



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ANKARA İLİ HAVACILAR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
TARAFINDAN 1 YIL İÇİNDE TAKİP EDİLEN GEBELERİN
EŞLERİNDE DOĞUM SONRASI BABALIK DEPRESYONU
SIKLIĞI

Dr. Elif ÇAKMAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA / 2021



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ANKARA İLİ HAVACILAR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
TARAFINDAN 1 YIL İÇİNDE TAKİP EDİLEN GEBELERİN
EŞLERİNDE DOĞUM SONRASI BABALIK DEPRESYONU
SIKLIĞI

Dr. Elif ÇAKMAK

Tez Danışmanı
Doç. Dr. İsmail KASIM
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA / 2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	3
1.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. DEPRESYON SINIFLANDIRMASI	5
2.1.1. Major Depresif Bozukluk	5
2.2. KLİNİK ÖZELLİKLER VE AYIRICI TANI.....	6
2.3. PATERNAL DEPRESYONUN NASIL BAŞLADIĞINA DAİR HİPOTEZLER.....	9
2.3.1. Psikodinamik Hipotezler.....	9
2.3.2. Psikososyal Risk Faktörlerinin Depresif Semptomları Ağırlaştırması ile Alakalı Olan Hipotezler	10
2.3.2.1. Maternal Depresyon	11
2.3.2.2. Evlilikte Uyumsuzluklar ve Evlilikten Duygusal Olarak Beslenememe	11
2.3.2.3. Stres Seviyesinin Yükselmesi veya Algılanan Stresin Yüksek Oluşu	12

2.3.2.4. Kişilik Özellikleri ve Çocukluk Hatıraları	12
2.3.3. Biyolojik Risk Faktörleri	13
2.4. PPND TARAMA	14
2.4.1 Anketler	15
2.4.2. Görsel-İşitsel Kayda Dayalı Teknikler	15
2.5. PATERNAL PERİNATAL DUYGU DURUM BOZUKLUKLARININ ÖNLENMESİ VE PPND'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN ROLÜ	16
2.6. TEDAVİ	18
2.6.1. Ebeveyn Eğitim Teknikleri ve Video-Geri Bildirim Müdahaleleri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ	21
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ, EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	21
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	22
3.3.1. Sosyo-Demografik Soruları İçeren Veri Formu	23
3.3.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS).....	23
3.3.3. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri (STAI).....	24
3.4. VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	26
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. TANIMLAYICI ÇALIŞMA BULGULARI	28
4.2. ANALİTİK ÇALIŞMA BULGULARI.....	33
4.2.1. Katılımcıların EPDS Durumları.....	33
4.2.2. Katılımcıların Doğum Sonrası Anksiyete Açısından Durumları.....	37
4.2.3. Katılımcıların Paternal Postpartum Depresyon Puan Ortalamaları ve Stai Anksiyete Ölçeği Puanları	38

4.2.4. Korelasyon Hesaplamalarına Ait Bulgular	43
5. TARTIŞMA	45
5.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BABALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ	47
5.2. KATILIMCILARIN PATERNAL POSTPARTUM DEPRESYON DURUMLARI.....	49
5.3. KATILIMCILARIN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN PATERNAL POSTPARTUM DEPRESYON DURUMLARI.....	54
5.4. KATILIMCILARIN DOĞUM SONRASI ANKSİYETE SKORLARLARININ TARTIŞILMASI	57
6. ÖNERİLER	61
7. SONUÇ.....	63
8. KAYNAKLAR	66
9. ÖZGEÇMİŞ.....	77
10. EKLER.....	79
EK-1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ SBÜ ANKARA NUMUNE SUAM KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI ONAYI	79
EK-2. HALK SAĞLIĞI ETİK KURULU İZNİ.....	84
EK-3. EPDS İZNİ.....	87
EK-4. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	88
EK-5. ANKET FORMU.....	89
EK-6. TEZ KONUSU ONAY FORMU.....	98

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince maddi ve manevi bütün desteği bana sağlayan, ufkumuzu açan, her hafta yaptığımız bilimsel toplantılarla bize akademik dünyanın kapısını açan çok değerli akıl hocamız Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya,

Mesleki tecrübe ve birikimlerinin yanı sıra deontolojik etik ve iyi hekimlik uygulamaları ile tanıdığım günden beri hayranlık duyduğum ve benim için rol model olan kıymetli hocam Prof. Dr. İlknur Birol Bostancı'ya ve yoluma ışık tutan tüm değerli hocalarıma,

Değerli fikirleri ile tezimin fikir aşamasında desteklerini esirgemeyen, orijinal fikirleri ile önümüzü açan çalışma süresince karşıma çıkan zorluklarda hem bilimsel hem de manevi anlamda desteğini esirgemeyen, değerli tez danışmanım, çok değerli Başasistanımız Uzm. Dr. İsmail Kasım'a,

Tezimizi yazarken her sorumuza cevap veren, tez konumun belirlenmesinde ve planlanmasında desteği olan, çok kıymetli Doçent Dr. İrfan Şencan ve Dr. Öğr. Üyesi Tarık Eren Yılmaz'a,

Tezimin hazırlanması sürecinde yardımlarını esirgemeyip her zaman destek olan, tezimi yazarken veri toplamamda yardımcı olan, çok sevgili hemşirem Esra Avanaş Ergat'a,

Bu süreçte beni her zaman destekleyen, cesaretlendiren ve hayatımın her anında yanımda olan sevgili annem babam ve kardeşlerime,

Zorluklara rağmen yanımda kalmayı seçen hayat arkadaşşıma,

Tez sürecinde ve asistanlık sürecinde her anında yanımda olan sevgili oğlum Selim Naci'ye

Havacılar ASM'de çalışan tüm meslektaşlarıma,

Anlaşılamamış ve yalnız tüm babalara,

Özellikle en çok **kendime**

Çok teşekkürler.

Dr. Elif Çakmak

Ankara 2021

KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BDS	: Beck Depresyon leği
CARE-Index	: Child Adult Relationship Experimental index
DAS	: Depresyon Anksiyete ve Stres leği
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition
EPDS	: Edinburg postnatal değerlendirme leği
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LTP	: Lausanne Trilogue Play
MDD	: Major Depresif Bozukluk
MBCP	: Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (Farkındalık Temelli Doğum ve Ebeveynlik)
PAPA	: Perinatal Baba Duygulanım Değerlendirmesi
PPD	: Postpartum Depresyon
PPND	: Postpartum Paternal Perinatal Depresyon
STAI	: Durumluk – Sürekli Kayęı Envanteri
STAI-S	: Durumluk – Sürekli Kayęı Envanteri, durumluluk kayęı anketi
STAI-T	: Durumluk – Sürekli Kayęı Envanteri, süreklilik kayęı anketi
STEEP	: Systematic Training in Effective and Enjoyable Parenting
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları..	28
Tablo 4.1.2.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin gruplara Göre Dağılımları	29
Tablo 4.1.3.	Katılımcıların evlilik ve yaşam Özelliklerinin gruplara Göre Dağılımları	30
Tablo 4.1.4.	Katılımcıların gebelik sırasında yaptırdığı tarama testlerinin gruplara Göre Dağılımları	32
Tablo 4.1.5.	Katılımcıların bebek doğumu ve uyku özelliklerinin gruplara Göre Dağılımları	32
Tablo 4.2.1.1.	Katılımcıların EPDS Durum Özelliklerine Göre Dağılımları	33
Tablo 4.2.1.2.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Evlilik ve Yaşam Özelliklerinin Depresyon Durumlarına Göre Dağılımları.....	34
Tablo 4.2.1.3.	Katılımcıların geçmiş hastalık ve akraba Özelliklerinin depresyon durumlarına göre Dağılımları.....	35
Tablo 4.2.1.4.	Katılımcıların gebelik doğum ve uyku Özelliklerinin depresyon durumlarına göre Dağılımları.....	36
Tablo 4.2.2.1.	Katılımcıların STAİ 2 İçin Anksiyete Seviyesi Düşük Orta ve Yüksek Olanların Dağılımları	38
Tablo 4.2.3.1.	Katılımcıların EPDS ve STAİ1-2 Puan Özelliklerine Göre Dağılımları	39
Tablo 4.2.3.2.	Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin EPDS STAİ 1-2 puan ortalamalarına göre Dağılımları	40
Tablo 4.2.3.3.	Katılımcıların Evlilik Özelliklerinin EPDS STAİ 1-2 puan ortalamalarına göre Dağılımları	41
Tablo 4.2.3.4.	Katılımcıların gebelik doğum ve uyku Özelliklerinin EPDS STAİ 1-2 puan ortalamalarına göre Dağılımları	43
Tablo 4.2.4.1.	Katılımcıların EPDS ve STAİ 1-2 Puan Ortalamalarının Korelasyonları	44

ÖZET

Ankara İli Havacılar Aile Sağlığı Merkezi Tarafından 1 Yıl İçinde Takip Edilen Gebelerin Eşlerinde Doğum Sonrası Babalık Depresyonu Sıklığı

Giriş- Amaç: Postpartum paternal perinatal depresyon (PPND) yaygındır. Yeni babaların %8 ila 13'ünde ortaya çıkmaktadır. Babalarda ruh halinde dalgalanmalar, anksiyete, davranış bozuklukları sık görülür. Hamilelik ilerledikçe babada anne ve çocuğun sağlığıyla alakalı endişeler vardır. Bu durum çift ilişkilerini ve aile refahını olumsuz etkiler. Ülkemizde babalık depresyonuna yönelik araştırmalar az ve kısıtlıdır. Bu çalışmada PPND sıklığı hakkında bilgi toplanmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırmamız kesitsel bir gözlemsel çalışmadır. Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezi'nde takip edilen 33 hafta üzeri gebelerin eşleri ve 0-1 yaş arasında çocuğu olan tüm babalara anket doldurma yöntemi ile uygulanmıştır. Gebeliğin 33-38. haftası, doğum sonrası ilk hafta, 4. ay ve 12. ayda olmak üzere 226 babaya veri toplama araçları olarak demografik veri formu, Edinburg Postnatal Değerlendirme Ölçeği (EPDS) ve Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) uygulanmıştır. Anketler IBM SPSS Statistics 26 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler veri türüne ve dağılıma göre ortalama ve standart sapma olarak verildi. Edinburg Postnatal Ölçek skorlarının karşılaştırılmasında ANOVA veya Kruskal-Wallis testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Tüm katılımcıların EPDS puanlaması kesme puanı 10 alınarak hesaplandı. Doğum öncesi 33-38. hafta ve doğum sonrası ilk bir yıl sıklığı %12,39 idi. Doğum öncesini çıkarıp doğum sonrası ilk bir yıl sıklığına baktığımızda %11,8 olarak hesaplandı. Yenidoğan babalarında PPND doğum öncesi 33-38. haftada %14,04, yenidoğanda %5,26, 4. Ayda 14,29, 12. Ayda %16,07 şeklinde bulundu. $p=0,296$ $\chi^2=3,6$

Babalarda bakılan STAI 1 ölçeğinde yüksek anksiyete için kesme değeri 48 ve üzerinde olarak alındığında 48 değerini geçebilen baba yoktu. STAI 2 ölçeği için yüksek anksiyete için kesme değeri 48 ve üzerinde olarak alındığında doğum öncesi 33-38 haftalar arasında eşi hamile olan babalarda %29,8, doğum sonrası ilk bir haftadaki dönemde babalarda %17,5, doğumdan sonraki 4. ayda bakılan babalarda %48,2, doğumdan sonraki 12. ayda bakılan babalarda %46,4 şeklinde bulunmuştur. Tüm grup için anksiyete sıklığı %35,4 şeklinde idi.

Sonuç: Doğum sonrası babalık depresyonu ülkemiz için de önemli bir morbidite sebebidir.

Anahtar Kelimeler: Paternal depresyon, erken bebeklik dönemi, baba-bebek bağlanması, babalık depresyonu, doğum sonrası babalık depresyonu, edinburg postnatal değerlendirme ölçeği, durumluluk-sürekli kaygı ölçeği, STAI, STAI-S, STAI-T

ABSTRACT

The Frequency Of Postpartum Paternal Depression In The Spouses Of The Pregnants Who Were Been Followed In A Year Period By Havacilar Family Health Center In Ankara

The Aim and Background: Postpartum paternal perinatal depression (PPND) is common. It occurs from 8% to 13% of new fathers. Mood fluctuations, anxiety, and behavioral disorders are common in fathers. As the pregnancy progresses, the father has concerns about the health of the mother and the baby. This situation negatively affects the couple relationships and family well-being. The studies on paternal depression are few and limited in Turkey. In this study, it is aimed to collect information about the frequency of PPND.

The Methods: Our research is a cross-sectional observational study. The questionnaires composed of the 33 week and more pregnant's spouses and the fathers whose children aged between 0-1 year were followed by Havacilar Family Health Center, hence were applied by filling method. As the data collection tools, Demographic Data Form, Edinburgh Postnatal Assessment Scale (EPDS) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were applied to 226 fathers who were recruited according to their partner's the 33-38 week of pregnancy, first postpartum week, the 4th month and the 12th month of the postpartum. The questionnaires were evaluated by using IBM SPSS Statistics 26 statistics package program. Descriptive statistics were given as mean and standard deviation according to the data type and distribution. ANOVA or Kruskal-Wallis test was used for comparison of Edinburgh Postnatal Scale scores, hence Pearson chi-square test was used for comparison of categorical variables. Statistical significance was determined as $p < 0.05$.

Results: The EPDS score of all participants was calculated by taking the cut-off score of 10. The frequency at the week 33th-38th of pregnancy and in the first year after birth was 12.39%. When the prenatal period was excluded and looked at the frequency in the first year after the birth, it was calculated as 11.8%. PPND was founded as follows: 14.04% in the newborn's fathers and prenatal weeks of 33th-

38th, 5.26% in the newborns, 14.29% at the 4 months, and 16.07% at the 12 months.
 $p=0,296$ $\chi^2=3,6$

When the cut-off value for high anxiety was taken as 48 and above on the STAI 1 scale in fathers, there was no father who could exceed the number of 48. For the STAI 2 scale, it was founded as 29.8% for fathers whose spouses are pregnant between 33-38 weeks before birth, 17.5% for fathers in the first week after birth, 48.2% for fathers cared for in the 4th month after birth and 46.4% for fathers in the 12th month after the birth. The frequency of anxiety for the whole group was founded as 35.4%.

Conclusion: Postpartum paternal depression is also an important cause of morbidity in our country.

Keywords: Paternal, dads, postpartum, perinatal, depression

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Postpartum paternal depresyon nedir?

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem insan hayatı için büyük bir geçiş döneminin yaşandığı, duygusal olarak kırılgan olduğu, duygusal olarak iniş ve çıkışların yaşandığı hassas bir dönemdir. Birçok aile için bu dönem streslidir. Anne ve babanın deneyimsiz olması ilk defa bu tecrübeyi yaşıyor oluşu, ilk defa olmasa bile yenidoğan bebeğin uyumaması ağlaması, sık acıkması bile ailenin stres dozajını artırabilir. Türk toplumunda birçok ailede anne ve babaya yardımcı olacak daha deneyimli ve yaşlı bir ebeveyn genelde vardır ve aileye yardımcı olmak üzere ailenin yakınındadır. Buna rağmen bu süreç çoğu ebeveyn için sancılıdır. Duygusal olarak iniş çıkışlıdır. Bu dönemeç birçok psikiyatrik hastalık için zemin hazırlayabilir. Yenidoğan bebeğin ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz hisseden anne babada yorgunluğun tetiklemesi, uykusuzluk ve kaygılar yüzünden, depresyon başlangıcı yaşanabilir veya geçirilmiş depresyon tetiklenebilir. Daha önce geçirilmiş düşük veya hastalık sonucu ölen bir bebeğin ardından ebeveyn yoğun bir depresyon veya anksiyete bozukluğu yaşayabilir, var olan psikiyatrik bozukluk artabilir veya postpartum perinatal depresyon gelişebilir (Ramchandani et al., 2005).

Postpartum depresyon (PPD) gebeliğin ilk trimestiri ile başlayıp doğum ve doğumdan sonra ilk yılı kapsayan bir major depresif bozukluktur (Habib, 2012)(Leonard, 1998). PPD dünya üzerinde geniş çaplı araştırılmış, 56 ülkeden 296284 kadın üzerinde yapılan 291 araştırmanın yapılan meta analizinde dünya üzerinde prevalansı yaklaşık olarak % 17 olarak belirlenmiştir (Hahn-Holbrook et al., 2018). Daha çok annelere atfedilen PPD' nin babalarda da olduğunun fark edilmesi ile Postpartum Paternal Perinatal Depresyon (PPND) araştırılmaya başlanmıştır. Babalarda 22 ülkeden 41480 erkek üzerinde yapılan 74 araştırmanın sonucu olan meta analizde, babalardaki depresyonun gebelik sırasında ve doğum sonrasında Dünya üzerinde prevalansı yaklaşık %8 olarak bildirilmiştir (Cameron et al., 2016).

PPD Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)'de doğum sonrası ilk dört hafta içinde başlayan depresyon atakları Major Depresif Bozukluk (MDD)'un alt tipi olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 1994). PPD' nin tanımı Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)'te "doğum öncesi başlangıçlı" olarak güncellenmiştir (American Psychiatric Association., 2013).

Major Depresif Bozukluk'un alt tipi olarak tanımlanan PPND DSM-5'te tanımlandığı gibi klasik semptomlarla seyrediyor olabilir (Goldstein et al., 2020). Klasik semptomların yanı sıra öfke kontrol problemleri, işyerinde iş arkadaşları ile uyum problemleri, aşırı uyuma, sağlığına dikkat etmeme babalarda görülebilir (Epifanio et al., 2015). Bunların yanında babalarda yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik, ne kadar uyusa da uykusunu alamama, sinirlilik, iritabilite, kendini ve eşini acımasızca eleştirme, özgüven kaybı, huzursuzluk semptomlara eşlik edebilir. Birçok erkekte depresyon yanında yoğun anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar birlikte görülür. Alkol ve sigara kullanımının artması, uyuşturucu kullanımının artması ve bunların kötüye kullanımı PPND' yi maskeleyebilir. Sırt ağrıları bel ağrıları ve her türlü somatizasyon bulguları ile hasta doktora başvurabilir (Da Costa et al., 2017).

PPD tanısı için daha çok anne ve bebek üzerinde yapılan çalışmalar vardır. Annelerde PPD taraması için etkinliği gösterilen ölçek Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)' dir. Araştırmalarda da daha çok bu ölçek kullanılmıştır (Cox et al., 1987) (Rao et al., 2020).

PPND DSM-5'te Major Depresif Bozukluk (MDD)'un alt tipi olarak tanımlanmış olup, kendine ait tanı kriterleri şu an için yoktur (American Psychiatric Association., 2013). PPND taramasında en çok kullanılan ölçek EPDS' dir (Lai et al., 2010). EPDS ölçeğinin PPND taramasında kullanılabileceği güvenilirlik çalışması yapılmış ve Türk erkeklerinde PPND taraması yapılırken kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Alkan, 2017).

Babalık depresyonu tanınıp tedavi edilmediğinde tüm aile bundan etkilenir. Anne depresyondaysa baba da bundan etkilenecektir. Anne depresyondaysa babanın da depresyona girme ihtimali % 50'ye varan yüksek bir düzeydedir (Goodman,

2004). Aile ilişkileri bundan etkilenecek, daha az evlilik tatmini, evlilik müessesinin zarar görmesi belki de boşanmalar PPND' nin sonuçları arasındadır. Baba depresyondaysa anne duygusal değişikliklere karşı daha savunmasızdır. Çocuklarda duygusal ve davranışsal problemler görülebilir. Baba çocuk arası güvenli bağlanma zarar görür. Ebeveyninde PPD görülen çocuklar depresyona daha fazla eğilimlidir. Çocuklarda hiperaktivite daha fazla görülür (Gutierrez-Galve et al., 2019)(Musser et al., 2013)(Paulson et al., 2010).

Ülkemizde 2019 yılı TÜİK verilerine göre 2019 yılında 1 milyon 183 bin 652 canlı doğum olup, babalık depresyonu, gelişmiş toplumlarda %8 ile %13 (Paulson et al., 2010) düzeylerinde olduğu göz önünde bulundurulursa ciddi anlamda toplumumuzda teşhis edilmemiş babalık depresyonu olduğu tahmin edilebilir. Doğum sonrası annelerde olan depresyon toplum tarafından bilinmekte ve sağlık kuruluşuna anneler tarafından başvuru yapılmaktadır. Doğum sonrası babalık depresyonu babalar tarafından bilinmemektedir. Depresyon oluşmuş olsa da bilinmediği tanınmadığı için ya hasta sağlık kuruluşuna başvurmamakta ya da sağlık çalışanı tarafından PPND sorgulanmamakta ve teşhis edilememekte veya teşhiste geç kalınmaktadır. Bu yüzden durum kronikleşip içinden çıkılmaz bir hale gelmektedir.

Ülkemizde babalık depresyonuna yönelik araştırmalar az ve kısıtlıdır. Bu hastalığın görülme sıklığı hakkında yapılmış çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada postpartum paternal depresyon sıklığını araştırıp hastalığın sıklığı hakkında bilgi toplamak amaçlanmaktadır. Ayrıca aile hekimliğince yapılan doğum sonrası babalık depresyonu konusundaki bilimsel yayınlardaki eksikliğe katkı sağlanacaktır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmadaki temel amacımız Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı babalık depresyonun ülkemizde önemli bir morbidite sebebi olup olmadığının belirlenmesi ve bu alanda farkındalık oluşturup çözüm önerileri geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

1.3. ARAşTIRMA HİPOTEZİ

Doğum sonrası babalık depresyonu ölkemiz için de önemli bir morbidite sebebidir. Sıklığı farklı ölkelerde yapılmış çalışmalarda elde edilen değerlerden daha düşük değildir.

H0 hipotezi: Doğum sonrası babalık depresyonu ölkemiz için de önemli bir morbidite sebebi olup, sıklığı farklı ölkelerde yapılmış çalışmalarda elde edilen değerlerden daha düşük değildir.

H1 hipotezi: Doğum sonrası babalık depresyonu ölkemiz için de önemli bir morbidite sebebi olup, sıklığı farklı ölkelerde yapılmış çalışmalarda elde edilen değerlerden daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

Depresyon üzüntü, kendini yalnız hissetme, yaşamın boş olduğunu düşünme, yaşamak için bir amaç bulamama ve intiharı düşünme ile karakterize edilen, kişinin ailesiyle, eşiyle varsa çocuklarıyla sorunlar yaşadığı, işine adapte olamadığı, yeme içme temizlik gibi günlük ihtiyaçlarını dahi gideremediği, uykusuzluk ya da aşırı uyuma problemi çektiği, hayatı yaşamaya enerjisinin kalmadığı bir duygu durum bozukluğudur (Hamel et al., 2019).

2.1. DEPRESYON SINIFLANDIRMASI

Depresyon farklı klinik tablolarla karşımıza çıkmaktadır. DSM-V' e göre depresif bozukluk alt grupları şu şekilde sıralanmaktadır(American Psychiatric Association., 2013) :

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
6. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
7. Diğer belirtilen depresif bozukluk
8. Tanımlanmamış depresif bozukluk

Psikiyatrik tanı sistemlerinde postpartum depresyon diye ayrı bir klinik tanı yoktur. (DSM-V ve ICD–10) peripartum ve postpartum dönemde görülen depresyon, majör depresif bozukluk başlığı altında yer almaktadır (American Psychiatric Association., 2013).

2.1.1. Major Depresif Bozukluk

Major depresyon, en temelde kendini; en az 2 hafta süre ile hakim olan depresif ruh hali veya neredeyse tüm aktivitelere karşı ilgi ve istekte azalma ile

gösterir. Depresyon tanısı konulabilmesi için; “Gün boyu hakim depresif mod” veya “ilgisizlik-isteksizlik” semptomlarından birini içermek üzere aşağıdaki semptomlardan 5’inin en az iki haftalık dönemde gözlenmesi gerekir (American Psychiatric Association, 2013) :

A- 1. Her gün, gün boyu süren depresif mizaç (üzgün, boşlukta hissetme, ağlamaklı mod)

2. Her gün ve gün boyunca; ilgi ve istekte azalma, yapılan aktivitelerden eskisi kadar zevk alamama.

3. Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı.

4. İnsomnia ya da hipersomnia.

5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (davranışlarda aşırı artma ya da gerileme).

6. Yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybının olması.

7. Değersiz hissetme, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının hissedilmesi.

8. Odaklanmada zorlanma ya da kararsızlık.

9. Yineleyen ölüm düşünceleri, intihar planları veya teşebbüsleri.

B- Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçülerini karşılamamalıdır.

C- Bu semptomlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal- mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmalıdır.

D- Bu semptomlar, bir madde kullanımının (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun(hipotroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamalıdır.

E- Bu semptomlar Yas’la daha iyi açıklanamaz.

