



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ANTALYA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE
BAŞVURAN GEBELERİN EŞLERİNDE DOĞUM
SONRASI DEPRESYON SIKLIĞININ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Dr. Şahin ŞENER

Antalya, 2025



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ANTALYA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE
BAŞVURAN GEBELERİN EŞLERİNDE DOĞUM
SONRASI DEPRESYON SIKLIĞININ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN SAPTANMASI
UZMANLIK TEZİ**

Dr. Şahin ŞENER

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI

Antalya, 20025

TEŞEKKÜR

Başta doktor olmamı sağlayan ve hiç bir zaman desteklerini eksik etmeyen annem Gülsüm Şener ve Babam Emir Şener'e, yorucu geçen 6 yılda desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen kayınvalidem Ayşe Yılmaz ve kayınpederim Mehmet Yılmaz'a, Zorluklara ve yoğunluğuma rağmen her zaman bana destek olan yanımda duran zoru kolay yapan sevgili eşim Burcu Şener'e, yorgun olduğum günler bana destek olmak için oyun sürelerini kısan canım oğlum Yiğit ile canım Kızım Melis'e, her zaman bana büyük destek veren Prof. Dr. Melahat Akdeniz ve Öğr. Gör. Dr. Hasan Hüseyin Avcı'ya, her zaman yanımda olan canım kardeşlerim Barış Şener ve Ali Buğra Yılmaz'a, 6 yıl bu yola baş koyduğumuz yorgunluğumuzu ekmeğimizi paylaştığımız Dr. Adil Çifci'ye, Beni gerek moral gerekse iş yükümü hafifleterek her zaman yanımda olup destekleyen Dr. Bülent Kavcıoğlu ve Dr. Yasemin Yoldan'a;

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

CİZELGELER DİZİNİ vi

KISALTMALAR viii

1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Kadın Psikolojisi	6
2.2. Kadın Psikolojisini Etkileyen Biyolojik, Psikolojik ve Sosyal Faktörler	7
2.3. Babalarda Doğum Sonrası Psikolojik Etkiler ve Depresyon	8
2.4. Doğum Sonrası Baba Depresyonunun Tanımı Ve Tanı Kriterleri.....	9
2.5. Doğum Sonrası Babalık Depresyonunu Etkileyen Faktörler	10
2.5.1. Psikolojik ve Bireysel Faktörler	10
2.5.2. Sosyal ve İlişkisel Faktörler	12
2.5.3. Ekonomik ve Sosyo-demografik Faktörler	13
2.5.4. Perinatal ve Çocukla İlgili Faktörler	14
2.6. PPPD'nun Doğurduğu Sonuçlar	14
2.7. PPPD'nin Tanısında Kullanılan Ölçekler	17
2.8. PPPD Prevalansı.....	18
2.8.1. Dünyada Durum	18
2.8.2. Türkiye'de Durum	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Türü ve Tasarımı	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.5. Veri Toplama Süreci	22
3.6. Verilerin Analizi	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA	53
Çalışmanın Güçlü Yönleri.....	57
Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	58

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR.....	64
ÖZET.....	70
ABSTRACT	71
EKLER.....	72



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Türkiye'de Babalık Sonrası Depresyon Prevalans Çalışmaları.....	20
Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	23
Çizelge 4.2. Katılımcıların yaşam tarzı özellikleri.....	24
Çizelge 4.3. Araştırmaya katılanların kronik hastalık ve bazı psikiyatrik hastalık öykülerine göre dağılımları	24
Çizelge 4.4. Araştırmaya katılanların ebeveynlik ile ilgili bazı özellikleri.....	26
Çizelge 4.5. Araştırmaya katılan çiftlerde annelerin ilk 3 ay için EPDS ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı.....	28
Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan çiftlerde babaların ilk 3 ay için EPDS sorularına verdikleri yanıtların dağılımları	30
Çizelge 4.7. Araştırmaya katılan çiftlerde babaların 3-6 ay için EPDS ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımları	32
Çizelge 4.8. Anne ve Babaların ilk 3 ay ve babaların 3-6 ay EPDS sonuçları.....	33
Çizelge 4.9. Araştırmaya katılanlarda ikamet yeri ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	34
Çizelge 4.10. Araştırmaya katılanlarda eğitim düzeyi ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	36
Çizelge 4.11. Araştırmaya katılanlarda Gelir düzeyi ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	37
Çizelge 4.12. Araştırmaya katılanlarda Kronik hastalık varlığı ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	38
Çizelge 4.13. Araştırmaya katılanlarda herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	40
Çizelge 4.14. Araştırmaya katılanlarda çocukların sağlık durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	41
Çizelge 4.15. Araştırmaya katılanlarda çocukların sağlık durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	42
Çizelge 4.16. Araştırmaya katılanlarda Kronik hastalığı olan çocuk varlığı ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	43
Çizelge 4.17. Araştırmaya katılanlarda ilk gebelik durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	44

Çizelge 4.18. Araştırmaya katılanlarda düşük öyküsü ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	45
Çizelge 4.19. Araştırmaya katılanlarda baba olarak çocukların bakımına katılım ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	47
Çizelge 4.20. Araştırmaya katılanlarda baba olarak çocuklarla etkinlik yapıp yapmama durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi	48
Çizelge 4.21. Araştırmaya katılanlarda gebeliğin planlı olup olmaması ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	49
Çizelge 4.22. Araştırmaya katılanlarda kendini anne olarak hazır hissedip hissetmeme durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	50
Çizelge 4.23. Araştırmaya katılanlarda kendini baba olarak hazır hissedip hissetmeme durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	52

KISALTMALAR

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AHEF	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HPV	Human Papilloma Virus
IVF	In Vitro Fertilizasyon
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SMEAR	Servikal smear testi
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aileye yeni bir üyenin katılması ailenin yaşamını sonsuza kadar değiştirmektedir. Kadın ve erkek evli çift olmaktan ebeveyn olma aşamasına geçecektir. Ebeveynliğe geçiş, hem anneler hem de babalar için önemli değişiklikleri ve zorlukları beraberinde getiren derin bir yaşam olayıdır (1,2). Bu geçiş aşamasında aile üyeleri bedensel ve ruhsal pek çok sorunla karşılaşmaktadır. Annelerin yaşadıkları sorunlara dair pek çok araştırma vardır (3,4). Erkekler için de babalığa geçiş stresli bir yaşam olayıdır ancak bu konuda yeterli araştırmalar azdır. Son yirmi yılda antenatal ve postnatal dönemde erkeklerin yaşadığı sorunlara ilgi artmış ve doğrudan erkek ebeveynlerin yaşadıkları sorunlara yönelik çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (5-9). Bu çalışmalar, erkeklerin de, kadınlar kadar olmasa da, gebelik sürecinde ve gebelikten sonraki postpartum dönemde sosyal, ruhsal ve bedensel sorunlarla karşı karşıya kaldığını ortaya koymuştur.

