durumluk kaygı puanı ortalaması 93.72 ( $\pm 6.80$ ) ve sürekli kaygı puanı ortalaması 83.30 ( $\pm 8.26$ )'dur (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** Kadınların Gebelik, Doğum ve Postpartum Depresyonla İlişkili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca(MinMak)
Gebelik Sayısı	2.82 ( $\pm 1.62$ )	2.0 (1-11)
Gebelik Haftası	31.90 ( $\pm 3.69$ )	32 (27-39)
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.36 ( $\pm 1.22$ )	1.0 (0-9)
Gebelik Kontrolleri İçin Sağlık Kurumuna Gitme Sayısı	10.41 ( $\pm 3.02$ )	10 (2-22)
Doğum Haftası	20.89 ( $\pm 12.74$ )	18 (4-52)
PPD Puanı	7.11 ( $\pm 5.04$ )	7 (0-21)
SDÖ Puanı	55.54 ( $\pm 14.32$ )	54 (18-84)
DK Puanı	93.72 ( $\pm 6.80$ )	94 (59-112)
SK Puanı	83.30 ( $\pm 8.26$ )	83 (47-104)

Kadınlarda postpartum depresyon riskini arttıran bazı faktörlerin dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir. Tablo 4.6'ya göre; kadınların %1.6'sında gebelik öncesi tanı konulmuş depresyon öyküsü vardır. Tanı konulmuş depresyon öyküsü olanların %0.8'inde depresyon ve kaygı bozukluğu vardır. Önceki gebeliklerde tanı konulmuş

psikiyatrik hastalık öyküsü %0.8'dir. Tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü olanların %0.8'inde depresyon vardır. Önceki doğumlarda doğum sonu depresyon öyküsü %3.3'tür. Doğum sonu depresyon öyküsü olanların %2.5'i 6 ay ve %,0.8'i 3 yıl ilaç tedavisi almıştır. Kadınların %7.4'nün ailede tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların %2.5'i anne ve babasında depresyon vardır. %3.3'nün ailesinde postpartumdeprsyon öyküsü vardır. Ailesinde postpartum depresyon öyküsü olanların %2.5'inde ablası tanı almıştır. Kadınların %86.1'inde bebeğin evliliği olumlu etkileme durumu vardır. Bebeğin evliliği olumlu etkileme durumunda %36.1'inde mutluluklarını arttırdığı ve %21.3'ünde aile bağlarının güçlendirdiği mevcuttur. Kadınların %11,5'inde bebeğin evliliği olumsuz etkileme durumu vardır. Bebeğin evliliği olumsuz etkileme durumunda %4.1'inde çok yoruldukları ve %2.5'inde anlaşmazlıklar olduğu mevcuttur. Kadınların %1.6'sı bebeğin evliliğinin nasıl etkiledi sorusuna cevap vermek istemediği durumu vardır. Cevap vermek istemeyende%0.8'inin bebeği öldüğü için ve cevabını paylaşmak istemediği durumu mevcuttur. Kadınların %84.4'ü eşiyile ilişkisini "iyi" olarak, %13.1'i ne "iyi-ne kötü"ve %1.6'sı da "kötü" olarak algılamıştır. Kadınların %13.9'unda postpartum depresyon vardır (Tablo4.6).

**Tablo 4.6.** Kadınlarda Postpartum Depresyon Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin ve Postpartum Depresyon Durumunun Dağılımı

<b>Risk Etmenleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik Öncesi Tanı Konulmuş</b>		
<b>Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>		
Var	2	1.6
Kaygı bozukluğu	1	0.8
Depresyon	1	0.8
Yok	120	98.4
<b>Önceki Gebeliklerde Tanı Konulmuş</b>		
<b>Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>		
Var	1	0.8
Depresyon	1	0.8

**Tablo 4.6.** (Devam)

Yok	121	99.2
<b>Önceki Doğumlarda Doğum Sonu Depresyon Öyküsü</b>		
Var	4	3.3
6 Aylık İlaç Tedavisi	3	2.5
3 Yıllık İlaç Tedavisi	1	0.8
Yok	118	96.7
<b>Ailede Tamı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>		
Var	9	7.4
Kardeşlerinde Depresyon	2	1.6
Annede Postpartum Depresyon	1	0.8
Annede Psikoz	1	0.8
Anne ya da Baba Panik Atak	2	1.6
Anne ya da Baba Depresyon	3	2.5
Yok	113	92.6
<b>Ailede Postpartum Depresyon Öyküsü</b>		
Var	4	3.3
Annesinde PPD	1	0.8
Ablasında PPD	3	2.5
Yok	118	96.7
<b>Bebeğin Evliliği Etkileme Durumu</b>		
<b>Olumlu</b>	105	86.1
Mutluluk Artışı	44	36.1
Aile Bağlarını Güçlendirmesi	26	21.3
Ebeveyn Olma Sevinci	15	12.3
Hayatı Güzelleştirmesi	14	11.5
İstenilen Cinsiyet	5	4.1
Şans Getirmesi	2	1.6
<b>Olumsuz</b>	14	11.5

**Tablo 4.6.** (Devam)

Yorgunluk Artışı	5	4.1
Eşler Arası Anlaşmazlıklar	3	2.5
Zaman Yetersizliği	2	1.6
Stres Artışı	2	1.6
Yetersizlik Duygusu	1	0.8
<b>Cevap Vermek İstemedi</b>	2	1.6
Bebek Öldüğü İçin	1	0.8
Cevabımı paylaşmak istemediğinden	1	0.8
<b>Eşyle İlişisini Algılama Durumu</b>		
İyi	103	84.4
Ne İyi, Ne Kötü	16	13.1
Kötü	2	1.6
<b>PPD Durumu</b>		
Var	104	85.2
Yok	17	13.9

#### 4.2. Kadınlarda Postpartum Depresyon ile İlişkili Faktörlere Yönelik Bulgular

Kadınların ve eşlerinin bazı tanıtıcı özelliklerinin postpartum depresyon görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.7 verilmiştir. Tablo 4.7'e göre; evli olan (%14.2), ortaöğretim mezunu (%17.9), gelir getiren bir işte çalışmayan (%17.6), geliri giderinden az olan (17.2), sosyal güvencesi olan (%14.3), çekirdek aile yaşayan (%14.4), kronik hastalığı olan (%15.4), eşi ilköğretim mezunu olan (%16.7), eşi gelir getiren bir işte çalışmayan (%37.5) ve eşinin kronik hastalığı olan (%50) olan kadınlarda postpartum depresyon daha fazladır. Kadınlarda PPD görülme durumu ile medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, aile tipi, kronik hastalık, eşin öğrenim durumu, eşin çalışma durumu ve eşin kronik hastalığı durumu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo4.7).