2.2. KLİNİK ÖZELLİKLER VE AYIRICI TANI

PPND DSM-5’te Major Depresif Bozukluk (MDD)’un alt tipi olarak tanımlanmış olup, kendine ait tanı kriterleri şu an için yoktur (American Psychiatric

Association., 2013). Tanı kriterleri net olarak olmamasına rağmen PPND' nin semptomları belirlenmiştir. Baba hamileliğin nasıl ilerleyeceği ile alakalı kaygılıdır, bebeğe bakım verip veremeyecekleri hakkında kaygılıdır, gelecek kafasında belirsizdir. İşi konusunda kaygılıdır. Eve yeni gelen bu bireye baba olup olamayacağı hakkında kaygılıdır. Ruh hali değişkenlik gösterir. Ruh hali değişkenliği ve anksiyete sürekli vardır ancak genelde gözden kaçır. Öfke patlamaları yaşayabilir, şiddete başvurabilir (Bruno et al., 2020). Stres, gelecekte ümitsiz olma, depresif ruh hali, sinirlilik, iritabilite, huzursuzluk, insanlarla alakalı yaygın endişe yaşama hali olabilir. Hamilelikle alakalı endişeler, partnerine bir şey olacağı korkusu, bebeğin sağlığı ve bakımıyla alakalı endişeler, hiçbir şeyden mutlu olmama, hiçbir şeyden zevk alamama, dikkat eksikliği, konsantrasyon güçlüğü, arkadaşları ve ailesiyle görüşmeme, görüşmek istememe, çok uyuma yada hiç uyumama, hızlı kilo almak yada hızlı kilo vermek klinik özellikler arasındadır (Sethna et al., 2015).

Babalar semptomlarını genelde söylemezler, PPND düşünüüyorsa semptomlar klinisyen tarafından direk sorulmalıdır. Birçok babada davranış bozukluğu ve dürtü kontrol edememe problemi de vardır. En çok görülen davranış bozuklukları bebeğe ve eşe karşı olan öfke patlamalarıdır. Öfke patlamalarına fiziksel şiddet de eşlik edebilir. Yakın romantik ilişkilerden kaçınma, eşe ve çocuğa karşı ilgisizlik, işkoliklik görülebilir. Kişi kendini bir işle meşgul eder. Hiç gerekmediği halde aşırı derecede iş yerinde zaman geçirebilir. İnternet bağımlılığı görülebilir, saatlerce telefon ya da bilgisayarda oyun oynayabilir ve gereğinden daha fazla sporla meşgul olabilir. Evlilik dışı ilişkiler, porno izleme bağımlılığı, sohbet ve arkadaşlık sitelerinde partner arama, internet bağımlılığı, internetten bahis veya şans oyunları oynama gibi eğilimler olabilir (Bruno et al., 2020).

Birçok baba depresyonun hissettirdiği bu ağır yükten kaçmak için, yoğun bir şekilde sigara içmeye, alkol kullanmaya, uyuşturucu içmeye yönelir. Bu durum depresyonu çoğunlukla maskeler. Babanın yardım için hiçbir çağrısı olmadığı için klinisyene ulaşması daha da zorlaşır (Bruno et al., 2020).

Bazı babalarda fiziksel görünüşüne aşırı dikkat etme, aşırı spor yapma, kendi sağlığı ile alakalı aşırı endişeler, hipokondriya görülebilir. Doktora baş ağrıları, sırt

ağrıları, solunum sistemi ile alakalı ve genitoüriner sistemle alakalı şikayetler ile sık sık başvurabilirler (Bruno et al., 2020).

PPND ayırıcı tanısında anksiyete bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar her zaman dikkate alınmalı ve tanı konulmadan önce bu tanılar dışlanarak tanı konulmalıdır (Pinheiro et al., 2011).

PPND tanısı koymak için tanımlayıcı kriterler şu ana kadar yoktur (American Psychiatric Association, 2013). Bu konuda fikir ayrılıkları mevcuttur. PPND' nin karmaşık yapısı ve değerlendirme araçlarındaki ülke bazında farklılıklar bu durumun nedeni olabilir.

Depresif semptomlar gebeliğin başlangıcından itibaren başlayıp hamilelik boyunca sürer. Doğumun olması ile depresif semptomlarda bir miktar iyileşme görülür ancak tekrar depresif semptomlar artışa geçer ve ilk bir yıl içinde artar (Areias et al., 1996).

PPND'nin klinik özelliklerine bakacak olursak; anne depresyonu ile baba depresyonu arasında, depresyonun klinik özelliklerinde belirgin farklılıklar görürüz. Babalar depresyondayken (O'Brien et al., 2017), depresyon DSM-5'te tanımlandığı gibi klasik semptomlarla seyrediyor olabilir (Goldstein et al., 2020). Klasik semptomların yanı sıra öfke kontrol problemleri, işyerinde iş arkadaşları ile uyum problemleri, aşırı uyuma, sağlığına dikkat etmeme babalarda görülebilir (Epifanio et al., 2015). Bunların yanında babalarda yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik, ne kadar uyusa da uykusunu alamama, sinirlilik, iritabilite, kendini ve eşini acımasızca eleştirme, özgüven kaybı, huzursuzluk eşlik edebilir. Birçok erkekte depresyon yanında yoğun anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar birlikte görülür. Alkol ve sigara kullanımının artması, uyuşturucu kullanımının artması ve bunların kötüye kullanımı PPND' yi maskeleyebilir. Sırt ağrıları bel ağrıları ve her türlü somatizasyon bulguları ile hasta doktora başvurabilir (Da Costa et al., 2017).

PPND yaşayan babalarda anksiyete bozuklukları da sık görülür (Leach et al., 2016). Anksiyete semptomları ile depresyon semptomları birbirine benzerdir.

Şu an için kendine ait resmi tanı kriterinin olmaması tanı ve teşhiste kafa karışıklığına yol açmaktadır. Kliniğe gelen her babayı klinisyen depresyon açısından değerlendirmelidir. Klinisyen gebelik başlangıcından doğum sonrası ilk bir yıl süresince babalık depresyonu açısından uyanık olmalıdır. Özellikle işsiz babalar, eşi çalışan ve çocuğa babanın bakması zaruri olan durumlarda, bekar babalar ve biyolojik olmayan babalar PPND açısından dikkatle sorgulanmalı ve bu gruplara klinisyen tarafından özel ilgi gösterilmelidir (Bruno et al., 2020).

2.3. PATERNAL DEPRESYONUN NASIL BAŞLADIĞINA DAİR HİPOTEZLER

PPND' nin nasıl başladığına dair etiyopatogenetik hipotezler öne sürülmüştür. Bunlar psikodinamik hipotezler, hormonal ve psikososyal risk faktörlerinin depresif semptomları ağırlaştırması ile alakalı olan hipotezler olarak üç kısımda incelenebilir (Bruno et al., 2020).

2.3.1. Psikodinamik Hipotezler

- Preöidipal veya ödipal çatışmaların reaktivasyonu
- Çocuğun doğumunun verdiği kaygı ile başa çıkmak için erkeğin kendini savunmaya alması: Babanın bağımsız, sorumsuz, hesapsız yaşam tarzını bırakacak oluşu, sorumlulukların artacak olması, babalık rolüne alışması, erkek için büyük bir keder oluşturur. Bunun yanında bir süre çalışamayacak olan annenin duygusal ihtiyaçlarını karşılaması, ev işlerinde yardımcı olması, çocuk bakımında anneyi rahatlatması ve maddi olarak tüm evin sorumluluğunu üstlenecektir. Duygusal olarak matür veya nevrotik babalar bu durum karşısında strese girebilir (Boyce et al., 2007).
- Gerileme davranışı, kendi çocuğuna karşı rekabet ve kıskançlık ve eşine bağımlılığın artması
- Bastırılmış homoseksüel duygular ve kişinin kendi içinde bu duygu ile çatışması
- Farkında olunmayan bilinçsiz enstest fantaziler

– Baba ile özdeşleşme

– Eşine aşırı derecede bağımlılık: Birçok erkek durumlar ve olaylar kontrolü altındayken kendini daha rahat hisseder. Hamilelik, doğum, yeni doğmuş bir bebeğin ağlaması kontrol edilemez. Erkek kontrolü kaybettiği için güvensiz hisseder. Kadınsa kendisi ile aynı durumu daha önce yaşamış veya yaşıyor olan kız arkadaşlarına yönelir. Onlardan sosyal destek almaya çalışır. Bu durumda erkek en yakın arkadaşını kaybetmiş gibi hisseder, zaten sosyal bir birey değilse kaygılanır (Boyce et al., 2007).

– Kişinin üzücü çocukluk hatıralarını hatırlaması ve bunlara karşı reaksiyon göstermesi

– Partnerin aşırı sahiplenici ve erkeği pasifize edici tavrı karşısında erkeğin bilinçsiz kıskanç tavrı: Anneler daha önceki evliliğinde olan bir çocuğu varsa veya diğer annelerin çocuklarına bakarken oluşan gözlemleri ile bebek hakkında daha yetkin hissedebilirler (Fleming et al., 2002), annenin babaya emir verici ve yönlendirici davranış tarzı erkekte kaygı ve depresyona zemin hazırlayabilir.

– Yaşlanma veya ölüm korkusu

– Çocuğu kendinin yerini alacak bir rakip olarak görme: Evlilikte sadece karı-koca kavramı varken, 2 kişinin paylaştığı bir kurumken, 3. Kişinin aileye katılacak olması birçok erkek için stres faktörü olabilir. Öte yandan bu fikre alışmamış erkekte bebeğin bakımına yardımcı olması beklenir. Partnerin ilgisinin ve sevgisinin ikinci bir kişiye bölünecek olmasının verdiği kaygı, özellikle eşi ile güvenli bağlanmamış olanlarda daha sık görülür (Boyce et al., 2007) (Lovestone & Kumar, 1993)(Development, n.d.)(Bruno et al., 2020).

2.3.2. Psikososyal Risk Faktörlerinin Depresif Semptomlarını Ağırlaştırması ile Alakalı Olan Hipotezler

Babalık depresyonu bazı babalarda oluşurken bazı babalarda oluşmamaktadır. Bu durumu hızlandıran risk faktörleri annenin de depresyonda olması, evliliğin rayına oturmadan çocuk sahibi olmak, istenmeyen bir bebek, stresi nasıl yöneteceğini

bilememek veya çocukluktan veya eski hayat tecrübelerinden kalma travmalar olabilir (Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014).

2.3.2.1. Maternal Depresyon

Doğum sonrası annede depresyon geliştirse baba da bundan etkilenmektedir. Eğer annede depresyon varsa babada depresyon, anksiyete ve psikolojik stres gelişme ihtimali 24% ile 50% arasında gelişen oranlardadır (Goodman, 2004).

Anneler tarafından babalığı desteklenen babalar doğum sonrasında babalığa uyum sağlama konusunda daha beceriklidir ve doğum sonrası daha az soruna rastlanır. Anne depresyondaysa babayı destekleyemeyecek ve eş rolünde daha zorlayıcı olacaktır. Ruhsal olarak zorlanan eş daha çok depresyona ve diğer ruhsal problemlere eğilimli olabilir (Goodman, 2008).

İnsanlar eşlerini seçerken daha çok kendilerine fenotip olarak benzer olanı seçmeye eğilimli olduklarını göz önünde bulundurursak belki de depresyona yatkın olan eş, kendisi gibi depresyona yatkın olan kişiyi eş olarak seçme eğiliminden dolayı erkekte depresyon olduğunda kadında da depresyon oranı artıyor olabilir (Mathews & Reus, 2001).

2.3.2.2. Evlilikte Uyumsuzluklar ve Evlilikten Duygusal Olarak Beslenememe

Evlilik uyumu farklı çevrede yaşamış ve büyümüş iki bireyin farklı kültürlerde farklı anlayışlarda olsalar da ortak bir noktada buluştukları, farklılıklara saygı duyulan ve her iki bireyin de kabul gördüğü, anlaşmazlıkların konuşarak halledildiği, çiftlerin birbiriyle iletişim kurduğu, evlilikten memnun ve mutlu olduğu adaptasyon halidir. Evlilik uyumunun sağlanabilmesi için ana unsurlar, evlilik doyumu, birbirine bağlılık, fikir birliği ve duygusal olarak kendini ifade etmedir (Çakır Seda, 2008). Evlilik doyumu her ebeveynin sahip olduğu temsile göre çift ilişkisinin kalitesini değerlendirme şeklidir. Eşin diğer eşin duygusal ihtiyacına cevap vermesi sayesinde evlilikte eşler duygusal olarak tatmin olmuş hissedebilirler. Evlilik tatminsizliği evlilikte huzurun bozulmasına ve her iki eşin de ebeveynlik

görevini aksatmasına neden olur. Çocuğun psikososyal gelişimini yavaşlatır veya durdurabilir (Favez et al., 2013).

Birbirinden duygusal olarak beslenmeyen çiftlerde hem erkeklerde hem kadınlarda PPD daha fazla görülmüştür. Hamilelik takiplerinde anne ve bebeğin fiziksel olarak sağlıklı olup olmadığının takibi yapılır. Hem ruhen hem bedenen yoğun bir değişimin içinde olan annenin duygusal iniş çıkışları, endişeleri ve streslerine pek kulak verilmez. Gebelik içinde kulak verilmeyen bu çağrılar doğum sonrasında depresyona dönüşebilir. Öte yandan bebeğin artan ihtiyaçları karşısında babanın ihtiyaçları çoğu zaman göz ardı edilir. Baba çoğu zaman ana oyuncu değil, yardımcı eleman statüsüne düşmüştür. Perinatal distres de evlilikteki uyumu bozabilir, depresyonu tetikleyebilir (Morse et al., 2000).

2.3.2.3. Stres Seviyesinin Yükselmesi veya Algılanan Stresin Yüksek Oluşu

Yüksek stres seviyeleri gebelikte başlayıp bir yıla kadar devam edebilir. 4426 adet 2 aylık bebek üzerinde yapılan çalışmada 1 hafta içinde bebek 3 günden fazla 3 saatten daha fazla ağlamışsa anne ve babanın depresif semptomlarının daha fazla olduğunu bulunmuştur. Özellikle bebek çok ağlıyorsa, uyumuyorsa, emmekte zorlanıyorsa ebeveyn stres seviyeleri daha da artabilir (Van Den Berg et al., 2009).

2.3.2.4. Kişilik Özellikleri ve Çocukluk Hatıraları

Kişilik özellikleri doğumdan itibaren kişinin oluşturduğu, kişinin tutarlı davranması sağlayan olaylar karşısında tutumunu, dayanıklılığını belirleyen biyolojik kökenli eğilimler bütünüdür (Spotts et al., 2005). Babanın veya annenin dışa dönük olması PPD için koruyucu bir faktördür. Babanın içe dönük olması, sosyal destekten mahrum olması, nevroitik olması PPND için risk faktörüdür. Düşük eğitim seviyesi küçüklüğünde şiddet görmek, fiziksel veya cinsel istismar da risk faktörleri arasındadır (Dudley et al., 2001).

Planlanmamış gebelikler, baba olma fikrine mental olarak hazır olmama, düşük öyküsü, bebekle alakalı beklentiler mesela erkek çocuk beklerken kız olması gibi, doğum ve hamilelik hakkında bilgi sahibi olunmaması veya yanlış bilgilere

sahip olunması, kendini çocuğa bakabilmek konusunda yetersiz hissetmek ve zayıf ebeveynlik becerileri de PPND için risk faktörleri arasındadır (Boyce et al., 2007).

Yaşamının ilk 16 yılında babası ile yakın ilişkiler kuramamış ve babası tarafından desteklenmemiş ve babası aşırı korumacı olan erkekler de PPND için risk altındadır. Sosyal çevresi az olmak da PPND risk faktörleri arasındadır (Boyce et al., 2007).

Bunun yanında sosyal destekten mahrum olmak, gebelik doğum ve çocuk bakımı hakkında yetersiz bilgi sahibi olmak, çok genç yada çok yaşlı olmak, çocukla alakalı gerçekleşmemiş beklentiler mesela çocuğun kız olması, mavi gözlü, sarışın olması gibi, diğer babalardan duyulan olumsuz deneyimler, beklenmedik bir gebelik, önceki gebelikte düşük yaşanmış olması veya önceki bebeğin ölmüş olması da PPND psikososyal risk faktörleri arasındadır (Bruno et al., 2020).

2.3.3. Biyolojik Risk Faktörleri

Testosteron androjen grubundan steroid bir hormondur. Erkek sekonder seks karakterlerinin gelişimini uyarır. Erkeklerde testosteron salgılanması, cinsel uyarılma, koruma iç güdüsü, duygusal ton ve biliş gibi nörodavranışsal işlevleri etkiler. Testosteron seviyesi yaşla birlikte hipotalamik-hipofiz-gonadal eksenin fizyolojisinden dolayı 50 yaşından sonra azalmaya başlar ayrıca majör depresyon geçiren erkeklerde de testosteron seviyesinde azalmalar görülmüştür (Seidman & Walsh, 1999).

Yapılan bazı çalışmalarda eşi doğum yapmış erkeklerde testosteron seviyesi ölçülmüş, testosteron seviyesi düşük olanlarda depresif belirtiler daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Babanın testosteron seviyesi belki de evlilik bağına yaptığı yatırım ve çocuk bakımı ile ilişkili olabilir (Saxbe et al., 2017). Testosteron seviyeleri hamilelik sırasında ve doğumdan birkaç ay sonra fizyolojik olarak düşer. Testosteron seviyesi düşük olan babaların bebeklerine karşı daha şefkatli, bebeklerinin ağlamalarına karşı daha duyarlı, eşine karşı daha az saldırgan davranışlarda bulundukları gözlenmiştir (Clark & Galef, 1999)(Jonathan Posner, James A. Russell, 2005) (Ayinde & Lasebikan, 2019)(Fleming et al., 2002).

– Östrojen seviyelerinin azalması: Gebeliğin ilk döneminden itibaren erkeklerde östrojen seviyesi artar. Bu artış ilk postpartum döneme kadar devam eder. Bu artışın babalık davranışlarını etkilediği düşünülmektedir (Fleming et al., 2002).

– Düşük kortizol seviyeleri: Kortizol fiziksel psikolojik stres karşısında artar. Kortizol normal zamanlarda stres ile ilişkili iken postpartum dönemde annenin bebeğin ağlaması karşısında daha duyarlı, gece uykuda çocuğun tepkilerine karşı daha atik ve annelerde daha az depresyon görülmesini sağladığı şeklinde çalışmalar vardır. Bunun yanında kortizol seviyesi daha düşük olan babalar bebeğin ihtiyaçlarına daha az cevap veriyor ve bebeği ile daha az bağlanıyor olabilir (Fleming et al, 2002).

– Daha düşük vazopressin seviyeleri: Vazopressin seviyeleri doğum sonrası fizyolojik olarak babalarda artar. Ebeveyn çocuk bağını oluşturmada önemli rol oynar. Vazopressin seviyesi daha düşük babaların ebeveyn davranışlarında zorlandıkları ve depresyona daha eğilimli oldukları düşünülmektedir (Wang et al., 1994).

– Prolaktin azalması: Fleming ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada prolaktin seviyeleri yüksek olan erkeklerin bebeklerine karşı daha olumlu hissettiğini bulmuştur (Fleming et al., 2002).

2.4. PPND TARAMA

Şu ana kadar PPND üzerine kanıtlanmış bir tarama aracı yoktur(Musser et al., 2013). Toplumlarda değişen istatistiklere rağmen depresyonun iş gücü üzerinde maliyet kaybı, psikolog masrafları, birinci basamağa daha fazla başvuru yapılması, ayaktan hastane hizmetlerine başvuru sıklığının artması, PPND yaşayan kişilerin eşlerinde %50 oranına varan depresyon görülmesi ve PPND yaşayan erkeklerin bebeklerinde de erken yaşta depresyon gelişmesi, intihar ölümler ve boşanmalar nedeniyle PPND önemli bir halk sağlığı sorunudur (Goodman, 2004).

Taramalar anketler, bireysel klinik görüşmeler, çift terapileri esnasında yapılır ve fark edilir. Son zamanlarda baba çocuk bağlanmasını değerlendirmek amaçlı video kayıt teknikleri kullanılmaya başlanmıştır. Video kayıtlarından anne çocuk

bağlanması, baba çocuk bağlanması, yanlış ebeveyn tutumları değerlendirilebilir (Bruno et al., 2020).

2.4.1 Anketler

En çok kullanılan yöntemler kendi kendine doldurulan anketlerdir. Kültürel değerlerden, sosyal imajdan ve cinsiyet rollerinin belirlediği imajdan dolayı erkekler genellikle psikolojik bir zorlukla karşılaştıklarında yardım istemezler. Yardım istemektense alkol almak, sigara içmek, oyun oynamak, uyuşturucu içmek, kumar oynamak, kendini zorunlu hissedip spor yapmak gibi davranışlara başvurabilirler. Evlilik dışı cinsel ilişkilere erkek yönelebilir, sürekli bir işle meşgul olabilir, kendini meşgul etmek için sürekli kitap okumak, makale okumak gibi oyalanma yani dışsallaştırma davranışlarına başvurabilirler. En çok kullanılan tarama ölçeği Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)'dir. EPDS, hem erkeklerde hem de kadınlarda hem de hamilelikte kullanım için onaylanmıştır (Carothers, 1990). EPDS puanları, 0 ile 3 arasında değişen ve toplam puan 30 olan 10 soru değerlendirilerek hesaplanmıştır. EPDS toplam puanı ≥ 10 , hafif depresif belirtilerle ilişkilidir ve orta veya daha şiddetli semptomları tanımlamak için ≥ 13 puan kullanılmıştır. EPDS hem erkek hem kadın için kullanılıyor olup, cinsiyete ait sorular barındırmaz. Son zamanlarda, babaya ait afektif semptomlar için yeni bir tarama aracı olan Perinatal Baba Duygulanım Değerlendirmesi (PAPA) önerilmiştir (Baldoni et al., 2016).

2.4.2. Görsel-İşitsel Kayda Dayalı Teknikler

Görsel işitsel kayıt teknikleri anne-çocuk, baba-çocuk, anne-baba-çocuk, arasında kullanılabilir. Baba-çocuk ilişkisinde paternal perinatal duygu durum bozukluğunu erken saptamak ve PPND oluşmadan tedavi etmek çok önemlidir. Bunun için objektif bir yöntem kullanmak gerekir. En yaygın kullanılan yöntem CARE-Index'tir. CARE-İndex, yetişkin-bebek etkileşiminin kalitesini değerlendirmek için bir yöntemdir. CARE-İndex 1970-2004 arasında çocuğuna şiddet gösteren anneler ve ihmal edilmiş çocuklarla çalışmış bir psikoloğun anne ve bebekleri 3-5 dakika kayda alarak aralarındaki problemi, ilişki sorunlarını, bağlanmadaki problemleri ortaya çıkarmaya çalıştığı, video kayıtlarından çıkarımları ile oluşturulmuş bir indekstir. Otuz yılı aşan bu bilgi birikimi tarafsızca,

genellenebilir ve herkese uygulanabilir şekilde revize edilmiştir. Yetişkin çoğunlukla anne olsa da, prosedür babalar, diğer akrabalar, sağlık ziyaretçileri, kreşler ve bebek müdahale personeli ile kullanılabilir. Ebeveynin ve çocuğun kendini rahat hissettiği bir ortamda (ev ya da klinik ortamı ya da araştırma merkezi kullanılabilir) 3-5 dakika ebeveyn ve çocuğun oyun oynaması ve bunun video kaydı altına alınmasına dayanır. Alınan bu video kaydı analiz edilir. Doğumdan 15 aya kadar uygundur; yürümeye başlayan çocuklarda, yaklaşık 2 ½ yaşına kadar kullanılabilir. CARE-İndex ebeveyn-çocuk ilişkisinin hassaslığını ölçen bir prosedürdür. Ebeveynin çocukla ilişkisinde çocuğun ihtiyaçlarını dikkate alma, bebeğin ihtiyaçlarına karşılık verme, bebeği rahatlatma ve sıkıntısını azaltmadaki hassasiyet derecesini yani ebeveyn-bebek bağlanmasını ölçer (Crittenden, 2005).

Bir diğer sık kullanılan yöntem anne baba ve çocuğun birlikte video kayıtlarına alınmasıdır. Bu teknik anne ve babayı birlikte değerlendirir. Bu teknikle çiftlerin arasındaki ilişkiye, ilişkinin kalitesine ve birbirleri ile olan etkileşimleri ve çocuklarına karşı tavır ve davranışlarına odaklanılabilir. Hamilelikten 18. aya kadar kullanılabilir. Gebelikten itibaren kullanılabildiği için PPND' yi tarama amaçlı kullanılabilir. Erken dönemde çiftler arasındaki problemleri fark edip, PPND için çözüm oluşturabilir (Favez et al., 2013)(Carneiro et al., 2006).

2.5. PATERNAL PERİNATAL DUYGU DURUM BOZUKLUKLARININ ÖNLENMESİ VE PPND'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN ROLÜ

Depresyonun toplumumuzda ne kadar sık olduğunu göz önüne alırsak, depresyon teşhisinin erken konulmasının ve mümkün olduğu kadar erken tedaviye başlanmasının toplum için ne kadar önemli olduğu açıktır. Paternal ve maternal depresyonun görülme sıklığı ve etkileri düşünüldüğünde, aile üyeleri ile sık sık karşılaşan, onları takip eden ve değerlendiren birinci basamak ekibinin görevinin ne kadar önemli olduğu açıktır. Türkiye'de anne gebelik döneminde en az beş kez ASM' ye davet edilmektedir. ASM' ye çoğunlukla yalnız gelen gebeye eşinin eşlik etmesinin önerilmesi ve bu zamanların depresyon taraması açısından değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Gebelik döneminde başlayan depresyon çoğunlukla postpartum dönemde de devam etmekte, eğer teşhis ve tedavi edilmezse hem aileye hem çocuğa hem topluma geri dönülmez zararlar vermektedir. Bu zararlar göz önüne alınacak olunursa hem birinci basamak hekimlerinin hem aile sağlığı çalışanlarının postpartum depresyon açısından uyanık olmaları ve bu konunun bilincinde olmaları büyük önem arz eder.