Perinatal depresyon, gebelik sırasında veya doğumdan sonraki ilk on iki ay içinde ortaya çıkan majör ve minör depresif epizotları kapsayan geniş bir ruhsal sağlık durumudur (10,11). Küresel olarak, bu durumun ikinci önde gelen engellilik nedeni ve dünya çapında en yaygın ruhsal hastalık haline gelmesi beklenmekte olup, tahmini 300 milyon kişiyi etkilemektedir (11). Bu zorlayıcı istatistikler ve bireyler, çocuklar ve aileler için potansiyel olumsuz, uzun vadeli sonuçlar göz önüne alındığında, babalarda doğum sonrası depresyonun (PPPD) prevalansını ve etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde anlamak büyük önem taşımaktadır. Babalarda doğum sonrası depresyon paternal postpartum depresyon olarak adlandırılmaktadır. Bu durum aileler için önemli bir sorun olmakla birlikte halen yetersiz tanınmakta, yetersiz tanı almakta ve yetersiz tedavi edilmektedir (6-9).

Babalar çocuklarının gelişiminde önemli rol oynamaktadırlar. Maternal PPD'nun çocuk gelişimi üzerine olumsuz etkisi bilinmektedir (6,13-16). Son yıllarda yapılan çalışmalar paternal PPD'nun da maternal PPD kadar önemli olduğunu ve çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimini etkilediğini göstermektedir (6,7). Davis ve ark. bir yaşındaki çocukların babalarındaki depresyonla ebeveynlik

davranışları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmada, depresyonda olan babalar çocuklarına daha az ilgi gösterdikleri ve onlara daha az kitap okudukları bulunmuştur (12). Ayrıca babalardaki depresyonun annelerde ortaya çıkan depresyon için bir risk etmeni olduğunu gösteren çalışmalar vardır (6,,17,18).

Erkeklerdeki PPD, ICD-10'da tanımlanmamıştır. ICD-10, PPD'ü affektif duygu durum bozuklukları başlığı altına "puerperyumla ilişkili hafif mental ve davranışsal bozukluklar" olarak entegre etmiştir. Kadın ve erkek ayrımı yoktur. DSM-V'de ise "genel tıbbi durumlara bağlı afektif bozukluklar" başlığı altına eklenmiştir (6,20). DSM-V ve ICD -10 sınıflamasına göre maternal PPD bebeğin doğumundan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkan bozukluktur. Annelerdeki PPD gebelikten sonraki ilk 3 ay içinde görülürken babalardaki PPD genellikle daha geç ve özellikle annenin depresyonundan sonra ortaya çıkmaktadır (6,17). Ancak, pek çok araştırmacı ve klinisyen PPPD'nun bebeğin doğumundan sonraki bir yıl içinde ortaya çıkabildiğini belirtmektedir (6,7,17,18,20,21).

PPPD için doğru tanı kriterleri henüz tanımlanmamıştır. Pek çok araştırmada Paternal PPD'ü tanımlamak için maternal PPD kriterleri kullanılmaktadır (6,7,17). Maternal PPD semptomları hastalarda belirgin çökkün ya da üzgün duygu durum, tüm yaşam aktivitelerine ilgi kaybı, önemli kilo kaybı ya da kilo alma, uyku bozuklukları, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, yorgunluk ya da enerji eksikliği, değersizlik duygusu ya da suçluluk, düşünme ve yoğunlaşma yetilerinde azalma, tekrarlayan ölüm düşünceleridir. Erkeklerde PPD bulguları kadınlardan farklı olabilmektedir (6,17,19,20). Erkeklerde kadınlardan farklı olarak sosyal etkileşimlerden kaçma, kararsızlık, alaycılık ve sinirlilik, alkol ve ilaç istismarı, evlilik dışı cinsel ilişkide bulunma, eşe şiddet uygulama gibi davranış bozuklukları görülebilmektedir. Erkeklerde üzüntüden çok korku ve öfke duyguları görülmektedir (6,7,20,21).

PPPD'ü olan babalar genellikle korku, oryantasyon bozukluğu, eşleri için sürekli endişe, düş kırıklığı, öfke, umutsuzluk, gelecekte emin olamama gibi duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir (12,20,21). Babalar sosyal ortamlardan çekilebilmekte ve kararsızlık, kinizm, içe kapanma, öfke nöbetleri, afektif rijidite, kendini eleştirme, huzursuzluk ve sinirlilik gibi semptomları ortaya çıkabilmektedir. Olumlu duygularda, içtenlikte ve duyarlılıkta azalma, düşmanlık

duygularında artma, müdahalecilik ve sorumluluktan kaçınma gibi olumsuz ebeveynlik davranışları da gözlenebilmektedir (6,18,20,21).

Literatürde paternal doğum sonrası depresyon üzerine yapılan önceki çalışmalar, paternal doğum sonrası depresyon için %5,3'ten %31,7'ye kadar değişen geniş bir yaygınlık oranı bildirmiştir (6,17,18,22). Bu geniş istatistiksel varyasyonun bu konunun çok yeni olmasına, araştırma yöntemlerinin tutarsızlığına, standart rehberler olmamasına ve klinik heterojeniteye bağlı olduğu düşünülmektedir (6). Paulson ve arkadaşlarının yaptığı 16 ülkeden 43 çalışmanın metaanalizi PPPD insidansının %10.4 olarak bildirmektedir (17). Goodman tarafından yapılan integratif literatür derlemesinde, toplumda postpartum ilk yıl süresinde paternal PPD insidansının %1.2 ila %25 arasında değiştiği belirtilmiştir (18). Doğumdan sonraki 3-6 ay PPPD'un en sık görüldüğü dönemdir ve sıklık %26'ya ulaşmaktadır (6,22).

Türkiye'de maternal postpartum depresyon çalışmaları varken PPPD sıklığı için yapılmış çalışma çok azdır. Peker ve ark'nın 2016 yılında yaptığı çalışmada (11) babalarda depresyon oranı 6. haftada %5.6 olarak bulunmuştur. Çocuk sayısı, evde yaşayan ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının artması, psikiyatrik hastalık öyküsü, plansız gebelik, eşle ilişkide yaşanan sorunlar ve sosyal destek eksikliği depresyonu arttıran faktörler olarak belirlenmiştir. Gelir düzeyi yüksek olan ve/veya bebeğin cinsiyeti ile ilgili beklentisi olmayan babalarda depresyon daha az görülmüştür.

Ünver ve Uçar'ın çalışmasında (23), ilk kez baba olacak kişilerde depresyon ve anksiyeteye katkı yapan faktörler araştırılmıştır. Yetersiz sosyal desteğin en önemli risk faktörü olduğu bulunmuştur.

Paternal PPD'nin özelliklerini, risk etmenlerini, komorbiditelerini, çocuk ve bebekler üzerine etkilerini ve maternal PPD ile ilişkisini tanımlayan bilgi birikimi giderek artmaktadır. İstatistiklerdeki prevelans farklılıklarına rağmen paternal PPD, birinci basamak bakım kurumlarının ve ruhsal bakım veren kurumların kullanılmasının giderek artmasına neden olduğu için bir halk sağlığı sorunudur. Bebek bakımını ve anne-baba-bebek bağına olumsuz olarak etkilemekte ve aile birliği için bir stres etmeni olmaktadır. Dil gelişimi, iletişim, duygusal bozukluklar, hiperaktivite, anksiyete ve depresyon gibi daha sonra gelişebilen

çocuk psikopatolojisi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (6,7). Hem prenatal hem de postpartum dönemde depresif babaların çocuklarında duygusal davranış bozukluğu, hiperaktivite ve psikososyal sorunların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (12). Bu nedenlerle babalardaki depresyonun erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir.

