



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DEPRESYONA YATKINLIĞIN
GÜVENLİK HİS DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ**

SEMİHA BAYKAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. AYŞE KARAKOÇ

2020-İSTANBUL

TEZ ONAYI



BEYAN

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

Semiha BAYKAL

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin başından itibaren desteğini her zaman hissettiğim, çalışmamızın başından sonuna kadar sabırlı bir şekilde elimden tutan değerli danışmanım Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca ders aldığım Marmara Üniversitesi Ebelik ve Hemşirelik Anabilim Dalı hocalarıma,

Tez sürecim boyunca yanımda desteklerini hiç esirgemeyen aralarında bulunmaktan onur duyduğum, kıymetli İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Ebelik bölümü öğretim üye ve elemanlarına,

Araştırmam boyunca klinikte desteklerini esirgemeyen Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma hastanesi ebe ve hemşirelerine,

Nazımı, kahrımı her zaman çeken, tam yorulmuşken beni ayağa kaldırmak için çabalayan tüm dostlarıma,

Eğitime verdiğim emeğin sonuna kadar arkasında duran ve beni her zaman destekleyen, her koşulda yanımda olan kocaman CANIM AİLEME,

Ve tabi ki her anımda yanımda olan, her zaman bana inanan, güvenen biricik eşim, yol arkadaşım Yunus BAYKAL 'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI

BEYAN

TEŞEKKÜR ii

İÇİNDEKİLER iii

TEZ ONAYI iii

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ vi

TABLolar LİSTESİ vii

EKLER LİSTESİ viii

1. ÖZET ix

2. SUMMARY x

3. GİRİŞ ve AMAÇ 1

4. GENEL BİLGİLER 4

4.1. Postpartum Dönem 4

4.2. Postpartum Dönemde Yaşanılan Psikolojik Değişiklikler 5

4.3. Depresyon 6

4.3.1. Depresyonun Tanımı, Önemi Ve Sıklığı 6

4.3.2. Depresyon Tanı Ölçütleri 7

4.3.3. Depresyon Sınıflandırması 8

4.4. Postpartum Depresyon 9

4.4.1. Postpartum depresyonun tanımı 9

4.4.2. Postpartum depresyonun epidemiyolojisi 10

4.4.3. Postpartum depresyonun risk faktörleri 11

4.4.4. Postpartum depresyonun klinik özellikleri 12

4.4.5. Postpartum depresyonun patofizyolojisi 13

4.4.6. Postpartum depresyonun tanısı 15

4.4.7. Postpartum depresyonun tedavisi.....	16
4.4.7.1. Psikoterapötik tedavi.....	17
4.4.7.2. Farmakolojik Tedavi	17
4.4.7.3. Elektrokonvulzif Tedavi (EKT)	18
4.5. Güvenlik Hissi.....	18
4.5.1. Güvenlik hissi ve annelik	20
4.5.2. Obstetrik bağlamda güvenlik ve risk kavramları ve ebeinin rolü	21
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	23
5.2. Araştırmanın Sorusu	23
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
5.4. Evren ve Örneklem	24
5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	24
5.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	24
5.7. Veri Toplama Süreci	25
5.8. Veri Toplama Araçları	25
5.8.1. Kişisel Bilgi Formu	25
5.8.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	25
5.8.3. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği	26
5.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	27
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
5.11 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	28
6. BULGULAR.....	29
6.1. Katılımcılara İlişki Demografik, Gebelik Süreci ve Doğum Özellikleri	29
6.2. PPD ve Güvenlik Hissi Düzeyleri.....	32
6.3. PPD ve Güvenlik Hissi Arasındaki İlişkiler.....	33

6.4. PPD ve Güvenlik Hissinin Demografik Özellikler İle Gebelik Süreci ve Doğuma İlişkin Özelliklere Göre Farklılaşması	35
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	51
7.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Özelliklerin Tartışılması.....	51
7.2. Gebelik Süreci ve Doğuma İlişkin Özelliklerin Tartışılması.....	52
7.3. PPD ve Güvenlik Hissi Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
7.4. PPD ve Güvenlik Hissi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması	55
7.5. PPD ve Güvenlik Hissinin Demografik Özellikler İle Gebelik Süreci ve Doğuma İlişkin Özelliklere Göre Farklılaşmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	56
7.6. Sonuç.....	61
7.7. Öneriler	62
8. KAYNAKLAR	64
9. EKLER.....	78
10. ÖZGEÇMİŞ.....	89

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozukluklar Tanısal El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektrokonvulzif Tedavi
GnRh	: Gonodotropin Serbestleştirici Hormon
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası hastalık sınıflaması)
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KSSEAH	: Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Lh	: Lüteinize Edici Hormon
MAO-A	: Monoamin oksidaz-A
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
PMS	: Premenstrüel Sendrom
PPD	: Postpartum Depresyon
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. DSM V'e göre major depresyon tanı ölçütleri.....	8
Tablo 2. Katılımcılara ilişkin demografik özellikler.....	29
Tablo 3. Gebelik süreci ve doğuma ilişkin özellikler	31
Tablo 4. Depresyon ve güvenlik hissine ilişkin betimleyici istatistikler	32
Tablo 5. Depresyon ve güvenlik hissi arasındaki ilişkiler	33
Tablo 6. Güvenlik hissini PPD'ye etkisine ilişkin regresyon analizi.....	34
Tablo 7. Yaş, eş yaşı, evlilik süresi ve doğumdan sonraki gün sayısının depresyon ve güvenlik hissi ile ilişkisi.....	35
Tablo 8. Ölçek Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre İlişkisi	36
Tablo 9. Ölçek Puanlarının Eş Eğitim Düzeyine Göre İlişkisi	37
Tablo 10. Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İlişkisi	38
Tablo 11. Ölçek puanlarının Eş Çalışma Durumuna Göre İlişkisi	39
Tablo 12. Ölçek Puanlarının Aile Tipine Göre İlişkisi	40
Tablo 13. Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyine Göre İlişkisi	41
Tablo 14. Ölçek Puanlarının Çocuk Sayısına Göre İlişkisi.....	42
Tablo 15. Ölçek Puanlarının Gebelik Sayısına Göre İlişkisi	43
Tablo 16. Ölçek Puanlarının Doğum Türüne Göre İlişkisi	44
Tablo 17. Ölçek Puanlarının Gebelik Öncesi Sigara Kullanımına Göre İlişkisi.....	45
Tablo 18. Ölçek Puanlarının Gebelik Sürecinde Sigara Kullanımına Göre İlişkisi...	46
Tablo 19. Ölçek Puanlarının Çocuk Bakımında Kendini Yalnız Hissetme Durumuna Göre İlişkisi.....	47
Tablo 20. Ölçek Puanlarının Süreç İçerisinde Yorgun Ve Bitkin Hissetme Durumuna Göre İlişkisi.....	48
Tablo 21. Ölçek Puanlarının Yetersiz Olacağı Düşüncesine Kapılma Durumu İle İlişkisi.....	50

EKLER LİSTESİ

- Ek – 1 :** İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Yazısı
- Ek – 2 :** Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
- Ek – 3 :** Enstitü Yönetim Kurulu Kararı
- Ek – 4 :** Onam Formu
- Ek – 5 :** Kişisel Bilgi Formu
- Ek – 6 :** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
- Ek – 7 :** Annelerin Güvenlik His Düzeyleri Ölçeği
- Ek – 8 :** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Ölçek İzni
- Ek – 9 :** Annelerin Güvenlik His Düzeyleri Ölçeği Ölçek İzni

1. ÖZET

Doğum Sonrası Dönemde Depresyona Yatkınlığın Güvenlik His Düzeyi ile İlişkisi

Öğrenci Adı: Semiha BAYKAL

Danışman Adı: Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ

Amaç: Annelerin doğum sonu dönemde depresyona yatkınlığı ve güvenlik his düzeylerinin ilişkisinin belirlenmesi.

Gereç ve yöntem: Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü %80 güven aralığı baz alınarak 158 olarak hesaplanmıştır. Edinbough Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Annelerin Doğum Sonrası Güvenlik Hisleri Ölçeği ve araştırmacı tarafında oluşturulan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır..

Bulgular: Olguların yaş ortalaması $29,44 \pm 5,76$ olarak hesaplandı. %43,3'ünün üçüncü ve daha fazla, %35'inin ilk ve %21,7'sinin ikinci gebeliği idi. %61,1 ile çoğunluğun doğum tipi sezeryandı. Doğumdan sonra geçen ortalama gün sayısı $9,29 \pm 2,12$ 'ydi. Gebelik öncesinde sigara kullananların oranı %16,7 iken, bu oran gebelik sürecinde %10'a düşmüştü. Olguların %10 çocuk bakımında kendisini yalnız hissederken, %13,9'u kısmen yalnız hissetmekteydi. Depresyon düzeyi ile güvenlik hissi faktörlerinden güçlendirici davranış arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde, genel iyilik arasında negatif yönde ve orta düzeyde, aile bağları ile negatif yönde ve orta düzeyde, emzirme davranışı ile negatif yönde ve orta düzeyde ilişkiler bulundu.

Sonuç: Postpartum depresyonun %30'u güvenlik hissine bağlıdır. Genel iyilik hali, depresyonu önemli ölçüde azaltmaktadır. Annelerde güvenlik his düzeyi arttırmak depresyon riskini azaltmak açısından önemli bir adım olacaktır.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, doğum sonrası dönem, anneler, güvenlik hissi.

2. SUMMARY

A Predisposition to Depression in The Postpartum Period of The Relationship With The Sense of Security Level

Student Name: Semiha BAYKAL

Name of Supervisor: Assoc. Prof. Phd. Ayşe KARAKOÇ

Objective: Determination of the relationship between the tendency to depression in the postpartum period and the level of security for mothers.

Material and methods: The research is a descriptive study. Sample size 80% confidence interval, the minimum number of cases was determined 158. The Edinburgh Postpartum Depression Scale and Mothers' Postpartum Security Feelings Scale and the Personal Information Form created by the researcher were used.

Results: The mean age of the cases was calculated as 29.44 ± 5.76 years. 43.3% had their third and more pregnancies, 35% had their first pregnancies and 21.7% had their second pregnancies. The delivery type of the majority was cesarean with 61.1%. The average number of days after birth was 9.29 ± 2.12 . While the rate of smokers before pregnancy was 16.7%, this rate dropped to 10% during pregnancy. While 10% of the cases felt lonely in child care, 13.9% felt partially lonely.. Negative and weak relationships were found between the level of depression and empowering behavior which is one of the factors of feeling of security. On the other hand depression was negatively and moderately correlated with general well-being, negatively and moderately correlated with family ties, and negatively and moderately correlated with breastfeeding behavior. However, a moderate and negative correlation was found between the total sense of security and depression.

Conclusion: 30% of postpartum depression is due to a sense of security. General well-being significantly reduces depression. Increasing and lowering the level of safety in mothers will be an important step to share.

Keywords: Postpartum depression, postpartum period, mothers, sense of security.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Pek çok aile açısından doğum, mutluluk verici bir olaydır (Lee ve Hsu, 2012) fakat doğumla beraber bireylere yeni sorumluluklar ve roller de yüklendiğinden dolayı, ortaya çeşitli problemler çıkabilmektedir (Solmeyer ve Feinmerg, 2011). Bu dönemde ebeveynler, farklı düzeylerde anksiyete ya da stres yaşayabilmektedir (Skreden, Skari, Malt, Pripp, Bjork, Faugli ve ark., 2012; Saisto, Salmela-Aro, Nurmi ve Halmesmaki, 2008). Bu dönem içerisinde özellikle anneler, pek çok yeni beklenti ve taleplerle karşılaşmaktadır.

Bunların yanında yeni annelerin yaşadığı duygusal ve sosyal değişimlerin sonucunda da stres düzeyi artmaktadır (Britton, 2008). Zorlu geçen bu dönemde ailedeki tüm fertler bu yeni düzene ve rollere uyum sağlamalıdır (Hanzak, 2005; Robertson ve Lyons 2003). Fakat özellikle annenin yükünün artması, anksiyete ve stres düzeyleri gibi unsurlar nedeniyle annelerin bu süreci nasıl yönettikleri ve bu aşamada gösterilen güç ve becerinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Kvist ve Persson, 2009).

Postpartum depresyon (PPD), doğumun en fazla görülen komplikasyonudur. Yeni doğum yapmış kadınların ortalama %10-%15'inde görülmektedir. Pek çok kadın, mutlu olması gerektiğini düşündüğü bir dönemde depresif duygulara sahip olduğu için kendisini suçlu hissetmekte, bu nedenle belirtileri saklamaya çalışmaktadır. Bunun sonucunda da bu kadınlar, postpartum depresyon tablosunda gözden kaçabilmektedir. Hamilelikte ve hamilelik sonrası dönemde ortaya çıkan çeşitli fizyolojik değişiklikler ile depresyonda görülen belirtiler aynıdır, bu yüzden sadece belirtilere odaklanan çalışmalar yanıltıcı sonuçlara ulaşabilmektedir. Çalışmalarda PPD sıklığı tanı koyma aracına, popülasyondaki farklılığa, örneklemin büyüklüğüne ve doğumdan sonraki farklı zaman dilimlerinde değerlendirme yapılmasına göre değişmektedir (Erdem ve Bucaktepe, 2012; Kara, Çakmaklı, Nacar ve Türeci, 2001).

Doğumdan sonraki dönemde annelerde davranışsal, psikolojik ve fizyolojik açıdan çeşitli değişimler görülmektedir. Bu yüzden ebe veya hemşirelerin anneye bütüncül bir bakım anlayışıyla yaklaşması gerekmektedir. Kadınlar, doğumdan sonraki

dönemde depresyon açısından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için ise ilk adım risk faktörleri bilinmelidir. Planlanmamış gebelikler, annelik hüznü yaşama, kendine değer vermemeye, prenatal depresyon/anksiyete, erken anne-bebek ayrılığı, kayıpla sonlanan doğum deneyimleri, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirme, multiparite, beklenmedik yaşamsal olaylar, evlilikle alakalı problemler, sosyal destek yetersizliği, işsizlik ve sık sık gebe kalma öyküsüne sahip kadınlar, depresyon riski açısından dikkatli bir şekilde takip edilmelidir. Ayrıca anne sütüyle besleyememe, bebek bakımı konusunda kaygılanma, hasta bir bebeğe sahip olma ve ilk defa anne olma gibi problemler yaşayan annelerde de doğum sonrası depresyon gelişebilmektedir (Durmazoğlu ve ark., 2016). Annelerin bakım veya destek ihtiyaçlarını belirlemek ve karşılamak için annenin doğumun ardından emzirme, aile bağlanması, güçlenme ve genel iyilik alanlarındaki güvenlik hisleri belirlenmelidir (Geçkil ve ark., 2016).

Bir psikolog olan Maslow, 1943 yılında kendi klinik tecrübelerine dayalı motivasyon teorisini ortaya koymuştur. Bireylerin içinde varlıklarının temelinde ve dolayısıyla "hedeflere" ulaşılmasını temsil eden bir "ihtiyaçlar hiyerarşisi" olduğunu ileri sürmüştür. Bunu yapmak için, çevredeki koşulların kişinin bu hedefleri gerçekleştirmesini sağlaması açısından motive edici olması gerekmektedir. Maslow, bu hedeflerin her birinin birbiriyle ilişkili olduğunu ve en iyi ihtimali olan hedefin veya ihtiyacın, gerekli koşullar doğrultusunda ilk olarak yerine getirilmesi gereken bir öngörve hiyerarşisinin mevcut olduğunu öne sürmüştür. Birey bir gereksinimini tatmin ettikten sonra kendi ihtiyaçları hiyerarşisinde bir sonraki hedefini gerçekleştirip birey olarak tatmin olmaya çalışacaktır. Baskın olma durumuna göre temel ihtiyaçları, fizyolojik, güvenlik, sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme olarak ifade etmiştir (Güzel ve Barakazı,2018). Bu kapsamda temel yaşam gereksinimleri açısından güvenlik hissi kadınların edindikleri annelik rolü açısından, bir sonraki ihtiyaçlarının doyumu bakımından göz ardı edilemez önem taşımaktadır.



Şekil 1: Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi piramidine göre güvenlik ihtiyacı 2. basamaktadır.

Konuyla ilgili yapılan çalışmalara göre ebeveynlerin genel iyilik düzeyi, babanın hamilelik sürecine katılımı ve hemşirelerin güçlendirici davranışları, doğumun ardından hissedilecek güvenlik duygusu için önemlidir (Persson ve Dykes, 2009). Doğumdan sonra erken dönemde annenin yaşadığı güvenlik hissi eş desteği, genel iyilik hali, annenin tutumları, kontrol hissi, sosyal destek ve maternal bakımla alakalıdır (Persson, Fridlund ve Dykes, 2007; Persson and Dykes 2009).

Araştırmada amaçlanan bütün bu çalışmaların doğrultusunda doğum sonrası dönemde annenin kendini güvende hissetme düzeyi ile depresyona yatkınlık riski arasında bir ilişkinin bulunup bulunmadığı; varsa bu ilişkinin düzeyinin tespit edilmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Postpartum Dönem

Geleneksel anlamda postpartum dönem, doğumdan sonra başlayan ve ortalama 6-8 hafta süren, üreme organlarının doğumdan önceki durumlarına geri döndüğü süreçtir (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015). Doğumdan sonraki ilk günlerde psikolojik ve fizyolojik anlamda hızlı değişiklikler yaşanmaktadır. Bu yüzden bu dönemde potansiyel risklerin görülme ihtimali yüksektir. Postpartum dönemi üçe ayırmak mümkündür (Bulut, 2018):

1. Doğumun ardından ilk 24 saatlik dönem,
2. Doğumdan sonraki ilk haftayı kapsayan dönem,
3. İkinci haftadan itibaren başlayan ve on ikinci haftaya kadar sürebilen dönemdir.

İnvölüsyon süreci, lohusalık döneminde, hamilelikte yaşanan değişimlerin eski haline geldiği süreçtir. Uterus, en önemli involüsyonun yaşandığı bölümdür. Uterus, ağırlık ve hacim bakımından gebelik döneminde artmakta, involüsyon sürecinde ise hızlı bir şekilde eski haline dönmeye başlamaktadır. Doğumdan sonra serviks kalınlaşmakta ve kısalmaktadır. Vajen doğumda ise involüsyonu yavaş olmakta ve hamilelikten önceki haline hiçbir zaman dönmemektedir. Aynı şekilde labia minör ve majörler de hamilelik öncesi haline dönmemektedir. Göğüslerdeyse laktasyon süreci meydana gelmekte, oksitosin ve prolaktin hormonları sayesinde emzirme gerçekleşmektedir (Can, 2010).

Bütün bu değişimlerin yanında anne, yaşadığı psikolojik ve fizyolojik değişimlere uyum sağlamaya, bebeğe ve kendine bakmaya, annelik rolünü başarmaya çalışmaktadır. Doğumun ardından yaşanan değişimler kadının sosyal, psikolojik ve biyolojik durumu üzerinde ciddi bir etkiye sahiptir (Can, 2010). Bu dönemde pek çok kritik görev üstlenilmektedir. Bunlara örnek olarak bebeğin aileye kabulü, bebek bakımıyla alakalı beceri ve güven geliştirme, bebekle iletişim kurma, annelik rollerine uyum sağlama, aile fertleriyle olan ilişkilerin tekrardan düzenlenmesi

gösterilebilir. Bu dönemi birçok kadın kolayca geçirebilse de, bazıları için bir kriz haline gelebilmektedir (Erdem, 2009; Karabulut, 2013).

Doğumdan önceki ve sonraki dönemlerde kadınlar, bebek bakımıyla alakalı bilgi sahibi olduğu zaman endişe ve kaygıları azalmakta, kendilerini daha iyi hissedebilmektedir. Bunun sonucunda da özgüven geliştirebilmektedir. Anneler özgüven ve bilgi sahibi olduğunda, kontrolü ellerinde tuttuğunda problemlerle daha kolay başa çıkmakta, problem çözme becerileri artmakta, bu da yaşam kalitesini yükseltmektedir. Buna ek olarak kadınlar, vücutlarında gerçekleşecek değişimleri fark ettiğinde, değişimlere daha hazırlıklı olmaktadır. Hazırlıklı olan anneler ise doğumdan sonraki dönemde özsaygı ve doyum konusunda problem yaşamamaktadır (Bulut, 2018). Bu kapsamda ebeler, hamilelik dönemi ve doğum hizmetleri yanında doğumdan sonraki dönemde emzirme ve bebek bakımıyla ilgili de annelere eğitim vermelidir. Bu amaçla hazırlanan doğuma hazırlık sınıfları, eğitim açısından büyük öneme sahiptir. Başka bir deyişle ebeler, doğumdan sonraki dönemde annelerin bakım ihtiyaçlarını değerlendirmeli, gereken destek ve bakımı sağlamalı, kadının annelik rolüne uyum sağlamasına yardım etmelidir. Bu şekilde doğumdan sonra görülebilecek problemler azaltılabilmektedir (Balkaya, 2002).

4.2. Postpartum Dönemde Yaşanılan Psikolojik Değişiklikler

Kadınlar için önemli psikososyal ve biyolojik değişimler görülen hamilelik dönemi, stres ve kaygıya yol açacak pek çok unsurla karşılaşma riskinin bulunduğu bir dönem olma özelliğine sahiptir (Virit ve ark., 2008). Bu dönemde artan östrojen, prolaktin, progesteron, tiroid stimüle eden hormon düzeyleri ve hamile kadının yaşadığı depresyon arasında ilişki bulunabilmektedir (Yeşilçiçek ve ark., 2011). Ayrıca genetik, çevresel, psikolojik ve sosyal unsurlar da hamilelik döneminde depresyon görülmesine yol açabilmektedir (Yeşilçiçek ve ark., 2011).