**Tablo 4.7.** Kadınların ve Eşlerinin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı

Postpartum Depresyon						
Tanıtıcı Özellikler	Var		Yok		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Medeni Durum</b>					*	1
Evli	17	14.2	103	85.8		
Bekar	0	0	1	100		
<b>Öğrenim Düzeyi</b>					1.346***	0.510
İlköğretim	3	12.5	21	87.5		
Ortaöğretim	10	17.9	46	82.1		
Üniversite ve Üzeri	4	9.8	37	90.2		
<b>Gelir Getiren Bir İşte</b>					2.142**	0.413
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	2	5.6	34	94.4		
Çalışmıyor	15	17.6	70	82.4		
<b>Gelir Durumu</b>					0.625**	0.429
GelirGideri Karşılıyor	6	10.5	51	89.5		
Gelir Giderden Az	11	17.2	53	82.8		

**Tablo 4.7. (Devam)**

<b>Sosyal Güvence</b>					*	1
Var	17	14.3	102	85.7		
Yok	0	0	2	100		
<b>Aile Tipi</b>					*	1
Çekirdek Aile	16	14.4	95	85.6		
Geniş Aile	1	10	9	90		
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>					*	1
Var	2	15.4	11	84.6		
Yok	15	13.9	93	86.1		
<b>Eşin Öğrenim Düzeyi</b>					0.071***	0.965
İlköğretim	2	16.7	10	83.3		
Ortaöğretim	8	14.0	49	86.0		
Üniversite ve Üzeri	7	13.7	44	86.3		
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>					*	0.085
Çalışıyor	14	12.5	98	87.5		
Çalışmıyor	3	37.5	5	62.5		
<b>Eşinin Kronik Hastalık Durumu</b>					*	0.096
Var	2	50.0	2	50.0		
Yok	15	12.9	101	87.1		

Tablo 4.8’da kadınların ve eşlerinin yaş özelliklerinin postpartum depresyon görülme durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre 4.8’e göre kadının (31(25-40)) ve eşinin (35.71(25-46)) yaş ortancası daha yüksek olan kadınlarda postpartum depresyon daha fazladır. Kadınlarda PPD görülme durumu ile kadınların ve eşlerinin yaş ortancaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo4.8).

**Tablo 4.8.** Kadınların ve Eşlerinin Yaş Özelliklerini Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı

	Postpartum Depresyon		M-W U	P
	Var	Yok		
Tanıttıcı Özellikler	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)		
Kadının Yaşı	31.0 (25-40)	30.40 (25-40)	20.929	0.613
Eşinin Yaşı	35.71 (25-46)	33.79 (25-46)	19.000	0.213

Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin PPD görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir. Tablo 4.9’a göre; düşük öyküsü olmayan (%15), küretaj (%28.6), öyküsü olan, ölü doğum öyküsü olan (%100.0), bir önceki gebeliği küretaj ile sonuçlanan (%40.0), gebeliği planlı olmayan (%25.0), gebe kalmak için tedavi alan (%18.2), bu gebelikte bebeğin cinsiyetinin istenilen cinsiyete uymayan (%20.0) ve gebelik kontrolü için devlet hastanesine giden (%15.2) kadınlarda PPD daha fazladır. PPD ile bir önceki gebeliğin sonlanma şekli açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). PPD ile diğer tüm değişkenler açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.1).

**Tablo 4.9.** Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Postpartum Depresyon				İstatiksel Analiz	
	Var		Yok		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Düşük Öyküsü</b>					*	0.734
Var	2	9.5	19	90.5		
Yok	15	15	85	85.0		
<b>Küretaj Öyküsü</b>					*	0.076
Var	6	28.6	15	71.4		
Yok	11	11.0	89	89.0		
<b>Ölü Doğum Öyküsü</b>					*	0.140
Var	1	100	0	0		
Yok	16	13.3	104	86.7		
<b>Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Şekli</b>					<b>8.092**</b>	<b>0.044</b>
Canlı Doğum	11	13.4	71	86.6		
Düşük	1	25.0	3	75.0		
Küretaj	4	40.0	6	60.0		
<b>Gebeliğin Planlı Olma Durumu</b>					*	0.156

**Tablo 4.9. (Devam)**

Var	12	11.9	89	88.1		
Yok	5	25.0	15	75.0		
<b>Gebe Kalmak İçin Tedavi Alma Durumu</b>					*	0.652
Var	2	18.2	9	81.8		
Yok	15	13.6	95	86.4		
<b>Bebğin Cinsiyetinin İstenilen Cinsiyete Uygunluk Durumu</b>					*	0.362
Uygun	11	12.1	80	87.9		
Uygun Değil	6	20.0	24	80.0		
<b>Gebelik Kontrolü için ASM'ye Gitme Durumu</b>						<b>121***</b>
Var	17	14	104	86.0		
<b>Gebelik Kontrolü İçin Devlet Hastanesine Gitme Durumu</b>					*	0.465
Var	16	15.2	89	84.8		
Yok	1	6.2	15	93.8		
<b>Gebelik Kontrolü İçin Üniversite Hastanesine Gitme Durumu</b>					*	1.000

**Tablo 4.9. (Devam)**

Var	0	0	2	100.0		
Yok	17	14.3	102	85.7		
<b>Gebelik Kontrolü İçin Özel Hastanesine</b>					0.224***	0.636
<b>Gitme Durumu</b>						
Var	4	10.5	34	89.5		
Yok	13	15.7	70	84.3		

\*Fisher Exact test yapılmıştır \*\*ContinuityCorrectionb test yapılmıştır.\*\*\* PearsonChi-Square test yapılmıştır.

Kadınların doğuma ait özelliklerinin PPD görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir. Tablo 4.10'a göre; doğumu zamanında gerçekleşmeyen (%42.9), normal doğum yapan (%16.0), doğumda sorun yaşayan (%22.2), bebeği düşük doğum ağırlıklı doğan (%37.5), bebeğinde anomali/sağlık sorunu olan (%28.6), doğumdan sonra kendisi tedavi olan (%20.0), bebeği tedavi almayan (%14.4), bebeğini emzirmeyen (%14.3) ve kız bebeği olan (%15.8) kadınlarda postpartum depresyon daha fazladır. PPD ile tüm bu değişkenler açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** Kadınların Doğuma Ait Özelliklerinin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı.