Amerika Ulusal Perinatal Derneği (The National Perinatal Association = NPA) babaların ilk postpartum yılda 2 kez taranmasını önermektedir (24). Ancak PPPD’u tarama ve tanı için geliştirilmiş özel enstrümanlar yoktur (6,24,25). Tanı için DSM-5’in depresyon kriterlerinin kullanılması önerilmektedir (6). Tarama amaçlı olarak 2 soruluk kısa hasta sağlık anketi (PHQ-2) kullanılabilir. PHQ-2’nin pozitif olduğu kişilere 9 soruluk PHQ-9 ile doğrulama yapılmaktadır. Ancak bu iki anket postpartum dönemler için değil genel popülasyon için depresyon tarama amaçlı kullanılmaktadır (25). Annelerde postpartum depresyonu tarama için geliştirilmiş Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (EPDS), Çalışmalar Merkezi Depresyon Skalaları (CES-D) ve Gotland Erkek Depresyon Skalası” (GMDS) anketleri vardır (6,4,18,20). Ancak yapılan çalışmalar EPDS’in daha iyi sonuç verdiğini bildirmektedir (6).

EPDS, hastanın kendinin doldurduğu 10 maddelik, geniş olarak kullanılan bir ankettir. Türkçe uyarlaması Karaçam ve Öner tarafından yapılmıştır. İlk 8 soru gülme, hoşlanma, eğlenme ve suçluluk gibi semptomları sorgular; 2 soru kaygı ve panik gibi anksiyete semptomlarını sorgular. Yanıtlar 5’li likert ölçeğine göre puanlanır. Erkeklerdeki depresyon için kesim noktası 12 puandır. 12 ya da daha fazla puan alan kişilerin depresif bozukluk tanısı olma olasılığı yüksektir. Ancak hastanın durumuna göre bazen daha düşük kesme noktaları kullanılabilir (8,9,12).

Mevcut araştırmaların sınırlı hacmi, özellikle Türkiye’de, babalarda doğum sonrası depresyonun yetersiz taranmasına, teşhis edilmesine ve tedavi edilmesine yol açmaktadır (6). Erkeklerin depresyonu ifade etme biçimleri (örneğin, öfke, risk alma, madde kullanımı) genellikle “klasik” depresif semptomlardan farklılık gösterdiği için (5), sağlık profesyonellerinin bu durumu gözden kaçırmaları kolaylaşmaktadır. Erkeklerin kendileri de bu semptomları depresyonla ilişkilendirmeyebilir, bu da yardım arayışını geciktirir. Bu inceleme, mevcut verileri derleyerek ve bu araştırma ve klinik boşlukları açıkça vurgulayarak hayati

bir rol oynamaktadır. Bu, sadece temel bir gözden geçirme sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda özellikle Türkiye gibi yeterince araştırılmamış bölgelerde babaların ruh sağlığı araştırmalarına ve klinik eğitimine daha fazla fon ve dikkat ayrılmasını dolaylı olarak savunmaktadır.

Babalarda doğum sonrası depresyonun sürekli olarak yetersiz tanınması ve tedavi edilmemesi, hem doğrudan (sağlık hizmeti harcamaları) hem de dolaylı (aile refahı ve çocuk gelişimi üzerindeki olumsuz etkiler) önemli halk sağlığı maliyetlerine yol açmaktadır (2). Bu araştırma boşluğunu ele almak, etkili halk sağlığı stratejileri için bir ön koşuldur.

Bu tez çalışmasının temel amacı, bölgemizde PPPD sıklığını belirlemek ve bu durumla ilişkili potansiyel risk ve koruyucu faktörlerini belirlemektir. Araştırma, babaların doğum sonrası dönemde yaşadığı ruhsal zorluklara dikkat çekerek, bu konudaki farkındalığı artırmayı hedeflemektedir. Elde edilecek bulgularla, babalık depresyonunun erken tanınması ve etkin müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunulması, böylece hem babaların hem de ailelerin genel iyilik halinin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın, konuyla ilgili literatüre önemli bir katkı sağlayarak gelecekteki araştırmalara zemin hazırlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın gelecekteki araştırmalar ve klinik uygulamalar için sağlam bir akademik temel sağlayarak bu anlayışa katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Kadın Psikolojisi

Perinatal dönem, geniş anlamda gebeliği ve doğum sonrası iki yıla kadar olan süreyi kapsayan, kadınların çeşitli psikiyatrik durumlar için önemli ölçüde artmış risk altında olduğu bir aşamayı temsil etmektedir (10,27). Perinatal dönemde kadın ve erkeklerde mental sağlık sorunları görülmesi ve her 4 kadından ve doğum yapan kişiden birini etkilemektedir (28). Özellikle bu durumlar, gebelik diyabeti veya preeklampsi gibi yaygın olarak bilinen diğer gebelikle ilgili komplikasyonlardan daha sık görülmektedir (28). Perinatal mental sağlık sorunlarının yelpazesi perinatal depresyonu (doğum sonrası depresyon veya PND dahil), anksiyete bozukluklarını, obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB), travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB), yeme bozukluklarını, tokofobiyi (gebelik ve doğumdan belirgin korku) ve en kritik olarak gebelik ve doğum sonrası psikozu kapsamaktadır (27,28).

Anne depresyonunun semptomatolojisi çeşitli ve zayıflatıcı olabilir. Genellikle depresif ruh hali veya şiddetli ruh hali dalgalanmaları, aşırı ağlama, yenidoğanla bağlanmada önemli zorluk, aile ve arkadaşlardan sosyal geri çekilme, iştah bozuklukları (iştahsızlık veya aşırı yeme) ve uyku düzeni bozuklukları (uykusuzluk veya aşırı uyuma), aşırı yorgunluk veya derin enerji kaybı, daha önce keyif alınan aktivitelere karşı belirgin ilgi ve zevk kaybı, yoğun sinirlilik ve öfke, yeterli bir anne olamama korkusu, derin umutsuzluk, değersizlik, utanç, suçluluk veya yetersizlik duyguları, net düşünme, konsantre olma veya karar verme yeteneğinde bozulma, huzursuzluk, şiddetli anksiyete, panik ataklar ve şiddetli vakalarda kendine veya bebeğe zarar verme düşünceleri içerir (10,19,27,29,30). Bu durumların yaygınlığı ve ciddiyeti, anne ruh sağlığı sorunlarının tek bir varlık olmadığını, aksine karmaşık, çok yönlü bir durumlar dizisi olduğunu göstermektedir. Psikoz gibi durumlar acil tıbbi müdahale gerektiren ciddi durumlar olarak kabul edilir (10,27,29,30).

2.2. Kadın Psikolojisini Etkileyen Biyolojik, Psikolojik ve Sosyal Faktörler

Anne perinatal mental sağlık durumlarının etiyolojisi, biyolojik, psikolojik ve sosyal belirleyicilerin karmaşık etkileşiminden kaynaklanan çok faktörlü bir yapıya sahiptir (27).