Gebelik döneminde yaşanan depresyon ciddi bir öneme sahiptir çünkü hem annenin hem de bebeğin iyilik hali üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Buna ek olarak, doğum sonrasında da devam edebilmektedir (Ak, 2010; Bunevicius ve ark., 2009).

Bir çalışmaya göre gebelik döneminde depresyon yaşandığı durumlarda, postpartum depresyonun görülme riski 6,5 kat artmaktadır (Muzik ve ark., 2009).

4.3. Depresyon

4.3.1. Depresyonun Tanımı, Önemi Ve Sıklığı

Depresyon, derin üzüntünün bulunduğu bir duygudurumda yorgunluk, suçluluk, değersizlik, durgunluk, hareket, konuşma ve düşüncede yavaşlama, konsantrasyon ve dikkatin azalması, motivasyon azalması, isteksizlik, karamsarlık düşünceleri ve duygularıyla bireyin fizyolojik işlevlerinin yavaşlaması gibi belirtilerin görüldüğü durumdur. Bu duygudurum sürekli hale geldiği zaman ise majör depresif bozukluk görülmektedir (Najman ve ark., 2000; Gönül ve İşman, 2007).

Depresyon hem birincil duygudurum bozukluğu şeklinde hem de pek çok tıbbi ve psikiyatrik duruma sekonder olarak ortaya çıkabilmektedir. Yalnızca bireyi ilgilendirmeyen depresyon, ayrıca bireyin yakınlarını da sosyal anlamda etkilemektedir. Bireyin doyumunu, mutluluğunu, yaratıcılığını ve işlevselliğini engelleyen depresyon, hayat kalitesini düşürmekte ve işgünü kaybına neden olmaktadır (Gereklioğlu ve ark., 2007; Serhan ve ark., 2013). Buna ek olarak kronikleşme, yaygınlık ve tekrar oranının yüksek olması, intihar riskini arttırması gibi faktörler yüzünden de ciddi bir sağlık problemi olarak görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001; Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008).

Sık görülen bir ruh sağlığı problemi olan depresyonun hayat boyu görülme yaygınlığı %5-11 arasındadır. Toplum içerisinde her 10 kişiden bir tanesinde depresyon görülmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında ise her dört kadından bir tanesinde; her 8-10 erkekten birinde hayat boyunca en az bir defa depresif dönem yaşanmaktadır (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000). DSÖ'ye göre majör depresyon, tüm hastalıklar arasında en sık sebep şeklindedir (The World Health Report, 2001). 2020'de depresyonun, iş görmezliğin en önemli ikinci sebebi olması beklenmektedir (Piognone ve Gaynes, 2002). Buradan, depresyon sıklığının gittikçe arttığı görülmektedir. Çalışmalara göre kadınlar,

erkeklerle kıyasla 2 kat daha fazla majör depresyon yaşamaktadır (Sadock ve Sadock, 2003). Kadınlardaki hayat boyu depresyon görülme prevalansı %14-21'dir (Aşkın, 1999; Preskorn, 1999). 20-40 yaşları arasında ise en üst düzeye ulaşmaktadır (Noble, 2005).

Günümüzde ve geçmişte depresyonun fizyopatolojisi ve etiyolojisiyle ilgili pek çok araştırma yapılmıştır ancak hastalığın sebebi henüz tam olarak belirlenememiştir. Depresyonun meydana gelme sebepleri arasında pek çok unsur vardır. Psikososyal, biyokimyasal ve genetik unsurlar, depresyon oluşumunda ortak bir role sahiptir (Elbert ve ark., 2003). Depresyondan önce genelde tetikleyici unsurlar bulunmaktadır. Çocuklukta yaşanan depresyon ve anksiyete, yetişkinlik patolojisinin temel belirleyicisidir. Özellikle çocuklukta yaşanan kötü muamele ve istismar gibi travmalar, depresyonun ortaya çıkmasını tetiklemektedir (Gibb ve ark., 2007; Erol ve ark., 2013). Karamsar, kaygılı, kendine güveni az, içedönük ve obsesif gibi kişilik özellikleri de depresyon oluşumu açısından risk unsuru oluşturmaktadır (Jylha ve Isometsa, 2006).

4.3.2. Depresyon Tanı Ölçütleri

Depresyon tanısı için 'Mental Bozukluklar Tanısal El Kitabı V' (DSM V) kriterleri objektif kriterlerdir. DSM V'e göre major depresyonun tanı ölçütleri Tablo 1'deki gibidir.

Tablo 1. DSM V'e göre major depresyon tanı ölçütleri

1. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi vardır ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; a. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir. b. Neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde öznel anlatıma ya da gözleme göre bulunur. c. Özel bir istek olmaksızın çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. d. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma. e. Neredeyse her gün, ajitasyon ya da yavaşlama. f. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü). g. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları h. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama. i. Yineleyici ölüm düşünceleri intihar veya intihar girişimi ya da buna uygun eylem tasarlama. 2. Bu belirtiler işlevsellikte düşmeye neden olur. 3. Bu bulguların tümü, başka bir nedene bağlanamaz. 4. Bu durum şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz. 5. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.
--

4.3.3. Depresyon Sınıflandırması

Farklı klinik tabloları bulunan depresif bozukluğun alt grupları şunlardır (American Psychiatric Association, 2013):

1. Distimik bozukluk
2. Major depresif bozukluk
3. Premenstrüel disforik bozukluk

4. Yıkıcı duygu-durumu düzenleyememe bozukluğu
5. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
6. Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
7. Tanımlanmamış depresif bozukluk
8. Diğer belirtilen depresif bozukluk

Psikiyatrik tanı sistemlerinde doğum sonrası depresyon veya postpartum depresyon şeklinde ayrı bir klinik tanı bulunmamaktadır ancak hamilelikte ve hamilelikten sonra görülen depresyon, majör depresif bozukluk başlığı altında yer almaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

4.4. Postpartum Depresyon

4.4.1. Postpartum depresyonun tanımı

Genelde olumlu duyguların yaşandığı bir dönem olan postpartum dönem, aynı zamanda psikiyatrik problemlerin gelişim gösterdiği en riskli dönemlerden bir tanesidir. Bu süreçte aileye yeni bir üye katılmakta, ailenin mevcut düzeni değişmekte ve yeni bir düzen ortaya çıkmaktadır (Çelikel, 2012). Postpartum ruhsal bozukluk, doğumdan sonraki dönemde görülen, çeşitli klinik tablolar ile kendisini gösteren ruhsal bozuklukların tanımlandığı bu dönem için kullanılan bir terimdir (Yıldırım ve ark., 2011). Bu dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları, diğer dönemlerde ortaya çıkan afektif bozukluklardan pek de farklı değildir. Postpartum dönem depresyon ICD -10, DSM-IV, DSM-V ve kriterleri tarafından ayrı bir hastalık şeklinde görülmemiş, duygudurum bozuklukları kategorisinde değerlendirilmiştir.

DSM-IV kriterleri PPD'yi, doğumun ardından ilk ayda başlayan depresif bir atak dönemi ve “postpartum başlangıç belirleyicisi” başlığı altında tanımlamaktadır (Çelikel, 2012). DSM-V kriterlerine göre majör depresyon, tanı kriterleri açısından farklılıklara sahiptir fakat PPD'nin tanımı yapılırken hamilelik ve doğumla ilgili depresyon vakalarının yarısı gebelikte görüldüğü için, “postpartum başlangıçlı”

terimi yerine “peripartum başlangıçlı” terimi kullanılmıştır. Hamilelik ve doğumdan sonraki ilk 4 haftada yaşanan majör depresyon için ise “peripartum başlangıçlı majör depresyon” terimi kullanılmıştır (Jack ve Diana, 2013). ICD-10 kriterlerine göre ise doğumdan sonraki ilk 6 hafta içerisinde başlayan depresif döneme postpartum depresif epizod adı verilmektedir. Klinik uygulamalara ve araştırmalara bakıldığında PPD’nin çeşitli tanımı olduğu görülmektedir ancak genel anlamda doğumun ardından gelen 1 senelik süreci tanımlamak için kullanılmaktadır (Fusun ve ark., 2015).

Doğumun ardından gelen süreçte en fazla görülen komplikasyonlar arasında olan PPD, hem anne hem de çocuk sağlığı üstünde negatif etkilere sahiptir. Bu nedenle ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir. PPD vakaları tedavi edilmediğinde kısa ve uzun vadede problemlere yol açabilmektedir. Kısa dönemde yaşanabilecek problemler çocuk için yeteri kadar güvenlik tedbiri alamama, çocuğun sağlık kontrollerini yapma konusunda isteksiz olma veya ihmal etme, bakım verememe, ve emzirme problemleridir (Annagur ve Annagur, 2012). Müdahale edilmediğinde, uzun dönemde hem kadının hem de ailenin sağlığını negatif yönde etkileyebilmektedir (Durukan ve ark., 2019). Anneler bu dönemde, genelde yapmayı sevdikleri şeylerden zevk alamamakta, ilgilerini kaybetmekte, bebek konusunda kendilerini suçlu hissetmekte, konsantrasyon zorluğu yaşamakta, uyku ve iştah değişiklikleri yaşamakta, motor hareketleri artmakta ya da azalmakta, depresif ruh haline bürünmekte, hatta intihar düşüncelerine bile sahip olmaktadır (Durukan ve ark., 2019).

4.4.2. Postpartum depresyonun epidemiyolojisi

PPD’nin sıklığını belirlemek için yapılan pek çok çalışmada, sonuçları etkileyen çeşitli epidemiyolojik unsurun bulunduğu görülmüştür. Bu farklılıklar araştırılan popülasyonun özellikleri, büyüklüğü, ölçüm metotları, araştırmanın metodolojisi, postpartum dönemin farklı zaman aralıklarında tanımlanması gibi farklılıklardır (Norhayati ve ark., 2015).

Doğum yapan kadınların %10-%15’inde görülen PPD, postpartum dönemin farklı şekillerde tanımlanmasından etkilenmektedir (Beck ve Driscoll, 2006). Dünya

apında bakıldığı zaman öz değerlendirme leğine göre belirlenen değerler gelişmekte olan ülkelerden Türkiye’de en yüksek (%74) ve Pakistan’da en düşük (%5,2) iken; gelişmiş ülkelerde ise ABD’de en yüksek (%82,1) ve Almanya’da en düşük (%1,9) orana sahiptir. ICD-10 kriterlerine göre yapılan görüşmelerde ise bu oran azalmakta ve %0,1 - %26,3 aralığında olmaktadır (Norhayati ve ark., 2015). Beck ve Driscoll (2006) tarafından aktarılan ve Goodman tarafından yapılan çalışmaya göre PPD ve depresif semptomlar, doğumdan sonraki ilk 6 aylık süreçte herhangi bir zaman çıkabilmektedir. Bu süreçte PPD prevalansı %9,1 - %38,2 arasındadır. Kanada’daki annelerin %54’, İsveç’teki annelerin %13’ ve ABD’deki annelerin %35’i, doğumdan sonraki ilk altı ayda depresif belirtiler göstermektedir (Beck ve Driscoll, 2006).

Türkiye’de yapılan çalışmalara göre ise PPD sıklığı %5 - %61,8 arasındadır. Bir meta analiz çalışmasında ise farklı bölgelerde yapılan çalışmalar değerlendirilmiş, sıklığın %23,8 olduğu görülmüştür. Gelişmekte olan illerde bu oran %25 iken, gelişmiş illerdeyse %21,2’dir (zcan ve ark., 2017).

4.4.3. Postpartum depresyonun risk faktörleri

PPD’ye yatkın anneler erken dönemde tanınmalı ve tedavileri yapılmalıdır. Bu şekilde hastalığın uzun dönemli olumsuz etkileri önlenebilmekte veya minimuma indirilebilmektedir. Bu nedenle PPD’nin risk faktörlerinin bilinmesi ve risk altında olan annelerin takibi hayati bir öneme sahiptir (Gotlib ve ark., 1991).

PPD; kültürel, pediatrik, obstetrik, psikososyal ve biyolojik pek çok unsurun yol açtığı bir dönemdir. Risk faktörleri arasında ailede psikopatoloji öyküsünün bulunması, annenin daha önceki hamileliklerinde PPD yaşaması, annelik hüznü hikayesi, alkol ve sigara kullanımı, jinekolojik ve obstetrik öykünün olması, stresli yaşam, evlilik durumu, doğumdan sonraki hormonal değişiklikler, eğitim seviyesi ve yaşı saymak mümkündür (Hoffman ve ark., 2016).

Birçok araştırma, PPD’nin risk faktörlerini incelemiştir. Beck tarafından 2001 senesinde yapılan ve 1974-1994 arasındaki 44 çalışmayı derleyen meta analiz çalışması, bu alanda yapılan en kapsamlı ve ayrıntılı çalışmadır. Çalışmada PPD’ye

yol açan risk unsurları az ve orta etkili risk unsurları şeklinde gruplandırılmıştır. Orta etkili risk faktörleri; prenatal depresyon ve anksiyetenin bulunması, çocuk bakımı ile alakalı stres yaşanması, düşük benlik saygısı, bebeğin huzursuzluğu, evlilik ilişkilerinin kötü olması, stresli yaşam, annelik hüznünün olması, sosyal desteğin az olması ve önceden depresyon öyküsünün olmasıdır. Daha az etkili risk faktörleri ise sosyoekonomik durum, planlanmayan veya istenmeyen hamilelik ve evlilik durumudur. Bu risk faktörleri arasında en güçlüleri düşük benlik saygısı, bebek bakımı ile ilgili stres yaşanması, prenatal anksiyete ve depresyondur (Beck, 2001).

4.4.4. Postpartum depresyonun klinik özellikleri

PPD, doğumun ardından ilk 2 veya 3 haftada başlamada, 1 veya zaman zaman 2 sene sürebilmektedir. Gelişme sürecinin yavaşça ilerlemesinin ardından platoya ulaşmakta ya da düzelmektedir. Bazı durumlarda dördüncü veya beşinci aya kadar gözden kaçabilmekte ya da doğum ile klinik belirtiler arasında herhangi bir bağ kurulamamaktadır (L. G., 1999).

PPD semptomları ile majör depresyonun semptomları birbirine benzemektedir. Bu semptomlara örnek olarak karar verme yeteneğinin azalması, konsantrasyonda güçlük, bebeği için aşırı endişelenme, bebeğine karşı aşırı ilgisiz davranma, içe kapanma, cinsel aktivitenin azalması, duygusal dengesizlik, ölüm ve intihar düşünceleri, yetersizlik hissi, umutsuzluk, öfke, unutkanlık, düşüncelerde karışıklık, yeme ve uyku bozuklukları, aşırı hareketlilik, ajitasyon, hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, bebekle ilgili anksiyete, kontrolsüzce ağlama, ağlamaklı ruh hali, suçluluk, kendini değersiz hissetme, panik ataklar ve anksiyetedir (Stewart ve ark., 2008). Bu semptomların bazıları hem hamilelikte hem de doğumdan sonraki dönemde görülebilen fizyolojik değişimlerdir. Örneğin halsizlik, kilo kaybı, iştah değişikliği, uyku bozukluğu, cinsel istekte azalma gibi belirtiler birbirine benzemektedir. Fakat duygudurum bozukluğu belirtileri, dikkatini yoğunlaştıramama, istek ve ilgi kaybı, enerji kaybı, suçluluk duygusu gibi belirtiler yalnızca depresif annelerde görülmektedir (L. G., 1999). Klinik anlamda PPD'yi annelik hüznü ve diğer depresyon türlerinden ayırt etmek güç olabilmektedir.

PPD’de bebeğe karşı zıt duygular besleme, aileye karşı ilgisizlik ve isteksizlik gibi duygular ön planda olmaktadır (Bilgiç ve ark., 2015).

4.4.5. Postpartum depresyonun patofizyolojisi

PPD’nin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir ancak belirli risk unsurlarının olduğu kadınlarda sık görülmektedir. Bu risk unsurları; sosyoekonomik güçlükler, sosyal desteğin az olması, evlilikte sıkıntılar, aile içi çatışmalar, anne ile bebeğin erkenden ayrılması, gebeliğin kayıpla sonlanması, emzirememe, annenin PMS yaşaması, geçmişinde depresyon öyküsünün olması, riskli, istenmeyen gebelikler, özürü ve düşük kilolu bebek sahibi olma ve primipar olma, hipermezis gravidarum olması, adölesan gebelik, eğitim seviyesinin düşük olması ve madde bağımlılığıdır (Babacan Gümüş ve ark., 2012).

PPD’nin etiyolojisinde genetik faktörlerin ön planda olduğu bilinmektedir. Bir araştırmaya göre postnatal depresyonda genetik unsurların katkısı %40’ken, kalanıysa çevresel faktörlerdir (Viktorin ve ark., 2016). Ailede PPD öyküsü olan kadınların incelendiği bir çalışmaya göre kadınların %42’lik kısmında ilk doğumun ardından depresyon gelişmektedir. Aile öyküsü bulunmayan kadınlarda ise bu oran %15’tir (Forty ve ark., 2006). Bir başka çalışmaya göre ise kardeşlerin bir tanesinde PPD geliştiği zaman, diğer kardeşte epizot riski dört kat artmaktadır (Payne ve ark., 2007).

Hamilelik ve doğum esnasında yaşanan hormonal değişimler, kadınları psikolojik açıdan savunmasızlaştırmaktadır. Normal menstruel siklusa kıyasla gebelik döneminde progesteron 10 kat, östradiol ise 100 kat artış göstermektedir. Doğumun ardından bu seviyelerde dramatik ve ani düşüşler görülmektedir. Prolatindeki yükselişle laktasyon başlamakta, emzirmeyle birlikte oksitoksin salınımında artış olmaktadır. PPD görülen ve görülmeyen annelerdeki progesteron ve östrojen seviyelerinde fark bulunmamaktadır. PPD’li anneler, hormon düzeylerindeki düşüş karşısında hassaslaşmakta ve duygulanım değişiklikleri yaşamaktadır. Progesteron ve östrojen verilen kadınların PPD belirtilerinde görülen azalma da, hormonların etkisini ortaya koymaktadır (Skalkidou ve ark., 2009; Studd ve Panay, 2009; Green

ve ark., 2009; Gjerdingen ve Yawn, 2019; Akdeniz ve Gönül, 2004). Hipokampüste bulunan belli genlerin aktivitesinde meydana gelen farklılıklar, doğumdan sonra östrojenin ani düşüşü karşısında kadınları hassaslaştırmakta, bu da PPD'ye karşı savunmasız hale getirebilmektedir (Guintivano ve ark., 2013).

Çeşitli yollar ile östrojen, serotonin düzeyini arttırmaktadır; monoamino oksidaz enzimini azaltmakta, tryptophanın albümün bağlayan kısmını değiştirerek daha kullanışlı bir serotonin sentezinin gerçekleşmesini sağlamakta ve serotonin transportu yapmaktadır (Studd ve Panay, 2009).

PPD patogenezinde nörotransmitterlerin aktivitesi veya seviyesi önemlidir (Hendrick ve ark., 1998). Bu nörotransmitterler arasında olan norepinefrin, dopamin ve serotonin monoamin oksidaz-A (MAO-A) tarafından metabolize edilmektedir. Bu nörotransmitterler hızlı bir şekilde tükendiğinde ise depresyon ortaya çıkabilmektedir (Maurer Spurej ve ark., 2007). Doğumdan sonraki dönemde olan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre beyinde bulunan anterior ve prefrontal singulat kortekste (MAO-A) enzim yoğunluğu, kontrol grubuna kıyasla artmaktadır (Sacher ve ark., 2014). Bir başka çalışmaya göre ise PPD'li kadınlarda serotonerjik aktivite azalmaktadır (Maurer Spurej ve ark., 2007).

PPD'den sorumlu bir başka unsur, kortizoldur. Doğumdan sonraki ilk 5 günde progesteron ve östrojen seviyeleri normal düzeye dönerken, kortizolun normal seviyeye dönmesi 15 günü bulmaktadır (Skalkidou ve ark., 2009). Leptin, PPD için bir başka biyolojik risk faktörüdür. LH ve GnRH salınımını uyaran leptin, sağlıklı üreme fonksiyonlarını düzenlemektedir. Sağlıklı bir kadında gebelik döneminde leptin düzeyi yükselmekte, doğum ile birlikte düşmekte ve bu düşüş 6 ay sürmektedir. Leptin seviyesinin doğumda yüksek olması nedeniyle dolaylı olarak östrojen ve kortizol seviyeleri yavaşça düşmekte, ve leptin ile düzenlenen hipotalamik-pituiter adrenal aks bu şekilde doğrudan etki ile östrojen ve glukokortikoidin düşmesini önlemektedir. Ayrıca beynin serotonerjik sinir iletimini arttıran leptinin yüksek seviyesi ve serotonerjik aktivite PPD'den korumaktadır (Skalkidou ve ark., 2009).