Babalarda görülen duygu durum bozuklukları eşleri gebelik yaşadığı dönemde daha yaygındır. Bu durum yaygın olmasına rağmen çoğu zaman teşhis edilmez. Daha etkili tarama yöntemleri ve tedavi yöntemleri oluşturabilmek için toplum bilinçlendirilmelidir (Letourneau et al., 2012).

Annelerdeki gebelik ve doğum sonrası yaşanan depresyon toplum tarafından bilinmektedir. Dahası gebelik döneminde anne aile hekimi tarafından en az 5 kez gebelik izlemi için ASM' ye davet edilmekte, annenin duygu durumu sağlık çalışanı tarafından izlenmektedir. Bu kontrollere çoğu gebe yalnız başına gelir. Ancak çoğu gebe kadın jinekolojik muayene için hastaneye eşi ile birlikte gelmektedir. Babanın da hastaneye gelişi mutlaka değerlendirilmelidir. ASM' ye gelen gebeler eşleri ile birlikte çağrılıp, erkeğin de ruhsal durumu kontrol edilebilir.

Plansız gebelik yaşayan babalarda PPND daha sık görülmektedir. Birçok hastanede gebe okulları vardır. Gebe okulları Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmektedir. Gebe okullarında anneler doğum öncesi gebelik, gebelikte cinsellik, doğum, doğum sonrasında bebek bakımı gibi çok geniş alanlarda eğitim almaktadır. Gebe okullarına babalar da davet edilmekte, ancak babaların ilgisi bu okullara çok az olmaktadır. Özellikle plansız gebelik sonucu bebek bekleyen babalar bu okullara ısrarla davet edilebilir. Doğum öncesi ve sonrası durumları derslere katılarak, okuyarak ve diğer babalarla tartışarak babalar gebelik, doğum sonrası ve bebek hakkında endişelerini azaltabilirler. Böylece babalar kendilerini daha kontrollü hissedebilirler, kendilerine bazı stratejiler geliştirebilirler ve yeni durumlarının olumlu yanlarını görebilirler. Gebe okulları yaygınlaştırılmalı, mümkünse mecburi tutulmalıdır.

Televizyonlarda özellikle sık izlenen saatlerde ebeveynlik okullarının kurulması ve bunun devlet tarafından desteklenmesi yararlı olabilir. Aile

hekimliklerine atanacak olan aile psikologları da faydalı olabilir. Çok yakın zamanda kurulan Toplum Ruh Sağlığı merkezleri'nde psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı ve diyetisyen vardır ve terapiler yapılmaktadır. Bu merkezlerin kısıtlı olması ve iş gücü fazlalığı nedeni ile, aile hekiminin yönlendirdiği hastalar uzun zaman sonra terapi için randevu alabilmektedir. Her aile hekimliğine atanacak olan bir aile psikoloğu hem o bölgenin halkını tanıyabilir. Hem de aile hekimi ile koordine olarak hızlı bir şekilde riskli görülen gruplara hızlı bir şekilde ulaşabilir. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları gebelik kontrolleri, doğum sonrası hizmetler, lohusa takipleri, aşılar ve çocuk izlemleri yaparken bölgeyi ayrıntılı bir şekilde tanıma şansına sahiptir. Erken tanı ve depresyondan korunma riskli gruba hızlı bir şekilde ulaşmak ile mümkün olabilir.

Babalara yaşam tarzı temelli eğitimler verilmesi doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde depresyon ve kaygı düzeyini azalttığı şeklinde çalışmalar mevcuttur. Hafif ve orta dereceli depresyonun tedavisinde fiziksel aktivite hafif ve orta derecede etkili sonuçlar vermiştir (Charandabi et al., 2017)(Carek et al., 2011).

Yaşam tarzı temelli eğitimlerin uygulanması ve fiziksel egzersizin artırılması yönünde yapılan eğitimler depresyon ve kaygı düzeyini azaltabilir (Charandabi et al., 2017).

Ebeveynlerle toplantılar yapılabilir. Afiş ve broşürler ile hastalara bilgi verilebilir. Sosyal medya aktif kullanılabilir.

2.6. TEDAVİ

Ailede bir kişi kendini kötü hissettiğinde veya çiftler arasında kriz yükselmeye başladığında bireysel olarak veya çift olarak terapiye gidilmesi kaçınılmazdır. Eğer risk fazla ise ve depresyon ileri boyutta ise ilaç tedavisi de terapiye ek olarak düşünülebilir (Goodman, 2004). Eğer ailede risk faktörü olabilecek durumlar varsa mesela adolosan anne baba, uyuşturucu bağımlısı ebeveyn, prematür doğmuş olan bebek veya kronik hastalığı olan bir bebek varsa bu aileler daha yakından takip edilmelidir. Bu tarz yüksek riskli ailelere evde destek

müdahaleleri ve tüm aile üyelerini kapsayan önleme programları önerilmiştir (Vismara et al., 2016).

2.6.1. Ebeveyn Eğitim Teknikleri ve Video-Geri Bildirim Müdahaleleri

Ebeveyn ve çocuk arasındaki etkileşimi ölçebileceğimiz nicel bir veri yoktur. Bu konuda en çok kullanılan ve en fazla güven duyulan ebeveyn ve çocuk ile video çekilmesidir. Bu video terapist tarafından izlenir, yorumlanır, ebeveyn çocuk arasındaki desteklenilmesi gereken, cesaretlendirilmesi gereken yönleri terapist belirler, ebeveynleri bu yeni duruma alışmaları için destekler, cesaretlendirir. Bu bütüncü terapi ebeveynler arası ilişkileri psikolojik ve mental açıdan iyileştirmeyi amaçlar. Ebeveyn çocuk arası güvenli bağlanmanın oluşturulması ve bu bağın sürekli hale getirilmesini sağlamaya çalışır.

En çok kullanılan teknik Systematic Training in Effective and Enjoyable Parenting (STEEP) yani sistematik eğlenceli ve etkin ebeveyn eğitimidir. Bu teknikle baba çocuğuyla çocuğun ne isterse yaptığı bir video çeker. Terapistle birlikte videoyu tartışır. Burada çocuk ne hissediyor? Burada çocuk ne anlatmak istiyor gibi sorularla ebeveyn farkındalık kazandırmak amaçlanır (Bruno et al., 2020).

Child Adult Relationship Experimental (CARE) Index: Ebeveyn ve çocuk 3-5 dk oyun oynarlar. Bu oyundaki ebeveyn çocuk etkileşimi, ebeveyn çocuk bağlanması, çocuğun kendini koruma stratejileri, korktuğu alanlar belirlenir. CARE-Index ebeveyn çocuk bağlanmasını incelerken, depresyondaki bir ebeveynin kendini kötü hissettiğinde çocuğu ile nasıl oynadığı, ona nasıl davrandığı ile ilgilenir, bebek zorlayıcı olduğunda örneğin ağlama krizlerinde bu kriz zamanlarında olayı nasıl yönettiği ile de ilgilenir. Ebeveynin kriz zamanlarını nasıl aşacağını da öğretmeyi amaçlar. CARE-Index hem çok iyi bir tarama aracı olup, hem de tedavi için kullanılabilir (Crittenden, 2005).

Lausanne Trilogue Play (LTP) : Anne baba ve çocuğun üçlü bir şekilde değerlendirildiği, tarama teşhis ve tedavi için kullanılan bir terapi şeklidir. Önce anne ve çocuk oynar baba izleyici konumundadır video kaydı yapılır, baba ve çocuk oynar anne izleyici konumundadır, sonra anne ve baba birlikte vakit geçirir çocuk

çevrededir. Bu üç video kayıt terapistle birlikte değerlendirilir. Bu video kayıtlarında, ailede herkes eşit konumda mı, herkesin fikrine saygı gösteriliyor mu, aile üyeleri birbirine empati yapabiliyor mu, herkes duygularını rahatça ifade edebiliyor mu terapist anne ve baba tarafından gözlemlenir, tartışılır ve olumlu ve olumsuz etkileşimler üzerine konuşulur (Carneiro et al., 2006).

– Mindfulness temelli müdahaleler

Mindfulness'ın amacı kişiye farkındalık oluşturmaktır. Bu farkındalığın depresyon tedavisinde kullanıldığında depresyonu azalttığı şeklinde çalışmalar vardır (Nishijima David L; Wisner, David H; Holmes, James F, 2016).

Mindfulness modeli “bilinçli ebeveynlik” üzerine yoğunlaşır. Ana odaklanma, şefkat, çocuğu olduğu gibi kabul etme, yargılamama, duygusal farkındalık, tepkisel davranmama, duygularını kabul etme ve gösterme üzerine odaklanır (Duncan et al., 2017)(Duncan & Bardacke, 2010).

Hayatımızda birçok zorluklarla karşılaşırız, birçoğumuz bunu zorluk olarak adlandırırken bir kısmımız bunu kazanç olarak isimlendirmektedir. Bir kısmımızda anksiyete veya depresyon oluşurken diğer kısımda gelişmemektedir (Platt et al., 2016), Çocuk yetiştirmeyi stres ve zorluk görmek yerine bunu bir kazanç ve gelişme vesilesi olarak görmek, anne ve baba olarak yaşanan sıkıntıları büyük oranda azaltacaktır. Amerika’da ebeveynlere “Farkındalık Temelli Doğum ve Ebeveynlik”(Mindfulness-Based Childbirth and Parenting) (MBCP) programı uygulandı (Shaddix & Duncan, 2016). MBCP programı 10 haftalık bir programdan oluşuyordu. Her hafta 3 saatlik bir toplantı süresi vardı. Gebelere evde yarım saat meditasyon yapmaları için müzik içeren bir cd veriliyordu. Gebelik süreci, doğum, doğum sonrası, yenidoğanın ihtiyaçları hakkında bilgi veriliyordu. Bu süreçteki psikolojik değişikliklerden ve duygusal ihtiyaçlar hakkında da bilgi veriliyordu. Ayrıca ana odaklanma, vücudun farkındalığı, acının normal oluşu ve bunu kabullenme, yenidoğanın ihtiyaçları karşısında sükûnetini koruma, ve sakin kalma, sükûnetini nasıl koruyacaklarını öğreniyorlardı (Shaddix & Duncan, 2016). Bu tarz müdahaleler babalar için de uygulanabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma 01.01.2019-31.03.2020 tarihleri arasında Havacılar ASM’ de takip edilen 33 hafta üzeri gebelerin eşleri ve 0-1 yaş arasında çocuğu olan babalar üzerinde yapılmıştır.

Havacılar ASM 6 birimli bir Aile sağlığı merkezi olup her birime 3800-4000 arası hasta bağlıdır. Toplamda 24 000 kişi bu aile sağlığı merkezine bağlıdır. Havacılar ASM ayaktan bir tedavi merkezidir. Hitap ettiği hasta popülasyonuna bakılacak olunursa çok geniş bir çevreyi ele almaktadır. Havacılar ASM Ankara’nın Yenimahalle İlçesi’nde Demetevler Mahallesi ve Urankent Semt’i arasında bir lokalizasyondadır. Sosyoekonomik açıdan her kesimden hastaya bakım vermektedir.

Havacılar Aile Sağlığı Merkezi’nde 6 poliklinik 2 aşı odası 1 emzirme odası olup, aşı ve izleme gelen çocuklar önce poliklinikte muayene edilip, sonrasında aşı için yönlendirilmektedir. Çocuklar aşı ve izlem için geldiği zamanda poliklinik yapmanın yanı sıra ailelere bebek çocuk sağlığı hakkında detaylı ve kapsamlı bilgilendirme yapmak ve eğitim vermek amaçlanmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ, EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmamız grup içi karşılaştırmalı prospektif bir gözlemsel çalışma olarak dizayn edilmişti. Doğum öncesi babalar ile birinci görüşmeler yapıldı. Doğum sonrası 57 baba ASM’ ye davet edildi. Babalar ASM’ ye gelmelerine rağmen sadece 13 kişi araştırmaya devam etmek istedi. Katılım sayısı çok az olduğu ve araştırmanın bu şekilde bitirilemeyeceği göz önünde bulundurularak araştırma kesitsel gözlemsel bir çalışma olarak devam etmiştir. Bu çalışmada eşi gebe ve 33-38. haftada olan ilk 57 baba doğum öncesinde grup 0 olarak alındı. Doğum sonrası ilk hafta, 4. ay ve 12 ayda bebekleri olan babalardan 3 ayrı grup daha oluşturuldu. Bu çalışmada babalara eşleri gebeliklerinin 33-38. haftasında iken, doğum sonrası ilk hafta, 4. ay ve 12 ayda bakılmış olup, farklı zamanlardaki babalarda depresyona 4 ayrı evrede bakılmıştır. Araştırmanın evrenini 01.01.2019-31.03.2020 tarihleri arasında Havacılar ASM ‘de

takip edilen 33 hafta üzeri gebelerin eşleri ve 0-1 yaş arasında çocuğu olan tüm babalar oluşturmaktadır.

Çalışmaya Ankara Havacılar ASM' ye kayıtlı olan, dahil edilme kriterlerini karşılayan gebelerin eşlerine çalışmaya katılmaları teklif edilerek kabul edenler alınmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- 1- Çalışmaya 2019 yılı içinde Havacılar ASM' ye kayıtlı 32 hafta ve altı gebe eşi olmak, doğum sonrası ilk haftalık bebeği olan, 4. ay ve 12. ay bebekleri olan kadınların eşi olmak
- 2- Çalışmayı kabul ediyor olmak
- 3- Sorduğumuz sorulara cevap verecek mental kapasiteye sahip olmak

Dışlama Kriterleri:

1. Boşanmış veya ayrı yaşıyor olmak
2. Araştırmayı kabul etmemek
3. Akıcı şekilde Türkçe konuşamamak
4. Parçalanmış aile olmak

Araştırmanın evrenini 01.01.2019-31.03.2020 tarihleri arasında Ankara Havacılar ASM 'de takip edilen 33 hafta üzeri gebelerin eşleri ve 0-1 yaş arasında çocuğu olan tüm babalar oluşturmaktadır. G Power 3.1.5 programı ile 0.05 hata payı, 0.95 güç, 0.25 effect size (orta) ve 4 ölçümlü ANOVA (Repeated measures, within-between interaction) için tespit edilen minimum örneklem büyüklüğü 36; effect size 0.1 (küçük) olduğunda minimum örneklem büyüklüğü 216 olarak tespit edilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada; veri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır:

- Sosyodemografik Veri Formu

- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)
- STAI form 1 ve 2

3.3.1. Sosyo-Demografik Soruları İçeren Veri Formu

Araştırmayı kabul eden 33 hafta üzeri gebelerin eşleri ve 0-1 yaş arasında çocuğu olan babaların sosyodemografik özelliklerini tanımlayabilmek için 25 soruluk sosyodemografik veri formunu tamamlamaları istenmiştir. Demografik veriler bölümünde babaya ait özelliklerden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile yapısına dair veriler sorgulanmıştır.

Aile yapısına dair verilerde evlenme yaşı evlenme şekli, evlilik süresi, aile tipi, geçirilmiş depresyon öyküsü, yakın akrabada psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, gebeliğin planlı olup olmaması, babanın bebeği isteyip istemediği, doğumdan önce bebeğin cinsiyetinin öğrenilip öğrenilmediği, öğrenildi ise aile tutumları sorgulanmıştır.

3.3.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS), Cox ve ark. tarafından 84 kadın üzerinde doğum sonrası depresyonu basit bir şekilde tarama amaçlı geliştirilmiştir. Sadece 5 dk sürer (Cox et al., 1987). EPDS basit ve anlaşılır olması ve sağlık çalışanları tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması açısından avantajlıdır.

EPDS 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. 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. EPDS' nin kesme noktası 12 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmişlerdir.

EPDS' nin Türkçe uyarlaması 1996'da Engindeniz ve ark. tarafından yapılmıştır (Engindeniz, 1996). Engindeniz' in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin cronbach alpha iç tutarlık 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 ayrıca EPDS ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r= 0,7$ ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. EPDS' nin kesme noktası 12 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmişlerdir.

Erkeklerde kullanılmak üzere bu ölçeğin araştırılmasına 1990'ların başlarında başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda Edinburg postpartum depresyon ölçeğindeki sonuçlar, kadınlara göre daha düşük limit puanlarla değerlendirilmiştir (Rao et al., 2020).

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği' nin Türk erkeklerine uyarlanması için geçerlik ve güvenirlik çalışması Çiğdem Alkan tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Çalışma 2 haftalık-12 aylık bebeği olan, yenidoğan ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran 295 babaya birebir yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veri toplama araçları olarak, demografik veri formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDS) uygulanmış, ardından her bir baba katılımcıya klinisyen tarafından tam yapılandırılmış Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Mini International neuropsychiatric interview: M.I.N.I) uygulanmıştır. Alkan'ın yaptığı geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, bu ölçeğin cronbach α iç tutarlık katsayısı 0,83 ve iki yarı-test korelasyonu $r=0,78$ olarak bulunmuştur. Kesme puanını belirleyebilmek için ROC analizi yapılmış olup kesme puanı 9/10 olarak alındığında %95 (0,92-0,97) güven aralığında eğri altında kalan alan için $p < 0,00$ olarak bulunmuştur. EPDS Türk erkeklerinde postpartum depresyon araştırmalarında kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak bulunmuştur (Alkan, 2017).

3.3.3. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur (Spielberger RL, Gorsuch RE, 1970). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kısa ifadelerden oluşan bir öz-değerlendirme (self- evaluation) ölçeğidir. Envanterin Türkçeye uyarlama

çalışmaları Öner ve Le Compte (1998) tarafından yapılmıştır (Oner & Le Compte, 1983).

STAI anksiyete ölçeği iki kısımdan oluşur, her iki kısımda da 20 soru vardır. Birinci kısım durumluluk kaygı ölçeğidir. Durumluk Kaygı (A – State): Bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Stresli bir durumda karşılaştığımızda içimizde beliren duygu yani sübjektif korkudur. Stresli durumlarda organizmamız genelde kaç ya da sakın tepkisi vermektedir. Otonom sistemimizde meydana gelen tepki sonucu terleme, sararma, kızarma titreme olabilir. Birey gergin ve huzursuzdur. Stres ortadan kalkınca durumluluk kaygı seviyesinde azalma beklenir. İkinci Kısım sürekli kaygı ölçeğidir. Sürekli Kaygı (A- Trait): Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı ölçeği kişinin anksiyeteye ne kadar yatkın olduğunu ölçmektedir. Bu durum anlık değil, kişinin karakteridir. Kişinin stresli durumları algılama ve bunları yorumlama şeklidir. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan kişiler kolayca incinebilir, kolayca karamsar bir hava içine girebilirler. Kaygı anlık değil sürekliidir.

14 yaş üstü bireylere uygulanabilir. Toplamda 10 dakika sürer. Durumluk Kaygı Ölçeği’ nin yanıtlanması; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok”, ve “tamamıyla” şıklarından birinin seçilmesi, Sürekli Kaygı Ölçeği’ nin yanıtlanması ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, çok zaman”, ve “hemen her zaman” şıklarından birinin seçilmesi istenir.

Üçten fazla soruya cevap verilmemişse ölçek geçersiz sayılır. Ölçeklerde 2 türlü ifade vardır. Bunlara doğrudan direkt ve tersine dönmüş ifadeler diyebiliriz. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20.

maddeler), Sürekli Kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21,26,27,30,33,36, ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır.

Puanlama elle ya da bilgisayarla yapılabilir. Elle puanlama yapılacaksa, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir.

Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. Testin güvenirliği, test tekrar test güvenirliği yöntemiyle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu hesaplanmış sürekli kaygı ölçeği için .71 ile .86, durumluk kaygı ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur. İç tutarlılık ve test homojenliği Kuder Richardson 20 formülüyle hesaplanmış, durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .87, sürekli kaygı ölçeği için .94 ile .96 arasında bulunmuştur.

3.4. VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler yardımcı araştırmacı tarafından katılımcılara anket uygulamak suretiyle toplanmıştır. Verilerin toplanması tarih aralığı 01.01.2019-31.06.2020 şeklindedir. Havacılar ASM' ye muayene izlem veya herhangi bir nedenle başvurmuş olan baba aday ve babalara klinik akademik konseylerinde araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, Edinburg postnatal değerlendirme ölçeği ve STAI değerlendirme ölçeği gebeliğin 33-38. haftası, doğum sonrası ilk hafta, doğum sonrası 4. ay ve doğum sonrası 12. ay olmak üzere uygulanmıştır.

Toplamda 216 kişiye ulaşılması planlanmıştır. 33-38. hafta itibari ile ASM' ye başvuran kriterleri karşılayan her babaya anket formu teklif edilmiş. Kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Hedeflenen katılımcı sayısına ulaşıncaya anketler sonlandırılmıştır.

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26 paket programı kullanılmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmanın etik kurul izni Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği SBÜ Ankara Numune SUAM Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 04.10.2018 tarih ve E-18-2120 protokol numaralı karar numarası ile alınmıştır (Ek 1). Ayrıca Halk Sağlığı Etik Kurulu'ndan da etik kurul izni alınmıştır (Ek 2).

EPDS'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan N.Engindeniz ve ark.'dan Türkçe formun erkeklere uygulanabilmesi için izin alınmıştır (Ek 3).

Gönüllülük esasına dayanan bu çalışma için her bir katılımcıya aydınlatılmış onam formu okunmuştur ve katılımcıların izinleri alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR

Çalışmamızın bulguları tanımlayıcı bulgular, analitik bulgular olmak üzere iki kısımda incelenmiştir.

4.1. TANIMLAYICI ÇALIŞMA BULGULARI

Dahil olma ve hariç bırakılma kriterleri göz önünde bulundurulduğunda 5 katılımcı parçalanmış aile oldukları 3 katılımcı Türkçe akıcı bir şekilde bilmedikleri için çıkarılmıştır. Belirlenen tarih aralığında Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezinde 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığının belirlenmesi amaçlanan bu çalışma 226 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Katılımcıların %4'ü 19-25 yaş, %27,9'u 26-30 yaş, %44,7'si 31-35 yaş ve %23,5'i 36 yaş ve üstünde olarak saptanmıştır. Verilerin detayı Tablo 4.1.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=226)

Özellik	Sayı	Yüzde
YAŞ	19-25 Yaş	9
	26-30 Yaş	63
	31-35 Yaş	101
	36 Yaş ve üstü	53
EĞİTİM DÜZEYLERİ	1-4 Yıl	24
	4-8 Yıl	22
	8-12 Yıl	30
	12-16 Yıl	131
	16 Yıl ve Üstü	19
MESLEK	Çalışmıyor	11
	Girişimci	12
	Memur	79
	Özel Sektör	124
EVLENME YAŞI	18 yaşından küçük	1
	18-26 Yaş	97
	27-32 Yaş	114
	32 Yaş ve Üstü	14
EVLENME SÜRESİ	1-2 Yıl	76
	3-4 Yıl	42
	5-9 Yıl	65
	10 Yıl ve Üstü	40

Gebeliğin 33-38. Haftası grup 0, doğum sonrası ilk hafta grup 1, doğum sonrası 4. ay grup 2 ve doğum sonrası 12. ay grup 3 olmak üzere isimlendirilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde 226 kişi ortalama 13,2 yıl okumuştur. Medyan değeri 14,5, minimum okula gitme yılı 2, maksimum okuma yılı 22 yıldır. Grubun %20,4'ü 8 yıldan az okumuştur. %79,6'sı 8 yıldan fazla okumuştur. Gruplar arası eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark vardı. $p=0,003$

Katılımcıların %95,13'ü çalışıyor iken; memur olarak çalışanların oranı 34,96, özel sektörde çalışanların oranı 54,87 ve girişimci olarak çalışanların oranı ise 5,31'dir. Çalışmayanların oranı %4,87'dir. Gruplar arası anlamlı fark vardı. $p=0,023$ Verilerin detayı Tablo 4.1.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin gruplara Göre Dağılımları (N=226)

ÖZELLİK	GRUP 0 (%)	GRUP 1 (%)	GRUP 2 (%)	GRUP 3 (%)	BAKILAN TEST	P DEĞERİ
YAŞ (Kategorik)	19-25	1,8	7	5,4	$X^2=7,9$	$P=0,543$
	26-30	31,6	29,8	25		
	31-35	45,6	45,6	48,2		
	36 Yaş ve üstü	21,1	17,5	21,4		
EĞİTİM ÖĞRETİM YILI (Kategorik)	1-4 Yıl	21	17,5	3,6	$X^2=43,8$	$P<0,01$
	4-8 Yıl	8,8	12,3	10,7		
	8-12 Yıl	17,5	24,6	1,8		
	12-16 Yıl	43,9	38,6	78,6		
	16 Yıl ve Üstü	8,8	7	5,4		
EĞİTİM ÖĞRETİM SÜRESİ (Kategorik 2)	8 Yıl ve altı	29,8	29,8	14,3	$X^2=13,6$	$P=0,003$
	8 Yıldan fazla	70,2	70,2	85,7		
MESLEK	Çalışmıyor	0	3,5	7,1	$X^2=19,3$	$P=,023$
	Girişimci	8,8	7	1,8		
	Memur	26,3	24,6	42,9		
	Özel Sektör	64,9	64,9	48,2		

Evlenme yaşı 18 Yaşından Küçük (n:1) %0,4, 18-26 Yaş (n: 97) %42,9 27-32 Yaş (n: 114) %50,4, 32 yaş üstü (n:14) %6,2 idi.