Biyolojik faktörler önemlidir; özellikle doğum sonrası östrojen, progesteron ve tiroid hormonları gibi anahtar hormonlarda görülen dramatik düşüşler dikkat çekicidir. Mevcut bir tiroid dengesizliği de perinatal anksiyete ve panik için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (29-31).

Psikolojik faktörler, depresyon, bipolar bozukluk veya diğer duygu durum bozuklukları gibi ruhsal sağlık sorunlarının kişisel veya aile öyküsünü içerir (27). Diğer psikolojik kırılganlıklar arasında kişinin kendi annesiyle kötü duygusal ilişkiler, ebeveynlerinden alınan bakıma ilişkin olumsuz algılar, kaygılı bağlanma stilleri, olgunlaşmamış savunma mekanizmaları ve travma ya da istismar öyküsü bulunur. Gebelik sırasında yaşanan duygusal sıkıntı, genel ebeveynlik stresi, düşük anne öz-yeterliliği ve yüksek nevrotiklik puanları da riske katkıda bulunur (31,32).

Sosyal ve ilişkisel faktörler derinlemesine etkili bir rol oynamaktadır. Bunlar arasında pratik ve duygusal destek eksikliği, yüksek algılanan izolasyon, çift ilişkisinde mevcut sorunlar (örneğin, evlilik stresi, çatışma, memnuniyetsizlik) ve genel olarak partner desteği eksikliği veya tek ebeveyn olma durumu yer alır (27,32). Gebelik veya doğum sonrası dönemde yaşanan stresli yaşam olayları, yüksek düzeyde algılanan stresle birleştiğinde de bu duruma kritik katkıda bulunan unsurlardır (29).

Sosyo-demografik faktörler arasında genç anne yaşı, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, işsizlik ve daha geniş finansal sorunlar, postpartum depresyon (PPD) geliştirme olasılığının artmasıyla tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, plansız veya istenmeyen gebelikler riski önemli ölçüde artırmaktadır (29-32).

Perinatal ve çocukla ilgili faktörler arasında zorlu veya travmatik bir doğum deneyimi (örneğin, plansız sezaryenler, vakum veya forseps kullanımı,

bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ) ihtiyacı, gebelik sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar, emzirme zorlukları ve çoğul gebelikler yer alır (29-32).

Bu çok çeşitli risk faktörlerinin bir arada bulunması, anne PPD'ü için önemli bir ortam yaratmaktadır. Tek bir faktörün izole olarak bulunmasından ziyade, bu farklı alanlardaki birden fazla stresörün birikimi ve etkileşimi, durumun olasılığını ve şiddetini artırmaktadır (29,31).

Maternal postpartum depresyon yönetimine yönelik girişimler yalnızca bireysel semptomları veya izole risk faktörlerini ele almakla kalmamalı; yeni annelerin daha geniş sosyoekonomik, ilişkisel ve psikolojik bağlamlarını dikkate almalı, birden fazla kırılganlığı aynı anda ele alan entegre destek sağlanmalıdır (31).

2.3. Babalarda Doğum Sonrası Psikolojik Etkiler ve Depresyon

Erkekler doğum sırasında kadınlarla aynı dramatik fizyolojik ve hormonal değişiklikleri yaşamasalar da, yeni rolleri ve beraberindeki sorumluluklarla doğrudan ilişkili derin psikolojik değişiklikler yaşayabilmektedirler (2,4,10,34). Babalığa geçiş, genellikle kafa karışıklığı, bitkinlik, çaresizlik, yalnızlık ve sürekli bir kapana kısılmışlık hissi gibi karmaşık duyguların ortaya çıkmasına neden olan son derece zorlayıcı bir deneyim olabilmektedir (1,2,17).

Toplumsal beklentiler, babalara sıklıkla duygusal olarak metin olma ve yalnızca destekleyici bir rol biçmekte, bu da ironik bir şekilde kendi duygusal mücadelelerinin yeterince tanınmamasına ve ele alınmamasına katkıda bulunmaktadır (4). Birçok baba, birincil sağlayıcı ve "ailenin geçimini sağlayan kişi" olma geleneksel rolünü içselleştirmekte ve bu köklü toplumsal beklentileri karşılayamama algısı, önemli strese ve dolayısıyla depresyona yol açabilmektedir (1). Ayrıca, yeni babalar, özellikle emzirme gibi faaliyetler sırasında anne ile bebek arasındaki yoğun bağlanma ilişkisinden dışlanmışlık duyguları yaşayabilmektedirler (1,2). Bunun yanı sıra, çocuk yetiştirmenin talepleri için özgüven eksikliği ve algılanan hazırlıksızlık, gerekli beceri, bilgi ve destekten yoksunluk hissiyle mücadele etmelerine neden olabilmektedir (3).

Bu faktörler, babalar için bir “görünmez yük” oluşturarak duygusal mücadelelerinin büyük ölçüde göz ardı edilmesine ve ele alınmamasına yol açmaktadır (1,2,5). Bu içsel mücadele genellikle kafa karışıklığı, çaresizlik ve yalnızlık gibi kırılğan duyguları ifade etmede zorluk olarak kendini gösterir (5,6). Erkekliğin ve babalığın mevcut toplumsal yapısı, erkeklerin ruh sağlığı sorunları için profesyonel yardım aramasını aktif olarak engellemekte, bu da babalarda doğum sonrası depresyonu gizli bir salgın haline getirmektedir. Bu durum, babalığın nasıl algılandığı ve desteklendiği konusunda temel bir kültürel değişimi gerektirmekte, kısıtlayıcı geleneksel cinsiyet rollerinden babaların duygusal refahına yönelik daha empatik ve kapsayıcı bir anlayışa doğru ilerlemeyi zorunlu kılmaktadır (5,6).

2.4. Doğum Sonrası Baba Depresyonunun Tanımı Ve Tanı Kriterleri

Babalarda doğum sonrası depresyon (PPPD), alternatif olarak paternal postnatal depresyon (PPND) olarak da adlandırılır ve klinik olarak çocuğun doğumunu takip eden ilk yıl içinde ortaya çıkan bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanır (2,6). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5), “peripartum başlangıçlı depresyon”u gebelik sırasında veya doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkan majör depresif bir epizot olarak tanımlasa da (19), önemli sayıda araştırma bu tanımın erkeklerde PPPD’yi doğru bir şekilde teşhis etmek için genellikle yetersiz olduğunu göstermektedir (6,7). Annelerde sıklıkla gözlemlenen daha akut başlangıcın aksine, erkeklerde PPPD tipik olarak daha yavaş ve kademeli olarak gelişir ve genellikle doğum sonrası ilk yılın tamamına yayılır (3,6,7).

Babalarda PPPD'nin semptomatolojisi, anne depresyonu semptomlarıyla örtüşebilir ancak sıklıkla kendine özgü bazı farklılıklar gösterir (2,6,15). Annelerle ortak görülen semptomlar arasında üzüntü, yorgunluk, bunalmışlık hissi, anksiyete, yeme ve uyku düzeninde bozulmalar yer alır (6). Ancak erkeklerde daha yaygın olarak gözlenen semptomlar arasında öfke nöbetleri veya saldırganlık, artan madde kullanımı, riskli davranışlar (örneğin sorumsuz araç kullanma, evlilik dışı cinsel ilişki), hayal kırıklığı ve sinirlilikte artış, sosyal

izolasyon, fiziksel şikâyetlerde artış (baş ağrısı, sindirim sorunları gibi), konsantrasyon güçlüğü, motivasyon kaybı, işe veya hobilere karşı ilgi azalması, aşırı çalışma eğilimi ve üretkenlik konusunda yoğun kaygılar bulunmaktadır (2,6). Ciddi vakalarda intihar düşünceleri de görülebilir (5).