Risk Etmenleri	Postpartum Depresyon				İstatiksel Analiz	
	Var		Yok		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğumun Zamanında Gerçekleşme Durumu</b>					*	0.057
Evet	14	12.3	100	87.7		
Hayır	3	42.9	4	57.1		
<b>Doğum Şekli</b>					0.403**	0.817
Normal Doğum	8	16.0	42	84.0		
Sezeryan	9	12.9	61	87.1		
Ölü Doğum	0	0	1	100		
<b>Doğum Esnasında Sorun Yaşanma Durumu</b>					*	0.280
Evet	4	22.2	14	77.8		
Hayır	13	12.6	90	87.4		
<b>Bebeğin Cinsiyeti</b>					0.234**	0.628
Kız	9	15.8	48	84.2		
Erkek	7	11.1	56	88.9		

**Tablo 4.10.** (Devam)

<b>Doğumda Bebeğin Kilo Durumu</b>					4.850**	0.088
Normal Doğum Ağırlıklı	14	13.2	92	86.8		
Düşük Doğum Ağırlıklı	3	37.5	5	62.5		
İri Bebek	0	0	7	100		
<b>Bebekte Anomali/Sağlık Sorunu Durumu</b>					*	0.255
Evet	2	28.6	5	71.4		
Hayır	15	13.2	99	86.8		
<b>Doğumdan Sonra Bebeğin Tedavi Alma Durumu</b>					*	1.000
Evet	4	12.9	27	87.1		
Hayır	13	14.4	77	85.6		
<b>Doğumdan Sonra Annenin Tedavi Alma Durumu</b>					*	0.537
Evet	1	20.0	4	80.0		
Hayır	16	13.8	100	86.2		
<b>Bebeği Emzirme Durumu</b>					*	1.000
Evet	15	14.0	92	86.0		
Hayır	2	14.3	12	85.7		

\*Fisher Exact test yapılmıştır \*\*ContinuityCorrectionb test yapılmıştır.\*\*\* PearsonChi-Square test yapılmıştır.

Kadınların Obstetrik, Doğum ve Kullanılan Ölçeklere Ait Özelliklerin PPD Görülme Durumuna Göre Dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Tablo 4.11’e göre; kadınlarda küretaj sayısı (1.5 (1-2)), gebelik sayısı (3 (1-6)), en küçük çocuğun yaşı (aylık olarak) (36 (0-118)), doğum haftası (20 (6-38)), SKE puanı 86 (72-100) ortancaları yüksek olanlarda ve gebelik haftası 32 (27-39) ve DKE puanı 94.5 (59-106), sosyal destek ölçek (SDÖ) puanı 49 (18-84) ortancaları düşük olanlarda PPD daha yüksektir. PPD ile kadınların ÇBASDÖ puanı ve SKE puanı ortancası açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). PPD küretaj sayısı, gebelik sayısı, en küçük çocuğun yaşı (aylık olarak), doğum haftası, gebelik haftası ve DKE puanı ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.11).



**Tablo 4.11.** Kadınların Obstetrik, Doğum, Sosyal Destek ve Anksiyete Özelliklerin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı

Risk Etmenleri	Postpartum Depresyon		M-W U	P
	Var	Yok		
	Ortanca(Min-Mak)	Ortanca(Min-Mak)		
Düşük Sayısı		1 (1-2)	16.000	0.554
Küretaj Sayısı	1.5 (1-2)	1 (1-2)	37.500	0.488
Gebelik Sayısı	3 (1-6)	2 (1-11)	657.500	0.083
Gebelik Haftası	30 (27-39)	32 (27-39)	741.500	0.285
En Küçük Çocuğun Yaşı (Aylık Olarak)	36 (0-118)	34 (0-180)	797.500	0.516
Gebelik Kontrolü İçin Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı	10 (6-22)	10 (2-18)	812.000	0.589
Doğum Haftası	20 (6-38)	18 (4-52)	861.000	0.864
Yaşayan Çocuk Sayısı			738.500	0.259
ÇASDÖ Puanı	49 (18-84)	56 (26-84)	607.000	<b>0.0390</b>
DKE Puanı	91 (86-112)	94.5 (59-106)	736.000	0.269
SKE Puanı	86 (72-100)	83 (47-104)	616.500	<b>0.0460</b>

Kadınlarda postpartum depresyon riskini arttıran bazı faktörlerin PPD görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir. Tablo 4.12’ye göre; gebelik öncesi tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü (%50.0), önceki doğumlarda doğum sonu depresyon geçirme öyküsü (%25.0), ailede tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü (%33.3), ailede PPD öyküsü (%25.0) olan eşiyile ilişkisini ‘‘iyi’’ olarak algılayan (%13.6)kadınlarda PPD daha fazladır.Bebeğin evliliği olumlu etkileme durumu açısından gruplararasıdaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). PPD görülme durumu ile gebelik öncesi ve gebelik döneminde tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü, önceki doğumlarda doğum sonu depresyon geçirme öyküsü, ailede tanı konulmuş psikiyatrik hastalık ve PPD öyküsü, eşiyile ilişkisini algılama durumu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ )(Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Kadınlarda Postpartum Depresyon Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Postpartum Depresyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı

Postpartum Depresyon						
Risk Etmenleri	Var		Yok		İstatiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Gebelik Öncesi Tanı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>					*	0.262
Var	1	50.0	1	50.0		
Yok	16	13.4	103	86.6		
<b>Önceki Gebeliklerde Tanı Konulmuş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>					*	1.000
Var	0	0	1	100		
Yok	17	14.2	103	85.8		
<b>Önceki Doğumlarda Doğum Sonu Depresyon Öyküsü</b>					*	0.459
Var	1	25.0	3	75.0		
Yok	16	13.7	101	86.3		

**Tablo 4.12.** (Devam)

<b>Ailede Tanı Konulmuş</b>						*	0.113
<b>Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>							
Var	3	33.3	6	66.7			
Yok	14	12.5	98	87.5			
<b>Ailede Postpartum depresyon Öyküsü</b>							
Var	1	25.0	3	75.0		*	0.459
Yok	16	13.7	101	86.3			
<b>Bebğin Evliliği Etkileme Durumu</b>							
Olumlu	12	11.4	93	88.6		*	<b>0.029</b>
Olumsuz	5	35.7	9	64.3			
<b>Eşyle İlişisini Algılama Durumu</b>							
İyi	14	13.6	89	86.4		*	0.717
Ne iyi, Ne Kötü	3	16.7	5	83.3			

\*Fisher Exact test yapılmıştır.

PPD ile ilişkili risk faktörlerinin Lojistik Regresyon modeli Tablo 4.13'te verilmiştir. Tek değişkenli analizlerde istatistiksel anlamlı fark yaratan, bebeğin evliliği etkileme durumu (olumlu-olumsuz), ÇBAsDÖ(sürekli) veSKE (sürekli) değişkenleri ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Model Enter yöntemi ile yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi sonucuna göre; bebeğin evlilik üzerindeki olumsuz etkisi PPD riskini 5.3 kat artırmıştır (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** PostpartumDepresyon ile İlişkili Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modeli

<b>Risk Faktörleri</b>	<b>B</b>	<b>P</b>	<b>QR</b>	<b>%95 CI</b>
<b>Bebek Etkisi</b>	1.675	<b>0.015</b>	5.338	1.378 - 20.678
<b>ÇBSDÖ Puan</b>	-0.410	0.052	0.960	0.920 - 1.000
<b>SKEPuan</b>	0.740	0.065	1.076	0.995 - 1.164
<b>Sabit</b>	-6.168	-,092	0.002	