Katılımcılar ortalama 5,56 yıl evli iken, katılımcılar minimum 1 yıl maksimum 25 yıl evli idi. Gruplar arasında evlilik süresi oldukça anlamlıydı. $P<0,01$ Verilerin detayı Tablo 4.1.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.3. Katılımcıların evlilik ve yaşam Özelliklerinin gruplara Göre Dağılımları (N=226)

ÖZELLİK	GRUP 0 (%)	GRUP 1 (%)	GRUP 2 (%)	GRUP 3 (%)	BAKILAN TEST	P DEĞERİ
EVLENME YAŞI (Kategorik)	18 yaş altı	0	1,8	0	$X^2= 10,6$	$P=0,305$
	18-26 yaş	35,1	38,6	48,2		
	27-32 yaş	52,6	56,1	46,4		
	32 yaş ve üstü	12,3	3,5	5,4		
EVLİLİK SÜRESİ	1-2 yıl	42,1	43,9	42,9	$X^2= 38,3$	$P<0,01$
	3-4 yıl	19,3	10,5	14,3		
	5-9 yıl	28,1	29,8	23,2		
	10 yıl ve üstü	10,5	15,8	19,6		
GEBELİK VE DOĞUM SONRASINDA SİZE YARDIMCI OLACAK KİMSELER VAR MIYDI?	Evet	96,5	89,5	53,6	$X^2=45,4$	$P<0,01$
	Hayır	3,5	10,5	46,4		

Katılımcıların %90,7'si çekirdek aile, %8,8'i geniş aile idi. Katılımcılardan daha önce geçirilmiş depresyon öykünüz var mı sorusuna %94,2'si hayır olarak cevap vermişlerdir. 13 kişi evet olarak cevap vermiştir. Daha önce depresyon öyküsü olanların oranı %5,8'di. Daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı aldıysanız tanısı nedir sorusuna 11 kişi daha önce psikiyatrik tanı aldığını söylemiştir. Tanı olarak 6 kişi anksiyete bozukluğu olduğunu, 2 kişi duygulanım bozukluğu olduğunu, 3 kişi panik atak hastası olduğunu ifade etmiştir.

Yakın akrabalarınızda ya da ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı sorusuna katılımcıların %13,3'ü yakın akrabasında psikiyatrik bozukluk olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların %96,9'u doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrenmişti. Eğer doğumdan önce bebeğinizin cinsiyetini öğrendiniz ise; öğrendikten sonra eşinizin ve/veya ailesinin size karşı tutumlarında değişme oldu mu sorusuna %11,5'i tutum değişikliği olduğunu ifade etmiştir. Eğer tutum değişikliği oldu ise bu tutum değişikliği nasıl oldu sorusuna 32 kişi olumlu 4 kişi olumsuz bir tutum değişikliği oldu olarak cevap vermiştir. Gruplar arası anlamlı fark yoktu. $P=0,322$

Gebelik ve doğum sonrasında size yardımcı olacak kimseler var mıydı sorusuna katılımcıların %82,74'ü evet %17,26'sı hayır olarak cevaplamıştır. Doğum sonrasında bebeği 4. ayda olan babaların 4. aydaki 56 kişiden 26'sı gebelik ve doğum sonrası yardımcı olacak kimse olmadığını ifade etmiştir. Yani 4.ayda %46,4'ü gebelik ve doğum sonrası yardımcı olacak kimse olmadığını söylemiştir. 4. ayda desteğin daha az oluşu istatistiki olarak anlamlıydı. Gruplar arası ileri derecede anlamlı fark vardı. $P<0,01$

Doğum sonrası evinizde uzun süre başka birisi kalma durumu oldu mu sorusuna katılımcıların %54,22'si evet oldu, %45,78'si hayır olmadı olarak cevap vermiştir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. $P= 0,24$

Eşinizin gebeliği planlı bir gebelik miydi sorusuna katılımcıların %80,1'i evet olarak cevap vermiştir. Bebeğinizin olmasını siz istediniz mi sorusuna katılımcıların %95,6'sı evet istedim cevabı vermiştir. Gebelik sürecinde eşiniz zorluk yaşadı mı sorusuna %43,4'ü evet olarak cevap vermiştir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. ($p=0,11$, $p=0,28$, $p=0,12$) Katılımcılara gebelik sürecinde eşine yapılan testler sorulmuş %37,5'ü üçlü ve dörtlü testi yaptırdığını ifade etmiştir. Verilerin detayı Tablo 4.1.4.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.4. Katılımcıların gebelik sırasında yaptırdığı tarama testlerinin gruplara Göre Dağılımları (N=226)

Yapılan testler	Kişi Sayısı	Yüzde Değeri
2'li ve 4'lü	1	0,508
2li	2	1,015
2li test, 4lü test	2	1,015
2li ve 3lü test	4	2,03
3'lü	61	30,964
3'lü ve 4'lü	74	37,563
4'lü	17	8,629
Hiçbiri	36	18,274
Cevap vermeyen	29	*
Hepsi	197	100

- Bebeğinizin doğumu zorlu doğum muydu sorusuna %37,9 (N:64)kişi evet cevabi vermiştir.
- Bebeğinizin doğumu normal doğum olanlar %36,7 (n:62) idi.
- Bebeği doğduktan sonra küvezde yatanların oranı %20,7 (n:35) idi.
- Bebeğiniz dünyaya geldikten sonra uyku sürem arttı diyenler %0,6 (n:1), uyku sürem azaldı diyenler %81,1 n:137, uyku sürem değişmedi diyenler %17,8 (n:30) şeklindeydi. Verilerin detayı Tablo 4.1.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.5. Katılımcıların bebek doğumu ve uyku özelliklerinin gruplara Göre Dağılımları (N=226)

ÖZELLİK		GRUP 1 (%)	GRUP 2 (%)	GRUP 3 (%)	BAKILAN TEST	P DEĞERİ
BEBEĞİNİZİN DOĞUMU ZORLU DOĞUM MUYDU?	Evet	40,4	41,1	32,1	$X^2=5,3$	P=0,253
	Hayır	56,1	58,9	67,9		
BEBEĞİNİZ DÜNYAYA GELDİKTEN SONRA UYKU SÜRENİZ	Arttı	1,8	0	0	$X^2=5,7$	P=0,453
	Azaldı	77,2	78,6	87,5		
	Değişmedi	19,3	21,4	12,5		

- Daha önce doğan çocuklarınızda gebelik esnasında tespit edilemeyen doğum sonrası ortaya çıkan konjenital malformasyon öyküsü var mıydı sorusuna %4,0'ü evet vardı şeklinde cevap vermiştir.
- Daha önce doğan çocuklarınızda engelli olan var mı sorusuna 3 kişi evet olarak cevap vermiştir. Bu sayı tüm katılımcılar içinde %1,3'e denk gelmiştir.

4.2. ANALİTİK ÇALIŞMA BULGULARI

4.2.1. Katılımcıların EPDS Durumları

Tüm katılımcıların EPDS puanlaması kesme puanı 10 alınarak hesaplandı. EPDS puanı kesme puanının üzerinde olup depresyon açısından riskli olanlar 226 kişide 28 kişi idi ve tüm grubun %12,39 unu oluşturuyordu. Babalarda paternal perinatal depresyon doğum öncesi %14,04, yenidoğanda %5,26, 4. ayda 14,29, 12. ayda %16,07 şeklinde bulundu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. $\chi^2=3,6$ $p=0,296$ Verilerin detayı Tablo 4.2.1.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.1.1. Katılımcıların EPDS Durum Özelliklerine Göre Dağılımları (n=226)

Edinburg Ölçeğine Göre Depresyon Risk Durumu	Grup 0		Grup 1		Grup 2		Grup 3		Tüm Grup	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var (≥ 10puan)	8	14,04	3	5,26	8	14,29	9	16,07	28	12,39
Yok (< 10puan)	49	85,96	54	64,74	48	85,71	47	83,93	198	87,61

EPDS ölçeği bir tarama ölçeği olup, depresyon açısından yüksek riskli kişileri taramak için geliştirilmiştir. Klinik olarak tanı koydurmaz. Ancak bu kısımdan sonra depresyon sözcüğü depresyon açısından riskli kişileri kastedilerek kullanılmıştır.

Eğitim düzeyi arttıkça (8 yıl altı 8 yıl üstü) depresyon oranları istatistiki olarak anlamlı değildi. 8 yıl ve altında okuyanlarda depresyon oranı %8,7; 8 Yıldan fazla okuyanlarda depresyon oranı %13,3'dü. İstatistiki olarak anlamlı değildi. Verilerin detayı Tablo 4.2.1.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.1.2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Evlilik ve Yaşam Özelliklerinin Depresyon Durumlarına Göre Dağılımları (N=226)

Özellik	Depresyon EPDS Durumu				Yapılan Test	P Değeri	
	Var		Yok				
	Sayı	%	Sayı	%			
Yaş	19-25 Yaş	1	11,1	8	88,9	X ² =0,163	P=0,983
	26-30 Yaş	7	11,1	56	88,9		
	31-35 Yaş	13	12,9	88	87,1		
	36 Yaş ve Üstü	7	13,2	46	86,8		
Eğitim Öğrenim Süresi	8 yıl altı	4	8,7	42	91,3	X ² =0,726	P=0,394
	8 yıl üstü	24	13,3	156	86,7		
Mesleğiniz	Çalışmıyor	1	9,1	10	90,9	X ² =1,001	P=0,801
	Girişimci	1	8,3	11	91,7		
	Memur	12	15,2	67	84,8		
	Özel Sektör çalışanı	14	11,3	110	88,7		
Evlenme Yaşı	18 yaşından küçük	0	0	1	100	X ² =2,5	P=0,46
	18-26 Yaş	9	9,3	88	90,7		
	27-32 Yaş	18	15,8	96	84,2		
	32 Yaş ve Üstü	1	7,1	13	92,9		
Evlilik Süresi	1-2 yıl	9	11,8	67	88,2	X ² =3,9	P=0,41
	3-4 yıl	6	14,3	36	85,7		
	5-9 yıl	10	15,4	55	84,6		
	10 yıl ve üstü	2	5	38	95		
GEBELİK VE DOĞUM SONRASINDA SİZE YARDIMCI OLACAK KİMSELER VAR MIYDI?	Evet	21	11,2	166	88,8	X ² =1,34	P=0,24
	Hayır	7	17,9	32	82,1		

Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü olanlarda depresyon %38,5 idi. Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü olmayanlarda depresyon %10,8 idi. İstatistiki olarak anlamlıydı. **p= 0, 003**

Daha önce psikiyatrik bir tanı alanlarda depresyon %23,1 almadım diyenlerde depresyon %12,32 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. P= 0.249

Yakın akrabalarınızda ya da ailenizde psikiyatrik hastalığı olanlarda depresyon yüzdesi %20 idi. Yakın akrabasında ya da ailesinde psikiyatrik hastalık olmayanlarda depresyon yüzdesi %11,4 idi. Aralarında istatistiki anlamlılık yoktu. Doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrenenlerde depresyon yüzdesi %12,8'di. Doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrenmeyenlerdeki depresyon arasında istatistiki anlamlılık yoktu. Öğrendikten sonra eşinizin ve/veya ailesinin size karşı tutum değişikliği nasıl oldu sorusuna olumsuz diyenlerdeki depresyon yüzdesi %25 idi. Değişiklik olmadı diyenlerdeki depresyon yüzdesi %9,9'du. Gruplar arasında istatistiki fark yoktu. Verilerin detayı Tablo 4.2.1.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.1.3. Katılımcıların geçmiş hastalık ve akraba Özelliklerinin depresyon durumlarına göre Dağılımları (N=226)

Özellik		Depresyon EPDS Durumu				Yapılan Test	P Değeri
		Var		Yok			
		Sayı	%	Sayı	%		
Daha önce geçirilmiş depresyon öykünüz var mı?	Evet	5	38,5	8	61,5	X ² =8,6	P=0.003
	Hayır	23	10,8	190	89,2		
Daha önce psikiyatrik bir t anı aldınız mı?	Evet	3	23,1	10	76,9	X ² =2,7	P=0,2
	Hayır	25	12,3	178	87,7		
Yakın akrabalarınızda ya da ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?	Evet	6	20	24	80	X ² =2,2	P=0,333
	Hayır	22	11,4	171	88,6		
Bebeğin cinsiyetini öğrendikten sonra eş veya ailesinde tutum değişikliği olanlarda tutum değişikliği nasıl oldu	Olumlu	5	15,6	27	84,4	X ² =1,5	P=0,66
	Olumsuz	1	25	3	75		
	Değişiklik olmadı	10	9,9	91	90,1		

Gebelik ve doğum sonrasında size yardımcı olacak kimse var mıydı sorusuna evet cevabı verenlerde depresyon %11,2, hayır cevabı verenlerde depresyon %17,9 idi. Aradaki fark anlamlı değildi. $p=0,247$ Doğum sonrası evinizde uzun süre başka birisi kalma durumu oldu mu sorusuna evet cevabı verenlerde depresyon %13,99, hayır cevabı verenlerde depresyon %10,7 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $p=0,70$

Eşinin gebeliği planlı olanlarda depresyon %10,5, olmayanlarda depresyon %21,4'dü. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $p=0,12$

Bebeğinin olmasını isteyenlerde depresyon oranı %12, bebeğinin olmasını istemeyenlerde depresyon oranı %20 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $p=0,45$

Gebelik sürecinde eşi zorluk yaşayanlarda depresyon oranı %14, yaşamayanlarda depresyon oranı %11,4 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $p=0,56$
Bebeğinin doğumu zorlu doğum olanlarda depresyon oranı %14,1, zorlu doğum olmayanlarda depresyon oranı %10,7 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $p=0,703$
Bebeğinin doğumu normal olanlarda depresyon oranı %14,5, sezaryen olanlarda depresyon oranı %10,3 idi. İstatistiki olarak anlamlı depresyon değildi. $p=0,41$

Bebeği küvezde yatanlarda depresyon oranı %2,9, yatmayanlarda depresyon oranı %14,3 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $P=0,16$

Bebeği dünyaya geldikten sonra uyku süresi azalanlarda depresyon oranı %13,1, değişmeyenlerde depresyon oranı %6,7 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $P=0,73$ Verilerin detayı Tablo 4.2.1.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.1.4. Katılımcıların gebelik doğum ve uyku Özelliklerinin depresyon durumlarına göre Dağılımları (N=226)

Özellik		Depresyon EPDS Durumu				Yapılan Test	P Değeri
		Var		Yok			
		Sayı	%	Sayı	%		
Gebelik ve doğum sonrasında size yardımcı olacak kimseler var mıydı?	Evet	21	11,2	166	88,8	X ² =1,34	P=0,24
	Hayır	7	17,9	32	82,1		
Bebeğinizin doğumu zorlu doğum muydu?	Evet	9	14,1	55	85,9	X ² =0,70	P=0,70
	Hayır	11	10,7	92	89,3		
Doğum sonrası evinizde uzun süre başka birisi kalma durumu oldu mu?	Evet	17	13,9	105	86,1	X ² =0,68	P=0,70
	Hayır	11	10,7	92	89,3		
Bebeğiniz dünyaya geldikten sonra uyku süreniz	Arttı	0	0	1	100	X ² =1,2	P=0,73
	Azaldı	18	13,1	119	86,9		
	Değişmedi	2	6,7	28	93,3		

Daha önce doğan çocuklarında engelli olanlarda depresyon oranı %33,3, daha önce doğan çocuklarında engelli olmayanlarda depresyon oranı %11,6 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $p=0,28$

Daha önce doğan çocuklarında gebelik esnasında tespit edilemeyen doğum sonrası ortaya çıkan konjenital malformasyon öyküsü olanlarda depresyon %11,1 olmayanlarda depresyon %12,1 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. $p=0,83$

4.2.2. Katılımcıların Doğum Sonrası Anksiyete Açısından Durumları

STAI için Perinatal babalık depresyonu açısından kesin olarak saptanmış bir kesme değeri olmayıp, makaleleri incelediğimizde büyük oranda alınan kesme değerini 40 olduğunu gördük. Bu yüzden bu araştırmada kesme değeri olarak 40 puanını aldık (Leach et al., 2016)(Philpott et al., 2019).Yüksek anksiyeteyi değerlendirmek için alınan kesme değeri ise 48'dir (Gawlik et al., 2014). Kesme değeri 40 olarak alındığında; STAI 1 için bütün babalar 40 değerinin altındaydı. STAI 2 için 40 puan altında olanlar %8,8 (n:20); 40 puan üzerinde olanlar %91,2 (n:206) idi. Babaları 40-47 puan arası alanlar olarak grupladığımızda %55,8(n:126), 48 puan ve üzeri olanlar %35,4 (n:80) şeklinde idi.

STAI 2 için 40 puan altında olup anksiyetesi düşük kabul edilenler; grup 0 için %14, grup 1 için %8,8 grup 2 için %5,4, grup 3 için %7,1, tüm grup için %8,8 idi.

STAI 2 için 40 puan üstünde olup anksiyetesi orta veya yüksek kabul edilenler; grup 0 için %86, grup 1 için %91,2 grup 2 için %94,6, grup 3 için %92,9, tüm grup için %91,2 idi. İstatistiki açıdan anlamlı değildi. $P=0,39$

STAI 2 için anksiyetesi orta kabul edilip 40-47 puan alanlar; grup 0 için %56,1, grup 1 için %73,7, grup 2 için %46,4, grup 3 için %46,4, tüm grup için %55,8 idi. STAI 2 için anksiyetesi yüksek kabul edilip 48 puan ve üzeri alanlar grup 0 için %29,8, grup 1 için %17,5, grup 2 için %48,2, grup 3 için %46,4, tüm grup için %35,4 idi. İstatistiki açıdan anlamlıydı. $P=0,007$ Verilerin detayı Tablo 4.2.2.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2.1. Katılımcıların STAI 2 İçin Anksiyete Seviyesi Düşük Orta ve Yüksek Olanların Dağılımları

STAI-2 İÇİN Özellik	N	40 puan altında Anksiyete seviyesi düşük olanlar	40-47 arası puan Anksiyete seviyesi orta olanlar	48 puan ve üzeri Anksiyete seviyesi yüksek olanlar
		Yüzdesi	Yüzdesi	Yüzdesi
Grup 0	8	14	56,1	29,8
Grup 1	5	8,8	73,7	17,5
Grup 2	3	5,4	46,4	48,2
Grup 3	4	7,1	46,4	46,4
TÜM GRUP	20	8,8	55,8	35,4
Bakılan Test		P=0,007		

4.2.3. Katılımcıların Paternal Postpartum Depresyon Puan Ortalamaları ve Stai Anksiyete Ölçeği Puanları

Çalışmamıza 226 kişi katılmış olup EPDS ölçeğinden ortalama alınan puan 4,69 idi. En düşük puan 0 en yüksek puan 19'du. Medyanı 4'tü. STAI 1 ölçeğinden ortalama alınan puan 16,42 idi. Standart sapması 5,7, Medyanı 17 idi. STAI 2 ölçeğinden ortalama alınan puan 46,30 idi. Standart sapması 6, Medyanı 46 idi.

Babalara doğumdan önce ve sonra Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, STAI 1 ve 2 ölçekleri uygulanmıştır. Eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalara doğum öncesi, eşi doğum yapmış babalara doğumdan sonra 7. gün, 4. ay ve 12. ayda uygulanmıştır. Birinci ölçüm ikinci ölçüm üçüncü ölçüm ve dördüncü ölçümlerdeki değişimler ve değişim özelliklerine göre değerlendirmeler bundan sonraki bölümde görülmektedir. Bu ölçeklerdeki

Durumluluk kaygı puanı (STAI-S): STAI 1

Süreklilik kaygı puanı (STAI-T): STAI 2 olarak isimlendirilmiştir.

Gruplar arasında STAI 1 puan ortalamalarına bakacak olursak Eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalarda doğum öncesi STAI 1 puanı 15,46 eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. günde STAI 1 puanı 16,18, 4. ayda STAI1puanı 16,82 ve 12. ayda STAI 1 puanı 17,27 şeklinde bulunmuştur. STAI 1 puanları arasında gruplar arasında istatistiki fark yoktur. Gruplar arasında STAI 2

puan ortalamalarına bakacak olursak Eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalarda doğum öncesi STAI 2 puanı 45,19, eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. günde STAI 2 puanı 44,82, 4. ayda STAI 2 puanı 47,82, ve 12. ayda STAI 2 puanı 45,19 şeklinde bulunmuştur. STAI 2 puanları gruplar arasında anlamlı istatistiki fark mevcuttu. $p=0.012$ $f = 3$. Verilerin detayı Tablo 4.2.1.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.1. Katılımcıların EPDS ve STAI-2 Puan Özelliklerine Göre Dağılımları (N=226)

Özellik	EPDS			STAI 1		STAI 2	
	N	M	Ortalama (±Standart Sapma)	M	Ortalama (± Standart Sapma)	M	Ortalama (± Standart Sapma)
Grup 0	57	4	4,81±4,3	15	15,4±4,4	45	45,1±5,7
Grup 1	57	3	3,26±3,3	17	16,1±5,8	44	44,8±5,0
Grup 2	56	4	4,96±4,5	17	16,8±5,3	47	47,8±6,4
Grup 3	56	5	5,79±3,9	19	17,2±6,9	46	47,3±6,3
Bakılan Test	Anova F=3,83			Anova F=1,08		Anova F=3,7	
P değeri	p=0,01			p=0,35		p=0,01	

Yaş kategorisinde baktığımızda 36 yaş ve üstü babaların EPDS puan ortalamalarının daha yüksek 5,25 şeklinde olduğu gözlemlendi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. STAI puan ortalamaları yaş kategorilerine göre bakıldığında, aralarında anlamlı istatistiki fark bulunamamıştır. Eğitim öğretim süresine baktığımızda 16 yıl üstü okumuş babaların EPDS puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek olup, 5,21 şeklindeydi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Gruplar arasında eğitim süresine göre 8 yıl altı okuyanlar ve 8 yıl üstü okuyan babaları karşılaştırdığımızda 1 yaş bebeği olan 8yıldan fazla okumuş babalarda ortalama EPDS değeri 5,8 idi. Gruplar arasında eğitim süresine göre 8 yıl altı okuyanlar ve 8 yıl üstü okuyan babalarda EPDS puan ortalaması istatistiki fark anlamlıydı. $p=0,016$, $F=5,9$

STAI puan ortalamaları eğitim süresine göre 8 yıl altı okuyanlar ve 8 yıl üstü okuyanlar kategorisine göre karşılaştırılacak olursak STAI 1 ve STAI 2 için anlamlı çıkmamıştır.

Çalışan çalışmayan gruba baktığımızda çalışmayanların EPDS puanı en yüksek olup 5,1 şeklinde idi. Çalışanların toplamda EPDS puan ortalaması 4,67 idi. Medyanı 4 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Çalışmayanlarda EPDS puanı 5,18 özel sektör çalışanlarında 4,53, memurlarda 4,94, girişimcilerde 4,42 şeklinde idi. EPDS puan ortalamaları arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildi.

Çalışmayanlarda STAI 1 17,73 puan, Girişimcilerde STAI 1 14,42 puan, Özel sektör çalışanlarında STAI 1 16,63 puan, Memurlar arasında STAI 1 16,23 puan şeklindeydi. STAI 1 ve 2 puanları arasında fark yoktu. Verilerin detayı Tablo 4.2.3.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin EPDS STAI 1-2 puan ortalamalarına göre Dağılımları (N=226)

Özellik		EPDS			STAI 1		STAI 2	
		N	M	Ortalama (± Standart Sapma)	M	Ortalama (± Standart Sapma)	M	Ortalama (± Standart Sapma)
Yaş (Kategorik)	19-25	9	3	4,22±5,6	20	18,5±3,7	44	45,3±4,6
	26-30	63	4	4,4±3,7	17	17±4,3	46	46,5±5,3
	31-35	101	3	4,5±4,1	17	16±5,9	45	45,7±5,9
	36 Yaş ve Üstü	53	5	5,2±4,1	16	16,1±6,7	46	47,3±7
Bakılan Test		Anova F=0,43 p=0,73			Anova F=0,83 p=0,47		Anova F=0,92 p=0,42	
Eğitim Öğretim Yılı (Kategorik)	8 Yıl Altı	46	2	3,3±3,3	17,5	16,8±4,9	45	45,04±5,3
	8 Yıl Üstü	180	4	5,03±4,2	17	16,3±5,8	46	46,6±6,1
Bakılan Test		Anova F=5,9 p=0,016			Anova F=0,31 p=0,57		Anova F=2,5 p=0,11	
Meslek	Çalışmayan	11	4	5,1±2,9	17	17,7±4,4	44	46,1±5,4
	Memur	79	4	4,9±4,5	16	16,2±5,1	45	46,1±6,3
	Özel Sektör	124	4	4,5±4,04	17	16,6±6,2	46	46,3±6
	Girişimci	12	4,5	4,42±3,1	13,5	14,4±4,3	46,5	46,5±5,1
Bakılan Test		Anova F=0,22 p=0,88			Anova F=0,77 p=0,51		Anova F=0,02 p=0,99	

Evlenme yaşı 32 ve üzeri olanlarda EPDS puanı 4,93’tü. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Evlilik süresine göre EPDS puanlarına baktığımızda en yüksek puan 3-4 yıl arasında 5,4 olarak hesaplandı. EPDS puan ortalamaları evlenme

süresine bakacak olursak 4. Ayda 3-4 yıllık evlilerde EPDS ortalama puan 6,6 iken, 4. Ayda 5-9 Yıllık evlilerde EPDS ortalama puan 6,7 idi. 12 aylık bebeği olanlarda 3-4 Yıllık evlilerde EPDS ortalama puan 6,2 idi. EPDS puan ortalamaları arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildi.