Bu farklılıklar, tanısal çerçevelerin ve tarama araçlarının erkeklerde PPPD'nin kendine özgü sunumunu daha doğru şekilde yakalayacak biçimde yeniden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. DSM-5 kriterlerinin doğum sonrası ilk dört haftalık süreyle sınırlı olması, erkeklerde genellikle daha yavaş seyreden PPPD'nin teşhisinde tanısal bir boşluk yaratmaktadır (5,19). Ayrıca, erkeklerin depresyonu klasik semptomlardan farklı biçimlerde ifade etme eğiliminde olması —örneğin belirgin üzüntü yerine öfke, saldırganlık veya risk alma davranışları sergilemeleri— sağlık profesyonellerinin bu durumu depresyon olarak tanımlamasını zorlaştırmaktadır (1,2,6).

Benzer şekilde, erkeklerin toplumsal olarak duygusal kırılganlığı bastırmaya şartlandırılmış olmaları, bu semptomları ruhsal bir problem olarak tanımlamakta zorlanmalarına neden olabilmektedir. Bu da yardım arama davranışını geciktirmekte ve tedaviye erişimi azaltmaktadır. Tüm bu faktörler, hem erkeklerin hem de sağlık hizmeti sağlayıcılarının, erkeklerde PPPD'ye özgü semptomlar konusunda kapsamlı şekilde bilgilendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Böylece erken teşhisin artırılması ve zamanında müdahalenin kolaylaştırılması mümkün olabilir (2,6,15).

2.5. Doğum Sonrası Babalık Depresyonunu Etkileyen Faktörler

2.5.1. Psikolojik ve Bireysel Faktörler

Depresyon veya diğer ruhsal hastalıkların (örneğin, anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları) kişisel veya aile öyküsü, babalarda doğum sonrası depresyon için önemli ve iyi bilinen bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır (6,34-37). Özellikle, ailede depresyon öyküsü olan babalar, babalarda doğum sonrası depresyon ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermiştir (9)

Ebeveynliğin talepleri hakkındaki endişeler ve/veya düşük ebeveyn öz-yeterliliği, depresif semptomlara önemli katkıda bulunan faktörlerdir (9,20,34-36) Babalar, çocuk yetiştirme için gerekli beceri, bilgi ve destekten yoksun olduklarına inanarak yetersizlik duyguları besleyebilirler; bu da önemli strese ve memnuniyetsizliğe yol açabilir (2) Mesleki rolleriyle ve yeni baba kimlikleriyle ilişkili beklentiler tarafından bunalmış hissetmek, önemli bir tetikleyici faktör olabilmektedir (6). Aşırı çalışma ve kariyerlerindeki üretkenlik ve işlevsellik konusundaki artan endişeler de hem PPD semptomları hem de ağırlaştırıcı faktörler olarak hizmet edebilmektedir (8,20).

Erkekliğin içselleştirilmiş idealleri ile bir baba olarak gerçek deneyimleri arasındaki çatışmayı yaşamak (genellikle erkek cinsiyet rolü stresi olarak adlandırılır), babalarda doğum sonrası depresyona katkıda bulunan en etkili psikolojik faktör olarak tanımlanmıştır (1,6). Bu, "ailenin geçimini sağlayan kişi" olma geleneksel rolünü yerine getirme konusundaki yaygın toplumsal baskıyı içerir (1,2,20). Mevcut bir kırılgan kişilik veya genel ruhsal sağlık sorunları öyküsü, PPD'ye yatkınlığı artıran önceden var olan faktörlerdir (6).

Çok sayıda kaynak, depresyonun kişisel veya aile öyküsü gibi içsel faktörleri ve düşük ebeveyn öz-yeterliliği gibi dışsal faktörleri risk faktörü olarak tanımlamaktadır (9). Bu bireysel kırılganlıklar izole değildir; daha geniş toplumsal baskılarla önemli ölçüde güçlenir ve kötüleşir. "Erkek cinsiyet rolü stresi" kavramı (6), duygusal ve finansal olarak sorumlu bir "ailenin geçimini sağlayan kişi" olma konusundaki yoğun baskıyı içeren merkezi bir rol oynamaktadır. Depresyona yatkınlığı olan veya ebeveynlik yeteneklerine güveni eksik olan bir baba, babalığın yeni sorumluluklarıyla ve geleneksel erkeklik ideallerine uyma konusundaki katı toplumsal beklentilerle karşılaştığında, algılanan gerçekliği ile bu beklentiler arasındaki uyumsuzluk, depresif semptomları tetikleyebilir veya önemli ölçüde kötüleştirebilir (12,37). Bu durum, yetersizlik duygularının stresi beslediği ve bunun da depresyon riskini artırdığı kısır bir döngü yaratır. Bu durum, babalarda doğum sonrası depresyona yönelik etkili müdahalelerin yalnızca ruhsal hastalık öyküsünü taramanın ötesine geçmesi gerektiğini göstermektedir. Aynı zamanda katı

cinsiyet rolü beklentilerini aktif olarak ele almalı ve sorgulamalı, gerçekçi ebeveynlik öz-yeterlilik inançlarını teşvik etmeli ve modern babalığın karmaşıklıklarını ve duygusal taleplerini kabul eden destekleyici çerçeveler sağlamalıdır. Bu bütünsel yaklaşım, dayanıklılığı artırmak ve doğum sonrası depresyonun başlangıcını veya kötüleşmesini önlemek için kritik öneme sahiptir (6,7,10,21,37).

2.5.2. Sosyal ve İlişkisel Faktörler

Yetersiz sosyal ve/veya duygusal destek, babalarda doğum sonrası depresyon için sürekli ve son derece önemli bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır. Bu eksiklik, kişinin kendi ebeveynlerinden gelen destek eksikliğine kadar uzanabilmektedir (2,8,36,38).

Aile veya eş ilişkisindeki stres, kötü bir evlilik ilişkisi veya önemli evlilik çatışması, baba depresyonunun güçlü belirleyicileri olarak sürekli olarak tanımlanmaktadır (2,6,23). Özellikle evlilik çatışmalarındaki artış, doğum sonrası babalık depresif semptomlarının beş kat daha fazla olasılığı ile ilişkilendirilmiştir (2,6,12,23,35).

Anne depresyonu, hem prenatal hem de postnatal dönemlerde babalarda depresyon için en önemli risk faktörü olarak güvenilir bir şekilde gösterilmektedir (2). Eşleri doğum sonrası depresyon yaşayan erkeklerde baba depresyonu insidans oranı %24 ila %50 gibi oldukça yüksektir (9).

Anne ve bebek arasındaki yakın bağdan dışlanmışlık duyguları ve eşlerinden gelen dikkat veya yakınlık, cinsel aktivite eksikliği de bir babanın sıkıntısına katkıda bulunabilmektedir (1,6,36,38).