PPD üzerinde emzirmenin etkisi ile alakalı çeşitli bilgiler vardır. Skalkidou ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmaya göre emzirme, bebeğin strese olan cevabını etkilemektedir. Anne karnındaki konsantrasyonla doğru oranlığı olarak leptin bebeğe geçmekte, bebeğin huyu üzerinde olumlu bir katkı sağlamakta, bu da anneyi PPD'den korumaktadır. Studd ve Panay (2009) tarafından yapılan çalışmaya göre ise emziren annelerde östrojen seviyesi düşmekte, bunun sonucunda depresyon yaşanabilmektedir.

PPD, glisemik indeksin düşük veya yüksek olmasından da etkilenmektedir. Glisemik indeks yüksek olduğunda insülin sekresyonu artmakta, beyindeki serotonin prekürsörü tryptophanın taşınmasını kolaylaştırmakta, bu da duygulanım bozukluklarını azaltmaktadır. Doğumun ardından insülinde görülen ani düşüş nedeniyle serotenerjik fonksiyon azalmakta, bu da PPD'ye yol açabilmektedir. Malezya, Hong Kong, Singapur, Japonya gibi glisemik indeks temelli beslenmenin fazla görüldüğü ülkelerde PPD oranı %0,5-5 arasındadır. Glisemik indeksli beslenmenin düşük olduğu ABD, Avusturalya gibi ülkelerde ise bu oran %11,5-18,6 arasındadır (Murakami ve ark., 2008).

PPD üzerinde etkili bir başka faktör, serum kolesterol seviyesindeki düşüklüktür. Selvi ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmaya göre serum kolesterol seviyesindeki düşüklük ile intihar, depresif belirtiler ve şiddet arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki, MSS'deki serotonin aktivitesinin azalmasına bağlıdır. Hamilelik döneminin son trimesterinde serumdaki kolesterol seviyesinde yaklaşık %50 oranında bir artış görülmektedir. Doğumdan sonraysa düşüş başlamakta, normal seviyesine ancak doğumdan sonraki 20. haftada dönebilmektedir. Serum kolesterol seviyesinin düşük olduğu kadınlarda PPD riski fazladır (Selvi ve ark. 2004).

4.4.6. Postpartum depresyonun tanısı

PPD ile majör depresyon tanısı için aynı kriterler kullanılmaktadır (Jack ve Diana, 2013). DSM-V tanı kriterlerinde PPD ayrı bir tanı şeklinde yer almamaktadır. Doğumun ardından ilk 4 haftada çıkan semptomlar için “peripartum başlangıçlı” belirteci ile birlikte majör depresyon tanısı konulmaktadır (Jack ve Diana, 2013).

Klinikteyse PPD, doğumun ardından ilk 12 ayda başlayan depresyon durumu için kullanılmaktadır (Luskin ve ark., 2007). DSM-V'de, doğumdan sonraki ilk 4 haftadan sonra görülen PPD için herhangi bir düzenleyici yoktur. ICD-10'daysa başka bir şekilde isimlendirilemeyen doğum sonrası depresyon tanısı vardır ancak bu tanının kullanılması uygun görülmemektedir. Hatta klinisyenler, depresif epizot tanısını koymaları için, doğum ile alakalı olmayan durumlarda kullanılan kriterleri kullanmaları konusunda teşvik edilmektedir (WHO, 1992).

4.4.7. Postpartum depresyonun tedavisi

Doğumdan sonraki dönemde kadınların çoğu, mutlu olmaları gerektiğini düşünmektedir. Bu nedenle depresif duygular taşıdıkları zaman kendilerini suçlu hissetmekte ve belirtileri saklamaya çalışmaktadır. Bu nedenle PPD tablosu gözden kaçabilmektedir (Can, 2010). Topum içerisinde damgalanma korkusu ise bir başka tablodur. Bu nedenle doğum sonrası dönemde olan kadınlar depresyon belirtileri açısından yakinen izlenmeli ve ailelere bu konuda bilgi verilmelidir. PPD tedavi edilmediği zaman kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hale gelmektedir. Bu nedenle bebek, kadın ve aile üstünde negatif etkileri ortaya çıkmadan önce erken bir şekilde tanımlanmalı ve tedavisine bir an önce başlanmalıdır. Çünkü tedavi edilmediği zaman aileyi olumsuz yönde etkilemekte, annenin yaşam kalitesini düşürmekte, intihar riski oluşmakta ve bebeğe zarar verme ihtimali dahi ortaya çıkmaktadır (Suyer, 2011).

Tedavinin ilk basamağı laboratuvar incelemeleri, fiziksel muayene, ayrıntılı anamnez alma gibi işlemler sonrasında sheehan sendromu ve hipotiroidizm gibi organik patolojileri elemektir. Doğumdan sonra duygusal yakınmalar ilk 2 haftadan fazlaysa, depresyon belirtilerini ayrıntılı bir şekilde sorgulamak için daha dikkatli olunmalıdır. Depresyonun şiddetine göre PPD'de üç farklı tedavi bulunmaktadır. Bunlar elektrokonvülsif, farmakolojik ve psikoterapötik tedavidir (Thome, 2019; Gereklioğlu ve ark., 2007).

4.4.7.1. Psikoterapötik tedavi

PPD tedavisinde bireysel danışmanlığın ve psikoterapötik tedavilerin etkili olduğu bilinmektedir (Perfetti ve ark., 2004). Psikoterapötik tedavide amaç, hastanın içgörü kazanmasını, hastalığı değerlendirmesini ve kabullenmesini sağlamak, çatışmaları çözmesi konusunda yardım etmektir (Marakoğlu ve ark., 2009).

PPD'li kadının dinlenmesi, destek görmesi ve tedavi süresinde bebeğinden ayrı olmaması büyük öneme sahiptir. Psikoterapötik yöntemlerin kullanılacağı durumlarda kadının yapısal, gelişimsel ve kalıtsal özellikleri, yaşadığı zorluklar ve varsa nesne yitiminin araştırılmalı ve kadın üstündeki etkileri değerlendirilmelidir. Haksız yere kendini yargılama, eleştirme ve cezalandırma eğilimlerinin yanlış olduğu belirtilmelidir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesi, değiştiremeyeceklerine ise uyum sağlaması konusunda yardım edilmelidir (Marakoğlu ve ark., 2009).

4.4.7.2. Farmakolojik Tedavi

Pek çok çalışma, emziren annelerde antidepresan kullanımını incelemiştir. Yenidoğanlarda fetal sistemler immatür, kan beyin bariyeri gelişmemiş, karaciğer ve böbrek immatür, plazmadaki proteinlere bağlanma düşük ve vücuttaki yağ kitlesi azdır. Bu durumlarda dahi anne antidepresan kullandığında, yenidoğan üzerinde önemli bir yan etkisinin olmadığı savunulmaktadır (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008). Farmakoterapide önemli olan da, hem annenin hem de bebeğin yan etkilerden minimum düzeyde etkilenmesidir. Anneler, doğumdan sonraki dönemde antidepresanlara karşı daha hassas olmaktadır, bu nedenle yarım dozla başlanarak, kademeli olarak doz arttırılmaktadır (Ayvaz ve ark., 2006).

Doğuma kadar olan dönemde antidepresan kullanan postpartum hastalarda, doğumdan önce verilen dozlar ile devam edilmelidir (Deligiannidis ve ark., 2014). Doğumdan sonra kadınlarda karaciğer enzim aktivitesi düştüğü ve plazma hacmi azaldığı için çeşitli farmakokinetik değişimler ortaya çıkmakta ve bunun sonucunda da ilaç düzeyleri yükselebilmektedir. Bu nedenle doğumdan sonraki ilaçların serum konsantrasyonlarındaki artışla birlikte ortaya çıkabilecek yan etkiler takip

edilmelidir. Doğumdan sonra farmakolojik tedaviye başlanan kişilerde ilacın dozları, genel popülasyondaki depresyon hastalarına benzerdir. Yan etkileri açısından şüphe duyulan hastalarda daha düşük bir doz ile başlanmalıdır ve çoklu ilaç uygulamasından mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır. Akut ve idame dönemlerinden meydana gelen tedaviye, remisyonundan sonra 6 ay daha devam edilmelidir (Ayvaz ve ark., 2006).

SSRI'lar, PPD tedavisinde en fazla kullanılan antidepresanlardır. Bunların ardından trisiklik antidepresanlar gelmektedir (Marakoğlu ve ark., 2009). SSRI grubu ilaçlardan paroxetine, fluoksetin ve citalopram, C gebelik kategorisindeyken; B grubunda olan sertralin ise en fazla reçete edilen ilaç konumundadır (Youngkin ve ark., 2012). Bir çalışmaya göre sertralinin anne sütündeki konsantrasyonu %17'dir ve izlem süresinde bebekte sekel bırakmamaktadır (Figueiredo ve ark. 2013). Fakat antidepresanlar belirli bir oranda da olan anne sütüne geçebildiği ve uzun dönemde bebek üstündeki etkileri tam olarak bilinmediği için, pratikte kullanımı çok tavsiye edilmemektedir. Genelde emzirmeden sonraki döneme ertelenmektedir veya emzirmeye ara verilip kullanılmaktadır (Gereklioğlu ve ark., 2007; Kocabaşoğlu ve Başer, 2008).

4.4.7.3. Elektrokonvulzif Tedavi (EKT)

PPD tedavisinde başarılı bir şekilde uygulanan EKT, emziren annelerde bebek üzerinde bir riske yol açmamaktadır, bu nedenle tercih edilen bir tedavidir. Hastalığın şiddeti yüksek olduğu zaman EKT tedavisi düşünülmektedir. Bir ay süresince farmakolojik tedavinin uygulandığı ve yanıt alınamadığı durumlarda EKT uygulanabilmektedir. Yanıt alınamamasının dışında tabloda delüzyonlar da görüşüyorsa daha sık ve erken bir dönemde EKT uygulanmalıdır (Marakoğlu ve ark., 2009).

4.5. Güvenlik Hissi

Güvenlik, yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır (Zapf, 1987). İnsanlığın başlangıcından bu yana tüm insanlar için önemli bir ihtiyaç olan güvenlik, insan

yaşamının neredeyse tüm yönlerini etkiler ve bu nedenle “antropolojik bir sabit” olarak kabul edilir (Auriga, 2014).

Ebeveynliğe geçişte bebek bekleyen ebeveynler kişisel, ailevi ve sosyal değişikliklere maruz kalır (Levy Shiff, 1994; Cowan ve Cowan, 1992), bu da çiftin ilişkisi, bebek-ebeveyn ilişkisi ve bebeğin gelişmesi için önemli etkilere sahiptir (Cowan, 1991). Yeni yaşam koşullarının ve sosyal rollerin yeniden düzenlenmesi ve hazırlanmasına, öznel belirsizlikler, güvensizlikler ve kaygılar eşlik edebilir. Hamilelik sırasında bir kadının fiziksel değişiklikleri olumlu olarak algılanabilir ve kişinin kendi vücudunun yetenekleriyle gurur duymasına katkıda bulunabilir. Öte yandan, bu değişiklikler, kontrol edilemeyen süreç nedeniyle tehdit edici olarak algılanabilir, bu da bir güvensizlik hissine yol açabilir ve doğumla ilgili korkuyu artırabilir (Mozygemba, 2011).

Babalar açısından bakıldığında hamilelik, büyük bir neşe kaynağı haline gelebilir. Dolayısıyla hamilelik süreçlerine baba yüksek düzeyde katılım gösterebilir (Bronte Tinkew ve ark., 2007; Kuljanic ve ark., 2016) veya tam aksine, hamilelik ve doğum sırasında babanın rolüne ilişkin belirsizlikler ve kaygılar (Asenhed ve ark., 2014; Chalmers ve ark., 1996; Finnbogadottir ve ark., 2003; Hanson ve ark., 2009) olabilir. Hamilelik ve doğumla ilgili algılanan güvensizlikler, anne ve babaların doğum deneyimleri, ebeveyn rolüne uyumları ve doğum sonrası dönemde çocuğa bağlanmaları üzerinde ciddi sonuçlar doğurabilir.

Güvenlik çoğu insan için tanıdık bir terimdir; ancak, güvenlik teriminin birden çok anlamı vardır ve amaçlanan anlam her zaman net değildir (Baldwin, 1997; Buzan ve ark., 1998; Zedner, 2003; Ale, 2009). Güvenlik tanımı, güvenlik (Ale, 2009; Buzan, 1991), kesinlik ve güvenilirlik (Glaeßner, 2003; Ruhne, 2003) gibi benzer terimlerle genelde karıştırılır ve tartışma için ortak bir temel bulmayı zorlaştırır. Çoğu tanıma bakıldığında vurgulanmak istenen ortak nokta, güvenliğin nesnel ve öznel boyutları arasındaki ayrımdır. Nesnel güvenlik, tehditlerin yokluğu olarak tanımlanır (Kaufmann, 1973; Wolfers, 2011) ve daha düşük riskler daha yüksek objektif bir güvenlik ile ilişkili olduğundan (Beck, 1992; Seifert, 2007) risk değerlendirmeleri eşlik eder. Bununla birlikte, nesnel güvenlik, bireyin algısından ayrı olarak mevcut değildir (Bar-Tal ve Jacobson, 1998). Öznel güvenlik algısı, nesnel güvenlik

durumundan sapabilir (Wolfers, 2011; Bar-Tal ve Jacobson, 1998). Bu nedenle, bu inceleme, güvenlik duygusu kavramı üzerine teorik bir tartışmayla başlar.

4.5.1. Güvenlik hissi ve annelik

Güvenlik, temel bir insan ihtiyacı olarak karakterize edilir (Maslow, 1987; Giebel, 2012; Kaufmann, 1987). Bireyler, öncelikle fiziksel olarak güvende olmak için çabalar. Bu süreçte, gelecekte istenen sonuçları üretmek ve böylece gelecekteki güvensizlikleri azaltmak amacıyla kararlar alınır (Ziegleder ve ark., 2011).

Güvenlik duygusu bilişsel ve duyuşsal bileşenlerle karakterizedir. Bir yandan, güvenlik duygusu bir algı olarak anlaşılır ve bu nedenle tehditlere karşı korunma duygusu ile fiziksel bir durum algısını içeren bireyin bilişsel bir yapısını temsil eder. Öte yandan, güvenlik duygusu genellikle kişinin kendini güvende hissettiği, kaygısız, kendine güvenen ve şüphesiz olduğu bireysel bir duygu olarak ifade edilir (Schewe, 2006).

Kendini güvende veya güvensiz hissetmek, çeşitli iç ve dış faktörlere bağlıdır. Güvenlik duygusunu tanımlayan faktörler, kişinin kendi başa çıkma becerisinin değerlendirilmesine ek olarak, bireyin savunmasız ve risk altında olma algısıdır (Schewe, 2006). Cinsiyet, yaş, geçmiş deneyimler, kişilik özellikleri ve bilgi de güvenliğin yaratılmasında rol oynayabilir (Havenkamp, 2014; Porzsolt, 2011). Sosyal bilim çalışmaları, belirli bir durumun nesnel güvenliği ile güvenlik duygusu arasında kısmi bir uyumsuzluk olduğunu göstermektedir (Havenkamp, 2014; Gusy, 2010). Kişi, nesnel tehlikenin varlığına rağmen kendini güvende hissedebilir çünkü tehlike o şekilde tanınmaz veya algılanmaz. Öte yandan, algılanan başa çıkma becerileri veya kendine güven nedeniyle kişi nesnel bir tehlikeye rağmen kendini güvende hissedebilir. Bununla birlikte, sübjektif güvenlik algısı büyük ölçüde bağlama bağlıdır; bu nedenle, özgül faktörler görecelidir ve yaşamın tüm alanlarında eşit derecede ilgili değildir (Porzsolt, 2011).

Sosyal bilim literatürü, kendini güvende hissetmek ile güvende hissetmek arasında net bir ayrım çizgisinin olmadığını göstermektedir; her iki terim de sıklıkla eşanlamlı olarak kullanılır ve güvenlik ve emniyet kavramlarının iç içe geçtiğini gösterir.

BarTal ve Jacobson (1998), fiziksel güvenliği sürdürmenin, psikolojik bir ihtiyaç olarak gördükleri öznel bir güvenlik algısı için bir ön koşul olduğunu ileri sürmektedir.

Annelik bakımı bağlamında güvenlik duygusu, annenin genel doğum deneyiminin temel yönlerinden biri olarak tanımlanmaktadır (Dencker ve ark., 2010; Stenglin ve Foureur, 2013) ve doğum sonrası dönemde emzirmenin sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Palmer ve ark., 2015). Mozygamba'ya (2011) göre, kadınlar hamilelik ve doğum sırasında güvenlik için çabalar ve değışim süreçleri sırasında kendilerini yönlendirirler. Doğum deneyimlerine odaklanan diğerk çalışmalar, ebeler ve hastane personeli tarafından sunulan mevcudiyetin ve profesyonel desteğinin anneler ve babalar için bir güvenlik duygusu yaratmaya katkıda bulunduğunu göstermektedir (Carlsson, 2016; Tarkka ve Paunonen, 1996; Berg ve ark., 1996; Thorstensson ve ark., 2012). Ek olarak, doğumda partnerin varlığı kadınların güvenlik duygusu için faydalıdır (He ve ark., 2015; Kainz ve ark., 2010; Vehviläinen-Julkunen ve Liukkonen, 1998). Ayrıca ebenin doğum odasında olmaması veya kadının nasıl destekleneceğini bilmemesi, baba için bir güvensizlik duygusu yaratabilir (Ledenfors ve Berterö, 2016).

Güvenlik hissine neyin katkıda bulunduğuna ilişkin ebeler ve ebeveynler farklı fıkırlara sahip olabilir. Kadınlar ve partnerleri ebenin varlığını güvenlik duygusu açısından önemli görürken; ebeler kendi varlıklarını ebeveynlerin doğum sırasında güvenlik hissini desteklemek olarak tanımlamazlar (Thorstensson ve ark., 2012).

4.5.2. Obstetrik bağlamda güvenlik ve risk kavramları ve ebenin rolü

Çoğu Batı toplumunda, çağdaş doğum kültürü güvenlik ve risk kavramlarına gömülüdür. Bu bağlamda, güvenlik kavramı anneler ve bebekleri için gereksiz zarar riskini kabul edilebilir bir düzeye indirmeyi amaçladığından, annelik bakımının kaliteli bir özelliğini temsil etmektedir (Runciman ve ark., 2009). Risk kavramının “güvenliğin anahtarı” olarak ilan edilmesi, gebeliğın, doğumun ve doğum sonrası dönemin potansiyel riskler olarak anlaşılmasıyla sonuçlanır, bu da gebeliğın ve doğumun tıbbileştirilmesini teşvik eder (Hausman, 2005; Schücking, 2003; Sayn

Wittgenstein, 2007). Güvenlik ve risk kavramlarının birbirini tamamladığı ve doğum yapma üzerinde kısıtlayıcı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, ebeveynler tutumlarını, kararlarını ve eylemlerini etkileyen bir annelik sağlığı sisteminin kuralları ve normatif görüşleri ile karşı karşıyadır.

Annelik bakımı bağlamında güvenlik algısı ile ilgili araştırmalar, güvenlik kavramının farklı bir şekilde algılandığını ve yorumlandığını göstermektedir. Bazı kadınlar için güvenlik, tıbbi-teknik bakım ve dolayısıyla risk minimizasyonu ile ilişkilidir (Bibeau, 2014; Regan ve McElroy, 2013). Diğer kadınlar için güvenli olmak, rutin müdahalelerden kaçınmak, sakin ve özel bir ortamda doğum yapmak, doğum yapma yeteneğine güvenmek veya Tanrı'ya güvenmek anlamına gelir (Miller ve Shriver, 2012; Grigg ve ark., 2014). Çeşitli güvenlik yorumları, doğumla ilgili farklı tutumlar ve kadın bedeninin doğum yapma yeterliliği ile ilişkilidir. Bir yandan hamilelik ve doğum, tıbbi beceri ve teknoloji gerektiren temel tıbbi süreçler olarak anlaşılmaktadır; diğer yandan tıbbi müdahale veya profesyonel yardım gerektirmeyen doğal süreçler olarak algılanırlar. Ek olarak, güvenlik algısı ebelerin ve diğer profesyonellerin sunduğu bakımdan hem olumsuz hem de olumlu olarak etkilenebilir (Howarth ve ark., 2013; Lothian, 2013; Smythe, 2010). Ağrı deneyimi ve sağlıklı bir çocuğun doğumu da dahil olmak üzere doğum deneyiminin kendisi de bir kadının güvenlik görüşünü geriye dönük olarak etkileyebilir (Magee ve Askham, 2008). Daha ileri çalışmalar, çeşitli güvenlik algılarının kadınların nerede doğum yapacaklarını seçmeleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir, öyle ki hem hastane hem de ev kadınlar için güvenli doğum yerleri olarak kabul edilmektedir.

Ebeler, annelerin kendilerini güvende hissetmelerine yönelik gerek doğum gerek ise doğum sonrası süreçte etkin rol oynamaktadırlar. Yapılan destek, bakım, eğitim vb. anneye kendini güvende hissettirecek girişimleriyle bireyin güvenlik his düzeylerini yükseltebilmekte, oluşabilecek risk durumlarını öngörerek anne ve bebeği için güvenli ortamını oluşturmaktadır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapmış kadınlarda depresyona yatkınlık ve güvenlik his düzeyi ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma için gerekli izin Marmara Üniversitesi Etik Kurulu tarafından alınmıştır (Ek-2).