## 5. TARTIŞMA

Postpartum dönem, annede meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve hormonaldeğişikliklerin yanı sıra ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rol ve sorumlulukların üstlenildiği zorlu bir süreçtir. Pek çok kadın bu değişimlere uyum sağlamakta zorlanmazken, özellikle genetik açıdan ve psikososyal yönden bir yatkınlık ya da duyarlılığı olan kadınlarda depresyon gibi psikiyatrik sorunlar görülebilmektedir. Postpartum dönemde yaşanan depresyon, hem anne hem de bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle erken dönemde tanınması ve gerektiğinde müdahale edilmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,2). LiteratürdePPD'nin yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışma sonuçları, araştırmanın yapıldığı popülasyonun sosyo-demografik ve kültürel özellikleri ve popülasyonun büyüklüğü, araştırmada kullanılan metodoloji, depresyonu ölçme yöntemlerinin ve araştırma yaptıkları postpartum periyotların farklı olması gibi nedenlerden dolayı oldukça farklılık göstermektedir (89). Uluslararası literatürde PPD yaygınlığının %13 ile %27 aralığında değiştiği bildirilirken (5,6,91,92). Türkiye'de bu oran %5 ile %61.8 arasında bildirilmektedir (7). Ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmaların incelendiği bir metaanaliz çalışmasında, Türkiye'de PPD yaygınlığının ortalama %23.8 olduğu, sosyo-ekonomik yönden gelişmiş şehirlerde %21.2 ve sosyo-ekonomik yöndengelişmekte olan şehirlerde %25.0 olduğu belirtilmektedir (90). Bu çalışmada ise PPD insidansı %13.9 olarak bulunmuştur. Çalışmamızla aynı ilde yürütülen ve postpartum birinci ayda PPD yaygınlığını değerlendiren başka bir çalışmada da benzer şekilde PPD yaygınlığı %14.9 olarak bildirilmektedir (91). Bu sonuçlar gözönüne alındığında, araştırmanın yapıldığı bölgede PPD yaygınlığının düşük olduğu söylenebilir.

PPD'nin gelişmesinde, sosyo-ekonomik, kültürel ve genetik faktörler ile obstetrik ve pediatrik pek çok faktörün etkili olduğu belirtilmektedir. Bu araştırma da PPD durumunu etkileyen en önemli faktörün “bebeğin evlilik üzerine olumsuz etkisi” olduğu saptanmıştır. Bebeğin aileye katılması ile düzenlerinin ve eşleri ile olan ilişkilerinin bozulduğunu, evliliklerinin bu durumdan olumsuz etkilendiğini belirten kadınlarda PPD daha fazladır ve bebeğin evlilik üzerine olumsuz etkisi PPD riskini 5.3 kat artıran bir faktör olarak bulunmuştur. Doğum sonu dönem, ebeveynlerin pek çok sorunla başetmeye, aileye yeni katılan bebeğin bakım ve gereksinimlerini karşılamaya

ve ebeveynlik rollerine uyum sağlamaya çalıştığı zorlu bir süreçtir. Bu nedenle bu dönem, evlilik yaşantısı açısından da önemli bir gelişimsel kriz sürecidir. Sağlıklı şekilde yönetilemeyen ya da desteklenemeyen bu kriz sürecinin anne, bebek ve aile üzerine olumsuz etkilerinin olması kaçınılmazdır. Çalışmamızla benzer şekilde Ortaarık ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada, bebeğin evlilik hayatı ve aile yaşantısına olumsuz etkisi olduğunu düşünen kadınlarda PPD riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (92). Yine Durukan ve ark.'nın (2011) yaptığı başka bir çalışmada da, bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz yönde etkilediğini düşünen kadınların PPD puanlarının 1.6 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (65). Tüm bu bulgular PPD'yiönleme ve izleme çalışmalarında bu faktörün gözönüne alınması ve uygun müdahalelerin planlanmasının gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Literatürde, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan (36-38), genetik yatkınlığı olan (93,94), psikiyatrik rahatsızlıklara yatkınlığı olan (60,95,96) gebelikte anksiyete ve depresyon öyküsü olan (12), kötü obstetrik öyküsü olan (97), sosyal destek ve eş desteği yetersiz olan kadınlarda (14-16) PPD görülme riskinin daha yüksek olduğu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Ancak bizim çalışmamızda bu değişkenlerin PPD üzerine etkisi görülmemiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Adıyaman'da postpartum depresyon prevalansını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- ✓ Kadınların yaş ortalaması 30.45 ( $\pm 4.4$ )'tür. Yaklaşık üçte biri üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahiptir ve gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Ancak yaklaşık yarısı ekonomik durumunu “gelir giderden az” olarak değerlendirmektedir. Büyük çoğunluğu çekirdek ailede yaşamaktadır.
- ✓ Kadınların yaklaşık beşte birinin kötü obstetrik öyküsü vardır ve bu gebeliği plansızdır. Yaklaşık dörtte biri, bebeğinin cinsiyetinin istediği cinsiyete uygun olmadığını belirtmektedir. Yaklaşık üçte biri gebelikte sağlık problemi ve bebeğin sağlığı ile ilgili endişe yaşamıştır. Tamamı gebelik kontrollerini düzenli yaptırmıştır.
- ✓ Kadınların PPD puanı ortalaması 7.11 ( $\pm 5.04$ ), ÇASDÖ puanı ortalaması 55.54 ( $\pm 14.32$ ), DKE puanı ortalaması 93.72 ( $\pm 6.80$ ) ve SKE puanı ortalaması 83.30 ( $\pm 8.26$ )'dur.
- ✓ Kadınların çok büyük çoğunluğunun gebelik öncesi tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü, önceki gebeliklerde tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü, önceki doğumlarda PPD öyküsü, aile de tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü ve PPD öyküsü yoktur.
- ✓ Kadınların %11.5'i bebeğin evliliklerini olumsuz etkilediğini düşünmektedir.
- ✓ PPD insidansı %13.9'dur. Bu insidans, uluslararası ve ulusal literatürle kıyaslandığında pek çok çalışma sonucuna göre düşük olarak değerlendirilebilir.
- ✓ SDÖ puanı ve SKE puanı düşük olanlar ile bebeğin evliliklerini olumsuz etkilediğini düşünenlerde PPD düzeyi daha yüksektir. Ancak bebeğin evlilik üzerine olumsuz etkisi PPD riskini 5.3 kat artıran en önemli faktördür.

## 6.2. Öneriler

Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre şu öneriler oluşturulmuştur.