Anne depresyonu, baba depresyonu için en önemli risk faktörüdür (6,17,18,21,22). Nicel olarak, anne depresyon yaşadığında baba PPD insidansı %24-50'ye kadar çıkabilmektedir (6). Aynı zamanda, kötü evlilik ilişkileri ve çatışma, baba PPD'si için güçlü risk faktörleri olarak sürekli olarak vurgulanmaktadır (2,6,9). Güçlü bir evlilik ilişkisi ise tam tersine koruyucu bir faktör olarak işlev görmektedir (1,9,39). Bu güçlü korelasyon, bir ebeveynin ruh sağlığının diğerini derinden etkilediğini ve çiftin dinamiği içinde "ortak bir

stresli ortam" yarattığını düşündürmektedir (6). Evlilik kalitesi, bu sistemde kritik bir aracı ve güçlendirici olarak işlev görür: destekleyici ve uyumlu bir ilişki, depresif semptomlara karşı bir tampon görevi görebilirken, çatışma ve memnuniyetsizlik her iki ebeveyn için de riski önemli ölçüde artırmaktadır. Bu durum, ebeveyn ruh sağlığı sorunlarının evlilik sorunlarını tetikleyebileceği ve bunun tersinin de geçerli olduğu çift yönlü bir etki olduğunu ima etmektedir (1). Bu derinlemesine anlayış, klinik müdahalelerin gerçekten aile odaklı bir yaklaşım benimsemesini gerektirmektedir. Depresyon taramasının ideal olarak her iki ebeveyni de kapsaması ve çift danışmanlığı veya ilişki güçlendirme programları gibi hedefe yönelik desteklerin kolayca erişilebilir olması gerekmektedir. Anne depresyonunun ele alınması sadece anne için değil, aynı zamanda baba depresyonu için de birincil bir önleyici tedbir olarak hizmet etmekte, ebeveyn refahının birbirine bağlılığını vurgulamaktadır (1,6,7).

2.5.3. Ekonomik ve Sosyo-demografik Faktörler

Finansal sorunlar, düşük gelir ve düşük eğitim düzeyi, çeşitli çalışmalarda babalarda doğum sonrası depresyon için yaygın risk faktörleri olarak sürekli olarak tanımlanmaktadır (6,7,21,34,36). İşsizlik veya istikrarsız bir istihdam durumu, babalarda depresif semptomlar yaşama olasılığını önemli ölçüde artırmaktadır (21). Genç baba yaşı, yeni babalarda depresif semptom riskinin artmasıyla sıklıkla ilişkilendirilmektedir (21,34). Plansız veya istenmeyen bir gebelik, özellikle düşük sosyoekonomik gruptaki bireylerde önemli kaygı ve finansal zorluklara yol açabilmektedir (21,36).

Çok sayıda kaynakta, sosyoekonomik faktörler (finansal sorunlar, düşük gelir, düşük eğitim, işsizlik) ile babalarda doğum sonrası depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu sürekli olarak vurgulanmaktadır (6,7,21,34,36). Bu sosyoekonomik stresörler, yeni babalarda artan stres, kaygı ve yetersizlik duygularına doğrudan katkıda bulunmaktadır (21). Örneğin, düşük gelir veya işsizlik bağlamında yeni bir bebeğin getirdiği finansal yük, derin bir sıkıntı kaynağı olabilmektedir. Plansız bir gebelik bu finansal yükü daha da

kötüleştirebilmektedir (36). Bu durum, babalarda doğum sonrası depresyonun yalnızca klinik veya bireysel bir psikolojik sorun olmadığını, aksine sağlığın daha geniş sosyoekonomik belirleyicileriyle derinden iç içe olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, babalarda doğum sonrası depresyonu ele almaya yönelik etkili stratejilerin klinik müdahalelerin de ötesine geçerek sosyal ve ekonomik destek politikalarını da içermesi gerekmektedir. Bu politikaların yeni aileler için finansal yükleri hafifletmeyi, eğitime erişimi iyileştirmeyi ve istihdam fırsatlarını artırmayı hedeflemesi, böylece doğum sonrası depresyon riskini azaltabilecek daha destekleyici bir ortam oluşturmaya önemlidir (6,7,21,34,36).

2.5.4. Perinatal ve Çocukla İlgili Faktörler

Stresli bir doğum deneyimi veya gebelik ya da doğum sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar, babalarda doğum sonrası depresyon gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunabilmektedir (6). Bebeğin doğumundan sonra sürekli ve yeterli uyku eksikliği, son derece önemli ve sıklıkla belirtilen bir faktördür (6,36). Yetersiz uyku, kronik yorgunluğa ve sinirliliğe yol açabilmekte, bu da baba-çocuk etkileşimini ve genel refahı olumsuz etkileyebilmektedir. Ek duygusal, pratik ve finansal yükler getirdiği için yenidoğanda sağlık sorunları veya özel ihtiyaçların varlığı, babalar için depresyon riskini önemli ölçüde artırabilmektedir (6,7,21,34,36).

2.5. PPPD'nun Doğurduğu Sonuçlar

Babalarda doğum sonrası depresyon (PPPD), hem babaların kendileri hem de anneler, çocuklar ve genel aile dinamikleri üzerinde geniş kapsamlı olumsuz sonuçlara yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur (6,20,21).

Babalar üzerindeki sonuçlar: PPPD yaşayan babalar, ebeveynlik görevlerinden kaçınma, çocuklarıyla daha az zaman geçirme, öfke sorunları geliştirme, aile, iş ve kişisel gereksinimleri karşılama zorluğu çekme, daha az desteklenmiş hissetme, riskli davranışlara (örneğin, alkol ve madde kullanımı,

şiddet eğilimi) yönelme ve ilişkilerinde memnuniyetsizlik ve güvensizlik yaşama eğilimindedir (2,6,7,20,21,39) Depresif babalar, çatışma çözümünde saldırganlık veya görmezden gelme stratejilerini daha sık kullanabilirler (3,5-8,13,14,20,35)

Anneler üzerindeki sonuçlar: Baba depresyonu, babanın anneye olan ilişkisinde bozulmaya, ebeveynlikte anneye işbirliği yapamamaya ve babadan gelen desteğin azalması nedeniyle annelerin strese ve psikopatolojilere karşı daha savunmasız hale gelmesine neden olabilmektedir (1,4,6,7,10,18,30). Çiftler genellikle gebelik boyunca ve çocuğun doğumundan sonra depresif semptomları ve evlilik memnuniyetsizliğini paylaşılmaktadırlar (1,3,5).