5.2. Araştırmanın Sorusu

1. Annelerin doğum sonu depresyona yatkınlığı ile kendilerini güvende hissetme düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
2. Demografik özellikler güvenlik his düzeyini etkiler mi? Aralarında ilişki var mıdır?
3. Demografik özelliklerin depresyona yatkınlık ile ilişkisi var mıdır?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2020-Mart 2020 aralığında doğum sonrası ilk bir hafta sonunda hastaneye gelen anneler araştırmaya dahil edilmiştir.

Hastane 19 Şubat 2005 tarihi itibarı ile İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Kadın Hastalıkları - Doğum, Çocuk Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi branşlarında 533 kadro yatağı ve 526 fiili yatak ile hizmet sunumuna devam etmektedir.

1 Mayıs 2011 tarihinde, Halkalı'ya inşaa edilmiş olan 544 yataklı Trakya'nın en büyük hastanesi olarak, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi adıyla taşınmıştır.

Doğumhane birimi ve ameliyathane -1. Katta bulunmaktadır. Gebelerin travay takibinin yapıldığı 3 oda ve doğumlarını gerçekleştirdikleri 3'er doğum masasından

oluşan 2 oda bulunmaktadır. Doğum sonrası servisler 1.katta yer almaktadır.Ayrıca hastane de mutlu gebe okuluna giden gebelere özel mutlu gebe odası da mevcuttur. Doğumhane içinde kendine ait tek masalık bir ameliyathanesi bulunmaktadır. Gebelerin takibini, doğumunu asistanlar ve ebeler yapmaktadır.

5.4. Evren ve Örneklem

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapmış olan anneler oluşturmaktadır. 2019 yılı eylül ayı dahil olmak üzere toplam doğum sayısı 7934'dür. Ortalama aylık doğum sayısı 881 olarak hesaplanmış olup yıl sonuna kadar 2.634 olması beklenen doğum sayısında baz alınarak evren 10.577 kişi sayısı olarak alınmıştır.

Araştırmanın örnek büyüklüğü G*Power programı kullanılarak hesaplanmıştır (Faul ve ark. 2009). Hesaplama; anlamlılık düzeyi $\alpha = 0,05$, istatistiksel testin gücü (Güç $1-\beta = 0,95$) ve düşük etki büyüklüğü ($ES = 0,30$) alınmıştır. Buna göre minimum örneklem büyüklüğü 138 olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda 180 lohusaya anket uygulanmıştır.

5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaşından büyük,
- Çalışmaya katılmayı sözlü kabul eden anneler,
- Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor olması,
- Tanı konulmuş psikolojik bir rahatsızlığının olmaması,
- Doğum sonrası ilk haftadan sonraki dönemde olmasıdır (7-15 gün).

5.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya alınma kriterlerine uymayan anneler,
- Veri toplama formu ve kullanılan ölçeklerde eksik veri olduğunda çalışma dışı bırakılmıştır.

5.7. Veri Toplama Süreci

Doğum yapmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden postpartum ilk bir hafta sonunda hastaneye başvuran annelerin demografik özelliklerini sorgulayan Kişisel Bilgi Formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin ve ölçek sorularının cevaplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmış olup, gerekli durumlarda telefonla görüşme yönteminden yararlanılmıştır.

İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma-Yayın Değerlendirme Komisyonu 15.01.2020 tarih ve 2020/1 31.12.2019 tarihli sayılı kararı ardından alınan izin üzerine veri toplama süreci başlatılmıştır (Ek-1)

5.8. Veri Toplama Araçları

5.8.1. Kişisel Bilgi Formu

Anneye, ailesine yönelik demografik özellikleri ve obstetrik hikayesini sorgulayan ve literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan soruları içermektedir.

5.8.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ); EDDÖ 10 maddeden oluşan, dördümlü Likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2. ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. EDDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,88, pozitif tahmin ettirici değeri 0,69 ve negatif tahmin ettirici değeri 0,94 olarak bulunmuştur. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki

korelasyon $r: 0,7$ ($p<0.001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDDÖ'nün kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir.

Araştırmamız kapsamında yapılan güvenirlik analizinde ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin kullanım izni ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini 1996 yılında gerçekleştiren Dr. Nur ENGİNDENİZ' den alınmıştır (Ek-8).

5.8.3. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği

Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Eva K. Persson ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiş, 18 madde içeren, 4'lü Likert tipi (1 Hiç Katılmıyorum, 2 Biraz Katılıyorum, 3 Oldukça Çok Katılıyorum, 4 Tamamen Katılıyorum) bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Geçkil ve arkadaşları tarafından 2016 yılında gerçekleştirilmiştir.

Ölçek annelerin doğum sonu ilk hafta güvenlik hislerini ölçmektedir. Ölçek puanlaması yapılırken 7, 8, 9 ve 11. maddeler ters çevrilmiştir. Ölçekten alınan puanlar 18-72 arasında değişmekte ve yüksek puan güvenlik hislerinin iyi olduğuna işaret etmektedir.

Ölçeğin KGI puanı 0.89 olup kapsam geçerliği yeterlidir. DFA sonucunda $X^2=229.04$ (serbestlik derecesi = 129), $X^2/df=1.78$ ve $RMSEA=0.059$ bulunmuş olup model iyi/mükemmel uyuma işaret etmektedir. Ölçeğin madde ortalamaları 2.31 ± 1.10 ile $3.41\pm.80$ arasında, madde-faktör yükleri .29-.89 arasında değişmekte, alt-üst %27'lik farklar bütün maddeler için anlamlı olup ($p<0.001$) ölçeğin toplam Cronbach's alfa katsayısı .84 ve test tekrar test korelasyon .93 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin 1,2,3,4,5 ve 6. Maddeleri güçlendirici davranış; 7,8,9,10 ve 11. Maddeleri genel iyilik; 12,13,14 ve 15. maddeleri aile bağları; 16,17 ve 18. Maddeleri ise emzirme davranışları boyutunda yer almaktadır. Ölçeğin standardize edilmiş parametre değerleri incelendiğinde "Güçlendirici Davranış" alt boyutundaki maddelerin yüklerinin .80-.59 arasında, "Aileye Bağlılık" boyutunda .87-.67

arasında, "Emzirme" alt boyutunda .71- .52 arasında değişmektedir. "Genel İyilik" boyutunda yer alan maddelerden 8, 9 ve 11. maddelerin madde yükleri .91-.20 arasında değişmektedir. Bu alt boyuttaki 10. maddenin madde yükü eksi değer vermiş olup -.07 olarak saptanmıştır. Ölçekte 10. madde dışındaki tüm maddelerin t değerleri 15.40 ile 2.83 arasında değişmektedir. Bu maddelerin t değerleri 2.56'nın üzerinde olduğundan ve bu maddelerin boyutlarıyla ileri derecede anlamlı ilişkiler sergilediği belirlenmiştir ($p<0.01$). Orijinal ölçekte "Genel İyilik" alt boyutunda yer alan 10. maddenin t değeri ve madde yükü düşük bulunmuş ve yer aldığı faktör ile anlamlı bir ilişki sergilemediği görülmüştür. Bu alt boyuttaki maddeler incelendiğinde diğer maddelerin ters ifade olduğu ve bu maddenin düz ifade olduğu görülmüş, sorunun kaynağının bu olabileceği düşünülmüştür. Ölçekte alt boyutu ile anlamlı ilişki vermemesine rağmen ölçeğin orijinalliğinin bozulmaması, uluslararası kullanışlılığının sağlanması amacıyla 10. maddenin ölçeğin Türkçe formunda yer almasının uygun olduğu düşünülmüştür. Öte yandan madde analizlerinde 10. Maddenin analiz sonuçlarının iyi olması da maddenin ölçekte kalması fikrini desteklemiştir.

Araştırmamız kapsamında yapılan güvenirlik analizinde ölçek geneline ilişkin Cronbach Alfa katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır. Faktör bazında yapılan değerlendirmede ise Cronbach Alfa katsayıları güçlendirici davranış için 0,87, genel iyilik için 0,72, aile bağları için 0,85 ve emzirme davranışı için 0,76 olarak ölçülmüştür.

Ölçek için gerekli izin ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini 2016 yılında arkadaşları ile gerçekleştiren Doç. Dr. Emine GEÇKİL' den alınmıştır (Ek-9)

5.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmada depresyon araştırmanın bağımlı değişkeni olarak alınırken, annelerin güvenlik his düzeyleri bağımsız değişken olarak seçilmiştir.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Pandemi süreci sebebi ile örneklem grubu için etki büyüklüğünün düşük düzeyde tutularak, örneklemde küçülmeye gidilmek zorunda kalınması,
2. Araştırma örneklem grubumuzun aralığının, annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeğinin bazı maddelerinde 1. Hafta sonrasını sorguluyor olmasından ve depresyon riskini ölçmek istediğimizden 7-15 gün ile sınırlı kalınması.

5.11 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS programı kullanılarak, tanımlayıcı analizlere yönelik sayı-yüzde ve ortalama dağılımları verilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov ya da Shapiro-Wilk testleri) incelenmiş ve parametrik şartların sağlandığı görülmüştür. Bu kapsamda ölçekler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bununla birlikte sürekli veri tipindeki değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, üç ve daha fazla bağımsız gruplarda ise ANOVA ve Post Hoc testlerinden LSD Test kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

6.1. Katılımcılara İlişki Demografik, Gebelik Süreci ve Doğum Özellikleri

Tablo 2. Katılımcılara ilişkin demografik özellikler

	n	%
Yaş ($\bar{X} \pm ss$)	29,44 $\pm$ 5,76	
Eş yaşı ($\bar{X} \pm ss$)	32,73 $\pm$ 6,15	
Evlilik süresi ($\bar{X} \pm ss$)	7,31 $\pm$ 5,89	
Eğitim düzeyi		
İlkokul ve altı	63	35,0
Ortaokul	46	25,6
Lise	34	18,9
Üniversite	37	20,6
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	132	73,3
Çalışıyor	48	26,7
Eş eğitim düzeyi		
İlkokul ve altı	44	24,4
Ortaokul	52	28,9
Lise	48	26,7
Üniversite	36	20,0
Eş çalışma durumu		
Çalışmıyor	10	5,6
Çalışıyor	170	94,4
Aile tipi		
Çekirdek aile	150	83,3
Geniş aile	30	16,7
Gelir düzeyi		
Geliri giderinden az	64	35,6
Geliri giderine denk	87	48,3
Geliri giderinden fazla	29	16,1
Çocuk sayısı		
Tek çocuk	67	37,2
2 çocuk	48	26,7
3 ve üzeri çocuk	65	36,1
Toplam	180	100

Olguların yaş ortalaması 29,44 $\pm$ 5,76 olarak hesaplandı. Eğitim düzeyine göre %35 ile çoğunluk ilkokul mezunu ya da herhangi bir mezuniyete sahip değil iken; bu oranı %25,6 ile ortaokul mezunları ve %20,6 ile üniversite mezunları izledi. Eş yaş

ortalaması ise $32,73 \pm 6,15$ 'ti. Bununla birlikte eş eğitim durumunda %28,9 ile çoğunluk ortaokul mezunu iken bu oranı %26,7 ile lise mezunları ve %24,4 ile ilkokul mezunu olan ya da herhangi bir mezuniyeti olmayanlar izledi. Olguların %73,3'ü ev hanımı iken, eşlerin %5,6'sı da çalışmıyordu. %83,3 ile çoğunluk aile tipini çekirdek aile olarak tanımladı. Olguların %48,3'ünün geliri giderine denk, %35,6'sının geliri giderinden az ve %16,1'inin geliri giderinden fazlaydı. Olguların evlilik süre ortalaması $7,31 \pm 5,89$ yıldır. %37,2 ile çoğunluğun tek çocuğu bulunmaktaydı ve bu oranı %36,1 ile 3 ve daha fazla çocuğa sahip olanlar izledi.



Tablo 3. Gebelik süreci ve doğuma ilişkin özellikler

	n	%
Doğumdan sonraki gün sayısı ($\bar{X} \pm ss$)	9,29±2,12	
Gebelik sayısı		
İlk	63	35,0
İkinci	39	21,7
Üçüncü ve daha fazla	78	43,3
Doğum türü		
Normal	70	38,9
Sezeryan	110	61,1
Gebelik öncesi sigara kullanımı		
Var	30	16,7
Yok	150	83,3
Gebelik sürecinde sigara kullanımı		
Var	18	10,0
Yok	162	90,0
Çocuk bakımında kendini yalnız hissetme durumu		
Evet	18	10,0
Hayır	137	76,1
Kısmen	25	13,9
Süreç içerisinde yorgun ve bitkin hissetme durumu		
Evet	45	25,0
Hayır	77	42,8
Kısmen	58	32,2
Yetersiz olacağı düşüncesine kapılma durumu		
Evet	33	18,3
Hayır	110	61,1
Kısmen	37	20,6
Gebelik öncesinde herhangi bir psikolojik/psikiyatrik destek alma durumu		
Evet	7	3,9
Hayır	173	96,1
Gebelik sürecinde herhangi bir psikolojik/psikiyatrik destek alma durumu		
Evet	4	2,2
Hayır	176	97,8
Toplam	180	100

Olguların %43,3'ünün üçüncü ve daha fazla, %35'inin ilk ve %21,7'sinin ikinci gebeliği idi. %61,1 ile çoğunluğun doğum tipi sezeryandı. Olguların doğumdan sonra geçen ortalama gün sayısı 9,29±2,12'ydi. Gebelik öncesinde sigara kullananların oranı %16,7 iken, bu oran gebelik sürecinde %10'a düşmüştü. Olguların %10 çocuk bakımında kendisini yalnız hissederken, %13,9'u kısmen yalnız hissetmekteydi. Bununla birlikte %25'lik grup gebelik sürecinde kendisini yorgun ve bitkin

hissederken; %32,2'lik grup yorgun ve bitkinlik hissini kısmen yaşadığını belirtmişti. Diğer taraftan olguların %20,6'sı kısmen ve %18,3'ü ise tümüyle gebelik sürecinde yetersizlik hissine kapılmıştı. Olguların %3,9'u gebelik öncesinde psikolojik/psikiyatrik destek alırken, gebelik sürecinde bu oran %2,2'ye gerilemişti.

6.2. PPD ve Güvenlik Hissi Düzeyleri

Tablo 4. Depresyon ve güvenlik hissine ilişkin betimleyici istatistikler

	Aralık (min.-max.)	$\bar{X}$	ss
Depresyon	0,00-25,00	8,47	5,92
Güvenlik hissi	29,00-72,00	53,71	9,44
Güçlendirici davranış	6,00-24,00	18,24	4,39
Genel iyilik	5,00-20,00	13,00	3,68
Aile bağları	4,00-16,00	13,42	2,82
Emzirme davranışı	3,00-12,00	9,05	2,58

Olguların depresyon puan ortalaması $8,47 \pm 5,92$ 'ydi. Bununla birlikte EDDÖ'nin kesme noktası olan 13'ten daha yüksek puana sahip olguların oranı %16,7'ydi. Diğer diğer ifade ile PPD risk oranı %16,7 olarak hesaplandı.

Güvenlik hissi faktörlerinden güçlendirici davranışın ortalaması $18,24 \pm 4,39$; genel iyiliğin ortalaması $13,00 \pm 3,68$; aile bağlarının ortalaması $13,42 \pm 2,82$ ve emzirme davranışının ortalaması $9,05 \pm 2,58$ 'di. Toplam güvenlik hissi puan ortalaması ise $53,71 \pm 9,44$ 'tü.

6.3. PPD ve Güvenlik Hissi Arasındaki İlişkiler

Tablo 5. Depresyon ve güvenlik hissi arasındaki ilişkiler

		Depresyon
Güçlendirici davranış	r	-,190*
	p	,011
Genel iyilik	r	-,535**
	p	,000
Aile bağları	r	-,185*
	p	,013
Emzirme davranışı	r	-,284**
	p	,000
Güvenlik hissi	r	-,430**
	p	,000

** $p < 0,01$ ve * $p < 0,05$

Yapılan korelasyon analizinde depresyon ile güvenlik hissi düzeyi ve faktörlerini arasında anlamlı ilişkiler bulundu. Buna göre;

- Güçlendirici davranış ile depresyon arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki vardır ($p=0,011$ ve $r=-0,190$).
- Genel iyilik ile depresyon arasında negatif yönde ve orta düzeyde ilişki vardır ($p=0,000$ ve $r=-0,535$).
- Aile bağları ile depresyon arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki vardır ($p=0,013$ ve $r=-0,185$).
- Emzirme davranışı ile depresyon arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($p=0,000$ ve $r=-0,284$).
- Toplam güvenlik hissi düzeyi ile depresyon arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($p=0,000$ ve $r=-0,430$).

Tablo 6. Güvenlik hissinin PPD'ye etkisine ilişkin regresyon analizi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model(p)	R ²
Sabit		10,322	,000			
Güçlendirici davranış¹	,036	,444	,658			
Genel iyilik²	-,495	-7,624	,000	20,19	0,000	0,30
Aile bağları³	-,090	-1,332	,185			
Emzirme davranışı⁴	-,145	-1,738	,084			

Pearson Momentler Çarpımı/Spearman Korelasyon Katsayısı (r) en az eşit aralıklı ölçek düzeyinde ölçülen iki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değerler alır. “-” değerler negatif yönde doğrusal ilişkiyi, “+” değerler ise pozitif yönde doğrusal ilişkiyi açıklar. Pearson Momentler Çarpımı/Spearman Korelasyon Katsayısı, “0.00= ilişki yok”, “0.01-0.29= düşük düzeyde ilişki”, “0.30-0.70= orta düzeyde ilişki”, “0.71-0.99= yüksek düzeyde ilişki”, “1.00= mükemmel ilişki” şeklinde yorumlanmaktadır (Köklü ve ark., 2006)

Güvenlik hissinin varyansa olan katkısı anlamlıdır (p=0,000; F=20,19). Güçlendirici davranış, genel iyilik, aile bağları ile emzirme davranışı, depresyona ait varyansın %30'unu açıklamaktadır. Diğer bir ifade ile depresyonun %30'u güvenlik hissine bağlıdır.

Güvenlik hissi faktörlerinin her biri ayrı ayrı değerlendirildiğinde; genel iyilik, depresyonu azaltmaktadır (p₂=0,000 ve β_2 =-0,50). Bununla birlikte Güçlendirici davranış, aile bağları ve emzirme davranışı, depresyona etki etmemektedir (p₁, p₃, p₄>0,05).

6.4. PPD ve Güvenlik Hissinin Demografik Özellikler İle Gebelik Süreci ve Doğuma İlişkin Özelliklere Göre Farklaşması

Tablo 7. Yaş, eş yaşı, evlilik süresi ve doğumdan sonraki gün sayısının depresyon ve güvenlik hissi ile ilişkisi

		Depresyon	Güçlendirici davranış	Genel iyilik	Aile bağları	Emzirme davranışı	Güvenlik hissi
Yaş	r	-,088	,118	-,036	-,114	,135	,044
	p	,242	,115	,636	,128	,071	,560
Eş yaşı	r	-,048	,132	,042	,041	,175*	,138
	p	,526	,078	,574	,589	,019	,065
Evlilik süresi	r	,027	,201**	-,082	-,158*	,217**	,073
	p	,716	,007	,273	,034	,003	,329
Doğumdan sonraki gün sayısı	r	-,111	,042	,123	-,012	,040	,075
	p	,138	,578	,101	,871	,592	,320

** $p < 0,01$ ve * $p < 0,05$

Tablo 7'ye göre;

- Eş yaşı ile emzirme davranışı arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki vardır ($p=0,019$ ve $r=0,175$).
- Evlilik süresi ile güçlendirici davranış arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki vardır ($p=0,007$ ve $r=0,201$).
- Evlilik süresi ile aile bağları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki vardır ($p=0,034$ ve $r=-0,158$).
- Evlilik süresi ile emzirme davranışı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki vardır ($p=0,003$ ve $r=0,217$).

Tablo 8. Ölçek Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	F	p	LSD Test
Depresyon				1,27	,286	
İlkokul ve altı ¹	63	9,63	6,82			
Ortaokul ²	46	7,76	5,35			
Lise ³	34	7,94	4,82			
Üniversite ⁴	37	7,84	5,77			
Güvenlik hissi				2,37	,072	
İlkokul ve altı ¹	63	51,73	9,08			
Ortaokul ²	46	56,11	8,41			
Lise ³	34	55,18	9,39			
Üniversite ⁴	37	52,73	10,70			
Güçlendirici davranış				0,10	,962	
İlkokul ve altı ¹	63	18,22	4,52			
Ortaokul ²	46	18,13	4,04			
Lise ³	34	18,59	4,34			
Üniversite ⁴	37	18,08	4,75			
Genel iyilik				5,61	,001	
İlkokul ve altı ¹	63	11,94	3,49			2>1
Ortaokul ²	46	14,43	3,48			2>4
Lise ³	34	13,85	3,49			3>1
Üniversite ⁴	37	12,24	3,78			
Aile bağları				2,32	,077	
İlkokul ve altı ¹	63	12,70	3,02			
Ortaokul ²	46	13,63	2,42			
Lise ³	34	14,09	2,78			
Üniversite ⁴	37	13,76	2,83			
Emzirme davranışı				2,45	,066	
İlkokul ve altı ¹	63	8,87	2,49			
Ortaokul ²	46	9,91	2,06			
Lise ³	34	8,65	3,07			
Üniversite ⁴	37	8,65	2,67			
Toplam	100					

*ANOVA ve LSD İleri Analizi yapılmıştır.