- ✓ Sosyo-demografik düzeyi ve obstetrik öyküsü kötü olan kadınların PPD açısından riskli grup olarak değerlendirilmesi,
- ✓ Prenatal dönemde anksiyete ve depresyona neden olabilecek faktörlerin ve risklerin sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, bu olgulara yönelik koruyucu girişimlerin planlanması ve gerektiğinde uygun yaklaşımlarda bulunulması,
- ✓ Gebelikteki anksiyetenin erken zamanda belirlenmesi ve uygun müdahalenin yapılması,
- ✓ Doğum öncesi dönemde kadınların sahip olduğu sosyal destek düzeyinin belirlenmesi ve gerektiğinde geliştirilmesi, bunun için aile ile işbirliğinin yapılması,
- ✓ Kadınların; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerini bilinçli bir şekilde yaşayabilmeleri ve bu süreçte sorun yaşamaması için gebelik döneminde ebeveyn sınıfı, gebelik kursu vb. eğitim programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, bu programlara eşlerinde dahil edilmesi ve ebeveynliğe uyumlarını sağlayacak gerekli eğitim ve danışmanlıkların verilmesi önerilmiştir.

## 7. KAYNAKLAR

1. WHO guideline for the integration of perinatal mental health into maternal and child health services 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>.
2. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2018 Feb 1;8:248. doi: 10.3389/fpsy.2017.00248. PMID: 29449816; PMCID: PMC5799244.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>.
4. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8(1):37–54.
5. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106(5, Part 1):1071–83.
6. Alshikh Ahmad, H., Alkhatib, A., & Luo, J. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 21 (1), 1-12.
7. Karaçam, Zekiye, et al. "Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis." *Healthcare for women international* 39.7 (2018): 821-841.
8. Beck CT (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs*; Robertson E, Sherry G, Wallington T et al (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 26:289–295 Res 50:275–2859.
9. Leigh, B., Milgrom, J. Doğum öncesi depresyon, doğum sonrası depresyon ve ebeveynlik stresi için risk faktörleri. *BMC Psikiyatri* 8, 24 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-24>.
10. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(1): 5-14.

11. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet. Gynecol* 2004;103(4):698–70.
12. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of women's mental health* 2006; 9(3): 131-138.
13. Aktaş, M. C., Şimşek, Ç., Aktaş, S. (2017). Postpartum Depresyonun Etiyolojisi: Kültür Etkisi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(Supp: 1), 10-13.
14. Alharbi, A. A., Abdulghani, H. M. (2014). Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 311.
15. Azad, R., Fahmi, R., Shrestha, S., Joshi, H., Hasan, M., Khan, A. N. S., Billah, S. M. (2019). Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. *PloS one*, 14(5), e0215735.
16. Öztora, S., Arslan, A., Çaylan, A., Dağdeviren, H.N. (2019). Postpartum Depression and Affecting Factors in Primary Care Niger. *J Clin Pract*, 22:85-91.
17. Inthaphatha S, Yamamoto E, Louangpradith V, Takahashi Y, Phengsavanh A, Kariya T, et al. Factors associated with postpartum depression among women in Vientiane capital, Lao People's Democratic Republic: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243463.
18. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973–82.
19. Carter, D., & Kostaras, X. (2005). Psychiatric disorders in pregnancy. *British Columbia Medical Journal*, 47(2), 96.
20. Dağlar, G., Naim, NUR, Bilgiç, D., & KADIOĞLU, M. (2015). GEBELİKTE DUYGULANIM BOZUKLUĞU. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2 (1), 27-40.

21. Gülseren, L. (1999). Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*) Erdem, Ö.,&Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3), 458-461.
22. Elliott, S. A., Gerrard, J., Ashton, C., &Cox, J. L. (2001). Training health visitorsto reduce levels of depression after childbirth: An evaluation. *Journal of MentalHealth*, 10(6), 613-625.
23. Tezel, A.,& Gözüm, S. (2006). Comparison of effects of nursingcareto problem solvingtraining on levels of depressi ve symptoms in postpartum women. *PatientEducationandCounseling*, 63(1-2), 64-73.
24. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. [Post partumpsychoiatricproblems of mothers: review]. *Turkiye Klinikleri J GynecolObst* 2007;17(2): 126-33.
25. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar, Depresif bozuklukların sınıflandırılması. 1. baskı, Ankara: Görsel Sanatlar Yayınevi; 2003. p.50.
26. Rondon MB. MaternityBlues: Cross-CulturalVariationsandEmotionalChanges. *PrimaryCare Update for OB/GYNS*. 2003;10(4):167-71.
27. WHO guideline for the integration of perinatal mental health into maternal and child health services 2012 <https://www.who.int/publications-detail-redirect/978924005714>.
28. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. MO Öztürk, B Uluğ (Çeviri Ed), Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
29. 30.Tezel A, Gözüm. S, Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (2005)62–6.
30. Demirkol, M. E., Kızıltoprak, A., &Şenbayram, Ş. (2018). Postpartum psikoz. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 206-222.
31. Sharma, V.,&Mazmanian, D. (2003). Sleeplossandpostpartumpsychoisis. *Bipolar disorders*, 5(2), 98-105.
32. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screeningfor postnatal depression– a summary of currentknowledge. *TidsskrNorLaegeforen*2014;134:297-301.

33. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Front Psychiatry* 2018;8.
34. Özcan, NK, Boyacıoğlu, NE ve Dinç, H. (2017). Türkiye'de doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri: sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz. *Psikiyatri hemşireliği arşivleri*, 31 (4), 420-42.
35. Kolukırmık Ü. Postpartum depresyon belirtisini etkileyen etmenler ve postpartum depresyon belirtisinin emzirme ile ilişkisi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, 2016. p. 5-20.
36. Azad R, Fahmi R, Shrestha S, Joshi H, Hasan M, Khan ANS, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. *PLoS One* 2009;14(5): e0215735. Doi: 10.1371/journal.pone.0215735.
37. Yeaton-Massey A, Herrero T. Recognizing maternal mental health disorders: beyond postpartum depression. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2019;31 (2): 116-119. Doi: 10.1097/GCO.0000000000000524.
38. Haight SC, Byatt N, Simas TAM, Robbins CL, Ko YK. Recorded Diagnoses of depression during delivery hospitalizations in the United States. *Obstetrics & Gynecology* 2019;133:1216-23. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003291.
39. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011; 8(1): 31-46.
40. Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., & Kırılı, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(1), 8-159.
41. Sünter, A. T., Güz, H., Canbaz, S., & Dünder, C. (2006). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 3(1), 26-31.
42. Yalçınkaya Alkar Ö, Gençöz T. Critical factor associated with early postpartum depression among Turkish women. *Contemp Fam Ther* 2005;27:263-75.

43. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26: 289-95.
44. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silve PD. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 1994; 38: 620-4.
45. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015;175:34-52.
46. L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 104: 467-76.
47. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon dőzeyleriyle ilişkisi ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki. *Nőropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 9-13.
48. Ortaarık, E. , Tekgöz, İ. , Ak, M. & Kaya, E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Annals of Health Sciences Research*,1(1),16-20. Retrieved from. <https://dergipark.org.tr/en/pub/annhealthscires/issue/65336/1006672>.
49. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW, et al Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health* 2013;16:219–25.
50. Martinez-Schallmoser L, Telleen S, MacMullen NJ. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs* 2003;14:329-38.
51. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcеше V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004;19:459-63.
52. Arslantas, H. ,Ergin, F. & Akdolun Balkaya, N. (2009). Postpartum Depression Prevalence and Related Risk Factors in Aydin Province

- Meandros MedicalAnd Dental Journal, 10 (3) , 13-22 . Retrievedfrom <https://dergipark.org.tr/tr/pub/meandrosmdj/issue/44139/544400>.
53. Ufuk, B. A. L., ÇAKMAK, S., & Şükrü, U. Ğ. U. Z. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(4), 441-459.
54. BorwinBandelow&SophieMichaelis (2015) 21. yüzyılda anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi, Klinik Nörobilimde Diyaloglar, 17:3, 327-335, DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow.
55. Marakoğlu ve Şahsuvar. (2008). Gebelikte Depresyon. Türkiye Klinikleri J MedSci., 28.
56. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstet Gynecol. 2007 Nov;110(5):1102-12. doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70. PMID: 17978126.
57. Uzbay, T. (2004). Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4(3), 1-11
58. Jacobson, NC ve Newman, MG (2017). Birbiri için çift yönlü risk faktörleri olarak kaygı ve depresyon: Uzunlamasına çalışmaların bir meta-analizi. Psikolojik Bülten, 143 (11), 1155–1200. <https://doi.org/10.1037/bul0000111>.
59. Danaci AE, Dinc G, Devenci A, et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiologicalandculturalaspects. SocPsychiatry Psychiatr Epidemiol, 2003; 37(3): 125-129.
60. Aasheim Richter J, Bittner A, Petrowski K, Junge-Hoffmeister J, Bergmann S, Joraschky P, et al. Effects of an earlyintervention on perceivedstress andd iurnalcortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, andd epressive symptomatology. Journal of Psychosomatic Obstetricsand Gynecology. 2012;33(4): 162-170.
61. Nebioglu, M., Akbaba, S., Kabalcioglu, F., Eroglu, Y., & GÜLTEKİN, M. (2013). Theinvestigation of risk factors which predict postpartum depression in seasonalfarmworkers. ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 14(4)
62. Yüksel N. Paroksetin ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2007, 10(Ek 1): 3-8.

63. Dennis, C. L. (2004). Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Archives of Women's Mental Health*, 7(3), 183-191.
64. Durukan, E., İlhan, MN, Bumin, MA ve Aycan, S. (2011). 2 hafta-18 aylık aylık bebeklerde doğum sonrası istihdam ve yaşam kalitesi. *Balkan Tıp Dergisi*, 2011 (4), 385-393.
65. Ortaarık, E. , Tekgöz, İ. , Ak, M. & Kaya, E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi *Annals of HealthSciences Research*.1(1),16-20 Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/annhealthscires/issue/65336/1006672>.
66. Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, et al. The prevalence of Postpartum Depression and Associated Variables [Article in Turkish]. *Yeni Symposium* 2012;50:145–54.
67. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:125–9.
68. Aydın N, İnandı T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women Health* 2005;41:1–12.
69. Alyüz, S. B. A. (2020). Sosyal desteğin birey yaşamında önemi ve sosyal hizmet. *Talim*, 4(1), 115-134 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/361253> Erişim Tarihi;01.02.2023.
70. Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, MK, ... & Arck, PC (2007). Hamilelik sırasında sosyal destek: annenin depresif belirtileri, sigara içme ve hamilelik sonuçları üzerindeki etkileri. *İnsanda üreme* , 22 (3), 869-877.
71. Baharvand, P., Anbari, K. & Hamidi, H. Batı İran'daki hastanelere başvuran gestasyonel diyabetli hamile kadınlarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında algılanan sosyal destek ve bunun algılanan kaygı ile ilişkisi. *J Diyabet Metab Bozukluğu* 21,1549–1555 (2022). <https://doi.org/10.1007/s40200-022-01100-5>.

72. Akbaş A, Vırt O, Kalenderođlu A, Savař H, Sertbař G. Gebelikte sosyo demografik deđiřkenlerin kaygı ve depresyon dűzeyiyle iliřkisi. Nűropsikiyatri Arřivi 2008; 45:85- 91
73. ńngay E. Dűřűk yapan kadınların algıladıkları stres ile eř desteđi arasındaki iliřki (Tez). Okan ńniversitesi, Sađlık Bilimleri Enstitűsű, Hemřirelik Anabilim Dalı, Yűksek Lisans Tezi; İstanbul, 2019.
74. ńzar ńzçetin YS, Erkan M. Yűksek riskli gebelerde psikolojik sađlamlık algılanan stres ve psikososyal sađlık, Cukurova Medical Journal, 2019, 44(3);1017-102
75. Dođrul E. Gebelerde eř desteđinin annelik rolű, beden algısı ve distres dűzeyi ile iliřkisi (Tez). Selçuk ńniversitesi, Sađlık Bilimleri Enstitűsű Ebelik Anabilim Dalı, Yűksek Lisans Tezi; Konya, 2020.
76. řahin, E. M. & Kılıçarslan, S. (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Dűzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. Balkan Medical Journal, 2010 (2), 51-58. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bmj/issue/3764/50054>.
77. Karaçam T, Taşkın L. Postpartum depresyon: ńnleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum Dergisi; 2004.14(3):14-24.
78. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (Geliştirilmiş VI. Baskı). Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara 2003, s 365-375.
79. Kızılkaya Beji N. ńriner ńnkontinans Tipleri ve Hasta Deđerlendirmesi ńçinde Kadınlarda ńriner ńnkontinans ve Hemřirelik Yaklařımı. 5. Yayın, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.
80. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practicesetting: Controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. BMJ 1989; 298: 223-226.
81. Tezel A, Gűzűm S. Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım Ve Eđitimin Depresyon Belirti Dűzeyine Etkisinin Karřılařtırılması. 2. Uluslararası-9. Ulusal Hemřirelik Kongresi 07-11 Eylűl, Bildiri ńzet Kitabı. Eczacıbař Sađlık Hizmetleri. 2003. s.48.
82. Sađlık Hizmetlerinin Yűrűtűlmesi Hakkında Yńnerge. T.C. Sađlık Bakanlıđı, Temel Sađlık Hizmetleri Genel Műdűrlűđű, Ankara: 2001.