Çocuk gelişimi üzerindeki sonuçlar: Babalarda doğum sonrası depresyon, çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunlara yol açabilmekte, çocuk-ebeveyn bağlanmasını olumsuz etkileyebilmekte, baba-çocuk bağlanmasını bozabilmekte ve çocuklarda gecikmiş konuşma veya davranış sorunları ile ilişkili olabilmektedir (12,13,14,16,17). Depresif babalar, bebeklerini depresif olmayan babalara göre daha olumsuz algılayabilir ve daha az olumlu ebeveynlik davranışları sergileyebilirken, düşmanlık, kayıtsızlık gibi daha fazla olumsuz davranış sergileyebilmektedirler (1,12,13,14,16,17). Depresyon nedeniyle uygulanan olumsuz ebeveynlik stratejileri, bebeklerin beyin gelişimi veya öz-düzenleme becerileri gibi özelliklerini olumsuz etkileyebilmektedir (2,13,14,15). Baba depresyonu, yenidoğanlarda aşırı ağlama ile ilişkilendirilmiştir (2). Babalar çocuğa karşı daha az hassas olabilir ve onları teselli etmek için daha az çaba gösterebilmektedirler. Depresif semptomlar, ebeveynlerin çocuklara kitap okuma sıklığını olumsuz etkileyerek 9-24 aylık çocuklarda dil ve konuşma becerilerinde bozulma ve gecikmeye neden olabilmektedir (1,12,13,14,16,41). Bebeklik döneminde depresif semptomlar gösteren babaların çocukları, 4-5 yaşlarında duygusal zorluk, hiperaktivite ve akran sorunlarında daha olumsuz sonuçlar göstermiştir. Erken baba depresyonunun erkek çocuklarda hiperaktivite ile daha güçlü, kız çocuklarda ise duygusal sorunlarla daha güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (13,16,43). Babaların doğum sonrası depresyonu, 2-3 yaşındaki çocuklarda içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarına; 4-6 yaşındaki çocuklarda daha

düşük prososyal davranış puanları ve akran çatışmaları ile ilişkili bulunmuştur (2,13,14,16). Depresif semptomları olan babalarla yaşamak, diğer faktörlerden bağımsız olarak çocuklarda ve ergenlerde artan duygusal veya davranışsal sorunlarla ilişkilendirilmiştir. Baba depresyonu, doğum sonrası dönemde depresif semptomları olan babaların çocuklarında çeşitli psikiyatrik bozukluklar, özellikle davranış bozuklukları ile ilişkilendirilmiş, depresif olmayan babaların çocuklarına göre daha yüksek bir gelişim oranı göstermiştir. Ebeveyn depresyonunun, çocukların 16 yaşındaki okul performansıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (2,13,14,16,41,43)

Genel aile dinamikleri üzerindeki sonuçlar: Baba depresyonu, aile dinamiklerini bozabilen önemli bir kavramdır (2,6,7,27) Evlilik sorunlarına ve çatışmalara katkıda bulunabilmektedir. Depresif babaların eşleri, düşük duygusal yakınlık bildirmiştir. Depresyon, çatışma çözüm stillerini önemli ölçüde etkileyebilmekte ve ilişki dinamiklerinde çeşitli engeller yaratabilmektedir. Babalarda doğum sonrası depresyon, aile işlevselliğini ciddi şekilde etkileyebilmekte ve depresif semptomlar yeni evlilik sorunlarına neden olabilmektedir (2,6,7,27,41,42,44).

Bu durumların tüm aile üyeleri üzerindeki etkileri, ebeveyn refahının birbirine bağlı olduğunu göstermektedir. Baba depresyonu, bir domino etkisi yaratarak, hem annenin ruh sağlığını hem de çocuğun gelişimini ve genel ev ortamını olumsuz etkileyen bir dizi olumsuz sonuca yol açabilmektedir (2,6,18,30,44). Örneğin, babanın depresyonu, evlilik çatışmasına ve stresli bir ev ortamına neden olarak çocuğun psikolojik sorunlarını dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Ayrıca, annenin depresyonuna ve çocuk bakımını etkileyen ruhsal sağlık sorunlarına da yol açabilmektedir. Bu durum, doğum sonrası dönemde hem annelerin hem de babaların evlilik çatışmaları ve depresyon açısından taranmasının önemini vurgulamaktadır (24,25,27,44,45).

2.6. PPPD'nin Tanısında Kullanılan Ölçekler

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS), doğum sonrası depresyonun taranması ve teşhisinde dünya çapında en yaygın şekilde kullanılan araçlardan biri olarak kabul edilmektedir (6,7,46-48). Başlangıçta kadınlar için geliştirilmiş olmasına rağmen, son yıllarda erkek popülasyonunda da kullanım için valide edilmiştir. Bu nedenle, EPDS yalnızca annelerde değil, babalarda da doğum sonrası depresyon riskini değerlendirmek amacıyla klinik ve araştırma ortamlarında uygulanmaktadır.

Türkiye bağlamında, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) gibi alternatif tarama araçları da kullanılmaktadır (11,26). Ancak EPDS, hem global hem de yerel bağlamda daha sık tercih edilmekte ve uluslararası geçerliliği yüksek bir araç olarak öne çıkmaktadır. Araştırmalar, EPDS'de 10 veya üzeri puan kullanıldığında, erkeklerde doğum sonrası depresyonu saptamada yüksek düzeyde duyarlılık ve özgüllük elde edildiğini göstermektedir (26). Özellikle Türkiye'de yürütülen bir çalışmada, erkeklerde depresyon riskini belirlemek amacıyla EPDS'de 13 ve üzeri bir kesme puanı uygulanmıştır (47).

EPDS'nin erkeklerde kullanımı genellikle kabul görmüş ve geçerliliği yapılmış olmakla birlikte, farklı ülkelerde ve kültürel bağlamlarda önerilen kesme puanlarında farklılıklar gözlemlenmektedir. Örneğin, bazı çalışmalarda ≥ 10 , Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada ≥ 9 , Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada ise ≥ 13 gibi farklı kesme noktaları önerilmiştir (6). Bu değişkenlik, EPDS'nin tanısallık gücünün bağlamdan bağlama farklılık gösterebileceğini ve tek tip, evrensel bir kesme noktasının her popülasyon için geçerli olmayabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu durum, farklı kültürlerde ve sosyo-demografik gruplarda doğum sonrası depresyonun tanılanmasında lokal validasyon çalışmalarının önemini vurgulamaktadır (24). Türkiye gibi ülkelerde, kültürel normlar, toplumsal beklentiler ve psikolojik semptomların ifade biçimleri göz önüne alındığında, yerel verilerle desteklenen EPDS kestirim puanları daha güvenilir sonuçlar verebilmektedir. Ayrıca EPDS'nin, ilk olarak "klasik" depresif semptomları

ölçmeye yönelik tasarlanmış olduğu hatırlanmalıdır (26). Bu nedenle, erkeklerde daha yaygın görülebilen öfke, saldırganlık, riskli davranışlar gibi semptomları yeterince yakalayıp yakalayamadığı tartışmalıdır.

2.7. PPPD Prevalansı

2.7.1. Dünyada Durum

Babalarda doğum sonrası depresyon hiç de nadir değildir; dünya genelinde yaklaşık %10 veya her 10 babadan 1'i doğum sonrası depresif semptomlar yaşamaktadır (8). Otuzdan fazla ülkede bir milyondan fazla katılımcıyı kapsayan kapsamlı meta-analizler, prenatal dönemde %9.76'dan postnatal dönemde %8.75'e kadar değişen prevalans oranları belirlemiş olup, semptomlar bir yıldan fazla sürebilmektedir (6).