- Yapılan değerlendirmede sadece genel iyilik alt ölçeği ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Genel iyilik, eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Ortaokul mezunu katılımcıların ortalaması, ilkokul ve altı ile üniversite mezunu katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Bununla birlikte lise mezunu katılımcıların ortalaması, ilkokul ve altı mezunu katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 9. Ölçek Puanlarının Eş Eğitim Düzeyine Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	F	p	LSD Test
Depresyon				,61	,611	
İlkokul ve altı ¹	44	8,61	6,11			
Ortaokul ²	52	8,27	5,37			
Lise ³	48	9,25	6,71			
Üniversite ⁴	36	7,53	5,37			
Güvenlik hissi				,36	,782	
İlkokul ve altı ¹	44	52,43	8,39			
Ortaokul ²	52	54,04	9,42			
Lise ³	48	54,31	10,15			
Üniversite ⁴	36	53,97	9,95			
Genel iyilik				,54	,655	
İlkokul ve altı ¹	44	12,64	3,46			
Ortaokul ²	52	13,50	3,62			
Lise ³	48	13,02	4,13			
Üniversite ⁴	36	12,69	3,47			
Aile bağları				3,35	,020	
İlkokul ve altı ¹	44	12,27	3,39			2>1
Ortaokul ²	52	13,77	2,80			3>1
Lise ³	48	13,71	2,41			4>1
Üniversite ⁴	36	13,92	2,29			
Emzirme davranışı				,84	,473	
İlkokul ve altı ¹	44	9,05	2,53			
Ortaokul ²	52	9,12	2,69			
Lise ³	48	9,40	2,40			
Üniversite ⁴	36	8,50	2,72			
Toplam	180					

*ANOVA ve LSD İleri Analizi yapılmıştır.

- Aile bağları, eş eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Eşi ortaokul, lise ve üniversite mezunu katılımcıların ortalamaları, ilkokul ve altı mezunu katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 10. Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Depresyon				1,56	0,121
Çalışmıyor	132	8,88	5,99		
Çalışıyor	48	7,33	5,62		
Güvenlik hissi				-1,29	0,199
Çalışmıyor	132	53,16	8,98		
Çalışıyor	48	55,21	10,57		
Güçlendirici davranış				-0,98	0,328
Çalışmıyor	132	18,05	4,35		
Çalışıyor	48	18,77	4,48		
Genel iyilik				-1,61	0,109
Çalışmıyor	132	12,73	3,69		
Çalışıyor	48	13,73	3,60		
Aile bağları				-0,48	0,634
Çalışmıyor	132	13,36	2,67		
Çalışıyor	48	13,58	3,23		
Emzirme davranışı				-0,23	0,815
Çalışmıyor	132	9,02	2,52		
Çalışıyor	48	9,13	2,76		
Toplam	180				

*t testi yapılmıştır.

- Değişkenler, çalışma durumuna göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Depresyon ve Güvenlik his düzeyi ve alt faktörleri ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 11. Ölçek puanlarının Eş Çalışma Durumuna Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Depresyon				0,40	0,688
Çalışmıyor	10	9,20	5,69		
Çalışıyor	170	8,42	5,94		
Güvenlik hissi				-0,21	0,835
Çalışmıyor	10	53,10	10,76		
Çalışıyor	170	53,74	9,39		
Güçlendirici davranış				-0,18	0,860
Çalışmıyor	10	18,00	4,27		
Çalışıyor	170	18,25	4,41		
Genel iyilik				-0,18	0,860
Çalışmıyor	10	12,80	4,32		
Çalışıyor	170	13,01	3,66		
Aile bağları				0,33	0,745
Çalışmıyor	10	13,70	3,43		
Çalışıyor	170	13,40	2,80		
Emzirme davranışı				-0,57	0,572
Çalışmıyor	10	8,60	3,34		
Çalışıyor	170	9,08	2,54		
Toplam	180				

*t testi yapılmıştır.

- Değişkenler, eş çalışma durumuna göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Depresyon ve Güvenlik his düzeyi ve alt faktörleri ile eş çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 12. Ölçek Puanlarının Aile Tipine Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Depresyon				-1,19	0,238
Çekirdek aile	150	8,23	5,97		
Geniş aile	30	9,63	5,57		
Güvenlik hissi				-1,08	0,283
Çekirdek aile	150	53,37	9,58		
Geniş aile	30	55,40	8,64		
Güçlendirici davranış				-1,41	0,160
Çekirdek aile	150	18,03	4,47		
Geniş aile	30	19,27	3,82		
Genel iyilik				-0,87	0,386
Çekirdek aile	150	12,89	3,77		
Geniş aile	30	13,53	3,19		
Aile bağları				0,11	0,916
Çekirdek aile	150	13,43	2,82		
Geniş aile	30	13,37	2,87		
Emzirme davranışı				-0,43	0,671
Çekirdek aile	150	9,01	2,58		
Geniş aile	30	9,23	2,62		
Toplam	180				

*t testi yapılmıştır.

- Değişkenler, aile tipine göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Depresyon ve Güvenlik his düzeyi ve alt faktörleri ile eş çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 13. Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyine Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	F	p	LSD Test
Depresyon				2,44	,090	
Geliri giderinden az ¹	64	9,31	6,81			
Geliri giderine denk ²	87	8,53	5,39			
Geliri giderinden fazla ³	29	6,41	4,89			
Güvenlik hissi				1,02	,363	
Geliri giderinden az ¹	64	53,48	9,53			
Geliri giderine denk ²	87	53,11	9,75			
Geliri giderinden fazla ³	29	55,97	8,18			
Güçlendirici davranış				0,09	,913	
Geliri giderinden az ¹	64	18,14	4,28			
Geliri giderine denk ²	87	18,21	4,50			
Geliri giderinden fazla ³	29	18,55	4,42			
Genel iyilik				3,84	,023	
Geliri giderinden az ¹	64	12,92	3,97			3>1
Geliri giderine denk ²	87	12,51	3,65			3>2
Geliri giderinden fazla ³	29	14,66	2,61			
Aile bağları				0,83	,437	
Geliri giderinden az ¹	64	13,06	3,12			
Geliri giderine denk ²	87	13,56	2,81			
Geliri giderinden fazla ³	29	13,76	2,08			
Emzirme davranışı				0,75	,472	
Geliri giderinden az ¹	64	9,36	2,60			
Geliri giderine denk ²	87	8,84	2,65			
Geliri giderinden fazla ³	29	9,00	2,31			
Toplam	180					

*ANOVA ve LSD İleri Analizi yapılmıştır.

- Genel iyilik, gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Geliri giderinden fazla katılımcıların ortalaması, geliri giderinden az ile geliri giderine denk katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 14. Ölçek Puanlarının Çocuk Sayısına Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	F	p
Depresyon				,63	,534
Tek çocuk ¹	67	8,15	5,55		
2 çocuk ²	48	8,02	5,16		
3 ve üzeri çocuk ³	65	9,12	6,77		
Güvenlik hissi				1,04	,356
Tek çocuk ¹	67	52,52	9,43		
2 çocuk ²	48	55,06	9,28		
3 ve üzeri çocuk ³	65	53,92	9,56		
Genel iyilik				,65	,524
Tek çocuk ¹	67	12,69	3,61		
2 çocuk ²	48	13,48	3,60		
3 ve üzeri çocuk ³	65	12,97	3,84		
Aile bağları				1,80	,169
Tek çocuk ¹	67	13,87	2,77		
2 çocuk ²	48	13,44	3,13		
3 ve üzeri çocuk ³	65	12,94	2,60		
Emzirme davranışı				2,46	,088
Tek çocuk ¹	67	8,52	2,47		
2 çocuk ²	48	9,19	2,85		
3 ve üzeri çocuk ³	65	9,49	2,42		
Toplam	180				

*ANOVA testi yapılmıştır.

- Değişkenler, çocuk sayısına göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Depresyon ve Güvenlik his düzeyi ve alt faktörleri ile sahip olunan çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 15. Ölçek Puanlarının Gebelik Sayısına Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	F	p	LSD Test
Depresyon				1,53	,219	
İlk ¹	63	8,44	5,64			
İkinci ²	39	7,13	4,68			
Üçüncü ve daha fazla ³	78	9,15	6,60			
Güvenlik hissi				3,08	,049	
İlk ¹	63	51,75	9,37			
İkinci ²	39	56,44	9,67			2>1
Üçüncü ve daha fazla ³	78	53,92	9,13			2>3
Güçlendirici davranış				3,88	,022	
İlk ¹	63	17,10	4,44			2>1
İkinci ²	39	19,41	4,18			3>1
Üçüncü ve daha fazla ³	78	18,58	4,28			
Genel iyilik				3,11	,047	
İlk ¹	63	12,57	3,72			2>1
İkinci ²	39	14,28	2,81			2>3
Üçüncü ve daha fazla ³	78	12,71	3,92			
Aile bağları				0,56	,574	
İlk ¹	63	13,70	2,81			
İkinci ²	39	13,41	3,18			
Üçüncü ve daha fazla ³	78	13,19	2,66			
Emzirme davranışı				3,37	,037	
İlk ¹	63	8,38	2,45			3>1
İkinci ²	39	9,33	2,97			
Üçüncü ve daha fazla ³	78	9,45	2,39			
Toplam	180					

*ANOVA ve LSD ileri analizi yapılmıştır.

- Güçlendirici davranış, genel iyilik, emzirme davranışı ve güvenlik hissi, gebeliğe göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Güçlendirici davranışta, ikinci ile üçüncü ve daha fazla gebeliği olan katılımcıların ortalamaları, ilk gebeliği olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Genel iyilikte, ikinci gebeliği olan katılımcıların ortalaması, ilk ile üçüncü ve daha fazla gebeliği olan katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Emzirme davranışında, üçüncü ve daha fazla gebeliği olan katılımcıların

ortalaması, ilk gebeliği olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Güvenlik hissinde, ikinci gebeliği olan katılımcıların ortalaması, ilk gebeliği olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 16. Ölçek Puanlarının Doğum Türüne Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Depresyon				0,32	0,751
Normal	70	8,64	5,67		
Sezaryen	110	8,35	6,09		
Güvenlik hissi				-0,28	0,779
Normal	70	53,46	8,79		
Sezaryen	110	53,86	9,87		
Güçlendirici davranış				-0,34	0,736
Normal	70	18,10	4,09		
Sezaryen	110	18,33	4,58		
Genel iyilik				-0,75	0,456
Normal	70	12,74	3,42		
Sezaryen	110	13,16	3,85		
Aile bağları				0,97	0,336
Normal	70	13,67	2,70		
Sezaryen	110	13,25	2,90		
Emzirme davranışı				-0,44	0,658
Normal	70	8,94	2,41		
Sezaryen	110	9,12	2,69		
Toplam	180				

*t testi yapılmıştır.

- Değişkenler, doğum türüne göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Depresyon ve Güvenlik his düzeyi ve alt faktörleri ile doğum türü arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 17. Ölçek Puanlarının Gebelik Öncesi Sigara Kullanımına Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Depresyon				-0,30	0,762
Var	30	8,17	6,14		
Yok	150	8,53	5,89		
Güvenlik hissi				0,27	0,787
Var	30	54,13	9,42		
Yok	150	53,62	9,47		
Güçlendirici davranış				-0,79	0,433
Var	30	17,57	5,24		
Yok	150	18,37	4,20		
Genel iyilik				0,38	0,705
Var	30	13,23	4,08		
Yok	150	12,95	3,61		
Aile bağları				1,67	0,096
Var	30	14,20	2,44		
Yok	150	13,26	2,88		
Emzirme davranışı				0,19	0,847
Var	30	9,13	2,56		
Yok	150	9,03	2,59		
Toplam	180				

*t testi yapılmıştır.

- Değişkenler, gebelik öncesi sigara kullanımına göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Depresyon ve Güvenlik his düzeyi ve alt faktörleri ile gebelik öncesi sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 18. Ölçek Puanlarının Gebelik Sürecinde Sigara Kullanımına Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Depresyon				-0,02	0,987
Var	18	8,44	6,94		
Yok	162	8,47	5,82		
Güvenlik hissi				-0,02	0,985
Var	18	53,67	9,74		
Yok	162	53,71	9,44		
Güçlendirici davranış				-0,41	0,680
Var	18	17,83	5,07		
Yok	162	18,28	4,32		
Genel iyilik				0,22	0,831
Var	18	13,22	4,70		
Yok	162	12,98	3,57		
Aile bağları				0,13	0,895
Var	18	13,50	2,73		
Yok	162	13,41	2,84		
Emzirme davranışı				0,11	0,916
Var	18	9,11	2,45		
Yok	162	9,04	2,60		
Toplam	180				

*t testi yapılmıştır.

- Değişkenler, gebelik sürecinde sigara kullanma durumuna göre farklılaşmamaktadır ($p>0,05$). Depresyon ve Güvenlik his düzeyi ve alt faktörleri ile gebelikte sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 19. Ölçek Puanlarının Çocuk Bakımında Kendini Yalnız Hissetme Durumuna Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	F	p	LSD Test
Depresyon				21,79	,000	
Evet ¹	18	15,44	6,30			1>2
Hayır ²	137	7,15	4,95			1>3
Kısmen ³	25	10,68	6,52			3>2
Güvenlik hissi				8,41	,000	
Evet ¹	18	46,67	9,04			2>1
Hayır ²	137	55,15	8,92			2>3
Kısmen ³	25	50,84	9,94			
Güçlendirici davranış				1,76	,176	
Evet ¹	18	16,50	4,31			
Hayır ²	137	18,52	4,34			
Kısmen ³	25	17,96	4,59			
Genel iyilik				8,40	,000	
Evet ¹	18	11,06	4,19			2>1
Hayır ²	137	13,61	3,39			2>3
Kısmen ³	25	11,08	3,85			
Aile bağları				6,41	,002	
Evet ¹	18	11,67	3,45			2>1
Hayır ²	137	13,81	2,58			2>3
Kısmen ³	25	12,52	3,07			
Emzirme davranışı				4,01	,020	
Evet ¹	18	7,44	2,57			2>1
Hayır ²	137	9,22	2,55			3>1
Kısmen ³	25	9,28	2,44			
Toplam	180					

*ANOVA ve LSD ileri analizi yapılmıştır.

- Depresyon, genel iyilik, aile bağları, emzirme davranışı ve güvenlik hissi, çocuk bakımında kendini yalnız hissetme durumuna göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Depresyonda, evet diyen katılımcıların ortalaması, hayır ile kısmen diyen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Kısmen diyen katılımcıların ortalaması, hayır diyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Genel iyilik, aile bağları ve güvenlik hissinde, hayır diyen katılımcıların ortalaması, evet ile kısmen diyen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Emzirme davranışında, hayır ile

kısmen diyen katılımcıların ortalamaları, evet diyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 20. Ölçek Puanlarının Süreç İçerisinde Yorgun Ve Bitkin Hissetme Durumuna Göre İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	F	p	LSD Test
Depresyon				27,28	,000	
Evet ¹	45	12,87	6,80			1>2
Hayır ²	77	5,68	4,26			1>3
Kısmen ³	58	8,76	4,91			3>2
Güvenlik hissi				9,19	,000	
Evet ¹	45	50,09	9,67			2>1
Hayır ²	77	56,91	7,84			2>3
Kısmen ³	58	52,26	9,98			
Güçlendirici davranış				2,89	,058	
Evet ¹	45	17,73	4,84			
Hayır ²	77	19,13	4,00			
Kısmen ³	58	17,45	4,37			
Genel iyilik				14,45	,000	
Evet ¹	45	10,82	3,90			2>1
Hayır ²	77	14,29	3,03			2>3
Kısmen ³	58	12,98	3,55			3>1
Aile bağları				1,41	,247	
Evet ¹	45	13,56	2,84			
Hayır ²	77	13,71	2,58			
Kısmen ³	58	12,91	3,09			
Emzirme davranışı				7,55	,001	
Evet ¹	45	7,98	2,46			2>1
Hayır ²	77	9,78	2,24			2>3
Kısmen ³	58	8,91	2,81			
Toplam	180					

*ANOVA ve LSD ileri analizi yapılmıştır.

- Depresyon, genel iyilik, emzirme davranışı ve güvenlik hissi, süreç içerisinde yorgun ve bitkin hissetme durumuna göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Depresyonda, evet diyen katılımcıların ortalaması, hayır ile kısmen diyen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Kısmen diyen katılımcıların ortalaması, hayır diyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir. Emzirme davranışı ve güvenlik hissinde, hayır diyen

katılımcıların ortalaması, evet ile kısmen diyen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Genel iyilikte, hayır diyen katılımcıların ortalaması, evet ile kısmen diyen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Kısmen diyen katılımcıların ortalaması, evet diyen katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir.



Tablo 21. Ölçek Puanlarının Yetersiz Olacağı Düşüncesine Kapılma Durumu İle İlişkisi

	n	$\bar{X}$	ss	F	p	LSD Test
Depresyon				15,59	,000	
Evet ¹	33	11,33	6,07			1>2
Hayır ²	110	6,65	5,30			3>2
Kısmen ³	37	11,32	5,49			
Güvenlik hissi				2,66	,072	
Evet ¹	33	52,00	11,06			
Hayır ²	110	54,98	8,62			
Kısmen ³	37	51,43	9,84			
Güçlendirici davranış				0,46	,633	
Evet ¹	33	18,12	4,87			
Hayır ²	110	18,46	4,27			
Kısmen ³	37	17,68	4,36			
Genel iyilik				5,78	,004	
Evet ¹	33	12,09	3,87			2>1
Hayır ²	110	13,72	3,48			2>3
Kısmen ³	37	11,68	3,66			
Aile bağları				0,04	,962	
Evet ¹	33	13,33	3,37			
Hayır ²	110	13,46	2,81			
Kısmen ³	37	13,35	2,38			
Emzirme davranışı				1,86	,159	
Evet ¹	33	8,45	2,92			
Hayır ²	110	9,34	2,51			
Kısmen ³	37	8,73	2,41			
Toplam	180					

*ANOVA ve LSD ileri analizi yapılmıştır.

- Depresyon ve genel iyilik, yetersiz olacağı düşüncesine kapılma durumuna göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Depresyonda, evet ile kısmen diyen katılımcıların ortalamaları, hayır ile kısmen diyen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Genel iyilikte, hayır diyen katılımcıların ortalaması, evet ile kısmen diyen katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2020-Mart 2020 aralığında doğum yapan 180 gebede depresyona yatkınlık ve güvenlik his düzeyi ilişkisi araştırıldı.

7.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Özelliklerin Tartışılması

Çalışmaya dahil edilen gebelerin yaş ortalaması $29,44 \pm 5,76$ olarak hesaplandı. Bununla birlikte eş yaş ortalaması $32,73 \pm 6,15$ 'ti (Tablo 2). Zaman ve arkadaşları (2018) tarafından gebelik döneminde depresyon ve anksiyetenin değerlendirildiği araştırmada yaş ortalaması $30,87 \pm 7,39$ olarak hesaplanmıştır. Erdem ve arkadaşları (2010) tarafından prepartum ve postpartum dönemde depresyon düzeyinin incelendiği bir diğer araştırmada yaş ortalaması $28,2 \pm 4,2$ olarak bulunmuştur. Geçkil ve arkadaşları (2016) tarafından annelerin doğum sonrası güvenlik his düzeylerini incelemek amacıyla yapılan araştırmada annelerin yaş ortalaması $27,95 \pm 6,17$ olarak bulunmuştur. Matsumura ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada ise annelerin yaş ortalaması $31,3 \pm 5,04$ olarak hesaplanmıştır. Erbaş ve Demirel (2019) tarafından babaların doğum sonrası güvenlik his düzeylerini incelemek için yapılan araştırmada babaların %57,3 ile çoğunluğunun 30 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan araştırma örneklemelerinin yaş profilleri çalışmamızla örtüşmektedir.

Eğitim düzeyine göre %35 ile çoğunluk ilkokul mezunu ya da herhangi bir mezuniyete sahip değil iken; bu oranı %52,6 ile ortaokul mezunları ve %20,6 ile üniversite mezunları izledi. Bununla birlikte eş eğitim durumunda %28,9 ile çoğunluk ortaokul mezunu iken bu oranı %26,7 ile lise mezunları ve %24,4 ile ilkokul mezunu olan ya da herhangi bir mezuniyeti olmayanlar izledi (Tablo 2). Duruduran (2012) tarafından “Konya il merkezinde sağlıktaki dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri” başlığında yapılan çalışmada da benzer şekilde %66 ile annelerin çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Persson ve ark. (2007) tarafından Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği'nin geliştirilmesi için yapılan çalışmada annelerin %46,9 ile çoğunluğunun ve babaların da %58,6 ile

çoğunluğunun ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar genel olarak araştırma örneklemimizin eğitim düzeyi yönü ile diğer çalışmalarla örtüştüğünü ortaya koymaktadır.