83. Yücel, P., Çayır, Y., & Yücel, M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16, 83-87.
84. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2022 URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-SonucLari2021-185785> 16.11.2022.
85. Zimet, GD, Dahlem, NW, Zimet, SG ve Farley, GK (1988). Algılanan sosyal desteğin çok boyutlu ölçeği. *Kişilik değerlendirme dergisi*, 52 (1), 30-41.
86. Eker D, Akar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1995; 10(34): 45-55.
87. Öner, N. L. C. A., & Le Compte, A. (1983). Durumluluk-sürekli kaygı envanteri elkitabı. İstanbul: Bogazici Üniversitesi Matbaası.
88. Engindeniz N (1996). Edinburg doğum sonu depresyon ölçeğinin türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
89. Norhayati M, Hazlina NN, Asrenee A, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders* 1 April 2015; 34-52.
90. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* August 2017; 420-8.
91. Özkan, S. A., Bozkurt, A. M., Korkmaz, B., Yılmaz, G., & Küçükkeleşce, D. Ş. (2019). Postpartum Birinci Ayda Depresyon ve Emzirme Özyeterliliği Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 28-35.
92. Ortaarık, E. , Tekgöz, İ. , Ak, M. & Kaya, E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Annals of Health Sciences Research*, 1 (1), 16-20. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/annhealthscires/issue/65336/1006672>.
93. Yalçınkaya Alkar Ö, Gençöz T. Critical factors associated with early postpartum depression among Turkish women. *Contemp Fam Ther* 2005; 27: 263- 75.

94. Sünter, A. T., Güz, H., Canbaz, S., & Dünder, C. (2006). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 3(1), 26-31.
95. Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015;175:34-52.
96. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcasche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004;19:459-63.
97. Kırkan, T. S., & Aydın, N. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı Ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması; İnandı T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. Risk Factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1201-7.

## 8. EKLER

### EK 1. Etik Kurul Kararı

<b>Evrak Tarih ve Sayısı: 09.12.2020-E.48637</b>	
<b>HARRAN ÜNİVERSİTESİ</b>	
<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARLARI</b>	
TARİH	: 23.11.2020
OTURUM	: 20
SAAT	: 13. <sup>30</sup>
HRU/20.20.05	<b>Karar:</b> Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Fatma KORUK'un yürütücüsü olduğu "Adıyaman'da Kadınlarda Postpartum Depresyon İnsidansı ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmasının ilgili kurum izni alması koşulluyla Etik Kurul Onayı verilmesine  Oy çokluğu oybirliğiyle ile karar verilmiştir.
<b>ASLI GİBİDİR</b> Prof. Dr. Mehmet Ali EREN Kurul Başkanı	

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.07.2023-242887

## EK 2. Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu

ADİYAMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA BAŞVURULARI İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU		
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN		
Adı Soyadı:	Emine ÇETİNKAYA	
Kurumu:	Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü/17 Nolu ASM	
Araştırma Yapılacak İller:	Adıyaman	
Araştırma Yapılacak Sağlık Teşisleri:	1nolu ASM, 2 Nolu ASM, 3 Nolu ASM, 4 Nolu ASM, 5Nolu ASM, 6 Nolu ASM, 7 Nolu ASM, 8Nolu ASM, 9Nolu ASM, 10 Nolu ASM, 12 Nolu ASM, 13 NoluASM, 14 Nolu ASM, 15 Nolu ASM, 16 Nolu ASM, 17 Nolu ASM,18NoluASM, 19 Nolu ASM, 20 Nolu ASM 21 Nolu ASM, 22 Nolu ASM	
Araştırmanın Konusu:	Adıyaman'da Kadınlarda Doğumdan Depresyon İnsidansı Ve Etkileyen Faktörler	
Araştırmanın Şekli:	Yüksek Lisans Tezi	
Başvuru Belgeleri:	Araştırma Başvuru Formu (*) Var / ( ) Yok Araştırma Sağlık Teşisi İzin Formu (*)Var / ( ) Yok Araştırma İzni İçerikli Protokolü (*) Var / ( ) Yok Araştırma İzin Taahhütnamesi (*) Var / ( ) Yok Kurum-Kişi Talebi (*) Var / ( ) Yok Etik Kurul Kararı ( ) Var / ( ) Yok Bilgilendirilmiş Geliştirilmiş Onay Formu (*) Var / ( ) Yok	
Veri Toplama Araçları:	Veri toplama süreci olarak, kadınlarda sosyo-demografik, gebelik ve doğum ve postpartum döneme ilişkin özelliklerini içeren kişisel bilgi formu (EK 3.1), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) (EK 3.2), Durumluk-Sürekli Kayıp Envanteri(STAD) (EK 3.3), Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) (EK 3.4) kullanılacaktır.	
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı:	OCAK 2021-OCAK 2022	
KOMİSYON KARARI		
KARAR TARİHİ: 05.01.2021 / 1 KARAR NO:		
Komisyona Başkan	Üye	Üye
Dr. Nurettin KARAKAYALI Sağlık Hizmetleri Şube Başkanı	Dr. Mehmet Ali YILMAZ Sağlık Hizmetleri Şube Başkanı	Uzm. Dr. Cengiz YORULMAZ Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü Kamusal Araştırma Komisyonu Başkanı
<small>Formun elektronik olarak imzaları: <a href="http://e-hesap.saglik.gov.tr">http://e-hesap.saglik.gov.tr</a> adresinden alınabilir. (Etiler-4) Kat: 6/19-06/06/2019'da kabul edilmiştir. Bu belge 3079 sayılı kanunla değişik Kanunla gereği görüldükçe başka bir kanunla değiştirilmeyecektir.</small>		

### **EK 3. Veri Toplama Formu**

#### **EK 3.1. Kişisel Bilgi Formu**

### **KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Adıyaman’da Kadınlarda Postpartum Depresyon İnsidansı ve Etkileyen Faktörler” dir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kendinizi tanıtıcı bilgi sorularının yer aldığı bu ankette vereceğiniz cevaplar doğru sonuçların elde edilebilmesi açısından çok kıymetlidir. Lütfen soruların tamamını yanıtlayınız. Katıldığınız için teşekkür ederiz

Anket No:

ASM No:

Tarih:

### **DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

#### **A.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

Adı-soyadı

Telefon no:

1.Yaşınız .....

2. Öğrenim durumunuz nedir?

1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar-ilköğretim 3.ortaokul 4.Lise 5.Üniversite ve üzeri

3.Medeni durumunuz?

1-Evli 2-Bekar

4.Çalışıyor musunuz?

1.Evet (mesleğiniz..... ) 2.Hayır

5.Sağlık güvenceniz var mı?

1.Evet

2.Hayır

6.Aile tipiniz nedir?

1.Çekirdek aile

2.Geniş aile

7.Kronik bir hastalığınız var mı?

1.Evet (Belirtiniz).....

2.Hayır

8.Eşinizin yaşı nedir?.....

9.Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1.Okur-yazar değil

2.Okur-yazar-ilköğretim

3.ortaokul

4.Lise

5.Üniversite ve

üzeri

10. Eşinizin çalışma durumu nedir?

1.Çalışıyor(yaptığı iş.....)

2.Çalışmıyor

11.Eşinizin Kronik bir hastalığınız var mı?

1.Evet (hastalığı.....)