STAI 1 puanı STAI 2 puanı arasında evlenme yaşı olarak anlamlı fark yoktu.

EPDS puan ortalamaları evlenme süresine bakacak olursak 4. ayda 3-4 yıllık evlilerde EPDS ortalama puan 6,6 iken, 4. ayda 5-9 Yıllık evlilerde EPDS ortalama puan 6,7 idi. 12 aylık bebeği olanlarda 3-4 Yıllık evlilerde EPDS ortalama puan 6,2 idi. EPDS puan ortalamaları arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildi. Evlilik süresi STAI 1 puan ortalamaları STAI 2 için anlamlıydı. 10 yıl ve üzeri evli olanların aldıkları STAI 2 puan ortalaması 48,8 idi. 3-4 yıl evli olanların STAI 2 puan ortalaması 47,5 idi. $p=0.001$ Verilerin detayı Tablo 4.2.3.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.3. Katılımcıların Evlilik Özelliklerinin EPDS STAI 1-2 puan ortalamalarına göre Dağılımları (N=226)

Özellik		EPDS			STAI 1		STAI 2	
		N	M	Ortalama (± Standart Sapma	M	Ortalama (± Standart Sapma	M	Ortalama (± Standart Sapma
Evlenme Yaşı (Kategorik)	18 yaşından küçük	1	0	0±0	23	23±0	47	47±0
	18-26 Yaş	97	4	4,7±3,8	17	17±4,8	46	47,1±5,3
	27-32 Yaş	114	3,5	4,7±4,3	16	15,9±5,9	45	45,6±6,1
	32 Yaş ve Üstü	14	4	4,9±4,0	16	15,3±8,4	43	45,5±9,1
Bakılan Test		Anova F=0,44 p=0,72			Anova F=1,2 p=0,30		Anova F=1,1 p=0,33	
Evlilik Süresi	1-2 yıl	76	3	4,1±4,2	18,5	17,5±4,5	45	46±6,4
	3-4 yıl	42	5	5,4±4,4	16	15,2±6,3	47	47,5±5,8
	5-9 yıl	65	4	5±4,2	16	15,3±6,1	44	44,3±4,7
	10 yıl ve üstü	40	4	4,3±3,3	17,5	17±5,8	47,5	48,8±6,2
Bakılan Test		Anova F=0,87 p=0,47			Anova F=2,06 p=0,087		Anova F=4,5 p=0,001	

Çekirdek aile EPDS puan ortalaması 4,6 geniş aile EPDS puan ortalaması 5,05'ti. 1 Daha önce geçirilmiş depresyon öykü olanların EPDS puan ortalaması 6,77 idi. Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü olmayanların EPDS puan ortalaması 4,5 idi. 2 Daha önce psikiyatrik tanı alanların EPDS puan ortalaması 6,46 idi. Daha önce psikiyatrik tanı almayanların EPDS puan ortalaması 4,69 idi. 3 Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. 1: $F=0,16$ $p=0,8$; 2: $F=3,5$ $p=0,6$; 3: $F=2,5$ $p=0,83$

Çekirdek aile için STAI 1 16.50, STAI 2 için 46.16 idi. Geniş aile için STAI 1 için 15.70, STAI 2 için 47,70 idi STAI 1 puanı STAI 2 puanı arasında aile açısından anlamlı fark yoktu. STAI 1 $F=0,21$ $p=0,8$ puanı STAI 2 $F=0,59$ $p=0,55$

Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü olanların STAI 1 puan ortalaması 17,38 idi. Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü olmayanların STAI 1 puan ortalaması 16,37 idi. Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü olanların STAI 2 puan ortalaması 48,08 idi. Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü olmayanların STAI 2 puan ortalaması 46,19 idi. Aralarında anlamlı fark yoktu. Stai-1: $f=0,39$ $p=0,53$; Stai-2: $f=1,2$ $p=0,27$.

Daha önce psikiyatrik tanı alanların STAI 1 puan ortalaması 16,23 idi. Daha önce psikiyatrik tanı almayanların STAI 1 puan ortalaması 16,38 idi. Daha önce psikiyatrik tanı alanların olanların STAI 2 puan ortalaması 47,15 idi. Daha önce psikiyatrik tanı almayanların STAI 2 puan ortalaması 48,25 idi. Aralarında anlamlı fark yoktu. STAI-1: $f=0,22$ $p=0,79$; Stai-2: $f=0,14$ $p=0,86$

Eşinin gebeliğinin planlı olmaması STAI 1 ve EPDS puan ortalamaları için anlamlı çıkmıştır. **STAI 1: $f=3,4$ $p=0,03$; EPDS $f=4,01$ $p=0,019$** Verilerin detayı Tablo 4.2.3.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.4. Katılımcıların gebelik doğum ve uyku Özelliklerinin EPDS STAİ 1-2 puan ortalamalarına göre Dağılımları (N=226)

Özellik		EPDS			STAİ 1		STAİ 2	
		N	M	Ortalama (±Standart Sapma)	M	Ortalama (± Standart Sapma)	M	Ortalama (± Standart Sapma)
Gebelik ve doğum sonrasında size yardımcı olacak kimseler var mıydı?	Evet	187	4	4,5±3,9	17	16,5±5,5	45	46,1±6,0
	Hayır	39	3	5,2±4,8	17	15,9±6,5	47	47,2±5,9
Bakılan Test		Anova F=0,71 p=0,40			Anova F=0,32 p=0,56		Anova F=1,13 p=0,28	
Bebeğiniz dünyaya geldikten sonra uyku süreniz	Arttı	1	6	6±0	24	24±0	46	46±0
	Azaldı	137	4	4,9±4,0	17	16,4±6,3	45	46,5±6,2
	Değişmedi	30	2	3,2±4,0	19	17,5±4,1	47	47,1±5,7
Bakılan Test		Anova F=1,8 p=0,14			Anova F=1,3 p=0,25		Anova F=0,06 p=0,97	
Eşinizin Gebeliği Planlı Bir Gebelik Miydi?	Evet	181	3	4,3±3,9	17	16,9±5,3	45	46,3±6,1
	Hayır	42	6	6,2±4,6	14	14,5±6,6	46	46±5,2
Bakılan Test		Anova F=4,01 P=0,019			Anova F=3,4 p=0,033		Anova F=0,040 p=0,96	
Bebeğinizin Olmasını Siz İstediniz Mi?	Evet	216	3,5	4,5±4,0	17	16,5±5,7	46	46,2±6
	Hayır	10	7	8±4,2	13,5	14,9±5,1	46,5	46,7±6,30
Bakılan Test		Anova F=6,8 p=0,009			Anova F=0,74 p=0,38		Anova F=0,047 p=0,82	

4.2.4. Korelasyon Hesaplamalarına Ait Bulgular

Hesaplanan ortalama EPDS puanı 4,70 standart deviasyon 4,21 idi. STAİ 1 puanı ortalama 16,42 standart deviasyon 5,7 idi. STAİ 2 puanı ortalama 46, 3 standart deviasyon 6,02 idi. EPDS puanı ile STAİ 1 puanı arasında 0,25 kat negatif korelasyon vardı. İstatistiksel açıdan oldukça anlamlıydı. $p < 0,01$ STAİ 1 ile STAİ 2 puanları arasında 0,33 kat pozitif korelasyon mevcuttu. İstatistiksel açıdan oldukça anlamlıydı. $p < 0,01$ Verilerin detayı Tablo 4.2.4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.2.4.1. Katılımcıların EPDS ve STAI 1-2 Puan Ortalamalarının Korelasyonları

Puanlar ve Bakılan Testler		EPDS Puanı	STAI1 Puanı	STAI2 Puanı
EPDS Puanı	Pearson Correlation	1	-.252**	.124
	Sig. (2-tailed)		.000	.062
	N	226	226	226
STAI1 Puanı	Pearson Correlation	-.252**	1	.335**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	226	226	226
STAI2 Puanı	Pearson Correlation	.124	.335**	1
	Sig. (2-tailed)	.062	.000	
	N	226	226	226
**. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.				

5. TARTIŞMA

Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezinde 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığının belirlenmesi amaçlanan bu çalışma 226 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırmanın evrenini 01.01.2019-31.03.2020 tarihleri arasında Havacılar ASM' de takip edilen 33 hafta üzeri gebelerin eşleri ve 0-1 yaş arasında çocuğu olan tüm babalar oluşturmaktadır. Katılım gönüllülük esasına dayanmıştır. Araştırma planlanırken en yüksek katılımcı sayısına ulaşmak planlanmış olup, çalışan babaların aşı yaptırırken çoğunlukla eşlerine eşlik ettikleri ve çocuklarıyla alakalı soruları sorup öğrenmeye çalıştıkları ortam olan aile sağlığı merkezinde yapılması planlanmıştır.

Bu çalışmada babalara doğum öncesi eşleri 33-38. haftada iken, doğum sonrası bebekleri ilk haftada iken, bebekleri 4. ayda iken ve bebekleri 12 ayda iken bakılmış olup, farklı zamanlardaki babalarda depresyonu 4 ayrı evrede incelemesi, bu çalışmanın güçlü yönüdür. Mevcut çalışmalara ek olarak babalarda görülen depresyona 4 evre halinde bakması bilinen Türk çalışmaları içinde ilk defa yapılmıştır. Postpartum Paternal Depresyona 4 Evrede bakması açısından bilinen çalışmalar içinde bu çalışma ilk olma özelliği göstermektedir. Baba depresyonu hakkında ülkemizde yapılan çok fazla çalışma yoktur. Bu alanda bilimsel literatüre katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Çalışma planlanırken grup içi karşılaştırmalı prospektif bir gözlemsel çalışma olarak dizayn edilmişti ancak babaların takibinde 57 babadan sadece 13'ü araştırmaya devam etmek istedi. Araştırmaya katılımda büyük oranda red söz konusu olduğundan çalışmanın dizaynı değiştirilmesi bu çalışmanın zayıf yönüdür. Babaların araştırmaya katılmakta oldukça ilgisiz oldukları gözlemlendi. Araştırmaya katılan babaların EPDS puanı yüksek çıkanlar psikiyatri uzmanına ya da terapistle gitmeleri önerilmiş ancak hastaların tedavi aldıkları ya da terapi alıp almadıkları takip edilmemiştir. Araştırmada 57 adet 33-38. hafta gebe eşi, 57 bebeği doğum sonrası ilk haftada olan baba, 56 bebeği 4. ayda olan baba ve 56 bebeği 12 ayda olan babaya PPND açısından taranmıştır.

Çalışmanın yapıldığı çevre itibari ile Havacılar ASM sosyoekonomik seviyenin yüksek olduğu Urankent Sementi ile sosyoekonomik seviyenin oldukça düşük olduğu Demetevler Mahallesi arasındadır. ASM' ye kayıtlı 24000 kişi vardır. Sosyoekonomik yönden hem zengin hem de fakir bölgeleri içermesi nedeni ile her türlü çevreye hitap etmektedir, bu çalışmanın güçlü yönüdür. Bölgede Türkler, Kürtler, Lazlar, Çerkezler, Suriyeliler, Azeriler, Özbek ve Türkmenistanlı aileler vardır ancak bu çalışma hastaları etnik kökenine göre ayırt etmemiştir. Babaların etnik kökenine göre ayırt edilmemiş olması bu çalışmanın zayıf yönüdür. Etnik kökene bağlı olarak, geleneksel bazı farklılıklara göre, postpartum babalık depresyonu, babalarda farklılık gösterebilir. Bu konu da ayrı bir çalışma konusu olabilir.

Tüm katılımcıların EPDS puanlaması kesme puanı 10 alınarak hesaplandı. EPDS puanı kesme puanının üzerinde olup depresyon açısından riskli olanlar 226 kişide 28 kişi idi ve tüm grubun %12,39'unu oluşturuyordu. PPND doğum öncesi 33-38 haftalar arasında eşi hamile olan babalarda %14,04, doğum sonrası ilk bir haftadaki dönemde babalarda %5,26, doğumdan sonraki 4. ayda bakılan babalarda 14,29, doğumdan sonraki 12. ayda bakılan babalarda PPND %16,07 şeklinde bulunmuştur.

Bu araştırmanın sınırlılıkları arasında araştırmanın evreninin 24000 kişi içinden tamamen gönüllülük esasına bağlı olarak seçilmiş olması ve tüm topluma genellenemez olması yer almaktadır. Daha depresif ve anksiyete skoru yüksek babalar çalışmayı kabul etmiş olabilir.

Babalarda bakılan STAI 1 anksiyete ölçeğinde yüksek anksiyete için kesme değeri 48 ve üzerinde olarak alındığında 48 değerini geçebilen baba yoktu.

Babalarda bakılan STAI 2 anksiyete ölçeğinde yüksek anksiyete için kesme değeri 48 ve üzerinde olarak alındığında doğum öncesi 33-38 haftalar arasında eşi hamile olan babalarda %29,8, doğum sonrası ilk bir haftadaki dönemde babalarda %17,5, doğumdan sonraki 4. ayda bakılan babalarda %48,2, doğumdan sonraki 12. ayda bakılan babalarda %46,4 şeklinde bulunmuştur. Tüm grup için kesme değeri 48

alındığında anksiyete sıklığı %35,4 şeklinde idi. İstatistiki açıdan anlamlıydı. $P=0,007$

Babalarda pospartum depresyon yaşama sıklığı üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Araştırmaya katılan babaların tanımlayıcı özellikleri

2. Babaların doğum sonu depresyon puan ortalamaları, depresyon riskleri ve depresyon ile ilişkili bulguların karşılaştırılması

3. Babaların doğum sonrası anksiyete skorlarının tartışılması

5.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BABALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Çalışmamızda babaların yaş ortalaması 19-25 Yaş %4, 26-30 Yaş %27,9, 31-35 Yaş %44,7, 36 Yaş ve Üstü %23,5 şeklindeydi.

Eğitim düzeylerine bakıldığında ortalama 13,2 yıla denk gelmektedir. Katılımcıların %66'sı 12 yıl ve üzeri eğitime sahipti. Katılımcıların %79'u 8 yıl ve üzeri eğitime sahipti. N. Serhan'ın çalışmasında babaların %73,6'sının lise ve üzeri öğrenime sahip oldukları görülmüştür. Bizim çalışmamızla uyumludur (Serhan, 2010).

Katılımcıların %95,13'ü çalışıyordu, M. Nedim Tıraş'ın çalışmasında babaların çalışma oranı %97 idi bizim çalışmamızla uyumluydu (Tıraş Mehmet, 2018).Bu çalışmada katılımcılar üniversite hastanesinden seçilmiş olup, psikiyatrik özgeçmiş sorulmuş, %5 şeklinde çıkmıştır. Bizim çalışmamızda da daha önce geçirilmiş depresyon sorgulanmış ve aynı şekilde katılımcıların %5,7'si geçirilmiş depresyon öyküsü olduğunu söylemiştir. Bir başka çalışmada babalarda psikiyatrik hastalık öyküsü %4'dü (Okutucu Ayşegül, 2013).Bizim çalışmamızla uyumluydu.

Bir çalışmada erkeklerde toplamda %12,8 depresyon bulunmuştur. Bizim çalışmamızda tüm gruplarda %12,39 şeklinde depresyon bulunmuştur. Bu çalışma, doğum öncesi 20 haftadan itibaren 179 kişiden, doğum sonrası ilk 20 güne kadar

olan 55 kişiden oluşuyordu ancak doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon riski ayrı ayrı verilmemişti (Tıraş Mehmet, 2018).

Katılımcılar ortalama 5,56 yıl evli iken, katılımcılar minimum 1 yıl maksimum 25 yıl evli idi. Peker ve ark. yaptığı çalışmada evlilik sürelerinin ortalaması 6 idi bizim çalışmamızla uyumlu idi (Peker, 2016). Katılımcıların %91,11'i çekirdek aile, %8,89 'u geniş aile idi. Samet Kayalı' nın çalışmasında katılımcıların %91,3' çekirdek aile idi, bizim çalışmamızla uyumluydu (Kayalı, 2020).

Gebelik ve doğum sonrasında size yardımcı olacak kimseler var mıydı sorusuna katılımcıların %82,74' evet %17,26'sı hayır olarak cevaplamıştır. Doğum sonrasında bebeği 4. ayda olan babaların 4. aydaki 56 kişiden 26'sı gebelik ve doğum sonrası yardımcı olacak kimse olmadığını ifade etmiştir. Yani toplamda %46,4 ' gebelik ve doğum sonrası yardımcı olacak kimse olmadığını söylemiştir. 4. ayda desteğin daha az oluşu istatistiki olarak anlamlıydı.

Eşinizin gebeliği planlı bir gebelik miydi sorusuna katılımcıların %81,17'si evet olarak cevap vermiştir. Samet Kayalı'nın çalışmasında gebeliklerin %87,9' unun planlı gebelikti. Sabiha Işık'ın çalışmasında %72,6'si planlı olduğu, İbrice ve ark. alışmasında %96,8'inin planlı olduğu göz önünde alınacak olursak artık gebeliklerin büyük bir kısmının planlı olduğu ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte aile planlaması hizmetlerinin istenen oranda verildiği sonucuna ulaşılabilir (Kayalı, 2020)(Işık, 2019)(İbrice, 2019).

Bebeğinizin doğumu normal mi, sezaryen miydi sorusuna 1 yaş bebeği olanlarda sezaryen oranı %76,9 iken, 4. Ayda %62,5, yenidoğan grubunda %50,88 şeklinde bulunmuştur. Bu üç grubun toplamında ise 62,33 idi. Bir yıl önce sezaryen oranları daha yüksek iken günümüze geldikçe normal doğum oranının artmış olması oldukça dikkat çekicidir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre; sezaryen doğumların canlı doğumlar içerisindeki oranı ise 2012'de %48 iken 2016'da %53,1, 2018 yılında ise %54,9 oldu (https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf, n.d.).

Daha önce doğan çocuklarınızda gebelik esnasında tespit edilemeyen doğum sonrası ortaya çıkan konjenital malformasyon öyküsü var mıydı sorusuna %4,0'ü evet vardı şeklinde cevap vermiştir. Samet Kayalı'ın çalışmasında bebeklerin %5,4'ünde doğum sonrası herhangi bir hastalık veya konjenital anomali mevcuttu (Kayalı, 2020). Bizim çalışmamız ile uyumlu idi. Bu çalışmada babalara bebeğinin hangi konjenital anomaliye sahip olduğu sorulmamış olup, sorunun yanlış anlaşılması söz konusu olabilir.

5.2. KATILIMCILARIN PATERNAL POSTPARTUM DEPRESYON DURUMLARI

Tüm katılımcıların EPDS puanlaması kesme puanı 10 alınarak hesaplandı. EPDS puanı kesme puanının üzerinde olup depresyon açısından riskli olanlar 226 kişide 28 kişi idi. Doğum öncesi 33-38. hafta ve doğum sonrası ilk bir yıl birlikte hesaplandığında sıklığı %12,39 idi. Doğum öncesini çıkarılıp doğum sonrası ilk bir yıl sıklığına baktığımızda %11,8 idi. Babalarda paternal perinatal depresyon doğum öncesi 33-38. haftada %14,04, yenidoğanda %5,26, 4. ayda %14,29, 12. ayda %16,07 şeklinde bulundu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. $P=0,296$ Gruplar arasında sayısal olarak fark bulunmasına rağmen istatistiki olarak anlamlı bulunmamasının nedeni örneklem sayısının küçük olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda tüm katılımcıların EPDS puanlaması, Çiğdem Alkan'ın yapmış olduğu güvenilirlik çalışmasına dayanılarak yapıldı. Kesme puanı 10 alınarak hesaplandı (Alkan, 2017). EPDS puanı kesme puanının üzerinde olup depresyon açısından riskli olanlar 226 kişide 28 kişi idi ve tüm grubun %12,39'unu oluşturuyordu. Çin'de yapılan 47 çalışmanın sonucu olan, 20.728 kişinin dahil edildiği meta-analiz çalışmasında babalarda doğum öncesi depresyon prevalansı tüm trimesterlerde %9,76, birinci trimesterde %13,59, ikinci trimesterde %11,31 ve üçüncü trimesterde %10,12 idi. Doğum sonrası depresyon prevalansı tüm yıl içinde %8,75, bir ay içinde %8,98, bir-üç ay arasında %7,82, üç ay ile altı ay arasında %9,23 ve doğumdan sonra altı ay ile on iki ay arasında %8,40 şeklinde bulundu. Bu çalışmaya dahil edilen makalelerde prenatal ve postpartum depresyonun genel prevalansını hesaplamak için makaleler gebeliğin ilk üç aylık dönemi, gebeliğin

ikinci üç aylık dönemi, gebeliğin üçüncü üç aylık dönemi, doğum sonrası bir ay, doğum sonrası üç aylık dönem, doğum sonrası altı ay, doğum sonrası on iki aylık dönem olmak üzere düzenlenmiştir. Makalelerde çalışma sahası, kıtalar, EPDS kesme değeri, kalite değerlendirmesi, yayın yılı ve örneklem büyüklüğü göz önünde bulundurularak heterojenitenin mümkün olan asgari düzeye düşürülmesi hedeflenmiştir. Heterojenite farklı şiddette depresyon, sosyal destek azlığı veya çokluğu, fiziksel olarak sağlıklı olma gibi özelliklerden kaynaklanabilir. Bu çalışmada babalarda postpartum babalık depresyonu en fazla doğu pasifik ülkelerinde %10,6, Amerika %9,43 ve Avrupa’da % 5,52 şeklinde bulunmuştur (Rao et al., 2020).

Kanada’da yapılan 74 çalışmanın sonucu olan 41.480 kişinin dahil edildiği meta-analiz çalışmasında doğum sonrası ilk bir yıl paternal depresyon için meta-tahmin %8,4 (%95 güven aralığı, %7,2-9,6) idi ve yaygınlık oranları arasında önemli heterojenite gözlemlendi. Bu meta-analiz çalışmasında doğum sonrası ilk trimestir ve doğum sonrası bir yıllık baba depresyonunu bildiren çalışmalar dahil edilmiştir (Cameron et al., 2016). Bizim çalışmamızda depresyon oranının bu çalışmalardan yüksek çıkmasının nedeni örneklem büyüklüğünün az oluşu olabilir.

Bizim çalışmamızda eşi 33-38 gebe erkeklerin doğum öncesi depresyon oranı %14,04’dü. Ekin Dila Top’un çalışmasında 37-40 hafta gebe eşlerinde doğum öncesi depresyon oranı %4,3 şeklinde bulunmuştur (Top et al., 2016). Bu çalışmaya 92 baba dahil edilmiştir. Bir başka çalışmada 20. gebelik haftasından doğuma kadar olan süredeki gebelerin eşleri ile aynı hastanede yenidoğan polikliniklerine başvuran doğum sonrası ilk 28 günlük sürede yenidoğan bebeklerin babaları alınmıştır. Çalışmaya 234 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların %12,8’inde paternal perinatal depresyon tespit edilmiştir (Tıraş Mehmet, 2018). Yapılan başka bir çalışmada eşi gebe olan 157 baba aday çalışmaya alınmıştır. Babalara araştırmacı tarafından düzenlenen “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “DASÖ (Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği)” ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği” uygulanmıştır. Babalarda %24,8’inde anksiyete olduğu ve %17,8’inde depresyon olduğu saptanmıştır (İbrice, 2019). Ancak bu çalışmada EPDS ölçeği kullanılmamış olup onun yerine DASÖ kullanılmıştır. Bu çalışmada gebeler trimestirine göre ayrılmamıştır. Yapılan

çalışmalarda farklı oranların çıkmasının nedeni, çalışmayı kabul eden babaların toplumsal normlardan dolayı semptomlarını saklamak isteği olabilir, EPDS ölçeği için kesme noktasının farklı çalışmalar için farklı olarak alınması yine sonuçları etkilemektedir. Ekin Dila Top'un çalışmasında ve M.Nedim Tıraş'ın çalışmasında EPDS kesme puanı 12/13 alınmıştır bizim çalışmamızda EPDS kesme puanı 10 ve üzeri şeklinde alınmıştır. Bizim çalışmamızda oranın daha yüksek çıkmasının nedeni bu olabilir. Ȉalıřmalarda farklı ölçeklerin (EPDS, DASÖ gibi) kullanılmış oluşu da farklı oranların çıkmasına neden olabilir.

Doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonun aylara göre dalgalanma göstermesi, babalara göre ayrı bir ölçeğinin olmaması, tanısının tarama ölçekleri ve klinik ile birlikte konulması, depresyon geçiren babanın yardım arayışı içinde olmaması da tanıyı güçleştiren etmenlerdendir.