Örneklemimize dahil ettiğimiz annelerin %73,3'ü çalışmıyor iken, eşlerde çalışmama oranı %5,6'dı. Bununla birlikte katılımcıların %48,3 ile çoğunluğunun gelirinin giderine denk, %35,6'sının gelirinin giderinden az ve %16,1'inin gelirinin giderinden fazla olduğu görüldü. Diğer taraftan %83,3 ile çoğunluk çekirdek aile tipine sahipti ve annelerin evlilik süre ortalaması $7,31 \pm 5,89$ yılı (Tablo 2). Durukan ve arkadaşları (2009) tarafından 2 hafta-18 aylık bebeğe olan annelerde PPD riskinin araştırıldığı çalışmada annelerin %83,1'inin ve babaların da %2,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiş olup, %35,6'lık çoğunluğun orta gelir düzeyinde olduğu ve %82,7 ile çoğunluğun çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir. Aksoy Derya ve arkadaşları (2019) tarafından annenin doğumu algılamasının doğum sonrası güvenlik hissine etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmada bulgumuza benzer şekilde annelerin %78,2'sinin çalışmadığı, %62,8'inin orta ekonomik düzeyde olduğu ve %77,9 ile çoğunluğun çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir. Kılıç (2016)'nın PPD riskini araştırdığı çalışmasında katılımcıların %48,7'sinin 1-4 yıl, %27,1'inin 5-9 yıl ve %24,2'sinin 9 yıldan fazla evlilik süresine sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar örneklemimizin özellikleri ile örtüşmektedir.

7.2. Gebelik Süreci ve Doğuma İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Örneklemimizin %43 ile çoğunluğunun üçüncü ve daha fazla gebeliği idi. Bu oranı %35 ile ilk gebeliği olanlar izlemişti (Tablo 3). Bununla birlikte annelerin %37,2 ile çoğunluğunun tek çocuğu vardı ve bu oranı %36,1 ile 3 ve daha fazla çocuğu olanlar izledi (Tablo 2). Durukan ve arkadaşları (2011) tarafından PPD riskinin araştırıldığı çalışmada %51,3 ile çoğunluğun multi gebelik öyküsü bulunmaktadır. Persson ve ark. (2007) tarafından Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği'nin geliştirilmesi için yapılan çalışmada %46'lık örneklemin ilk gebeliği, %54'lük kesimin ise multi gebeliği olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Aksoy Derya ve arkadaşlarının (2019) güvenlik hissini incelediği çalışmasında da %63,4'lük grubun multi gebeliği olduğu tespit edilmiştir.

Doğum türü açısından yaptığımız değerlendirmede %61,1 ile çoğunluğun sezeryan olduğu tespit edildi (Tablo 3). Durukan ve arkadaşları (2011) tarafından PPD riskinin araştırıldığı çalışmada annelerin %40,8'inin doğum türü sezaryendir. Persson ve ark. (2007) tarafından annelerin güvenlik his düzeylerini belirlemek için yapılan çalışmada ise %87,6 ile çoğunluğun normal doğum yaptığı görülmüştür. Aksoy Derya ve arkadaşlarının (2019) güvenlik hissini incelediği çalışmasında da %62,1 ile çoğunluğun normal doğum yaptığı belirlenmiştir.

Annelerin %83,3 ile çoğunluğu gebelik öncesinde sigara kullanmamaktaydı ve bu oran gebelik sürecinde %90'a yükselmişti (Tablo 3). Bu sonuç gebelik döneminde sigara kullanan annelerin %6,7'sinin gebelik sürecinde sigarayı bıraktığını ortaya koymaktadır. Türkiye'de yapılmış lokal çalışma verilerine göre gebelikte sigara içme oranlarımız %11.3-51.2 arasında değişmektedir (Öztuna, 2008; Marakoğlu ve Erdem, 2011; Tarhan ve Yılmaz, 2016). Bu çalışmalardaki oranlar irdelendiğinde ülkemizin doğusunda batısına göre gebelikte tütün kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebelikte sigara bırakma oranlarımız; %48.8-87.3 arasında değişmektedir (Altıparmak ve ark., 2009; Köse, 2011; Köse ve ark., 2011). Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, ülkemizde gebe kadınların tütün kullanım oranları daha düşük gözlenmektedir (Kılıç, 2016). Bununla birlikte Şahin (2018) tarafından PPD riskinin araştırıldığı çalışmada annelerin %18,4'ü halen sigara kullanıyorken, %59,2'si bugüne kadar hiç kullanmamış olarak belirlenmiştir. Araştırmamıza dahil ettiğimiz annelerin gebelik döneminde ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önüne geçmek ve bebek gelişimini olumsuz etkilememek için sigara bırakmaya yöneldiği düşünülebilir.

Araştırmamıza dahil ettiğimiz annelerin %76,1 ile çoğunluğu kendisini çocuk bakımında yalnız hissetmiyordu. Diğer taraftan annelerin %42,8'i süreç içerisinde kendisini yorgun ve bitkin hissetmediği, %61,1'inin ise yetersiz olacağı düşüncesine kapılmadığı görüldü (Tablo 3). Elde edilen bu oranlar annelerin eş ve çevre desteğini yeterli düzeyde algıladığını, doğacak çocuğun heyecanı çerçevesinde hayatını şekillendirdiğini ve bu bağlamda psikolojik olarak iyi düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Bu görüşü destekler nitelikte araştırmamızın diğer bulguları

sadece %3,9'luk grubun gebelik öncesinde psikolojik/psikiyatrik destek aldığını ve gebelik sürecinde bu oranın %2,2'ye gerilediğini göstermiştir (Tablo 2).

7.3. PPD ve Güvenlik Hissi Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda EDDÖ'nün puan ortalaması $8,47 \pm 5,92$ olarak hesaplandı. Diğer taraftan PPD risk oranı %16,7 olarak belirlendi (Tablo 4). Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında depresif belirti oranları %13-%40 arasında değişmektedir. Ekuklu ve ark. (2004) Edirne il merkezinde %40,4, Arslantaş ve ark. (2009) Aydın'da %12,5, Keskin (2018) İstanbul'da %9,9, Erken (2016) Kayseri'de %18, Sütü (2016) Burdur'da %22,1, Sayın (2016) Konya'da %6,8, Danacı ve ark. (2002) Manisa'da %14, Kara (2016) Denizli Pamukkale ilçesinde PPD semptom sıklığını %14,3 oranında bulmuştur. Erzurum'da EPDÖ'nün Türkçe formunun doğrulanması amacıyla yürütülen bir çalışmada DSD risk oranı %14,4 olarak bulunmuştur (Aydın ve ark., 2004). O'hara ve ark. (1996) 59 çalışmayı dahil ettikleri kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında (n=12810) PPD sıklığını %13 olarak bulmuşlardır. Halbreich ve Karkun (2006) 40 ülkede yapılmış 143 çalışmanın sonuçlarını derledikleri review çalışmasında PPD belirti prevalansının %0 ila %60 arasında değişiklik gösterdiği, bu oranların farklılığında kültürel faktörlerin ve örnekleme uygunluğunun da oldukça etkili olduğu eklenmiştir. Bu çalışmada ülkelerin PPD ortalamaları ise Hong Kong'da %16,1, İngiltere'de %12,8, Fransa'da %8,5, İtalya'da %38,1, Tayvan'da %34,5, Hindistan'da %32,4, İspanya'da %17,4, Almanya'da %17,1, İsveç'te %12,4 olarak belirtilmiş, aynı çalışmada Türkiye'deki sıklık %29,8 olarak bildirilmiştir. Literatüre baktığımızda PPD görülme sıklığının hem ülkemizde hem de farklı toplumlarda yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlanmasının sebebi çalışmanın tasarımı, örneklem sayısı, popülasyondaki kültürel farklılıklar ve değerlendirmenin doğum sonrasında farklı zamanlarda yapılması olarak gösterilebilir (Durukan ve ark., 2011).

Çalışmamızın bir diğer bulgusuna göre güvenlik hissi faktörlerinden güçlendirici davranışın ortalaması $18,24 \pm 4,39$; genel iyiliğin ortalaması $13,00 \pm 3,68$; aile bağlarının ortalaması $13,42 \pm 2,82$ ve emzirme davranışının ortalaması $9,05 \pm 2,58$ 'di. Toplam güvenlik hissi puan ortalaması ise $53,71 \pm 9,44$ 'tü (Tablo 4). Literatür

incelendiğinde annelerin doğum sonu güvenlik hislerini değerlendiren çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (Persson ve ark. 2007; Persson and Dykes 2009). İlgili ölçeğin geliştirme çalışmasında Persson ve ark. (2007) toplam puan ortalamasını $56,3 \pm 9,63$ olarak belirlemiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada güçlendirici davranışın ortalaması $19 \pm 4,24$, genel iyiliğin ortalaması $14,3 \pm 4,10$, aile bağlarının ortalaması $13,7 \pm 2,6$ ve emzirme davranışının ortalaması $9,4 \pm 2,2$ olarak belirlenmiştir. Velagic ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise güvenlik hissi ortalaması $61 \pm 7,6$ olarak hesaplanmıştır. Aksoy Derya ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada da annelerin güvenlik hissi puan ortalamaları $55,03 \pm 7,93$ olarak belirlenmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

7.4. PPD ve Güvenlik Hissi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda güvenlik hissi faktörleri olan güçlendirici davranış, genel iyilik, aile bağları ve emzirme davranışı ile PPD arasında negatif yönlü ilişkiler tespit edildi. Buna göre genel iyilik ile PPD arasında orta düzeyde, diğer güvenlik hissi faktörleri ile PPD arasında ise düşük düzeyde ilişkiler mevcuttu. Bununla birlikte güvenlik hissi toplam puanı ile PPD arasında da negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardı (Tablo 5). Diğer taraftan yaptığımız regresyon analizi sonucunda genel iyiliğin PPD'yi azalttığı, emzirme davranışı, güçlendirici davranış ve aile bağlarının ise PPD üzerinde anlamlı etki yaratmadığı görüldü (Tablo 6). Anne tarafından bebeğe sağlıklı bakımın verilebilmesi için öncelikli olarak kendi beden ve psikolojik sağlığının yerinde olması gerekmektedir (Annagür ve Annagür, 2012). Postpartum dönemde annede oluşan depresyon anne, bebek ve ailede çeşitli güçlükler yaşanması sonucunu doğurmakta; anne-bebek ilişkisini, bebeğin bakımını ve ebeveynlik yaşantısını olumsuz etkilemektedir (Akyüz ve ark., 2007). Bu noktada annelerin güvenlik hissi algısının PPD için belirleyici olduğu savunulabilir. Çünkü literatürdeki çalışmalar güvenlik hissi kavramının gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili korkuların yönetimi için temel bir gereksinim olduğu ve üzerinde yoğunlaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (Persson ve ark., 2011; Werner-Bierwisch ve ark., 2018). Ayrıca literatürde doğum sonrası ilk hafta boyunca annelik deneyimi için güvenlik

duygusunun büyük önem taşıdığı ve bu duygunun doğum sırasındaki olumlu fiziksel ve duygusal deneyimlerden etkilenebileceği belirtilmektedir (Persson ve ark., 2007; Kwist ve Persson, 2009; Werner-Bierwisch ve ark., 2018).

Literatür incelendiğinde güvenlik hissi ve PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen tek bir çalışmanın olduğu görülmüştür. Bu çalışmada Persson ve Kvist (2014), 160 anne ve 160 babanın katılımı ile güvenlik hissi, PPD ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmanın sonucu bulgumuza paralel şekilde güvenlik hissi ile PPD arasında negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Diğer taraftan Dennis ve McQueen (2007)'nin Avustralya'da 159 anne ile yaptığı çalışma emzirme süresi uzun olan annelerin PPD düzeylerinin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Diğer taraftan birçok araştırmada annenin genel iyilik halinin depresyon ile ilişkili olduğu ve genel iyilikte ortaya çıkan problemlerin PPD'yi artırdığı ve buna bağlı olarak da anne, bebek ve aile üzerinde olumsuz etkiler yarattığı ortaya koyulmuştur (Goodman, 2004; Kendall-Tackett ve ark., 2011; Hawes ve ark., 2016; Akbari ve ark., 2020). Bununla birlikte önceki çalışmalar iyi aile ilişkilerinin PPD riskini azalttığını ve hem anne hem de bebek için koruyucu rol üstlendiğini belirtmiştir (Xie ve ark., 2010; Shwartz ve ark., 2019; Nur, 2020). Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda annenin güvenlik hissi algısının PPD'yi azalttığı açıktır ve bu yönü ile araştırma bulguları literatür tarafından desteklenmektedir.

7.5. PPD ve Güvenlik Hissinin Demografik Özellikler İle Gebelik Süreci ve Doğuma İlişkin Özelliklere Göre Farklaşmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bulgularımız kadınların yaşları ile depresyon ve güvenlik his düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığını ortaya koydu. Diğer taraftan eş yaşı ile güvenlik hissi faktörlerinden emzirme davranışı arasında pozitif ilişki vardı (Tablo 7). Depresyon ve yaş arasındaki ilişkiye yönelik literatürde çelişkili çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin genç anne yaşının PPD riskini artırdığı (Quelopana ve ark., 2011), azalttığı (Glavin ve ark., 2009) veya ilişkisiz olduğunu (Green ve ark., 2003) belirten çalışmalar vardır. Bununla birlikte adolesan annelerde PPD riskinin yüksek olduğu bilinmektedir (Reid, 2007). Benzer şekilde eş yaşı ile PPD riski arasındaki ilişkiyi

ortaya koyan araştırmalarda da çelişkili sonuçlar mevcuttur (Kahveci, 2019). Literatürde eř yaşı ile güvenlik hissi faktörleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Eř yaşının artmasına bağlı olarak oluşan kişilik ve bilgi gelişimlerinin anne üzerindeki olumlu etkisinin emzirme davranışında pozitif etkiye sahip olduğu dūřünülebilir.

Araştırmamızın bir diğer bulgusuna göre evlilik süresi ve doğumdan sonraki gün sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu. Diėer taraftan güvenlik hissi faktörlerinden güçlendirici davranış ve emzirme davranışı evlilik süresi ile pozitif, aile bağları ise negatif ilişkiliydi. Doėumdan sonraki gün sayısı ile güvenlik hissi arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi (Tablo 7). Konu hakkında yapılan çalışmalar incelendiğinde evlilik süresi ile PPD arasındaki ilişkiyi yönelik çelişkili sonuçlar olduğu görülmüştür. Arslan ve arkadaşları (2006) bulgumuza paralel şekilde evlilik süresi ile PPD arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını ortaya koyarken, Kılıç (2016) alışmasında yüksek evlilik süresine sahip annelerde PPD riskinin daha dūřük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte doğumdan sonraki gün sayısı ve PPD arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktada araştırmamızın herhangi bir anlamlı ilişki olmadığını ortaya koyan bulgusunun, doğumdan sonra geçen gün sayısının tüm anneler için birbirine yakın olmasından kaynaklandığı dūřünülmektedir. Benzer şekilde güvenlik hissi ile evlilik süresi ve doğumdan sonraki gün sayısı arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Söz konusu bulgumuz için de evlilik süresinin artmasına bağlı olarak özellikle eř tarafından desteğin güçlenmesinin etkili olduğu söylenebilir.

Annelerin eğitim düzeylerine göre PPD puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan ANOVA analizi sonucuna göre anlamlı bir farklılık görülmeydi (Tablo 8). Diğer bir ifade ile annelerde PPD'nın ortaya çıkmasında eğitim düzeyi belirleyici rol üstlenmemekteydi. Benzer şekilde annelerde PPD puanı eş eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktaydı (Tablo 9). Konu hakkında literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde çelişkili sonuçların elde edildiği görülmüştür. Wassif ve arkadaşları (2019) bulgumuza paralel şekilde PPD'nun eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşmıştır. Arslantaş ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları çalışmada

ise eğitim durumu ilkokul ve altı olanların %12,3'ünde, ilkokul ve üzeri olanların %12,7'sinde PPD varlığı saptanmış olup, bulgumuza paralel şekilde kadının eğitim durumunun PPD ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Matsumura ve arkadaşları (2019) tarafından Japonya'da 90194 annenin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada ise düşük eğitim seviyesine sahip annelerde PPD riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyi açısından güvenlik hissi faktörlerinin farklılaşmasına ilişkin yaptığımız analiz sonuçlarına göre genel iyilik halinde ortaokul mezunu katılımcıların ortalaması, ilkokul ve altı ile üniversite mezunu katılımcıların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksekti. Bununla birlikte lise mezunu katılımcıların ortalaması, ilkokul ve altı mezunu katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksekti (Tablo 8). Diğer taraftan eşi ilkokul ve altı mezuniyete sahip olan annelerde aile bağları en düşüktü (Tablo 9). Anne eğitim düzeyi açısından ortaya çıkan sonuç herhangi bir genelleme yapmaya izin vermemektedir. Bu noktada örneklemin sahip olduğu demografik yapının dağılım yönünden ortaya koyduğu özelliklerin etkisi düşünülebilir. Diğer taraftan eşi ilkokul ve altı mezuniyete sahip annelerde aile bağları faktörünün düşüklüğü, eşin sahip olduğu kültürel yapı ile ilişkilendirilebilir. Konu hakkında literatürde herhangi bir çalışmaya ulaşamamıştır.

Araştırmanın bir diğer bulgusuna göre annelerin PPD ve güvenlik hissi düzeyleri çalışma durumuna göre farklılaşmamaktaydı (Tablo 10). Benzer şekilde PPD ve güvenlik hissi düzeylerinin eş çalışma durumuna göre de farklılaşmadığı belirlendi (Tablo 11). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde PPD ve çalışma durumuna ilişkisine yönelik farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Bu çalışmalardan Miyake ve arkadaşları (2011) çalışmayan annelerin daha yüksek PPD riski altında olduğunu belirlemiştir. PPD ile eş çalışma durumu arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte literatürde anne ve eşin çalışma durumu ile güvenlik hissi arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bulgularımızda anne ve eş çalışma durumuna göre PPD ve güvenlik hissi algısının farklılaşmaması, gebelik sürecinin çalışma şartları ile ilişkisiz olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuçlara benzer şekilde aile tipine göre PPD ve güvenlik hissi algısında da anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 12).

Diğer taraftan annelerin gelir düzeyine göre PPD puanlarının farklılaşmadığı belirlendi (Tablo 13). Bu bulguya paralel şekilde Miyake ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada annelerin PPD puanlarının gelir düzeyi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgudan farklı olarak Wassif ve arkadaşları (2019) Mısır'da yaptıkları çalışmalarında düşük gelir düzeyindeki annelerin daha yüksek PPD riskine sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Literatürde yer alan sonuçlardaki söz konusu farklılığın çalışmaların yapıldığı ülkelerin sosyoekonomik yapısının değişkenliği sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Gelir düzeyine göre annelerin güvenlik hissini karşılaştırmak için yapılan analizde ise güvenlik hissi faktörlerinden genel iyiliğin geliri giderinden yüksek annelerde daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 13). Gelir düzeyinin artmasına bağlı olarak yaşam standartlarının yükselmesinin bireyde yarattığı olumlu etki çerçevesinde bulgumuzun ortaya çıktığı düşünülmektedir. Literatürde doğrudan güvenlik hissi ile gelir düzeyi etkileşimini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, gebelerde genel iyilik halinin artan gelir düzeyi ile yükseldiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Eroğlu ve Güdücü, 2019).

Araştırmamızın bir diğer bulgusuna göre PPD ve güvenlik hissi algısı çocuk sayısına göre farklılaşmamaktaydı (Tablo 14). Ortaya çıkan bu sonucun, PPD riski ve güvenlik hissi algısının söz konusu doğuma bağlı olarak şekillenmesi ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim yapılan diğer analizde gebelik sayısına göre PPD farklılaşmamakla birlikte, güvenlik hissi faktörlerinde anlamlı farklılıklar görüldü (Tablo 15). Gebelik sayısına göre güvenlik hissi algısında ortaya çıkan söz konusu anlamlılıkların genelleme yapılamayacak şekilde çelişkili olması bu görüşü desteklemektedir. Literatür incelendiğinde PPD ile çocuk sayısı ve gebelik sayısı arasında ilişki olmadığına yönelik bulgumuzun Ay ve arkadaşları (2018) çalışması ile paralellik gösterdiği görülmüştür. Diğer taraftan güvenlik hissi ile çocuk ve gebelik sayıları arasındaki ilişkiyi ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Doğum türü açısından yaptığımız değerlendirmede ise PPD ve güvenlik hissi düzeylerinde anlamlı farklılıklar görülmedi (Tablo 16). Ay ve arkadaşları (2018) yaptıkları meta-analiz çalışmasında 39 geçmiş çalışmayı incelemiş ve bu çalışmalardan %43,6 ile çoğunluğunun PPD ve doğum türü arasında ilişki olmadığı

sonucuna ulaştığını belirtmiştir. Bu sonuç bulgumuz ile paralellik taşımaktadır. Diğer taraftan güvenlik hissi ve doğum şekli arasındaki ilişkiyi ele alan herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ortaya çıkan bulgular, PPD ve güvenlik hissinin doğum şeklinden bağımsız olarak şekillendiğini göstermektedir.