2.Hayır

12.Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1.Gelir gideri karşılıyor

2-Gelir giderden az

3-Gelir giderden fazla

## **B. GEBELİĞE İLİŞKİN ÖZELLİKLER**

13. Kaçını gebeliğiniz?.....

14.Gebelik haftanız?.....

15. Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....

16.Daha önce hiç düşük yaptınız mı?

1. Evet (sayısı.....)

2. Hayır

17.Daha önce hiç küretaj oldunuz mu?

1. Evet (sayısı.....nedeni.....) 2. Hayır

18.Daha önce hiç ölü doğum yaptınız mı?

1. Evet (sayısı.....) 2. Hayır

19.Daha önceki gebeliğiniz nasıl sonlandı?

1. Canlı doğum 2. Düşük 3.Küretaj 4.Ölü Doğum

20. En küçük çocuğunuz kaç yaşında/kaç aylık?.....

21. Bu gebeliğinizi planlayarak/isteyerek mi gerçekleştirdiniz?

1.Evet 2. Hayır

22. Gebe kalmak için herhangi bir müdahale/tedavi oldunuz mu?

1. Evet (Açıklayınız.....) 2. Hayır, kendiliğinden oldu

23. Bu gebelikte bebeğinizin cinsiyeti istediğiniz/beklediğiniz cinsiyete uygun mu?

1.Evet 2.Hayır (açıklayınız.....)

24.Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

1. Evet (Açıklayınız.....) 2.Hayır

25.Gebeliğiniz süresince kendinizin ve bebeğinizin sağlığı ile ilgili endişe yaşadınız mı?

1.Evet(Açıklayınız.....) 2.Hayır

26.Gebelik kontrollerinizi düzenli yaptırdınız mı?

1. Evet (nerede.....) 2.Hayır

27.Gebelik kontrolleri için kaç defa sağlık kuruluşuna gittiniz?.....

## DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU

### C. DOĞUMA VE POSTPARTUM DÖNEME İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tarih :

1.Doğum haftası.....

2. Doğumunuz zamanında gerçekleşti mi?

1.Evet 2. Hayır (açıklayınız.....)

2.Doğumunuzu nasıl gerçekleştirdiniz?

1.Normal doğum 2.Sezeryan 3.Ölü doğum

3.Doğum esnasında herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1.Evet(belirtiniz.....) 2.Hayır

4.Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1.Kız 2.Erkek

5.Doğduğunda bebeğinizin kilosu nasıldı ?

1. Normal doğum ağırlıklı 2.Düşük doğum ağırlıklı 3. İri bebek

6.Bebeğinizde herhangi bir sağlık sorunu/anomali var mı?

1.Evet (Açıklayınız.....) 2.Hayır

7.Doğumdan sonra bebeğiniz herhangi bir sorundan dolayı hastanede tedavi gördü mü?

1.Evet(nedeni.....süresi.....) 2.Hayır

8.Doğumdan sonra sizin herhangi bir sağlık sorununuz oldu mu?

1.Evet(açıklayınız.....) 2.Hayır

9.Bebeğinizi emziriyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır ( nedeni.....)

### C. POSTPARTUM DEPRESYONLA İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER

10. Gebe kalmadan önce tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mıydı?

1. Evet (açıklayınız.....) 2. Hayır

11. Gebelik döneminde psikiyatrik bir hastalık geçirdiniz mi?

1. Evet (açıklayınız.....) 2. Hayır

12. Daha önceki doğumunuzda/doğumlarınızda doğum sonu depresyon geçirdiniz mi?

1. Evet (açıklayınız.....) 2. Hayır

13. Ailenizde tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığı olan var mı?

1. Evet (açıklayınız.....) 2. Hayır

14. Ailenizde postpartum depresyon geçiren var mı?

1. Evet (açıklayınız.....) 2. Hayır

15. Sizce bebeğiniz evliliğinizi nasıl etkiliyor?

1. Olumlu (açıklayınız.....) 2. Olumsuz  
(açıklayınız.....)

16. Eşinizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?

1. İyi 2. Ne iyi, ne kötü 3. Kötü

### Ek.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

#### ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ(MSPSS)

Aşağıda 12 cümle var ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin ne kadar çok doğru olduğunu ve olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini (\*) işareti koyarak belirtiniz. Bu rakamlardan 1 ‘kesinlikle hayır’ yanıtını, 7 ise ‘kesinlikle evet’ yanıtını ifade etmektedir.

		Kesinlikle hayır						Kesinlikle evet
		1	2	3	4	5	6	7
1	İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.							
2	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var							
3	Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.							
5	Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.							
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8	Sorularım ailemle konuşabilirim.							
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10	Yaşamımda duygularına önem veren özel bir İnsan var.							
11	Kararımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12	Sorularımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

### Ek3.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

#### DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BIRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

## DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ - Devamı

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

### Ek 3.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

#### EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil

Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

Hayır, hiç bir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Hayır, çok sık değil

Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

Evet, çoğu zaman

- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

#### **EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)**

**(Hasta ve Kontrol grubu gönüllüler için ayrı hazırlanmalıdır)**

(Onam Formunda çalışmaya ait bilgiler dışında gereksiz bilgilerin yer almaması ve şablon olarak yazılan gereksiz yazıların çıkarılması gerekmektedir.)

#### **ÇALIŞMANIN ADI:**

**“Adıyaman’da Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler”**

---

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir.

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

Adıyaman’da Postpartum Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler’in incelenmesi amaçlanmaktadır.

#### **ÇALIŞMA İSLEMLERİ:**

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml ( bir çay kaşığı ) / 5 ml ( bir tatlı kaşığı )

şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları hastanın anlayacağı dilden açıklanmalıdır.)

Çalışma için herhangi bir kan ya da vücut sıvısı örneği alınmayacaktır. Bu çalışma için size sosyo-demografik(yaş, boy, kilo, meslek vb.), gebelik ve doğum öykünüz ve ailede psikiyatrik öykü, sosyal destek durumunuz, şimdi ve her zamanki anksiyete durumunuz ve doğum sonu dönemde depresyon durumunuza ilişkin bazı sorular sorulacaktır.

### **CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Bu çalışma ile Adıyaman'da Postpartum Depresyon sıklığı ve Etkileyen Faktörler incelenerek, buna yönelik gebelik döneminde anksiyete/depresyon ve doğum sonu dönemde depresyon sıklığı ve sebeplerinin belirlenmesi, bunlara yönelik yapılabilecek eğitim ve bilimsel çalışma faaliyetlerine katkıda bulunulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız size herhangi bir zarar vermeyecektir.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Kişisel bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanılacak olmakla birlikte, isim, telefon, adres gibi hiçbir kişisel bilginiz paylaşılmayacaktır.

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER:**

#### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise ) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		



haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Alıcı: ben ▼

1 Mar 2021 Pzt 16:30



Sayın Emine Çetinkaya,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).