Amerika'da yapılan kesitsel bir çalışmada ilk defa bebek bekleyen 622 babanın (ortalama yaş 34.3±5.0) depresif semptomları ölçüldü. Bu babaların eşleri gebe ve hepsi 28-36. haftalar arasındaydı. EPDS ölçeği kullanılarak yapılan bu çalışmada babaların %13,3'ü depresif semptomlara sahipti. Bu çalışmada EPDS kesme noktası ≥ 10 şeklinde alınmıştır (Da Costa et al., 2017). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumluydu ve kesme noktası bizim çalışmamızla aynıydı. Almanya'da Gawlik ve ark. yaptığı çalışmada 102 erkek eşleri gebeliğinin 2. Ve 3. trimestrinde iken ve gebelik sonrası 6 haftalık dönemde PPND açısından incelendi. Babalarda doğum öncesi artmış depresif belirti prevalansı doğum öncesi % 9,8 ve doğum sonrası % 7,8 idi (Gawlik et al., 2014). Bu çalışmada kesme puanı 9 ve üzeri şeklinde alınmış olup, doğum öncesi babalardaki depresyonun bizim çalışmamızdan daha az çıkmasının nedeni babaların eşlerinin gebeliğinin 2. Ve 3. trimestrinde olması ve ülkesel farklılıklar, sosyal desteğin daha fazla oluşu, gebe okullarının daha yaygın oluşu, sosyo-kültürel olarak daha gelişmiş bir ülke oluşundan kaynaklanıyor olabilir.

Rao ve ark. çalışmasında babalarda doğum öncesi depresyon prevalansı tüm gebelik boyunca %9,76, birinci trimesterde %13,59, ikinci trimesterde %11,31 ve üçüncü trimesterde %10,12 bulunmuştur (Rao et al., 2020). Bizim çalışmamızda depresyon oranının bu orandan daha yüksek olması, çalışmamızdaki örneklem

sayısının az oluşu olabilir. Bu konuda gebeliği trimestirine ayırarak daha büyük örneklem sayısına ulaşan çalışmalar Türk toplumunu daha iyi yansıtabilir.

Çalışmamızda PPND oranı yenidoğan bebeği olan babalarda %5,26 şeklinde bulunmuştur. Sabiha Işık tarafından yapılan çalışmada doğum sonrası 124 baba araştırma kapsamına alınmıştır. Babaların doğum sonrası birinci günde EPDS puan ortalaması $5,25 \pm 4,58$ 'dir ve %16,9'u PPND açısından riskli bulunmuştur. Bizim çalışmamızda babaların doğum sonrası 7. günde puan ortalaması 3,26 idi ve doğum sonrası 7. günde bakılan baba sayısı 57 idi. Sabiha Işık'ın yaptığı çalışmada babaların doğum sonrası birinci günde aldığı EPDS puan ortalaması ile bizim çalışmamızdaki doğum sonrası 7. Günde ölçtüğümüz EPDS puan ortalaması benzerdi. EPDS yüzdesinin farklı olması örneklem büyüklüğünden kaynaklanıyor olabilir. Sabiha Işık'ın çalışmasında doğum sonrası ikinci ayda ise babaların EPDS puan ortalaması $4,58 \pm 4,20$ olup, %14,5'i depresyon açısından riskliydi. Bu çalışmada kesme noktası bizim çalışmamızdaki gibi 10 alınmıştı (Işık, 2019). Bizim çalışmamızda 4. ayda bakılan babaların EPDS puan ortalamaları 4,96 idi. Bu çalışma ile uyumluydu.

E. Top ve ark. çalışması 92 gönüllü çift ile gerçekleştirilmiş olup, doğum öncesi 37.-40. haftalarda ve doğum sonrası 4.-6. haftalarda PPND açısından babalar taranmıştır. 84 çift doğum sonrası görüşmeyi tamamlamıştır. PPND babalarda doğum sonrası 4.-6. haftadaki dönemde %7,1 şeklinde bulunmuştur. Bu çalışmada EPDS Ölçeği kullanılmıştır. Kesme puanı 12/13 alınmıştır (Top et al., 2016). Ceyhun Peker ve ark. çalışmasında 252 baba ilki bebek doğduğu zaman, ikincisi doğum sonrası 6. haftada olmak üzere PPND açısından değerlendirilmiştir. Çalışmada EPDS ölçeğinden babalar 6. Haftadaki görüşmede $5,85 \pm 4,08$ puan almış olup, çalışma sonucunda EPDS ölçeğine göre babalarda depresyon oranı 6. haftada %5,6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada EPDS ölçeği kesme noktası 13 ve üzeri puan alanlar depresyon açısından riskli olarak kabul edilmiştir (Peker, 2016).

N. Serhan'ın çalışmasında doğum sonrası 2-6. aylarda 110 çifte bakılmıştır. Erkeklerin %1,8'inde PPND görülmüştür. Kesme puanı 12/13 alınmıştır (Serhan, 2010). Bu çalışmalara bakarak doğum sonrası depresyonun doğum sonrası bir miktar azaldığı ancak aylar içinde tekrar artış gösterdiği söylenebilir. Hamileliğin son

dönemi depresyonun artış gösterip, doğumla birlikte azalması ve sonrasında ilk yıl içinde tekrar artması literatür ile uyumluydu (Areias et al., 1996). Paulson & Bazemore PPND' nin doğum sonrası dönemde 3- 6 aylık dönemde babalarda en sık şekilde görüldüğünü söylemiştir (Paulson & Bazemore, 2010). Bizim çalışmamızda da bu çalışma ile uyumlu olarak PPND doğum sonrası 4. ayda %14,29 şeklinde bulunmuştur.

İngiltere'de Ballard ve ark. yaptığı çalışmada 200 çift alındı ve bu çalışmada çiftlere 6. haftada ve 6. ayda olmak üzere 2 defa çiftler EPDS kullanılarak değerlendirildi. EPDS kesme değeri 13 ve fazlası olarak alındı. Bu çalışmanın sonucuna göre babalarda görülen postpartum depresyon oranı 6. haftada % 7.9 ve 6. ayda % 5.6 şeklinde idi (Ballard et al., 1994). Bu çalışma 6. haftada daha fazla depresyon görülüp, 6. ayda daha az depresyon görülmesi ile bizim çalışmamız ile uyumsuzdu. Bu durum İngiltere' deki sağlık sistemi çalışanlarının depresyonu daha erken tanıyıp tedavi etmesi nedeni ile olabilir.

Çalışmamızda PPND oranı 12. aylık bebeği olanlarda %16,07 şeklinde bulundu. Turton ve ark. çalışmasında 12 aylık bebeği olanlarda depresyon %5,9 şeklindeydi. Bizim çalışmamız ile uyumsuzdu (Turton et al., 2006). Ülkemizde teşhis ve tedavi edilmeyen depresyonun çok fazla olması nedeniyle böyle bir sonuç çıktığı düşünüldü.

Yapılan çalışmalarda çoğunlukla doğum sonrası babalara yönelik yapılmış olup, aynı yaştaki daha büyük yaşlarda çocukları olan babalarla bu babalar karşılaştırılmamıştır (Ballard et al., 1994)(Cameron et al., 2017)(Gawlik et al., 2014). Oysa ki depresyon çok yaygın görülen bir halk sağlığı problemidir. Erişkinlerde tüm dünyada 264 milyondan fazla insan depresyon yaşamaktadır (who, 2018). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre depresyon yaşayan insanlardan düşük ve orta gelirli ülkelerdeki insanların %76 ila %85'i hastalıkları için hiçbir tedavi almamaktadır (Wang et al., 2007). Tedavi almayan bu insanlar baba olduklarında tedavi edilmemiş depresyon rahatsızlığı içinde iseler rahatsızlıkları daha da artacaktır. Bu anlamda babaların aynı yaşlardaki bir kontrol grubu ile karşılaştırılması olayı daha objektif hale getirecektir (Albicker et al., 2019). Almanya 'da PPND ve normal zamandaki depresyonu araştıran bu çalışmada 1 yıl boyunca 2 ayrı bölge seçilmiş. Her bir

bölgede 2300 yeni baba 2300 de yakınlarda baba olmamış babalar, olacak şekilde ayrılmıştır. Yeni baba olmuş 4600 erkek ile yakınlarda baba olmamış 4600 erkeği depresyon ve postpartum depresyon açısından karşılaştırma yapan bu çalışma devam etmektedir (Albicker et al., 2019). Ülkemizde yapılan Samet Kayalı' nın çalışmasında 0-12 ay ve 13-72 ay çocuğu olan babalarda postpartum depresyon/depresyon sıklığının karşılaştırılmış, çalışmaya 355 baba dahil edilmiştir. EPDS ölçeğine göre babaların %18,6'sında depresyon tespit edilmiştir. 0-12 ay çocuğu olan babalarda EPDS ölçeğine göre depresyon oranı %20,2'dir. 13-72 ay çocuğu olan babalarda EPDS ölçeğine göre depresyon oranı %16,9'dur. İki grup baba arasında depresyon sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada depresyon sıklığı bizim çalışmamızdan yüksek çıkmış olup, çalışmanın örnekleme incelendiğinde 33 yaş üstü babaların örneklemin %51'ini oluşturuyor oluşu depresyon oranının fazla çıkmasının nedeni olabilir (Kayali, 2020).

Gelişmiş ülkelerde Postpartum Paternal Depresyon oldukça yaygın iken, Dünya'nın en yoksul ülkelerinden biri olan Nijer'de yapılan bir araştırmaya göre, 331 baba doğum başlangıcında ve doğum sonrası 6. haftada PPND açısından bakıldı. Doğum anında bakılan depresyon görülme sıklığı %3'dü. Depresyon belirtisi olan bu babalar 6. haftada örneklemden çıkarıldılar. Doğum sonrası 6. haftada PPND insidansı %5,9'du. Toplamda %8,8 babada PPND vardı. Başlangıçta, işsiz babalar arasında PPND prevalansı çalışanlara göre daha yüksekti, çalışmayanlarda %21,4 PPND görülmesine karşın çalışanlarda PPND %2,2 şeklindeydi. İstatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,01$). 6. haftada paternal PPND ile çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir korelasyon yoktu (Ayinde & Lasebikan, 2019). Bu çalışmadaki PPND oranları bizim çalışmamızdaki depresyon oranlarından daha az çıkmıştır. Bu durumun nedeni bölgesel farklılıklar olabilir.

5.3. KATILIMCILARIN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN PATERNAL POSTPARTUM DEPRESYON DURUMLARI

Yaş kategorisinde baktığımızda 36 yaş ve üstü babaların EPDS puan ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olup 5,25 şeklinde olduğu gözlemlendi. İstatistiksel olarak anlamlı değildi. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Schytt ve

Bergström çalışmasında 43 yaş ve üzerindeki babaların doğumla ilgili karışık veya olumsuz duyguları daha yaygındı, yaşlı erkekler doğumu gençlere göre daha zor olarak değerlendirdiler (Schytt & Bergström, 2014). Leung ve ark. çalışmasında ve Edward ve ark. çalışmasında ileri baba yaşı risk faktörü olarak bulunmuştur (Leung et al., 2017)(Edward et al., 2015). İnsan yaşı ilerledikçe hayata karşı olan esnekliğin azalması bu durumun nedeni olabilir.

Eğitim öğretim süresine baktığımızda 16 yıl üstü okumuş babaların EPDS puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek olup, 5,21 şeklindeydi. 8 Yıldan fazla okuyanlarda depresyon oranı %13,3'dü, ancak her ikisi de istatistiki olarak anlamlı değildi. Dudley ve ark. çalışmasında düşük eğitim düzeyi PPND için risk faktörü olup bizim çalışmamızla uyumlu değildi (Dudley et al., 2001). Leung ve ark. çalışması da bizim çalışmamızla uyumlu değildi (Leung et al., 2017). Ülkemizde okuma yılı arttıkça ekonomik anlamda refahın artmaması ve gelir gider dengesizlikleri bu durumun nedeni olabilir.

Evlilik süresi 3-4 yıl olanlarda %14,3 depresyon, 5-9 süresi arası olanlarda %15,4 depresyon, 10 yıl üstünde olanlar %5 depresyon var idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. Yapılan bir çalışmaya göre 15 yıl üzeri süredir evli olan bireylerin, 11-15 yıl evli olan bireylere göre daha fazla yaşam doyumu sergiledikleri görülmüştür (Gel et al., 2020). 10 yıl üzeri evlilik süresi olanlarda daha az depresyon görülmesinin nedeni yaşam doyumunun daha fazla olması olabilir.

Gebelik ve doğum sonrasında size yardımcı olacak kimseler var mıydı sorusuna 187 kişi evet 39 kişi hayır olarak cevap vermiştir. Bu soruya hayır cevabı verenlerde depresyon %17,9 şeklindeydi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. Peker ve ark. çalışmasına göre sosyal destek yokluğunun depresyon riskini 25 kat arttırdığı saptandı ($p<0,001$) (Peker, 2016). Bu çalışma bizimki ile uyumlu değildi. Bizim çalışmamızda gruplar arasında sayısal olarak çok büyük bir fark olması nedeni ile istatistiki farkın çıkmadığı düşünüldü.

Eşinin gebeliği planlı olanlarda depresyon %10,5 olmayanlarda depresyon %21,4'dü. İstatistiki olarak anlamlı değildi ancak EPDS puan ortalamalarına baktığımızda eşinin gebeliği planlı olanlarda EPDS puan ortalaması $4,3\pm 3,9$, eşinin

gebeliği planlı olmayanlarda EPDS puan ortalaması $6,2 \pm 4,6$ şeklinde çıkmış olup, $F=4,0$ $p=0,019$ olup istatistiki olarak anlamlıydı. Yapılan bir çalışmada gebeliğin plansız olmasının depresyon riskini 5,5 kat artırdığı tespit edildi ($p<0,05$) (Okutucu Ayşegül, 2013). S.Kayalı'nın çalışması da bizim çalışmamızla uyumluydu (Kayali, 2020).

Daha önce geçirilmiş depresyon olanlarda EPDS yüzdesi %38,5 idi. Daha önce psikiyatrik bir tanı alanlarda EPDS yüzdesi %23,1 idi. Yakın akrabasında ya da ailesinde psikiyatrik hastalığı olanlarda depresyon yüzdesi %20 idi. Yakın akrabasında ya da ailesinde psikiyatrik hastalık olmayanlarda depresyon yüzdesi %11,4 idi. Evlilik süresi, geçirilmiş depresyon öyküsü, daha önce psikiyatrik bir tanı alma, parametreleri istatistiki olarak anlamlı değildi Sayısal olarak bir yükseklik olmasına rağmen C. Peker' in çalışmasına benzer şekilde yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi, daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi durumların babalarda doğum sonu depresyonu üzerine etkisi olmadığı saptandı (Peker, 2016). Bruno ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz çalışmasında da yaş, geçirilmiş depresyon öyküsü, eğitim düzeyleri, depresyon düzeylerini önemli ölçüde azaltmadığı şeklinde bulunmuştur (Bruno et al., 2020).

Bebeği küvezde yatanlarda depresyon oranı %2,9 yatmayanlarda depresyon oranı %14,3 idi. İstatistiki olarak anlamlı değildi. Küvezde yatanlarda muhtemelen çocuğun yaşama ya da ölme gibi bir hayati riski bulunması nedeniyle bu durum depresyon ihtimalini düşürmüş olabilir.

Bebeği dünyaya geldikten sonra uyku süresi azalanlarda depresyon oranı %13,1, değişmeyenlerde depresyon oranı %6,7 idi. Bizim çalışmamız ile benzer şekilde D.da Costa ve ark. çalışmasında düşük uyku kalitesine sahip erkekler daha yüksek depresif ruh hali puanları almışlardır. Bu çalışmada uyku ile EPDS puanları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Da Costa et al., 2017). Bizim çalışmamızda uyku süresinin depresyona etkisinin anlamlı çıkmamasının nedeni örneklemimizin küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Daha önce doğan çocuklarınızda engelli olanlarda depresyon oranı %33,3 daha önce doğan çocuklarınızda engelli olmayanlarda depresyon oranı %11,6 idi.

İstatistiki olarak anlamlı değildi. B. Ören'in çalışmasına göre engelli çocuğu olan 100 ebeveyn üzerinde yapılan çalışmada ebeveynlerin %48'inin ağır depresyon belirtileri gösterdiği tespit edildi. Bizim çalışmamız ile uyumlu idi (ÖREN & AYDIN, 2020).

5.4. KATILIMCILARIN DOĞUM SONRASI ANKSİYETE SKORLARLARININ TARTIŞILMASI

Baba adaylarının doğum öncesi ve doğum sonrası ilk bir yıl durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamaları ile karşılaştırıldı.

Bizim çalışmamızda gruplar arasında STAI-1(STAI-S) puan ortalamalarına bakacak olursak Eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalarda doğum öncesi STAI-S puanı 15,46, eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. Günde STAI-S puanı 16.18, 4. ayda STAI-S puanı 16.82 ve 12. ayda STAI-S puanı 17.27 şeklinde bulunmuştur. STAI-S puanları arasında gruplar arasında istatistiki fark yoktur.

Gruplar arasında STAI 2 (STAI-T) puan ortalamalarına bakacak olursak Eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalarda doğum öncesi STAI-T puanı 45,19, eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. günde STAI-T puanı 44,82, 4. ayda STAI-T puanı 47,82, ve 12. ayda STAI-T puanı 45,19 şeklinde bulunmuştur. STAI-T puanları gruplar arasında anlamlı istatistiki fark mevcuttu.

Kesme değeri 40 olarak alındığında; STAI 1 için bütün babalar 40 değerinin altındaydı. STAI 2 için 40 puan altında olup anksiyetesi düşük kabul edilenler; grup 0 için %14, grup 1 için %8,8 grup 2 için %5,4, grup 3 için %7,1, tüm grup için %8,8 idi. STAI 2 için 40 puan üstünde olup anksiyetesi orta veya yüksek kabul edilenler; grup 0 için %86, grup 1 için %91,2 grup 2 için %94,6, grup 3 için %92,9, tüm grup için %91,2 idi. İstatistiki açıdan anlamlı değildi. $P=0,39$

STAI 2 için anksiyetesi orta kabul edilip 40-47 puan alanlar; grup 0 için %56,1, grup 1 için %73,7, grup 2 için %46,4, grup 3 için %46,4, tüm grup için %55,8 idi. STAI 2 için anksiyetesi yüksek kabul edilip 48 puan ve üzeri alanlar grup 0 için %29,8, grup 1 için %17,5, grup 2 için %48,2, grup 3 için %46,4, tüm grup için %35,4 idi. İstatistiki açıdan anlamlıydı. $P=0,007$

19 ülkeden 7694 babanın katıldığı otuz dört çalışmanın dahil edildiği derleme çalışmasında elde edilen bulgulara göre, babaların perinatal dönemde, özellikle doğum sırasında anksiyete yaşadıklarını göstermektedir. Bu çalışmanın bulgularına göre anksiyete gebeliğin başlangıcından doğuma kadar artan bir özellik gösteriyordu. Doğumdan sonra birinci yıla kadar azalıyordu. Anksiyete prevalansı antenatal dönemde %3,4 ile %25,0, postnatal dönemde %2,4 ile %51,0 arasında değişiyordu (Philpott et al., 2019). Bizim çalışmamız ile uyumluydu.

Bir sistematik çalışmada babalardaki anksiyete skoru prenatal evrede 4% - 16% çıkarken postnatal evrede 2% - 18% olarak izlenmiştir (Leach et al., 2016). Bizim çalışmamız bu çalışma ile uyumlu değildi. Doğum öncesi artan anksiyete puan ortalamaları doğum sonrası azalmıyordu, artıyordu ancak istatistiksel bir fark oluşturmuyordu. Bu durumun sebebi babaların psikolojik sıkıntıları zayıflık olarak görmesinden dolayı, yardım istememesinden kaynaklanması olabilir. Bu yüzden sağlık profesyonellerine ulaşmamakta, tedavi almamakta ve bu durum babaların yaşadığı anksiyete sorunlarının daha da kronikleşmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmalarda kullanılan tarama ölçeklerinde kullanılan ölçeklerde bir kısmında ortalama değerler, bir kısmında kesme değerleri olması, çalışmalardaki heterojeniteyi artırmaktadır.

B.Arnal-Remón'un çalışmasında gebeliğin üçüncü trimesterindeki kadın ve erkeklerde depresyon, anksiyete ve psikolojik iyilik belirtilerini değerlendirmek ve bunları hem çocuklu hem de çocuksuz erkek ve hamile olmayan kadınlardan oluşan iki kontrol grubuyla karşılaştırmıştır. Eşi 3. trimestirde olan babalarda STAI-S puan ortalaması 12,32 ve standart sapması 8,66 şeklindeydi. Bizim çalışmamızla uyumluydu (Arnal-Remón et al., 2015). Thome M. & Arnardottir SB'nin çalışmasında eşi 3. trimestirde olan babalarda yapılan çalışmada bizim çalışmamızla uyumluydu (Thome & Arnardottir, 2013).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde babalardaki anksiyetenin genel olarak yüksek olduğu, doğum öncesi daha yüksek olup, doğum sonrası daha düşük olduğu, gebelik, doğum, doğum sonrası yaşam için eğitim alanların anksiyete düzeyinin

azaldığı, sosyoekonomik düzeyi düşük olanların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu şeklinde çalışmalar vardır. Çalışmalar arasında ortak olarak kullanılan bir tarama ölçeği olmadığı, kullanılan tarama ölçeklerinde kullanılan ölçeklerde bir kısmında ortalama değerler, bir kısmında kesme değerleri olduğu gözlenmiştir (Charandabi et al., 2017)(Leach et al., 2016)(Vismara et al., 2016).

Genel olarak bakıldığında, ortalama puanlar ve yaygınlık oranları göz önünde bulundurularak, bulgular babaların doğum öncesi dönemden doğum zamanına kadar artan anksiyete yaşadıklarını ve anksiyetenin doğumdan sonraki dönemde azaldığını göstermektedir (Philpott et al., 2019).(Vismara et al., 2016). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde STAI-T ölçeğinden 48 puan ve üzeri alan yüksek anksiyete riski taşıyan babaların doğum öncesi yüksek olan anksiyete düzeyleri doğum sonrası düşüyordu ancak bu çalışmadan farklı olarak anksiyete düzeyleri aylar içinde tekrar yükseliyordu. Bu durumun nedeni Türk erkeklerinin stresle başa çıkma becerisinin düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

STAI-S puanı STAI-T puanı arasında evlenme yaşı olarak anlamlı fark yoktu. Evlilik süresi STAI puan ortalamalarından STAI-T için anlamlıydı. 10 yıl ve üzeri evli olanların aldıkları STAI-T puan ortalaması 48,8 idi. 3-4 yıl evli olanların STAI-T puan ortalaması 47,5 idi $p=0,001$ TÜİK verilerine göre Türkiye'deki boşanma oranları ilk bir yıl %2,6, 1-5 yıl arasında %33,4, 6-10 yıl arasında %20,6, 11-15 yıl arasında %15,8 şeklindeydi. Anksiyete puanlarının yüksek olduğu dönemlerde boşanma oranlarının da fazla olması anksiyete ve boşanma arasında ilişki olabileceği düşünüldü (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2019-33708>, n.d.). Yapılan bir çalışmada durumluk kaygı (STAI-1) düzeyi evlilik süresine ve evlilik yaşına bağlı olarak farklılaşma gösterirken; sürekli kaygıda (STAI-2) söz konusu değişkenlere bağlı herhangi bir farklılaşma tespit edilmemiştir. Evlilik süresi daha kısa olanların ve daha küçük yaşta evlenenlerin durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma bizimki ile uyumsuzdu (Irmak, Durmuşoğlu, 2017).

Eşinin gebeliğinin planlı olmaması STAI 1 için anlamlı çıkmıştır. S. Kayalı'nın da belirttiği gibi, plansız bir gebelik aile içi dengeleri yerinden oynatacak, maddi olarak endişelere neden olacak, gelecekle alakalı planlar varsa bunları sekteye

uğratacaktır. Bütün bunlar hem babanın hem de annenin anksiyete düzeyini yükseltebilir (Kayali, 2020).

Hesaplanan ortalama EPDS puanı 4,70 standart deviasyon 4,21 idi. STAI-S puanı ortalama 16,42 standart deviasyon 5,7 idi. STAI-T puanı ortalama 46, 3 standart deviasyon 6,02 idi. EPDS puanı ile STAI-S puanı arasında 0,25 kat negatif korelasyon vardı. Ve istatistiksel açıdan oldukça anlamlıydı. $p < 0,01$ Güney İsveç’de yapılan bir araştırmaya göre 5 hastanede takip edilen eşi 37 haftanın üzerinde olan 160 anne ve babaya doğumdan 10 hafta sonra EPDS ve STAI ölçeği uygulanmış olup, babalar için EPDS ve STAI-S arasında 0.68 pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu çalışmada Korelasyon 0,1-0,3 katsayılarının zayıf ilişkiyi gösterdiği kabul edildi, 0,3-0,5 katsayılarının orta düzeyde bir ilişkiyi gösterdiği ve $>0,5$ katsayısı güçlü bir ilişki gösterdiği kabul edildi. EPDS ölçeği ile STAI- S arasında güçlü bir korelasyon vardı. Hem annelerde hem de babalarda; yüksek anksiyete seviyeleri yüksek depresyon seviyeleri ile ilişkili idi (K. Persson, 2014). Bizim çalışmamızda erkeklerin STAI-T den aldıkları puan oldukça yüksekti. Babaların zaten karakter olarak anksiyeteye eğilimli oldukları, bu yüzden karakter olarak sahip oldukları anksiyetenin depresyonu yordadığı düşünüldü. STAI-T ölçeği hakkında 2020 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Depresif bireyler endişeli bireylere göre daha yüksek STAI-T puanlarına sahiptir.
- Anksiyete ve depresif belirtilerin ikisi de STAI-T puanları ile güçlü bir şekilde ilişkilidir.
- STAI-T'nin özellikle sürekli kaygıyı ölçtüğü görülmemektedir.
- STAI-T, negatif duygulanımın spesifik olmayan bir ölçüsü olarak düşünülmelidir.

Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumluydu(Knowles & Olatunji, 2020).

STAI 1 ile STAI 2 puanları arasında 0,33 kat pozitif korelasyon mevcuttu. Ve istatistiksel açıdan oldukça anlamlıydı. $p < 0,01$ S. Aktaş’ın çalışması bizimki ile uyumlu idi(Aktaş, 2009).

6. ÖNERİLER

Gebelik döneminde başlayan depresyon çoğunlukla postpartum dönemde de devam etmekte, eğer teşhis ve tedavi edilmezse hem aileye hem çocuğa hem topluma geri dönülmez zararlar vermektedir. Bu zararlar göz önüne alınacak olunursa hem birinci basamak hekimlerinin hem aile sağlığı çalışanlarının postpartum depresyon açısından uyanık olmaları ve bu konunun bilincinde olmaları büyük önem arz eder. Bu konuda hem birinci basamak hekimlerinin hem aile sağlığı çalışanları bilgilendirilmeli ve bilgi düzeyleri artırılması önerilir.

Yurt dışındaki çalışmalarda gebeliği trimestirine göre ayırarak depresyon oranına bakılmış olup, gebeliği trimestirine ayırarak yapılacak olan daha büyük örneklem sayısına ulaşan çalışmalar Türk toplumunu daha iyi yansıtabilir.

Yapılan çalışmalarda çoğunlukla doğum sonrası babalara yönelik yapılmış olup, aynı yaştaki daha büyük yaşlarda çocukları olan babalarla bu babalar karşılaştırılmamıştır. Yeni baba olmuş erkekler ile yakınlarda baba olmamış erkekler arasında depresyon ve postpartum depresyon açısından karşılaştırma yapan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Plansız gebelik yaşayan babalarda PPND daha sık görülmektedir. Birçok hastanede gebe okulları vardır. Gebe okulları Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmektedir. Gebe okullarında anneler doğum öncesi gebelik, gebelikte cinsellik, doğum, doğum sonrası bebek bakımı gibi çok geniş alanlarda eğitim almaktadır. Gebe okulları bilgi açısından harikuladedir. Biyolojik açıdan ve verilen eğitim bilgi açısından mükemmeldir. Bu okullarda bu güzel bilgilerin yanına, anne ve babalara stres yönetimi, duygusal yoksunlukla baş edebilme, aile içi iletişim, öfke kontrol yönetimi, stresli anlarda nasıl sakinleşebilecekleri de müfredata konulmalıdır. Gebe okullarına babalar da davet edilmekte, ancak babaların ilgisi bu okullara çok az olmaktadır. Özellikle plansız gebelik sonucu baba olmuş bireyler bu okullara ısrarla davet edilebilir. Doğum öncesi ve sonrası durumları derslere katılarak, okuyarak ve diğer babalarla tartışarak gebelik, doğum sonrası ve bebek hakkında endişelerini azaltabilirler. Böylece kendilerini daha kontrollü hissedebilirler, Kendilerine bazı stratejiler geliştirebilirler ve yeni durumlarının olumlu yanlarını görebilirler.

Özellikle babalar bir dertleşme alanı gibi olan grup terapilerinden daha fazla fayda görebilirler.

Anne ve babalara yönelik anne baba okullarının yaygınlaştırılması önerilir. Mümkün ise aile sağlığı merkezi ile iletişime geçerek tüm anne ve babaların bu okullara yönlendirilmesinin sağlanması uygun olur. Toplum merkezlerindeki psikologların sayılarının artırılması ve toplum merkezlerinin daha aktif kullanılarak, bu merkezlerde anne baba okullarının açılması, bu okulların daha çok iş çıkış saatleri gibi akşam olması önerilir. Ülkemiz açısından sağlıklı aile sağlıklı toplum anlamına geleceği için bu projenin ülkemize çok faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Her aile sağlığı merkezine atanacak bir aile psikoloğu ile hastalara daha kısa sürede ulaşıp, kişiler daha çabuk tanı alıp, daha hızlı tedavi edilebilirler. Her ailenin bir psikoloğu olabilse, sorunlar daha çabuk çözüme ulaştırılabilir.

Aile hekimi bölgeyi çok iyi tanıdığı, riskli grupları bildiği için, terapiye ihtiyacı olan, depresyonda olan, uyuşturucu kullanan, kronik rahatsızlığı olan, eşi ile çift terapisine ihtiyaç duyan, kişileri çok iyi bilmektedir. Bu kişileri aile psikoloğuna yönlendirerek kişilerin daha çabuk ve hızlı yardım almasına olanak sağlanabilir.

Babalık izninin daha uzun olduğu yerlerde babalardaki anksiyete oranı daha düşüktür. Örneğin Portekiz’de babalık izni 20 gündür ve babalardaki anksiyete oranı daha düşüktür. Tayvan ve Yunanistan gibi babalık izninin olmadığı veya çok az olduğu bölgelerde babalardaki anksiyete oranı daha fazladır. Babalara verilen doğum izni süresinin artırılması babalardaki anksiyetenin azalmasına olumlu yönde fayda vereceği kanaatindeyiz.

7. SONUÇ

Postpartum depresyon (PPD) gebeliğin ilk trimestiri ile başlayıp doğum ve doğumdan sonra ilk yılı kapsayan bir major depresif bozukluktur (Habib, 2012)(Leonard, 1998). Araştırmamızda Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezi tarafından 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığını araştırmayı amaçladık.

Havacılar ASM 'ye muayene izlem veya herhangi bir nedenle başvurmuş olan baba aday ve babalara klinik akademik konseylerinde araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, Edinburg postnatal değerlendirme ölçeği (EPDS) ve STAI değerlendirme ölçeği gebeliğin 33-38. haftası, doğum sonrası ilk hafta, doğum sonrası 4. ay ve doğum sonrası 12. ay olmak üzere uygulanmıştır.

Çalışmaya 226 baba kabul edildi. Tüm katılımcıların EPDS puanlaması kesme puanı 10 alınarak hesaplandı. EPDS puanı kesme puanının üzerinde olup depresyon açısından riskli olanlar 226 kişide 28 kişi idi ve doğum öncesi 33-38. hafta ve doğum sonrası ilk bir yıl sıklığı %12,39 idi. Doğum öncesini çıkarıp doğum sonrası ilk bir yıl sıklığına baktığımızda %11,8 olarak hesaplandı. Yenidoğan babalarında paternal perinatal depresyon doğum öncesi 33-38. haftada %14,04, yenidoğanda %5,26, 4. ayda %14,29, 12. ayda %16,07 şeklinde bulundu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. $p=0,296$ $\chi^2=3,6$

Yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi, daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi durumların babalarda doğum sonu depresyonu üzerine etkisi olmadığı saptandı.

Gruplar arasında STAI-S puan ortalamalarına bakacak olursak Eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalarda doğum öncesi STAI-S puanı 15,46 eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. günde STAI-S puanı 16,18, 4. ayda STAI-S puanı 16,82 ve 12. ayda STAI-S puanı 17,27 şeklinde bulunmuştur. STAI-S puanları arasında gruplar arasında istatistiki fark yoktur. $F=1,08$ $p=0,35$

Gruplar arasında STAI-T puan ortalamalarına bakacak olursak Eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalarda doğum öncesi STAI-T puanı 45,19, eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. Günde STAI-T puanı 44,82, 4. ayda STAI-T puanı 47,82, ve 12. ayda STAI-T 2 puanı 45,19 şeklinde bulunmuştur. STAI-T puanları gruplar arasında anlamlı istatistiki fark mevcuttu. $F=3$ $p=0,012$. STAI puan ortalamaları eğitim süresi karşılaştırılacak olursak STAI-S ve STAI-T için, eğitim öğretim süresi anlamlı çıkmamıştır. STAI puan ortalamalarından evlilik süresi STAI-T için anlamlıydı. $F=4,5$ $p=0,001$ Eşinin gebeliğinin planlı olmaması STAI-S için anlamlı çıkmıştır. STAI 1: $f=3,4$ $p=0,03$; EPDS $f=4,01$ $p=0,19$

Kesme değeri 40 olarak alındığında; STAI 1 için bütün babalar 40 değerinin altındaydı. STAI 2 için 40 puan altında olanlar %8,8 (n:20); 40 puan üzerinde olanlar %91,2 (n:206) idi. Babaları 40-47 puan arası alanlar olarak grupladığımızda %55,8(n:126), 48 puan ve üzeri olanlar %35,4 (n:80) şeklinde idi.

STAI 2 için 40 puan altında olup anksiyetesi düşük kabul edilenler; 33.haftada olan babalarda doğum öncesi %14, eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. günde %8,8, 4. ayda %5,4, grup 3 için %7,1, tüm grup için %8,8 idi.

STAI 2 için 40 puan üstünde olup anksiyetesi orta veya yüksek kabul edilenler; 33.haftada olan babalarda doğum öncesi %86, eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. Günde %91,2, 4. ayda %94,6, 12. ayda %92,9, tüm grup için %91,2 idi. İstatistiki açıdan anlamlı değildi. $p=0,39$

STAI 2 için anksiyetesi orta kabul edilip 40-47 puan alanlar; için eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalarda doğum öncesi %56,1, eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. günde %73,7, 4. ayda %46,4, 12. ayda %46,4, tüm grup için %55,8 idi. STAI 2 için anksiyetesi yüksek kabul edilip 48 puan ve üzeri alanlar eşi gebe olan ve minimum 33.haftada olan babalarda doğum öncesi %29,8, eşi doğum yapmış babalarda doğumdan sonra 7. Günde %17,5, 4. ayda %48,2, 12. ayda %46,4, tüm grup için %35,4 idi. İstatistiki açıdan anlamlıydı. $p=0,007$

Babaların sağlık profesyonellerine ulaşması ülkemizde oldukça kolay olmasına rağmen, anksiyete depresyon gibi ruhsal durumların zayıflık gibi görülmesi, babaların yardım arayışının olmayışı, tanıyı güçleştirmekte ve tedavi şansını azaltmaktadır. Bu konuda sağlık profesyonellerine büyük iş düşmektedir. Her gelen aileye yeterli zaman ayırarak, anne baba ve çocuktaki fiziksel ve ruhsal sıkıntıları fark edilip erken teşhis ve tedavi hayat kurtarıcı, toplumu kurtarıcı olacağı kanaatindeyiz.



8. KAYNAKLAR

- Aktaş, S. (2009). *Eşlerden Birinin Kaygı Düzeyi İle Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. T. C. Maltepe Üniversitesi.
- Albicker, J., Hölzel, L. P., Bengel, J., Domschke, K., Kriston, L., Schiele, M. A., & Frank, F. (2019). Prevalence, symptomatology, risk factors and healthcare services utilization regarding paternal depression in Germany: Study protocol of a controlled cross-sectional epidemiological study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2280-7>
- Alkan, Ç. (2017). *Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin Türk Erkeklerinde Geçerlik Güvenirlik Çalışması*. T.C Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* In *American Psychiatric Publishing*.
- Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 36–41. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.36>
- Arnal-Remón, B., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I., & Antequera-Jurado, R. (2015). Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 128–139. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.986648>
- Ayinde, O., & Lasebikan, V. O. (2019). Factors associated with paternal perinatal depression in fathers of newborns in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 40(1), 57–65. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1398726>
- Baldoni, F., Matthey, S., Agostini, F., Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA) ©. *Infant Mental Health Journal*, 37(1), 132–133.

- Ballard, C. G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164(JUNE), 782–788. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.6.782>
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-Time Fathers' study: Psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(9), 718–725. <https://doi.org/10.1080/00048670701517959>
- Bruno, A., Celebre, L., Mento, C., Rizzo, A., Silvestri, M. C., De Stefano, R., Zoccali, R. A., & Muscatello, M. R. A. (2020). When fathers begin to falter: A comprehensive review on paternal perinatal depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph17041139>
- Çakır Seda. (2008). *Evli Bireylerin Evlilik Uyumlarının Ana-Babalarına Bağlanma Düzeyleri ve Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi*. T.C Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Cameron, E. E., Hunter, D., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2017). What do dads want? Treatment preferences for paternal postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 215, 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.031>
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Carek, P. J., Laibstain, S. E., & Carek, S. M. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(1), 15–28. <https://doi.org/10.2190/PM.41.1.c>
- Carneiro, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The prenatal Lausanne triogue play: A new observational assessment tool of the prenatal co-

- parenting alliance. *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207–228.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20089>
- Carothers, L. A. (1990). *on a Community Sample*. 288–290.
- Charandabi, S. M. A., Mirghafourvand, M., & Sanaati, F. (2017). The Effect of Life Style Based Education on the Fathers' Anxiety and Depression During Pregnancy and Postpartum Periods: A Randomized Controlled Trial. *Community Mental Health Journal*, 53(4), 482–489.
<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0103-1>
- Clark, M. M., & Galef, B. G. (1999). A testosterone-mediated trade-off between parental and sexual effort in male mongolian gerbils (*Meriones unguiculatus*). *Journal of Comparative Psychology (Washington, D.C. : 1983)*, 113(4), 388–395. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10608562>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(JUNE), 782–786.
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Crittenden, P. P. M. (2005). Using the CARE-Index for screening, intervention, and research. *Bindungsorientierte Ansätze in Der Praxis Der Früheförderung*, 24, 99–106. <http://www.iasa-dmm.org/images/uploads/CARE-Index.pdf>
- Da Costa, D., Zelkowitz, P., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., Cruz, R., Hennegan, K., & Khalifé, S. (2017). Dads Get Sad Too: Depressive Symptoms and Associated Factors in Expectant First-Time Fathers. *American Journal of Men's Health*, 11(5), 1376–1384. <https://doi.org/10.1177/1557988315606963>
- Development, E. (n.d.). *understood to pass through developmental phases From infancy to adulthood. Libidinal development is composed.*
- Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., & Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(3), 187–202.
<https://doi.org/10.1080/02646830124397>

- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 190–202. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9313-7>
- Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J., & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3>
- Edward, K. leigh, Castle, D., Mills, C., Davis, L., & Casey, J. (2015). An Integrative Review of Paternal Depression. *American Journal of Men's Health*, 9(1), 26–34. <https://doi.org/10.1177/1557988314526614>
- Engindeniz, A. N. . K. L. ve K. S. (1996). *Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği | TOAD*. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Bahar Sempozyumları, . <https://toad.halileksi.net/olcek/edinburgh-dogum-sonrasi-depresyon-olcegi>
- Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M., & La Grutta, S. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood: The risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*, 7(2), 38–44. <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5872>
- Favez, N., Frascarolo, F., Lavanchy Scaiola, C., & Corboz-Warnery, A. (2013). Prenatal Representations of Family in Parents and Coparental Interactions as Predictors of Triadic Interactions During Infancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 25–36. <https://doi.org/10.1002/imhj.21372>
- Fleming, A. S., Corter, C., Stallings, J., & Steiner, M. (2002). Testosterone and prolactin are associated with emotional responses to infant cries in new fathers. *Hormones and Behavior*, 42(4), 399–413. <https://doi.org/10.1006/hbeh.2002.1840>
- Gawlik, S., Müller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., Sohn, C., Schlehe, B., & Reck, C. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness

- and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of Women's Mental Health*, 17(1), 49–56. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0377-4>
- Gel, S., Kl, D., Tez, S., Erl, N., & Dan, Y. T. (2020). *Evli bireylerde yaşam doyum düzeylerinin cinsiyet faktörüne ve evlilik süresine göre yordanması çorum örneği*.
- Goldstein, Z., Rosen, B., Howlett, A., Anderson, M., & Herman, D. (2020). Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 265(December 2019), 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.029>
- Goodman, J. H. (2004). INTEGRATIVE LITERATURE REVIEWS AND META-ANALYSES. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26–35.
- Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 624–643. <https://doi.org/10.1002/imhj.20199>
- Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J., Lewis, G., O'Farrelly, C., & Ramchandani, P. G. (2019). Association of Maternal and Paternal Depression in the Postnatal Period with Offspring Depression at Age 18 Years. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 290–296. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3667>
- Habib, C. (2012). Paternal perinatal depression: An overview and suggestions towards an intervention model. *Journal of Family Studies*, 18(1), 4–16. <https://doi.org/10.5172/jfs.2012.18.1.4>
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8(February). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hamel, C., Lang, E., Morissette, K., Beck, A., Stevens, A., Skidmore, B., Colquhoun, H., Leblanc, J., Moore, A., Riva, J. J., Thombs, B. D., Colman, I., Grigoriadis, S., Nicholls, S. G., Potter, B. K., Ritchie, K., Robert, J., Vasa, P.,

- Lauria-Horner, B., ... Moher, D. (2019). Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: A protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Systematic Reviews*, 8(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0930-3>
- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2019-33708>. (n.d.). *No Title*.
- https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf. (n.d.). *No Title*.
- İbrice, T. (2019). Eşi doğum yapacak baba adaylarının stres, depresyon ve anksiyete durumlarının belirlenmesi. In *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı*.
- Irmak, Durmuşoğlu, B. (2017). *Yüksek Kaygı Ve Depresyon Düzeyinin Evlilik Yaşamı İle İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Işık Üniversitesi.
- Işık, S. (2019). *Paternal Depresyonun Erken Bebeklik Döneminde Baba-Bebek Bağlanmasına Etkisi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jonathan Posner, James A. Russell, and B. S. P. (2005). NIH Public Access. *J Abnorm Psychol*, 114(3), 409–420. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- K. Persson, E. (2014). Postnatal Sense of Security, Anxiety and Risk for Postnatal Depression. *Journal of Women's Health, Issues & Care*, 03(03). <https://doi.org/10.4172/2325-9795.1000141>
- Kayali, S. (2020). *0-12 Ay Ve 13-72 Ay Çocuğu Olan Babalarda Postpartum Depresyon/Depresyon Sıklığının Karşılaştırılması Ve Etkileyen Sosyodemografik Faktörler*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical Psychology Review*, 82, 101928. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>
- Lai, B. P. Y., Tang, A. K. L., Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., & Chung, T. K. H. (2010). Detecting postnatal depression in Chinese men: A comparison of three

- instruments. *Psychiatry Research*, 180(2–3), 80–85.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.07.015>
- Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 675–686.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.063>
- Leonard, L. G. (1998). Depression and anxiety disorders during multiple pregnancy and parenthood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 27(3), 329–337. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02656.x>
- Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., Este, D., & Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445–457.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>
- Leung, B. M. Y., Letourneau, N. L., Giesbrecht, G. F., Ntanda, H., & Hart, M. (2017). Predictors of Postpartum Depression in Partnered Mothers and Fathers from a Longitudinal Cohort. *Community Mental Health Journal*, 53(4).
<https://doi.org/10.1007/s10597-016-0060-0>
- Lovestone, S., & Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness: The impact on partners. *British Journal of Psychiatry*, 163(AUG.), 210–216.
<https://doi.org/10.1192/bjp.163.2.210>
- Mathews, C. A., & Reus, V. I. (2001). Assortative mating in the affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 257–262. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.24575>
- Morse, C. A., Buist, A., & Durkin, S. (2000). First-time parenthood: Influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 109–120.
<https://doi.org/10.3109/016748200009075616>

- Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J., & Coddington, J. A. (2013). Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(6), 479–485. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.10.001>
- Nishijima David L; Wisner, David H; Holmes, James F, D. K. S. (2016). Prospects for a Clinical Science of Mindfulness-Based Intervention. *HHS Public Access*. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- O'Brien, A. P., McNeil, K. A., Fletcher, R., Conrad, A., Wilson, A. J., Jones, D., & Chan, S. W. (2017). New Fathers' Perinatal Depression and Anxiety—Treatment Options: An Integrative Review. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 863–876. <https://doi.org/10.1177/1557988316669047>
- Okutucu Ayşegül. (2013). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniğinde Doğan Bebeklerin Babalarında Doğum Sonrası Depresyon Oranının Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanılarak Belirlenmesi. Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. In *Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi*. Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Oner, N., & Le Compte, A. (1983). Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. *Istanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları*, 1–26(64).
- ÖREN, B., & AYDIN, R. (2020). Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Bakım Veren Yükü ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(August 2018), 302–309. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.682392>
- Paulson, J. F., Bazemore, S. D., Prevalence, H. E., & Fac, R. (2010). CLINICIAN ' S CORNER Prenatal and Postpartum Depression in Fathers. *Methods*, 303(19), 1961–1969.
- Peker, C. (2016). Babalarda Doğum Sonu Depresyonu ve Etkili Olan Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(2), 141–146. <https://doi.org/10.18521/ktd.63664>

- Philpott, L. F., Savage, E., FitzGerald, S., & Leahy-Warren, P. (2019). Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 76, 54–101. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.013>
- Pinheiro, K. A. T., Coelho, F. M. da C., Quevedo, L. de Á., Jansen, K., Souza, L. de M., Oses, J. P., Horta, B. L., Silva, R. A. da, & Pinheiro, R. T. (2011). Paternal postpartum mood: bipolar episodes? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 283–286. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462011005000016>
- Platt, R., Williams, S. R., & Ginsburg, G. S. (2016). Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(1), 23–34. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0540-4>
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet*, 365(9478), 2201–2205. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66778-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66778-5)
- Rao, W. W., Zhu, X. M., Zong, Q. Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvari, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of Affective Disorders*, 263, 491–499. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.030>
- Saxbe, D. E., Schetter, C. D., Simon, C. D., Adam, E. K., & Shalowitz, M. U. (2017). High paternal testosterone may protect against postpartum depressive symptoms in fathers, but confer risk to mothers and children. *Hormones and Behavior*, 95(January), 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2017.07.014>
- Schytt, E., & Bergström, M. (2014). First-time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. *Midwifery*, 30(1), 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.015>
- Seidman, S. N., & Walsh, B. T. (1999). Testosterone and depression in aging men. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(1), 18–33. <https://doi.org/10.1097/00019442-199902000-00004>

- Serhan, N. (2010). *Anne ve babalarda postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi*.
<http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/7111>
- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., & Ramchandani, P. G. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father–Infant Interactions. *Parenting*, 15(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1080/15295192.2015.992732>
- Shaddix, C., & Duncan, L. G. (2016). Mindful parenting begins at the beginning: Potential benefits of perinatal meditation training for family well-being. *Mindfulness in Positive Psychology: The Science of Meditation and Wellbeing*, 2(2), 51–63. <https://doi.org/10.4324/9781315747217>
- Spielberger RL, Gorsuch RE, L. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. *Consulting Psychologists Press, Palo Alto*.
- Spotts, E. L., Lichtenstein, P., Pedersen, N., Neiderhiser, J. M., Hansson, K., Cederblad, M., & Reiss, D. (2005). Personality and marital satisfaction: A behavioural genetic analysis. *European Journal of Personality*, 19(3), 205–227. <https://doi.org/10.1002/per.545>
- Thome, M., & Arnardottir, S. B. (2013). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: A single group before and after study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 805–816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06063.x>
- Tıraş Mehmet, N. (2018). Perinatal dönemde paternal depresyon ve evlilik uyumu ilişkisi. In *T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*.
- Top, E. D., Cetisli, N. E., Guclu, S., & Zengin, E. B. (2016). Paternal Depression Rates in Prenatal and Postpartum Periods and Affecting Factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 747–752. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.005>
- Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., Ward, J., Riches, S., & White, S. (2006). Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and

- puerperium. *British Journal of Psychiatry*, 188(FEB.), 165–172.
<https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.165>
- Tuszyńska-Bogucka, W., & Nawra, K. (2014). Paternal postnatal depression - A review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 16(2), 61–69.
<https://doi.org/10.12740/APP/26286>
- Van Den Berg, M. P., Van Der Ende, J., Crijnen, A. A. M., Jaddoe, V. W. V., Moll, H. A., Mackenbach, J. P., Hofman, A., Hengeveld, M. W., Tiemeier, H., & Verhulst, F. C. (2009). Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics*, 124(1).
<https://doi.org/10.1542/peds.2008-3100>
- Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., Neri, E., Prino, L. E., Odorisio, F., Trovato, A., Polizzi, C., Brustia, P., Lucarelli, L., Monti, F., Saita, E., & Tambelli, R. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3-to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in Psychology*, 7(June), 1–10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00938>
- Wang et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys.; *The Lancet.*, 370(959), 841–850.
- Wang, Z., Ferris, C. F., & De Vries, G. J. (1994). Role of septal vasopressin innervation in paternal behavior in prairie voles (*Microtus ochrogaster*). *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 91(1), 400–404. <https://doi.org/10.1073/pnas.91.1.400>
- who. (2018). GBD 2017 Hastalık ve Yaralanma Sıklığı ve Yaygınlığı İşbirlikçileri. (2018). Küresel, bölgesel ve ulusal insidans, yaygınlık ve 195 ülke ve bölgede 354 hastalık ve yaralanma nedeniyle engellilikle geçen yıllar, 1990–2017: Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2. *Lancet*.