Çalışmamızın bir diğer bulgusuna göre gebelik öncesi (Tablo 17) ve gebelik sonrası (Tablo 18) dönemlerde sigara kullanma durumuna göre PPD ve güvenlik hissinde anlamlı farklılıklar yoktu. Diğer bir ifade ile PPD riski ve güvenlik hissi algısının şekillenmesinde sigara kullanımının belirleyici rolü bulunmamaktaydı. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde sigara kullanımı ile güvenlik hissi arasındaki ilişkiyi yönelik herhangi bir çalışma olmadığı, PPD ve sigara kullanımı arasındaki çalışma sonuçlarının da çelişkili olduğu görüldü. Arslan ve arkadaşları (2011) tarafından 452 olgu ile yapılan çalışmada bulgumuza paralel şekilde sigara tüketimi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken Jansen ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir diğer çalışmada gebelik döneminde sigara kullanımının PPD riskini 1.72 kat artırdığı belirlenmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen bir diğer sonuca göre çocuk bakımında kendini yalnız (Tablo 19), süreç içerisinde yorgun ve bitkin (Tablo 20) hisseden ve yetersiz olacağı düşüncesine kapılan (Tablo 21) annelerde PPD düzeyi anlamlı şekilde yüksekti. Çocuk bakımında kendini yalnız, süreç içerisinde yorgun ve bitkin hissetme ve yetersiz olacağı düşüncesine kapılma depresif belirtilerin tanımlanmasında kullanılan faktörlerdendir (Annagur ve Annagur, 2012; Durukan ve ark., 2019). Bu nedenle söz konusu farklılaşmaların beklentilere paralel olduğu söylenebilir. Bununla birlikte çocuk bakımında kendini yalnız hissetme ve yetersiz olacağı düşüncesine kapılma durumları algılanan sosyal destek ile ilişkilendirilebilir. Bu çerçevede literatürde yer alan çalışmalarda ortaya koyulan sosyal destek ile PPD arasındaki negatif yönlü sonuçlar bulgumuzu desteklemiştir (Bingöl ve Tel, 2007; Yıldırım ve ark., 2011; Pao ve ark., 2019). Diğer taraftan çocuk bakımında kendini yalnız (Tablo 19), süreç içerisinde yorgun ve bitkin (Tablo 20) hisseden ve yetersiz olacağı düşüncesine kapılan (Tablo 21) annelerde güvenlik hissi algısının da düşük olduğu belirlendi. Literatürde bu bulguyla ilişkili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Söz konusu bulgumuzun oluşmasında PPD’de olduğu gibi kişinin psikolojik sağlığının ve

algıladığı sosyal desteğin tanımlayıcısı olan söz konusu faktörlerin, güvenlik hissini olumlu etkilemesinin beklentiler ile örtüştüğü söylenebilir.

7.6. Sonuç

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

- PPD puan ortalaması $8,47 \pm 5,92$ 'dir. Bununla birlikte örneklemin PPD risk oranı %16,7'dir.
- Güvenlik hissi faktörlerinden güçlendirici davranışın ortalaması $18,24 \pm 4,39$; genel iyiliğin ortalaması $13,00 \pm 3,68$; aile bağlarının ortalaması $13,42 \pm 2,82$ ve emzirme davranışının ortalaması $9,05 \pm 2,58$ 'di. Toplam güvenlik hissi puan ortalaması ise $53,71 \pm 9,44$ 'tü.
- Yapılan korelasyon analizinde depresyon ile güvenlik hissi düzeyi ve faktörleri arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buna göre güçlendirici davranış, emzirme davranışı ve aile bağları ile PPD arasında düşük düzeyde; genel iyilik ve toplam güvenlik hissi algısı ile PPD arasında ise orta düzeyde ilişkiler bulunmaktadır.
- PPD'nin %30'u güvenlik hissine bağlıdır. Genel iyilik hali, depresyonu önemli ölçüde azaltırken; güçlendirici davranış, aile bağları ve emzirme davranışı depresyona çok zayıf düzeyde etki etmektedir.
- Eş yaşı ile emzirme davranışı arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki vardır.
- Evlilik süresi ile güvenlik hissi faktörlerinden güçlendirici davranış ve emzirme davranışı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde; aile bağları ile ise negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki vardır.
- Ortaokul mezunu annelerin genel iyilik halleri ilköğretim ve altı ile üniversite mezunu katılımcılardan yüksektir. Bununla birlikte lise mezunu katılımcıların genel iyilik halleri, ilköğretim ve altı mezunu katılımcılardan yüksektir.
- Eşi ortaokul, lise ve üniversite mezunu annelerin aile bağları, eşi ilköğretim ve altı mezun annelerin aile bağlarından yüksektir.
- Geliri giderinden yüksek annelerin genel iyilik halleri, geliri giderinden az ve geliri giderine denk annelerden yüksektir.

- Güçlendirici davranış, genel iyilik, emzirme davranışı ve toplam güvenlik hissi algısı yüksek gebelik sayılarında daha fazladır.
- Çocuk bakımında kendini yalnız hisseden annelerde PPD daha yüksektir. Bununla birlikte bu annelerin genel iyilik, aile bağları, emzirme davranışı ve toplam güvenlik hisleri daha düşüktür.
- Süreç içerisinde kendini yorgun ve bitkin hisseden annelerin PPD düzeyleri daha yüksektir. Bununla birlikte bu annelerin genel iyilik, emzirme davranışı ve toplam güvenlik hisleri daha düşüktür.
- Yetersiz olacağı düşüncesine kapılan annelerin PPD düzeyleri yüksektir. Bununla birlikte söz konusu annelerde genel iyilik hali düşüktür.

7.7. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular çerçevesinde aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

- Güvenlik hissinin PPD üzerindeki negatif etkisi göz önünde bulundurularak, güvenlik hissinin artırılmasına yönelik çalışmaların PPD riski açısından koruyucu etki oluşturacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda gebelik süreci boyunca ebelerin güvenlik hissini artırıcı bilgilendirici çalışmalar yapması,
- Annelerin güvenlik hissinin artırılmasını sağlamak için annelerle birlikte eşlerin de bu yönde bilgilendirilmesine yönelik eğitimlerin planlanması,
- Eğitimlerin sonucunun etkisinin çalışma tasarlanarak değerlendirilmesi,
- Annelerin çocuk bakımında kendini yalnız hissetme, süreç içerisinde yorgunluk ve bitkinlik hissine kapılarak üstesinden gelemeyeceği düşüncesine kapılmasının PPD üzerindeki olumsuz etkisi dikkate alınarak gebelik sürecinde anneye sosyal destek verilmesi,
- Mevcut araştırmanın veri toplama aşamasının Covid-19 pandemi sürecine rastlamış olması önemli bir kısıtlılık yaratmıştır. Bu bağlamda sonraki araştırmalarda daha büyük örneklemeler ile çalışılması önerilmektedir. Özellikle doğum sonrası farklı zaman dilimlerinden elde edilecek örneklemelerin kullanılması,

- Literatürde annelerin doğum sonrası güvenlik hissini irdeleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu noktada özellikler ülkemiz sınırlarında güvenlik hissi üzerinde daha fazla araştırma yapılması,
- PPD ve güvenlik hissi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sayısındaki kısıtlılık da göz önünde bulundurulmalı ve bu alanda daha fazla araştırma yapılmalıdır. Özellikle depresyon ile birlikte anksiyete, benlik saygısı ve sosyal destek algısı gibi değişkenlerin sonraki araştırma modellerine eklenmesi önerilmektedir.



8. KAYNAKLAR

- Ak M. Doğum sonrası ilk altı ayda maternal depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;7(2): 39-42.
- Akbari V, Rahmatinejad P, Shater MM, Vahedian M, Khalajinia Z. Investigation of the relationship of perceived social support and spiritual well-being with postpartum depression. Journal of Education and Health Promotion. 2020 Jan 1;9(1):174.
- Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi, Klinik Psikiyatri 2004;Ek 2:70-74.
- Aksoy Derya Y, Erdemoğlu Ç, Özşahin Z, Karakayalı Ç. Annenin Doğumu Algılamasının Doğum Sonu Güvenlik Hissine Etkisi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3):88-95.
- Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(5): 331-5
- Ale B. Risk: an introduction. Oxon: Routledge; 2009.
- Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa’da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği .Tur Toraks Der 2009;10:20-5.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5thed. Washington, DC/London, England; 2013.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV- TR). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
- Annagur B, Annagur A. The Relationship Between Postpartum Mental Status and Breastfeeding. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry. 2012;4(3):279.
- Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(3):279-92
- Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2011;21(2):79-84.
- Arslan H, Gürkan AG, Ekşi AG, Yiğit ÖG. Doğum sonrası depresyonun annelik yaşamına etkileri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2006;10(10).
- Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2009;10(3):13-22.
- Arslantaş, A., Ergin, F., Balkaya, N.A., 2009. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 10(3), 13-22.

- Äsenhed L, Kilstam J, Alehagen S, Baggens C. Becoming a father is an emotional roller coaster-an analysis of first-time fathers' blogs. *J Clin Nurs*. 2014;23:1309-17.
- Aşkın R. Depresyon El Kitabı. 2. baskı. Konya: Atlas Kitabevi; 1999.
- Auriga R. Sicherheiten - Risiken - Wahrscheinlichkeiten. In: Vom Entstehen eines Sicherheitsgefühls. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag; 2014.
- Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(3):147-52.
- Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları. *J Psychiatric Nurs* 2018;9(3):147-15.
- Aydın N, Inandı T, Yiğit A, Hodoglugil NNS. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(6):483-486.
- Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):243-251.
- Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler, *YeniSymposium* 2012;50(3):142-150.
- Baldwin DA. The concept of security. *Rev Int Stud*. 1997;23:5-26.
- Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2002;6(2):42-9.
- Bar-Tal D, Jacobson D. A psychological perspective on security. *Appl Psychol*. 1998;47:59-71.
- Beck CT, Driscoll JWD. Postpartum Mood And Anxiety Disorders: A Clinician's Guide. Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
- Beck CT, Gable K. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments, *Nursing Research*. 2001;50(4): 272.
- Beck CT. Predictors of Postpartum Depression: 2001.
- Beck PU. Risk society. Towards a new modernity. London: Sage; 1992.
- Berg M, Lundgren I, Hermansson E, Wahlberg V. Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*. 1996;12:11 -5.
- Bibeau AM. Interventions during labor and birth in the United States: a qualitative analysis of women's experiences. *Sex Reprod Healthc*. 2014;5: 167-73.
- Bilgiç D, Dağlar G, Aydın Özkan S, Kadioğlu M. Postpartum Depresyonda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler. Vol. 2. 2015

- Bingöl TY, Tel H. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek Ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2007;10(3):1-6.
- Britton JR. Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety*, 2008; 25: 793-800.
- Bronte-Tinkew J, Ryan S, Carrano J, Moore KA. Resident fathers' pregnancy intentions, prenatal behaviors, and links to involvement with infants. *J Marriage Fam*. 2007;69:977-90.
- Bulut A. Knowledge and attitudes of women regarding the situations affecting their own health in the postpartum process. *Istanbul Bilim University Florence Nightingale Journal of Medicine*. 2018; 2(2), 90-99.
- Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88:599-605.
- Buzan B, Waver O, Wilde J. *Security: a new framework for analysis*. Boulder: Lynne Rienner; 1998.
- Buzan B. *People, states and fear*. Boulder: Lynne Rienner; 1991.
- Büyükkayacı DN, Karataş N. Sezaryen sonrası erken taburcu olan kadınlara verilen evde bakım hizmetinin anne sağlığına ve öz bakım gücüne etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;20(1):54-67.
- Can R. Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınlarda Postpartum Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi; 2010.
- Carlsson IM. Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: a secondary analysis in a Swedish context. *Int J Qual Stud Health WellBeing*. 2016;11:30230.
- Chalmers B, Meyer D. What men say about pregnancy, birth and parenthood. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996;17:47-52.
- Cowan CP, Cowan PA. *When partners become parents: the big life change for couples*. New York: Harper Collins; 1992.
- Cowan PA. Individual and family life transitions: a proposal for a new definition. In: Cowan PA, Hetherington EM, editors. *Family transitions*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1991.
- Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Seyfe Şen, F. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(3):125-9.
- Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37:125-133.
- Deligiannidis KM, Byatt N, Freeman MP. Pharmacotherapy for Mood Disorders in Pregnancy: A Review of Pharmacokinetic Changes and Clinical

- Recommendations for Therapeutic Drug Monitoring. *J Clin Psychopharmacol* 2014;34(2):244-55.
- Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10(81).
- Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica* 2007; 96(4): 590-94.
- Durduran, Y. Monitoring of pregnant and infants in Konya district before and after transformation in health-care system. *Dicle Medical Journal / Dicle Tıp Dergisi*, 2012; 39(2), 227–233.
- Durmazoğlu G, ve ark. Postpartum Depresyonun Hemşire ve Ebelere Tarafından Öngörülmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;19: Özel Sayı.
- Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*. 2011 Dec 1;28(4), 385-393.
- Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 2011; 28(4).
- Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A, Edirne merkez ilçede doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler [İnternet]. (3 Kasım 2019 tarihinde erişildi). Erişim adresi: <http://altavista.com>. Erişim Tarihi: 03.11.2019.
- Ekuklu G, Toküç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *Journal of Reproductive Medicine*. 2004;49(11):908-914.
- Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T (Çev.). Ankara: Güneş Kitabevi, 2003.
- Erbaş N, Demirel G. Babaların Doğum Sonu Güvenlik Hisleri ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019, 16;12(3): 179-185.
- Erdem Ö, Bucaktepe G. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. 2012; 39 (3): 458-461.
- Erdem Ö, Bucaktepe P, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve Postpartum Donemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Düzce Medical Journal*. 2010, 12(3): 24-31.
- Erdem, Ö. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin duygu durumlarının incelenmesi (Uzmanlık Tezi). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2009.
- Eren TŞ. Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri (Uzmanlık Tezi). İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği; 2007.

- Erken AA. Kayseri il merkezinde doğum yapan kadınlarda doğum sonu depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Kayseri 2016.
- Eroğlu NV, Güdücü B. Hamile Kadınlarda Stres ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Kocaeli Örneği. Aydın İnsan ve Toplum Dergisi. 2019;5(1):71-84.
- Erol A, Ersoy B, Mete L. Majör depresyonda özkıyım girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki. Türk Psikiyatri Dergisi 2013 ;24(1):1 -6.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior research methods, 2009; 41(4), 1149-1160.
- Figueiredo B, Dias CC, Brandao S, Canario C, Nunes-Costa R. Breastfeeding And Postpartum Depression: State Of The Art Review. J Pediatr (Rio J). 2013;89(4):332-8.
- Finnbogadottir H, Crang Svalenius EC, Persson EK. Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. Midwifery. 2003;19:96-105.
- Forty L, Lisa Jones B, Macgregor S, Caesar Caroline Cooper S, Hough A, Laura Dean B, et al. Familiality of Postpartum Depression in Unipolar Disorder: Results of a Family Study. Vol. 163, Am J Psychiatry. 2006.
- Fusun Ç, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk M, Rezaki M, Uluğ B. World Health Organization (1992). ICD-10 Mental And Behavior Disorders Classification. Türkiye Sinir Ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; 1993.
- Geçkil E. ve ark., Annelerde Doğum Sonu Güvenlik His Düzeyi Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:4.
- Gereklioğlu Ç, Başhan AG, Poçan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst. 2007;17:126-33.
- Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. Depress Anxiety 2007;24(4):256-63.
- Giebel D. Integrierte Sicherheitskommunikation: zur Herausbildung von Unsicherheitsbewältigungskompetenzen durch und in Sicherheitskommunikation. Berlin: LIT; 2012.
- Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. 2019;20(3).
- Glaeßner GJ. Sicherheit in Freiheit. In: Die Schutzfunktion des demokratischen Staates und die Freiheit der Bürger. Opladen: Leske und Budrich; 2003.
- Glavin K, Smith L, Sørum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2009;23:705-715.

- Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*. 2004 Jan;45(1):26-35.
- Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective Investigation Of Postpartum Depression: Factors Involved In Onset And Recovery. *J Abnorm Psychol*. 1991;100(2):122-32.
- Gönül AS, İşman D. Depresif Bozuklukların etiopatogenezinde çağdaş anlayışımız. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3:5-10.
- Green AD, Barr AM, Galea LAM. Role Of Estradiol Withdrawal In ‘Anhedonic’ Sucrose Consumption: A Model Of Postpartum Depression. *Physiol Behav*. 2009;97(2):259-65.
- Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychology, Health & Medicine*. 2006;11:425-456.
- Grigg C, Tracy SK, Daellenbach R, Kensington M, Schmied V. An exploration of influences on women's birthplace decision-making in New Zealand: a mixed methods prospective cohort within the evaluating maternity units study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:210.
- Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL, Kaminsky ZA. Antenatal Prediction Of Postpartum Depression With Blood DNA Methylation Biomarkers. *Mol Psychiatry*. 2013;19:560-7.
- Gusy C. Sicherheitskultur - Sicherheitspolitik - Sicherheitsrecht. *Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft (KritV)*. 2010; 93:111-28.
- Güzel O.M, Barakazı M. A Relational Evaluation On The Participation Of People In Tourism Movements Within The Context Of Maslow's Hierarchy Of Needs, Social Mentality And Researcher Thinkers *Journal*, 2013;14:1001-1010.
- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2006;91(2):91-111.
- Hanson S, Hunter LP, Bormann JR, Sobo EJ. Paternal fears of childbirth: a literature review. *J Perinat Educ*. 2009;18:12-20.
- Hanzak E. A, *Eyes without sparkle; A journey through postnatal illness*. Oxford Radcliffe Publishing, 2005; 125(5): 239-40.
- Hausman BL. Risky business: framing childbirth in hospital settings. *J Med Humanit*. 2005;26:23-38.
- Havenkamp R. Grundzüge eines Sicherheitsbarometers in Deutschland - inhaltliche und methodische Überlegungen. In: Albrecht HJ, Hoch P, Zoche P (eds). *Sicherheiten und Unsicherheiten*. Berlin: LIT Verlag; 2014. 15-130.
- Hawes K, McGowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B. Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *The Journal of pediatrics*. 2016 Dec 1;179:61-7.

- He HG, Vehviläinen-Julkunen K, Qian XF, Sapountzi-Krepia D, Gong Y, Wang W. Fathers' feelings related to their partners' childbirth and views on their presence during labour and childbirth: a descriptive quantitative study. *Int J Nurs Practice*. 2015;21:71 -9.
- Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics*. 1998;39(2):93-101.
- Hoffman, Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, et al. Williams Obstetrik. Yıldırım G, (ed). Nobel Tıp Kitabevi; 2016. 1204-1213.
- Howarth A, Swain N, Treharne GJ. The safety-net: what influences New Zealand first-time mothers' perceptions of safety for self and unborn child? *New Zealand College of Midwives Journal*. 2013;48:24-8.
- Jack DBJ, Diana EC. Association AP. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM5®). 2013.
- Jansen K, Curra AR, Souza LD, Pinheiro RT, Moraes IG, Cunha MS, Silva RA. Tobacco smoking and depression during pregnancy. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2010;32(2):44-7.
- Jylha P, Isometsa E. The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depress Anxiety* 2006;23(5):281-9.
- Kahveci, G. Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2019.
- Kainz G, Eliasson M, von Post I. The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. *Health Care Women Int*. 2010;31:621-35.
- Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum Sonrası Depresyon. 2001;10(9):333.
- Kara ŞÇ, Denizli Pamukkale ilçesinde postpartum depresyon sıklığı ve eşlik eden risk faktörleri. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Denizli 2016.
- Karabulut İ. Doğum Sonu Birinci ve Dördüncü Aylarda Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon İle İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2013.
- Kaufmann FX. Normen und Institutionen als Mittel zur Bewältigung von Unsicherheit: Die Sicht der Soziologie. In: Holzheu F (ed). *Gesellschaft und Unsicherheit*. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft;1987. 37-48.
- Kaufmann FX. Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. In: *Untersuchungen zu einer Wertidee hochdifferenzierter Gesellschaften*. Berlin: LIT. 1973.
- Kaya Zaman F, Özkan N, Toprak D. Gebelikte Depresyon ve Anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2018;10:20-5.

- Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW. The effect of feeding method on sleep duration, maternal well-being, and postpartum depression. *Clinical Lactation*. 2011 Jun 1;2(2):22-6.
- Keskin N. İstanbul'un bir ilçesinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2018.
- Kılıç H. Gebelik ve Postpartum Dönemde Sigara Bırakma. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2016; 4 (1): 136-145.
- Kılıç M. Evlilik Uyumunun Doğum Sonrası Depresyon Belirtilerine Etkisi: Çok Değişkenli Bir Analiz. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;25(3):106-13.
- Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar [Internet]. 2008 [20 Haziran 2019 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/62/6233.pdf>
- Köklü, N, Büyüköztürk, Ş. & Çokluk Bökeoğlu, Ö, Sosyal Bilimler için İstatistik. Ankara: Pegem Yayınları, 2006: 206-207.
- Köse E, Pazarlı P, Şimşek Z, Şanlıurfa'nın Kırsal Kesiminde Yaşayan Kadınlar Arasında Sigara İçme Davranışı Solunum 2011;13(1): 26–31.
- Köse U. Trabzon il merkezindeki doğum yapmış 6–12 aylık bebeği olan kadınlarda gebeliğin sigara kullanımına etkisi. Yüksek lisans tezi ,Trabzon – 2011.
- Kuljanic K, Dorcic TM, Bistrovic IL, Brncic-Fischer A. Prospective fathers: psychosocial adaptation and involvement in the last trimester of pregnancy. *Psychiatr Danub*. 2016;28:386-94.
- Kvist L. J, Persson E. K, Evaluation of changes in postnatal care using the 'Parents' Postnatal Sense of Security' instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 9: 35.
- Kvist LJ, Persson EK. Evaluation of Changes in Postnatal Care Using The "Parents' Postnatal Sense of Security" Instrument and an Assessment of the Instrument's Reliability and Validity. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2009;9-35:1-10.
- L G. Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 1999;10(1):58-67.
- Ledenfors A, Berterö C. First-time fathers' experiences of normal childbirth. *Midwifery*. 2016;40:26-31.
- Lee SY, Hsu HC. Stress and health- related wellbeing among mothers with a low birth weight infant: the role of sleep. *Soc Sci Med*. 2012; 74: 958-65.
- Levy-Shiff R. Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Dev Psychol*. 1994;30:591-601.
- Lothian JA. Being safe: making the decision to have a planned home birth in the United States. *J Clin Eth*. 2013;24:266-75.
- Luskin SI, Pundiak TM, Habib SM. Perinatal Depression: Hiding in Plain Sight, *The Canadian Journal of Psychiatry*, August 2007; 52(8): 479-488.

- MacDonald S, Magill-Cuerden J. (Eds.). Mayes' Midwifery. 14th edition. Edinburgh: Bailliere Tindall Elsevier; 2015.
- Magee H, Askham H. Women's views about safety in maternity care. A qualitative study. Picker institute Europe. King's Fund; 2008.
- Marakoğlu K, Erdem D. Türkiye’de, Orta Anadolu’daki Bir İlde Gebe Kadınlarda Sigara Kullanımının Değerlendirilmesi: Ülkelerarası Karşılaştırma. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(4):928-34.
- Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2009;206-214.
- Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28:525-32.
- Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper and Row;1987.
- Matsumura K, Hamazaki K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Inadera H. Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children’s Study (JECS). BMC psychiatry. 2019 Dec 1;19(1):419.
- Maurer-Spurej E, Pittendreigh C, Misri S. Platelet Serotonin Levels Support Depression Scores For Women With Postpartum Depression. J Psychiatry Neurosci. 2007; 32.
- Miller AC, Shriver TE. Women's childbirth preferences and practices in the United States. Soc Sci Med. 2012;75:709-16.
- Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. Journal of affective disorders. 2011 Apr 1;130(1-2):133-7.
- Mozygemba K. Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung. Bern: Huber; 2011.
- Murakami K, Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, et al. Dietary Glycemic index And Load And The Risk Of Postpartum Depression In Japan: The_Osaka Maternal And Child Health Study. J Affect Disord. 2008;110(1-2): 174-9.
- Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: Guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am 2009;36:771-88.
- Najman JM, Bor W, O’Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression- myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000;35:19-27.
- Noble RE. Depression in women. Metabolism Clinical and Experimental 2005; 54:49-52.
- Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude And Risk Factors For Postpartum Symptoms: A Literature Review. J Affect Disord. 2015;175:34-52.

- Nur IM. Social support and incidence of depression among postpartum mother lived in the extended family as Indonesian culture. *Enfermería Clínica*. 2020 Mar 1;30:60-3.
- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996;8(1): 37-54.
- Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):420-8.
- Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993;201-20.
- Öztuna. F. Gebelikte sigara bırakma tedavisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008; 56(2): 232-235.
- Palmer L, Carlsson G, Brunt D, Nyström M. Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. *Int Breastfeed J*. 2015;10:17.
- Pao C, Guintivano J, Santos H, Meltzer-Brody S. Postpartum depression and social support in a racially and ethnically diverse population of women. *Archives of women's mental health*. 2019 Feb 1;22(1):105-14.
- Payne JL, Roy PS, Murphy-Eberenz K, Weismann MM, Swartz KL, McInnis MG, et al. Reproductive Cycle-Associated Mood Symptoms In Women With Major Depression And Bipolar Disorder. *J Affect Disord*. 2007;99(1-3):221-9.
- Perfetti J, Clark R, Fillmore C-M. Postpartum Depression: Identification, Screening, and Treatment. *Wisconsin Medical Journal*. 2004; 103.
- Persson E. K, Dykes A. K, Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery* 2009; 25: 449- 60.
- Persson E. K, Fridlund B, Dykes A. K, Parents postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument. *Scand J Caring Sci* 2007; 21(1): 118-25.
- Persson EK, Fridlund B, Kvist LJ, Dykes AK. Mothers' Sense of Security in the First Postnatal Week: Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 2011;67(1):105-16.
- Persson EK, Kvist LJ. Postnatal sense of security, anxiety and risk for postnatal depression. *J Womens Health, Issues Care* 3. 2014;3:2.
- Piognone MP, Gaynes BN. Screen-Screening for depression in adults: summery of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002; 136:765-76.
- Porzsolt F. Sicherheit und gefühlte Sicherheit. In: Porzsolt F (ed). *Grundlagen der klinischen Ökonomik*. Berlin: PVS; 2011. 170-3.
- Preskorn SH. Depresyonun Ayaktan Tedavisi. 2. baskı. Kırılı S. (Çev). Bursa: 1999.

- Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health Care for Women International*. 2011;32:939-988.
- Regan M, McElroy K. Women's perceptions of childbirth risk and place of birth. *J Clin Eth*. 2013;24:239-52.
- Reid V. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*. 2007;21:289-298.
- Robertson E, Lyons A, Living with puerperal psychosis: a qualitative analysis. *Psychology & psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2003; 76(4): 411-31.
- Ruhne R. Sicherheit ist nicht die Abwesenheit von Unsicherheit - die soziale Konstruktion geschlechtsspezifischer (Un)Sicherheiten im öffentlichen Raum. In: Gestring N, Glasauer H, Hannemann C, Petrowsky W, Pohlan J (eds). *Schwerpunkt: die sichere Stadt*. Opladen: Leske Budrich; 2003. 55-73.
- Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:18-26.
- Sacher J, Rekkas V, Wilson AA, Houle S, Romano L, Hamidi J, et al. Relationship of Monoamine Oxidase-A Distribution Volume to Postpartum Depression and Postpartum Crying. *Neuropsychopharmacology*. 2014;40:429-35.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry behavioral sciences. Clinical psychiatry*, 7th Edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29: 213–22.
- Sayın AA. Doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Konya 2016.
- Sayn-Wittgenstein F. *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Huber; 2007.
- Schewe C. Subjektives Sicherheitsgefühl. In: Lange HJ (ed). *Wörterbuch zur Inneren Sicherheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006. 322-5.
- Schücking BA. *Kinderkriegen und Selbstbestimmung*. In: Schücking BA (ed). *Selbstbestimmung der Frau in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Göttingen: V & R Unipress; 2003. 21-35.
- Seifert A. *Gefährlichkeitseinschätzung von Autofahrern, Motorradfahrern und Radfahrern*. München: LIT; 2007.
- Selvi Y, İnci R, Kemal Kıran Ü, Ağargün MY, Akil Özer Ö, Eryonucu B, et al. Postpartum Depresyon ve Serum Kolesterolü, *Klinik Psikiyatri* 2004;7:48-50.
- Serhan N, Ege E, Ayrancı U, Köşgeroğlu N. Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *J Clin Nurs*. 2013 Jan;22:279-84.

- Shwartz N, Shoahm-Vardi I, Daoud N. Postpartum depression among Arab and Jewish women in Israel: ethnic inequalities and risk factors. *Midwifery*. 2019 Mar 1;70:54-63.
- Skalkidou A, Sylvén SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Larsson A, Sundström-Poromaa I. Risk Of Postpartum Depression In Association With Serum Leptin And Interleukin-6 Levels At Delivery: A Nested Case-Control Study Within The UPPSAT Cohort. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(9): 1329-37.
- Skreden M, Skari H, Malt UF, Pripp AH, Bjork MD, Faugli A, Emblem R. Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scand J Public Health* 2012; 40: 596-604.
- Smythe E. Safety is an interpretive act: a hermeneutic analysis of care in childbirth. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:1474-82.
- Solmeyer AR, Feinberg ME. Mother and father adjustment during early parenthood: the roles of infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behav Dev*. 2011; 34: 504-14.
- Stenglin M, Foureur M. Designing out the fear cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*. 2013;29:819-25.
- Stewart DE, Gagnon A, Saucier J-F, Wahoush O, Dougherty G. Postpartum Depression Symptoms in Newcomers. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008; 53.
- Studd J, Panay N. Are Oestrogens Useful For The Treatment Of Depression In Women? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(1):63-71.
- Sütlü S. Burdur ilinde lohusalarda postpartum depresyon prevalansı ve etki eden faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Isparta 2016.
- Şahin, Ö. 6 Hafta- 1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Sosyodemografik Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, 2018.
- Tarhan P, Yılmaz T. Smoking During Pregnancy and the Effecting Factors. *HSP* 2016;3(3):140-147
- Tarkka MT, Paunonen M. Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *J Adv Nurs*. 1996;23:70-5.
- The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Thome M. Predictors Of Postpartum Depressive Symptoms In Icelandic Women, *Arch Womens Ment Health* 2000; 3: 7-14.
- Thorstensson S, Ekström A, Lundgren I, Hertfelt Wahn EH. Exploring professional support offered by midwives during labour: an observation and interview study. *Nurs Res Practice*. 2012;2012:648405.

- Vehviläinen-Julkunen K, Liukkonen A. Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*. 1998;14:10-7.
- Velagic M, Mahmutovic J, Brankovic S. Development of Mother's Postnatal Sense of Security. *Materia Socio-medica*. 2019 Dec;31(4):277.
- Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, Sullivan PF, Landén M, Lichtenstein P, et al. Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap With Nonperinatal Depression. *Am J Psychiatry*. 2016;173:158-65.
- Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi* 2008;45:9-13.
- Wassif OM, Abdo AS, Elawady MA, Abd Elmaksoud AE, Eldesouky RS. Assessment of Postpartum Depression and Anxiety among Females Attending Primary Health Care Facilities in Qaliubeya Governorate, Egypt. *Journal of Environmental and Public Health*. 2019 Dec 26;2019.
- Werner-Bierwisch T, Pinkert C, Niessen K, Metzinger S, Hellmers C. Mothers' and Fathers' Sense of Security in the Context of Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period: An Integrative Literature Review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018;4(18):473.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of World Health Organization* 2000;78(4):413-26.
- WHO. Clinical Descriptions And Diagnostic Guidelines. The ICD-10 Classification Of Mental And Behavioural Disorders. 1992.
- Wolfers A. National security as an ambiguous symbol. In: Hughes C, Meng L, editors. *Security studies: a reader*. Abingdon: Routledge; 2011.
- Xie RH, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Australian and new zealand journal of obstetrics and gynaecology*. 2010 Aug;50(4):340-5.
- Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(1):142-62.
- 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.
- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. The Relationship Between Postpartum Depression And Social Support And Affecting Factors, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011; 8(1): 31-46.
- Youngkin EQ, Marcia DS, Schadewald D. *Women's Health: A Primary Care Clinical Guide*. 2012.
- Zapf W. Individualisierung und Sicherheit. In: *Untersuchungen zur Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland*. Beck Verlag: München; 1987.
- Zedner L. The concept of security: an agenda for comparative analysis. *Legal stud*. 2003;23:153-76.

Ziegler D, Kudlacek D, Fischer T. Zur Wahrnehmung und Definition von Sicherheit durch die Bevölkerung. Erkenntnisse und Konsequenzen aus der kriminologisch-sozialwissenschaftlichen Forschung. Schriftenreihe Sicherheit Nr. 5. Berlin: Freie Universität Verlag; 2011.



9. EKLER

Ek-1



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



GÜNLÜDÜR

Sayı : 15916306-604.01.02
Konu : Semiha BAYKAL Araştırma İzni Hk.

KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 31/12/2019 tarihli ve 71211201-1900372610 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazı ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Semiha BAYKAL**'ın "**Doğum Sonrası Dönemde Depresyona Yatkınlığın Güvenlik His Düzeyi ile İlişkisi**" isimli tez çalışmasını Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma talebi, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma-Yayın Değerlendirme Komisyonu 15.01.2020 tarih ve 2020/01 sayılı kararınca uygun görülmüştür. Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad. No:85 Zeytinburnu/İSTANBUL

Telefon: Faks No:

e-Posta: yesim.biyik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yesim.biyik@saglik.gov.tr

Evraqlar elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 673acc86-8eee-4b98-bbfa-9d5b40b260f0 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yeşim BIYIK

MEMUR

Telefon No: (0 212) 638 33 99



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Doğum Sonrası Dönemde Depresyona Yatkınlığın Güvenlik His Düzeyi ile İlişkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KARAKOÇ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Semiha BAYKAL
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 11.11.2019-208

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KARAKOÇ

208 protokol nolu "Doğum Sonrası Dönemde Depresyona Yatkınlığın Güvenlik His Düzeyi ile İlişkisi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Demirbük
Doç.Dr. İhsan DEMİRBÜKEN

Prof. Dr. Dilek SAVE
Prof. Dr. Dilek SAVE

Hülya Aşçı
Prof.Dr. Hülya AŞÇI

Tuğba Tunalı Akbay
Prof.Dr.Tuğba TUNALI AKBAY

Bançeçik
Prof.Dr. Bançeçik

Doç.Dr. Ümit UĞURLU

Doç.Dr. Betül OKUYAN

Av. Öncel Onur AKBAŞ



Marmara Üniversitesi Güztepe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 14688 Katıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 41 23/12 (i. a. s.)
0 (216) 414 41 23

saglik.ogrenci.marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:
Sakir
TÜRKMENÖĞLU

Ek-3

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 11.12.2019
TOPLANTI SAATİ : 09:30
TOPLANTI NO : 2019 / 51

KARAR NO: 2019/51-71

Enstitümüz Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik tezli yüksek lisans programı öğrencisi Semiha SARICI'nın tez konusunun aşağıda belirtildiği şekilde kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.

Tez Başlığı: "Doğum Sonrası Dönemde Depresyona Yatkınlığın Güvenlik His Düzeyi ile İlişkisi"

Cansin KALENDER
Enstitü Sekreteri



Marmara Üniversitesi
Bağlıyık Kampüsü Sağlık
Bilimleri Enstitüsü 34854
Maltepe / İSTANBUL

0 (216) 418 00 69 (Faks)
0 (216) 414 44 23 / 1124

saglik.ogrencileri@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için
Nispetiye VİCE

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Cansin KALENDER tarafından güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://ebys.marmara.edu.tr/QR/BA3BFD5A26B64328>

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Doğum Sonrası Dönemde Depresyona Yatkınlığın Güvenlik His Düzeyi ile İlişkisi

Sayın Katılımcı,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve bu bilgilendirme sonucunda kararınızı vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma ile doğum sonrası dönemde annelerin depresyona yatkınlığının, doğum sonrasındaki güvenlik his düzeyi ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu araştırma, depresyona yatkınlıkta annelerin kendisini güvende hissetmesinin önemi olup olmadığı konusunda yarar sağlayacaktır. Araştırma için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin alınmıştır. Sizden bu çalışmada sorulan soruları yapmanız istenecektir. Bu işlem ortalama 10-15 dakikanızı alacaktır. Bunun size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı istemezseniz burada size verilen hizmet olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmeyecektir. Gerekli gördüğünde araştırmanın herhangi bir kısmında katılımcı araştırmadan çıkabilir, araştırmacı çalışmayı sonlandırabilir. Araştırmanın tüm aşamalarında "kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır". Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılabilir gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulabilir ve yayınlanabilir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya semihabaykal26@gmail.com e-posta adresi veya 05427614436 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

ARAŞTIRMACI

Semiha BAYKAL

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

KATILIMCI ONAMI;

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Katılımcının adı soyadı

İmza/Tarih

KATILIMCI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız.....

2. Eğitim düzeyiniz?

- ☐ Okuryazar değil
☐ Ortaokul mezunu

- ☐ Okur yazar
☐ Lise mezunu

- ☐ İlkokul mezunu
☐ Üniversite mezunu

3. Mesleğiniz?

- ☐ Ev hanımı
☐ İşçi
☐ Diğer

- ☐ Serbest meslek/esnaf
☐ Kamu personeli/devlet memuru

4. Eşinizin yaşı.....

5. Eşinizin eğitim durumu?

- ☐ Okuryazar değil
☐ Ortaokul mezunu

- ☐ Okur yazar
☐ Lise mezunu

- ☐ İlkokul mezunu
☐ Üniversite mezunu

6. Eşinizin mesleği nedir?

- ☐ Çalışmıyor
☐ İşçi
☐ Diğer

- ☐ Serbest meslek/esnaf
☐ Kamu personeli/devlet memuru

7. Yaşadığınız aile aşağıdaki gruplardan hangisine uymaktadır?

- ☐ Çekirdek aile (Siz,eşiniz ve çocuklarınız)
☐ Geniş aile (Kayınvalide-kayınpeder veya başka akrabalarla birlikte)

8. Gelir düzeyiniz?

- ☐ Gelir giderden az
☐ Gelir gidere denk
☐ Gelir giderden fazla

9. Kaç yıllık evlisiniz?

10. Çocuk sayınız nedir?

- ☐ Tek çocuk

- ☐ 2 çocuk

- ☐ 3 ve üzeri çocuk

11. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

- ☐ İlk

- ☐ İkinci

- ☐ Üçüncü ve daha fazla

12. Bu doğumuzu nasıl gerçekleştirdiniz?

- ☐ Normal

- ☐ Sezeryan

13. Doğum sonrası kaçınıcı gününüzdesiniz?

14. Gebelik öncesinde sigara kullanıyor muydunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

15. Gebelik sürecinde sigara kullandınız mı? Eğer kullandıysanız günlük kaç adet sigara içiyordunuz?

☐ Evet adet içtin

☐ Hayır, kullanmadım

16. Çocuğunuzun/çocuklarınızın bakımında kendinizi yalnız hissediyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

17. Kendinizi bu süreçlerde yorgun ve bıkmış hissettiniz mi?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

18. Yetersiz olacağınız düşüncesi ve korkusuna hiç kapıldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

19. Gebelik öncesinde herhangi bir psikolojik/psikiyatrik destek aldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

20. Gebelik sürecinizde herhangi bir psikolojik/psikiyatrik destek aldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

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 okadar değil
- ☐ Artık kesinlikle okadar 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) Birşeyler 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

ANNELERİN DOĞUM SONU GÜVENLİK HİSLERİ

Lütfen aşağıdaki sorularda sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.		Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.	Doğum sonu servisinde ebe/personel olumlu ve destekleyici bir tutuma sahipti.	1	2	3	4
2.	Bana, doğum sonu servisinde ebe/personel tarafından yeterince pratik öneriler verildi.	1	2	3	4
3.	Bana, doğumdan sonra ilk hafta boyunca yeterli bilgi verildi.	1	2	3	4
4.	Doğum sonu servisinde iken kendimi güvende hissettim.	1	2	3	4
5.	Doğum sonu servisinde iken ebe/personel tarafından cesaretlendirildim.	1	2	3	4
6.	Doğum sonu servisinde kaldığım süre boyunca karar verme sürecine katıldığımı hissettim.	1	2	3	4
7.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi gergin/sıkıntılı hissettim.	1	2	3	4
8.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi bunalımda hissettim.	1	2	3	4
9.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi endişeli hissettim.	1	2	3	4
10.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi fiziksel olarak iyi hissettim.	1	2	3	4
11.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi çok yorgun hissettim.	1	2	3	4
12.	Hastaneden eve geldiğimizde eşim bazı uygulamalarda bana destek oldu.	1	2	3	4
13.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca eşim bana duygusal olarak destek oldu.	1	2	3	4
14.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca eşimin ailemizle ilgilendiğini hissettim.	1	2	3	4
15.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca aile bireyleri olarak birbirimize yakınlığımızı hissettim.	1	2	3	4
16.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca her ihtiyacım olduğunda ebe/hemşire ile iletişim kurabilmem mümkündü.	1	2	3	4
17.	Bana, doğum sonrası ilk hafta boyunca emzirme ile ilgili yeterli destek sağlandı.	1	2	3	4
18.	Doğum sonrası ilk hafta boyunca emzirme sorunsuz devam etti.	1	2	3	4

Merhaba hocam,

Ben İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilimdalında Araştırma görevlisi Semiha BAYKAL. Yüksek lisans tezimde Türkçe Geçerlik ve güvenirliğini sizin yaptığınız "Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeğini" kullanmak istiyorum.İzninizi rica ediyorum hocam.

Saygı ve Sevgilerimle



Nur Engindeniz 21 Oct
to me v



Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur.
Kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla
Dr.Nur Engindeniz

Kimden: Semiha Baykal

Tarih: 21 Ekim 2019 Pazartesi 10:25

Kime: Mac Pro

Konu: tez çalışması için ölçek kullanım izni



Emine Geçkil 09:44



to me v

Sayın Semiha Baykal,
Türkçe'ye geçerlik ve güvenirlik yaptığımız
"Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri
Ölçeği" ni Yüksek lisans tezinizde
kullanabilirsiniz.
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Konya

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "Semiha Baykal"

<semihabaykal26@gmail.com>

Kime: "Emine Geçkil"

<egeckil@erbakan.edu.tr>

Gönderilenler: 12 Kasım Salı 2019 12:33:10

Konu: ölçek izni

...

↩ Reply

➦ Forward

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Semiha	Soyadı	BAYKAL
Doğum Yeri	Zonguldak	Doğum Tarihi	15.10.1993
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	0(542) 761 44 36
E-mail	semihabaykal26@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Ege Üniversitesi	2015

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1 EBE	İzmir Medikal Park Hastanesi	06.2015-10.2015
2 EBE	S.B.Ü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-2019
3 Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi	2019-...

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İYİ (B1)	ORTA(B1)	İYİ(B1)

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS\YÖKDİL	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
50,00000								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,79486	70,69158	65,25004

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İYİ