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Elif Çakmak

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: Türk

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu:

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

- 2019-2021: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği – ANKARA
- 2016-2019: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği-ANKARA
- 2005-2012: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi- KAYSERİ
- 2001-2005: Osmaniye Fen Lisesi- OSMANİYE
- 1994-2001: 7 Ocak İlköğretim Okulu -OSMANİYE

III- Mesleki Deneyimi

- T.C. Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Tabip 12.09.2012-06.11.2012
- Ankara Gölbaşı Toplum Sağlığı Merkezi, Tabip 21.11.2012-14.07.2014
- Ankara Gölbaşı 19 Nolu Aile Hekimliği Birimi, Tabip 15.07.2014-15.09.2014
- Ankara Gölbaşı Toplum Sağlığı Merkezi, Tabip 16.09.2014- 06.07.2015
- Ankara Yenimahalle 159 Nolu Aile Hekimliği Birimi, Tabip 07.07.2015-Halen

IV- Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

Posterler:

- 13.Aile Hekimliği Güz Okulu,
- Aile hekimleri ve çocuk doktorlarının “çocuk hasta hakları” hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma
- 13.Aile Hekimliği Güz Okulu
- Aile Hekimliği Ve Pediatri Asistanlarının Adrenalin Oto-Enjektör Kullanımı Ve Hasta Eğitimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi poster sunumu

Sözlü Bildiri:

- 24th WONCA Europe Conference
- Evaluation of family physicians and pediatricians knowledge, attitudes and behaviors about“rights of pediatric patient”: A cross-sectional study
- Elif Çakmak, Tarık Eren Yılmaz, İrfan Şencan, Adem Özkara

V- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

- İş Yeri Hekimliği
- Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi
- Başkent Üniversitesi Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri Merkezi Oyun Terapisi Eğitim Programı
- T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kupa Uygulama Sertifikası
- T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı Aile Hekimleri için Ruh Sağlığı Güçlendirme Eğitimi
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi Sertifikası

10. EKLER

EK-1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ SBÜ ANKARA NUMUNE SUAM KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
SBÜ Ankara Numune SUAM
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E.Kurul -E-18-2120

2120-no'lu çalışma

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği'nden "Doğum Sonrası Babalık Depresyonu" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

04/10/2018

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 59 10

İrtibat; Etik Kurul EKadınoğlu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Sonrası Babalık Depresyonu
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Numune EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Etik Kurul Sekreterliği Talatpaşa Bulvarı No 5 Kat:1 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 508 59 10
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	aneetikurulu@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. İsmail Kasım			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Anne Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Numune EAH			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	ILAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2120/2018	Tarih: 04.10.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen SBU Ankara Numune SUAM Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. İsmail Kasım sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr. Elif Çakmak'ın tezi olan "Doğum Sonrası Babalık Depresyonu" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hürrem BODUR				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast. ve Kl. Mikrobiyoloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sureyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahisi	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. İyl ÖZKOÇAK TURAN	Anestezi ve Reanimasyon	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Sezer KUT AÇOĞLU	Patoloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Özlem EVREN KEMER	Göz Hastalıkları	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Altuğ TUNCEL	Uroloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Doğan UNCU	Tıbbi Onkoloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Tanju TUTUNCU	Genel Cerrahi	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm. Dr. Şeniz S. SULUBULUT	Tıbbi Farmakoloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Selma KOBAI	İş İdaresi	Emekli	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

* Toplantıda Bulunma

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Sonrası Babalık Depresyonu
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURULUN ADI	SBU Ankara Numune EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ	Etik Kurul Sekreterliği Talatpaşa Bulvarı No:5 Kat:1 Altındağ/Ankara
TELEFON	0312 508 59 10
FAKS	3125084938
E-POSTA	anعاتetikkurulu@gmail.com

KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI ADI SOYADI	Uzm. Dr İsmail Kasım			
KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ İZMİNLIK ALANI	Aile Hekimliği			
KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARI SORUMLU UNVANI ADI SOYADI	SBU Ankara Numune EAH			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI ADI SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

Belge Adı	Açıklama
SGORTA	☐
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒
BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐
IFANS	☐
YETKİ BİLDİRİM	☐
SONUÇ RAPORU	☐
GİYİMSELİK BİLDİRİMLERİ	☐
Diğer	☐

Karar No: 2120/2018 Tarih: 04.10.2018

Yukarıda bilgileri verilen SBU Ankara Numune SUAM Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. İsmail Kasım sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr. Elif Çakmak'ın tezi olan "Doğum Sonrası Babalık Depresyonu" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın çalışmanın gerekeceği amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI: İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Başvuru KURULUNUN VANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Hürrem BODUR

Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Ent Hast ve Kl Mikrobiyoloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Seyyid HATUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Mehmet Deniz BİLİN	Beyin Cerrahi	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. ÖZGE ÖZAK TURAN	Anestezi ve Reanimasyon	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐	
Prof. Dr. Serkan YILMAZ	Patoloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Adem FARENKİMER	Göz Hastalıkları	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐	
Prof. Dr. Aygün FİNCİ	Uroloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Şaban UNCÜ	Tıbbi Onkoloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Şahin KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐	
Doç. Dr. İsmail FİNCİ	Genel Cerrahi	SBU Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	
Doç. Dr. İbrahim KAYMAZ	Halk Sağlığı	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐	
Uzm. Dr. Sinan S. SÜLBULUT	Tıbbi Farmakoloji	SBU Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Av. Dr. Metin ÖZİPEK	Hukuk	Ankara Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	
Sn. Dr. Ali	İş İdaresi	Emekli	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐	

* Katılmayan Üyelerin Adı Bulunmaz

EK-2. HALK SAĞLIĞI ETİK KURULU İZİNİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA İL SAĞLIK
HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI DÜŞÜNME ALT BİRİMİ
16/12/2018 15:31 - 62693856 - 604.02 - E.571



Sayı : 62693856-604.02
Konu : Araştırma İzni (Uzm.Dr.İsmail
KASIM)

YENİMAHALLE İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 09/11/2018 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.
b) 14/12/2018 tarihli ve 62693856-604.02-540 sayılı yazı.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Öğretim Üyesi Uzm.Dr.İsmail KASIM'ın sorumluluğunda Dr.Elif ÇAKMAK tarafından yapılmak istenen "Ankara İli Havacılar Aile Sağlığı Merkezi Tarafından 1 Yıl İçinde Takip Edilen Gebelerin Eşlerinde Doğum Sonrası Babalık Depresyonu Sıklığının Araştırılması" başlıklı ve ilgi "a" kayıtlı araştırma izin talebi Başkanlığımız "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 06/12/2018 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiş ve uygun bulunmuş olup ilgi "b" kayıtlı yazı ile de Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine bildirilmiştir.

Ankara Havacılar Aile Sağlığı Merkezinde 01/01/2019 - 30/12/2019 tarihleri arasında yapılacak belirtilen araştırma hakkında İlçe Sağlık Müdürlüğümüzce ilgili aile sağlığı merkezine bilgi verilmesi ve araştırma bittikten sonra sorumlu araştırmacının düzenleyeceği araştırma sonuç raporunun 2 (iki) nüsha halinde tarafımıza gönderilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Dr.Adem KUCUR
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Alt Birimi
Rıdvanlı Cd. İbrahim Menteferiko Sk. No:9 Kat:1 Ulus Altındağ/ANKARA
Faks No:0312 309 54 52

e-Posta:emil.kilic1@saglik.gov.tr İnt. Adresi: <http://www.som.gov.tr>

Bilgi için:Emel KILIÇ
Uzman ÇEVRE SAĞ. TEKN.
Telefon No:0312 302 53 23

Bu belge elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden 42b24c70-2466-4d64-bb97-9b39ac0548fc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Alt Birimi)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Öğretim Görevlisi olarak görev yapan **Uzm. Dr. İsmail KASIM** 'un/in/s sorumluluğunda ve yardımcı araştırmacı/araştırmacılar **DR.EHF ÇAKMAK** tarafından yapılması planlanan "Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezi tarafından 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığının araştırılması." başlıklı araştırma için talebine ilişkin başvuru formu ve eki evrakların olduğu başvuru dosyası ektedir. Söz konusu araştırma için talebimizin tarafınızdan değerlendirilerek araştırmaya izin verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim. 09.11.2018

Uzm. Dr. İsmail KASIM

(Sorumlu araştırmacının)

Adres : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tel

e-posta

Ek: Başvuru Dosyası



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 62693856-604.02
Konu : Araştırma İzni (Uzm.Dr.İsmail KASIM)

SBO ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 09/11/2018 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.

Hastanemiz Öğretim Üyesi Uzm.Dr.İsmail KASIM'ın sorumluluğunda Dr.Elif ÇAKMAK tarafından yapılmak istenen "Ankara İli Havacılar Aile Sağlığı Merkezi Tarafından 1 Yıl İçinde Takip Edilen Gebelerin Eplerinde Doğum Sourası Babalık Depresyonu Sıklığının Araştırılması" başlıklı ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi Başkanlığımıza "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 06/12/2018 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kamu ile münasele edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı utfusla ilgili veri şahsın veya yasal varisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapılması esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması, yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulları ile Komisyonumuzca uygun bulunmuştur. Ayrıca araştırmanın tamamlandığı tarihten sonraki 1 (bir) yıl içerisinde sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun Başkanlığımıza 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Uzm.Dr.İsmail KASIM'a tebliğ edilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Adem KUCUR
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Alt Birimi
Rütübe Cđ. İbrahim Müteferrika Sk. No:9 Kat:1 Ulus Altındağ/ANKARA
Faks No:0312 302 54 32

e-Posta:emsel.kilic1@saglik.gov.tr İnt. Adres: <http://www.ssm.gov.tr>

Bilgi için:Emel KILIÇ

Uzman ÇEVRE SAĞ. TEKN.

Telefon No:0312 302 53 23

Bu belge elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden 42b24c70-2466-4d64-bb97-9b39ac564ffc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. EPDS İZİNİ

to nengindeniz ▾

Sayın Nur Engindeniz,

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistan doktorum. Tezim olarak danışman hocam Uzm. Dr. İsmail Kasım ile birlikte Ankara İli Havacılar Aile Sağlığı Merkezi tarafından takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığının araştırmak istemekteyiz. Bu araştırmada sizin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeğini kullanmak istemekteyiz. Ölçeği kullanabilmek konusunda müsaadenizi rica ediyoruz.

Saygılarımızla
Dr. Elif ÇAKMAK
Uzm. Dr. İsmail KASIM

Mac Pro to me ▾ Tue, Dec 1, 2020, 10:58 AM ☆ ↶ ⋮

🌐 Turkish ▾ > English ▾ [Translate message](#) [Turn off for: Turkish](#) x

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

EK-4. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKARA İLİ 1. BÖLGE
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ SBÜ ANKARA
NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ
Aydınlatılmış Onam Formu**

Sizi Sbü Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülen “Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezi tarafından 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığı” konulu ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz.

Anket çalışmamızın amacı Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezi’nde (ASM) 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı babalık depresyonun ülkemizde önemli bir morbidite sebebi olup olmadığının belirlenmesi ve bu alanda farkındalık oluşturup çözüm önerileri geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Anketimiz kişisel bilgileri içermektedir. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Sizden istenilen her soruyu dikkatlice okuyup sizin için uygun olan cevabı vermenizdir. Yanıtlarınız konuyla ilgili sorunların saptanmasına ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

Anketimiz toplam 3 bölümden oluşmaktadır. Anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 15-20 dakikadır.

Anketimize katılmak ister misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Aşağıdaki bilgileri okumak için zaman ayırıp anketimizi doldurduğunuz için teşekkür ederiz. Soru ve görüşleriniz için drelifersoz@gmail.com adresinden ulaşabilirsiniz.

EK-5. ANKET FORMU

ANKET SORULARI

EK-A Sosyodemografik Anket Formu (Anneler İçin)

Sayın anne ve babalar bu anket Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır. Doğum sonu dönemde babalarda depresyon sıklığını belirlemek amaçlı yürütülen bir çalışmadır. Ankette sizlere sosyal özellikleriniz ile ilgili sorular yöneltilecektir ve dikkatlice okuyup cevaplamanız büyük önem arz etmektedir. Ankete verilen cevaplar toplu olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle anket üzerine isim yazmanıza gerek yoktur.

Araştırmaya katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Danışman: Uzm. Dr. İsmail KASIM

Araştırmacı: Dr. Elif ÇAKMAK

1. Yaşınız :
2. Eğitim (öğrenim) süresi : (yıl)
3. Meslek
 - a) Ev Hanımı
 - b) Çalışan
 - c) Serbest
 - d) Diğer
4. En uzun yaşadığınız yerleşim yeri
 - a) Şehir merkezi
 - b) Kırsal kesim
5. Oturduğunuz evin kaç odası var?
 - a) Bir odalı
 - b) İki odalı
 - c) Üç odalı
 - d) Dört ve daha fazla odalı

6. Aile tipiniz
a) Çekirdek aile
b) Geniş aile
7. Evlenme Yaşı :.....
8. Evlenme şekliniz?
a) Görücü Usulü
b) Anlaşarak
9. Evlilik Süreniz:
10. Yakın akrabalarınızda ya da ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?
a) Evet
b) Hayır
11. İsteyerek mi hamile kaldınız?
a) Evet
b) Hayır
12. Doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrendiniz mi?
a) Evet
b) Hayır
13. Gebeliğiniz zorlu bir gebelik miydi?
a) Evet
b) Hayır
14. Daha önce psikiyatrik rahatsızlık tanısı aldınız mı?
a) Evet aldım tanısı:
b) Hayır almadım
15. Daha önceki gebeliklerinizde postpartum depresyon yaşamış mıydınız?
a) Evet
b) Hayır

EK-B Sosyodemografik Anket Formu (Babalar İçin)

Sayın anne ve babalar bu anket Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır. Doğum sonu dönemde babalarda depresyon sıklığını belirlemek amaçlı yürütülen bir çalışmadır. Ankette sizlere sosyal özellikleriniz ile ilgili sorular yöneltilecektir ve dikkatlice okuyup cevaplamanız büyük önem arz etmektedir. Ankete verilen cevaplar toplu olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle anket üzerine isim yazmanıza gerek yoktur.

Araştırmaya katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Danışman: Uzm. Dr. İsmail KASIM

Araştırmacı: Dr. Elif ÇAKMAK

1. Yaşınız :
2. Eğitim (öğrenim) süresi : (yıl)
3. Meslek
 - a) İşsiz
 - b) Çalışan
 - c) Serbest
 - d) Diğer
4. Evlenme Yaşı :
5. Evlilik Süreniz :
6. Aile tipiniz
 - a) Çekirdek aile
 - b) Geniş aile
 - c) Parçalanmış aile
7. Daha önce geçirilmiş depresyon öykünüz var mı?
 - a) Var
 - b) Yok

(Cevabınız Evet ise)

8. Daha önce psikiyatrik bir tanı aldınız mı? Aldınızsa tanısı nedir?
a) Evet aldım tanısı:.....
b) Hayır görmedim:.....
9. Yakın akrabalarınızda ya da ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?
a) Evet b) Hayır
10. Doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrendiniz mi?
a) Evet b) Hayır
11. Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise; öğrendikten sonra eşinizin ve/veya ailesinin size karşı tutumlarında değişme oldu mu?
a) Evet b) Hayır
12. Yukarıdaki sorunun cevabı EVET ise bu tutum değişikliği nasıl oldu?
a) Olumlu b) Olumsuz c) Değişiklik olmadı
13. Gebelik ve doğum sonrasında size yardımcı olacak kimseler var mıydı?
a) Evet b) Hayır
14. Doğum sonrası evinizde uzun süre başka birisi kalma durumu oldu mu?
a) Evet b) Hayır
15. Eşinizin gebeliği planlı bir gebelik miydi?
a) Evet b) Hayır
16. Bebeğinizin olmasını siz istediniz mi?
a) Evet b) Hayır
17. Gebelik sürecinde eşiniz zorluk yaşadı mı?
a) Evet b) Hayır

18. Gebelik sürecinde extra test yaptırdınız mı?

- a) Evet b) Hayır

19. Gebelik sürecinde amniyosentez 3 lü test 4 lü test gibi testlerden hangilerini yaptırdınız mı?

- a) Evet b) Hayır

20. Bebeğinizin doğumu zorlu doğum muydu?

- a) Evet b) Hayır

21. Bebeğinizin doğumu normal miydi? Sezaryen miydi?

- a) Normal b) Sezaryen

22. Bebeğiniz küvezde yattı mı?

- a) Evet b) Hayır

22. Bebeğiniz dünyaya geldikten sonra uyku süreniz

- a) Arttı b) Azaldı c) Değişmedi

23. Daha önce doğan çocuklarınızda gebelik esnasında tespit edilemeyen doğum sonrası ortaya çıkan Konjenital malformasyon öyküsü var mıydı?

- a) Evet b) Hayır

24. Daha önce doğan çocuklarınızda engelli olan var mı?

- a) Evet b) Hayır

EK-C Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS)

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

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Artık pek o kadar değil
- c) Artık kesinlikle o kadar değil
- d) Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Her zamankinden biraz daha az
- c) Her zamankinden kesinlikle daha az
- d) Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Çok sık değil
- d) Hayır hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- a) Hayır hiçbir zaman
- b) Çok seyrek
- c) Evet, bazen
- d) Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

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

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Hayır, çok sık değil
- d) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
- a) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
 - b) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
 - c) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
 - d) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.
- a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, bazen
 - c) Çok sık değil
 - d) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.
- a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, bazen
 - c) Çok sık değil
 - d) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.
- a) Evet, çoğu zaman
 - b) Evet, oldukça sık
 - c) Çok seyrek
 - d) Hayır asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
- a) Evet, oldukça sık
 - b) Bazen
 - c) Hemen hemen hiç
 - d) Asla

EK-D Stai Form Tx – I

İsim:..... Cinsiyet:.....
Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

EK-6. TEZ KONUSU ONAY FORMU

TEZ KONUSU ONAY FORMU

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı: Telefon: E-Posta:	Elif ÇAKMAK
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	18.07.2016
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	18.07.2022
Tez Danışmanının Adı Soyadı: Telefon: E-Posta:	Uzm. Dr. İsmail KASIM

1-Tez Başlığı/Konusu:

Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezi tarafından 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığının araştırılması.

2-Araştırma sorusu:

Babalık depresyonunun Türkiye’de seçilmiş bir bölgede görülme sıklığı nedir?

3-Araştırmanın amacı: Bu çalışmadaki temel amacımız Ankara ili Havacılar Aile Sağlığı Merkezinde 1 yıl içinde takip edilen gebelerin eşlerinde doğum sonrası babalık depresyonu sıklığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Babalık depresyonun ülkemizde önemli bir morbidite sebebi olup olmadığının belirlenmesi ve bu alanda farkındalık oluşturup çözüm önerileri geliştirilmesine katkıda bulunmak.

4-Araştırma materyalleri, popülasyonu: Havacılar Aile Sağlığı Merkezince 2019 yılı içinde takip edilen gebelerin eşleri çalışma evrenimizi oluşturmaktadır. Klinik akademik konseylerinde yardımcı araştırmacı tarafından geliştirilen anket

formu ve Edinburg postnatal değerlendirme ölçeği baba adayı ve babalara 4 kez uygulanacaktır (gebeliğin 33-38. Haftası, doğum sonrası ilk hafta, doğum sonrası 4. Ay ve doğum sonrası 12. Ay)
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri: Dahil Etme Kriterleri: 1- 2019 yılı içinde Havacılar ASM tarafından tespit edilmiş 32 hafta ve altı gebe eşi olmak 2- Çalışmayı kabul ediyor olmak 3- Sorduğumuz sorulara cevap verecek mental kapasiteye sahip olmak 4- Ankara ilinde ikamet ediyor olmak Dışlama Kriterleri: 1. Tedavi alan veya bilinen ama tedaviye devam etmeyen depresyon veya bipolar bozukluk hastası olmak 2. Boşanmış veya ayrı yaşıyor olmak
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri: Edinburg Postnatal Değerlendirme Ölçeği Skoru
7-Araştırmanın türü ve tasarımı: Araştırmamız grup içi karşılaştırmalı prospektif bir gözlemsel çalışmadır. Ankara Havacılar ASM'ye kayıtlı dahil edilme kriterlerini karşılayan gebelerin eşlerine çalışmaya katılma teklif edilecek ve kabul edilenler çalışmaya alınacaktır.
8- Araştırma hipotezi: Doğum sonrası babalık depresyonu ülkemiz için de önemli bir morbidite sebebidir. Sıklığı farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda elde edilen değerlerden daha düşük değildir.
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi: Ankara Havacılar Aile Sağlığı Merkezince 2019 yılında tespit edilen 32 hafta ve altı tüm gebelerin babaları araştırma evrenimizdir. G Power 3.1.5 programı ile 0.05 hata payı, 0.95 güç, 0.25 effect size (orta) ve 4 ölçümlü ANOVA (Repeated measures, within-between interaction) için tespit edilen minimum örneklem büyüklüğü 36; effect size 0.1 (küçük) olduğunda minimum örneklem büyüklüğü 216 olarak tespit edilmiştir.
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler: Anketler IBM SPSS Statistics 23 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilecektir. Tanımlayıcı istatistikler veri türüne ve dağılıma göre ortalama ve standart sapma veya ortanca ve çeyrekler arası genişlik olarak verilecektir. Edinburg Postnatal Ölçek skorlarının karşılaştırılmasında ANOVA veya Kruskal-Wallis testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanılacaktır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.
11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması: Ülkemizde ve dünyada Postpartum depresyon (PPD) (doğum sonrası babalık depresyonu yaygındır

ve yeni babaların % 8 ila 13'ünde ortaya çıkmaktadır ((Paulson & Bazemore, 2010). Paternal PPD için etkili ve kabul edilebilir tedavilerin belirlenmesi, negatif aile sonuçlarının önlenmesi açısından önemlidir,

Ülkemizde 2016 yılı TUIK Verilerine göre 2016 yılında 1 milyon 309 bin 771 canlı doğum oldu. Babalık depresyonu gelişmiş toplumlarda %8 ile %13 ünde (1) olduğu göz önünde bulundurulursa ciddi anlamda toplumumuzda teşhis edilmemiş babalık depresyonu olduğu aşıkardır.

Doğum sonrası annelerde olan depresyon toplum tarafından bilinmekte ve sağlık kuruluşuna anneler tarafından başvuru yapılmaktadır.

Doğum sonrası babalık depresyonu babalar tarafından bilinmemekte ve depresyon oluşmuş olsa da bilinmediği tanınmadığı için hasta sağlık kuruluşuna başvurmamakta ya da durum kronik bir hale gelip içinden çıkılmaz bir hale gelmektedir,

Ülkemizde babalık depresyonuna yönelik araştırmalar az ve kısıtlıdır. Bu hastalığın görülme sıklığı hakkında dahi yapılmış çok fazla çalışma yoktur. Bu çalışmada postpartum paternal depresyon sıklığı araştırılıp hastalığın sıklığı hakkında bilgi toplanmak amaçlanmaktadır,

Ayrıca aile hekimliğince yapılan doğum sonrası babalık depresyonu konusundaki bilimsel yayınlardaki eksikliğe katkı sağlanacaktır.

12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:

Tez danışmanı

Kontrol edilmiştir ve uygundur.

**Form bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.*

**Tez konusu onay formu tez danışmanı ve istatistik uzmanından danışmanlık alınarak uzmanlık öğrencisi tarafından doldurulduktan sonra eğitim kurumun yönetiminden uygunluk alınır. Daha sonra form anabilim dalı tez konusu değerlendirme editörüne gönderilir. Editör formu tez konusu değerlendirme*

hakemlerine gönderir. Hakemlerin ve editör düzeltme isteği durumunda uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına iade, olumlu görüşü durumunda onay için anabilim dalı başkanlığına gönderir. Anabilim dalı akademik kurulu görüşünü gerekçeleriyle beraber oluşturur ve Dekanlığa gönderir. Dekanlık sonucu uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına bildirir. (Kuruluş aşamasında form EBYS ile Dekanlığa gönderilmelidir.)

3. madde: Araştırmanın amacı ya da amaçları yazıldıktan sonra, amacın tanımlama, karşılaştırma, ilişkilendirme, uyum belirlemek gibi nitelemelerini belirtir.

4. madde: Araştırma materyalleri ve popülasyon tarif edilmelidir. Hastalığın tanımı, hastaların ve kontrollerin özellikleri, deney hayvanları kullanılacaksa nitelikleri tanımlanmalıdır. Bu maddede ayrıca araştırma materyallerinin nereden sağlanacağı (gönüllü hastalar veya sağlıklı insanlar, arşiv verileri, deney ortamı vb) yazılmalıdır.

6. madde: Sağ kalım, komplikasyon, laboratuvar bulgusu, hastanın geri bildirimleri veya bulguları gibi değişkenler yazılmalıdır.

7. madde: Araştırmanın türü belirtilip tasarımı yazılmalıdır. Örneğin deneysel hayvan çalışması, ilaç çalışması, deneysel ilaç dışı çalışma, randomizasyon olup olmadığı ve niteliği, kontrolü olup olmadığı, retrospektif veya prospektifliği, kesitsel, khort çalışma gibi tasarım tam olarak yazılmalıdır.

9. madde: Örneklem sayısının belirleme yöntemi ve nasıl belirlendiği yazılmalıdır.