ÁlvarezGarcía ve ark.'nın yaptığı bir sistematik inceleme ve meta-analiz (8), babalarda PPPD'nin havuzlanmış prevalansını %24.06 olarak bildirmiştir. Diğer kaynaklar, %4 ila %25 arasında daha geniş bir küresel aralık belirtmekte, annenin de depresyon yaşadığı durumlarda bu oranın %50'ye kadar önemli ölçüde arttığını belirtmektedir. (9) Babalarda PPPD'nin en sık doğum sonrası 3 ila 6 ay içinde görüldüğü gözlemlenmiştir (6,7).

Prevalans oranları, coğrafi konum, kültürel bağlam ve araştırma metodolojisinden etkilenecek önemli değişkenlik göstermektedir. Örnek olarak: Şili (%18.5) (2), Pakistan (%23.5), Çin (%7.5), Fransa (%5.7), Japonya (birinci ayda %11.2, altıncı ayda %12), İran (%15.7), Avustralya (%30.5), Tayvan (%31.3) ve Mısır (%31.8) verilebilir (9).

Bu geniş farklılık, popülasyonlardaki ve kullanılan değerlendirme araçlarındaki farklılıklar (9), kültürel farklılıklar, farklı sonuç değerlendirme yöntemleri ve ruhsal bozukluklara ilişkin perspektiflerdeki heterojenlik gibi faktörlere atfedilmektedir (6-8). Bu durum, çalışmalar arasında doğrudan karşılaştırmaların, metodolojileri, kullanılan tanı kriterleri (örneğin, belirli EPDS kesme noktaları, DSM-5'e uyum veya klinik görüşme) ve çalışma popülasyonlarının benzersiz kültürel bağlamları dikkatlice göz önünde

bulundurulmadan sorunlu olduğunu vurgulamaktadır. Hem %8.75 hem de %24.06'lık rakamların meta-analizlerden/sistematik incelemelerden türetilmiş olması, dahil etme kriterlerinin, istatistiksel modellerin ve dahil edilen çalışmaların genel kalitesinin, bildirilen toplu oranları derinden etkilediğini düşündürmektedir. Bu durum, babalarda doğum sonrası depresyon için daha doğru ve karşılaştırılabilir küresel prevalans tahminlerine ulaşmak amacıyla araştırma tasarımı, tarama araçlarında ve raporlama uygulamalarında daha fazla standardizasyona ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

2.7.2. Türkiye’de Durum

Türkiye’de, anne PPD’u için bildirilen prevalans oranları %14 ila %41 arasında geniş bir aralık göstermektedir (50,51). Babalarda PPPD için ise, bir literatür incelemesi Türkiye’de (İsveç ile karşılaştırıldığında) prevalans oranlarının %1.8 ila %47 arasında değiştiğini belirtmiştir (11). Türkiye için bu istisnai derecede geniş aralık (%1.8-%47) özellikle dikkat çekicidir ve temel çalışmaları daha ayrıntılı incelemeyi gerektirmektedir.

Türkiye’de Peker ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışma (11), 252 babayı kapsayarak EPDS kullanmış ve doğum sonrası 6. haftada depresyon oranını %5.6 olarak bildirmiştir (11). İlk kez baba olan 175 babadan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan başka bir Türk çalışması, bebekleri 3-6 aylıkken, EPDS’de 13 ve üzeri bir kesme puanı uygulandığında depresyon riskini %14.2 olarak bulmuştur (49). Bu %14.2’lik bulgu, doğum sonrası ilk 6 ay içinde ilk kez baba olanların yaklaşık %14’ünün depresyon yaşadığını bildiren bir meta-analizle yakından örtüşmektedir (3).

Türkiye’de babalarda doğum sonrası depresyon prevalansına ilişkin bildirilen aralık (%1.8 ila %47) (2), bireysel Türk çalışmalarından elde edilen daha spesifik bulgularla (%5.6 ve %14.2) (34) önemli bir farklılık göstermektedir. Bu önemli tutarsızlığın nedeni dünya çalışmalarında olduğu gibi heterojen metodolojilere, farklı popülasyonlara ve değişen değerlendirme zaman dilimlerine sahip çalışmalardan kaynaklanabilir. Ayrıca, Türkiye’de babalarda doğum sonrası depresyon üzerine yapılan çalışmaların sayısı son derece azdır, bu da birkaç aykırı çalışmanın bildirilen aralığı büyük ölçüde çarpıtabileceği anlamına gelir. "Taranan

veri tabanlarında sadece bir tane bulunan Türkiye'den sınırlı sayıda araştırma makalesi" (34) hakkındaki açık not, ikincisini güçlü bir şekilde desteklemekte ve yerel verilerin ciddi bir şekilde yetersiz olduğunu göstermektedir. Türkiye'den sağlam, tutarlı ve çok sayıda çalışma olmaması, ülkedeki babalarda doğum sonrası depresyonun gerçek epidemiyolojik tablosu hakkında kesin sonuçlar çıkarmayı son derece zorlaştırmaktadır. Bu durum, Türkiye'de babalarda doğum sonrası depresyon prevalansı ve Türk bağlamındaki spesifik özellikleri hakkında daha net ve güvenilir bir anlayış sağlamak için daha sistematik, geniş ölçekli ve metodolojik olarak titiz araştırma girişimlerine kritik ve acil bir ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.

Aşağıdaki çizelge, Türkiye'deki babalarda doğum sonrası depresyon prevalans çalışmalarına ilişkin mevcut bilgileri özetlemektedir.

Çizelge 2.1. Türkiye'de Babalık Sonrası Depresyon Prevalans Çalışmaları

Çalışma (Yıl)	Örneklem Büyüklüğü	Yöntem	Ölçüm Aracı	Kesme Puanı	Doğum Sonrası Dönem	Prevalans Oranı
Peker ve ark. (2016)	252 baba	Kesitsel	(EPDS)	10 veya daha fazla (genel EPDS)	6. hafta	%5.6
Pınar ve ark (2021)	175 ilk kez baba olan	Tanımlayıcı	(EPDS)	13 ve üzeri	3-6 ay	%14.2
Kaynak 11 ve 52'den yararlanılarak oluşturulmuştur.						

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Tasarımı

Bu çalışma, Antalya'daki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran gebelerin eşlerinde post partum paternal depresyon sıklığını ve etkileyen faktörleri amaçlayan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde 2025 yılında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2025 yılı içerisinde Antalya il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18 yaş ve üzeri gebelerin eşleri oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmamış olup çalışmaya katılmayı kabul eden gebe eşi ile tamamlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, 18 yaş ve üzeri olmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan GOOGLE formlar üzerinden oluşturulmuş bir anket formu kullanılmıştır:

1. **Sosyodemografik Bilgiler Formu:** Bu bölüm, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve gibi demografik ve genel özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.
2. **EPDS ölçeği:** Araştırmaya katılan gebelerin eşlerine gebelerle birlikte ilk 3 ay için, 3-6 ay için ise sadece eşlere uygulanmıştır

3.5. Veri Toplama Süreci

Veriler, anket formu yöntemiyle yüz yüze görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Anketler, araştırmacılar tarafından Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler ve eşlerine uygulanmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve gönüllülük esasına dayalı olarak katılım sağlanmıştır. Katılımcıların cevaplarının tamamen gizli tutulacağı ve hiçbir kurum veya kişiyle paylaşılmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Anket formları, katılımcılar tarafından kendi görüşlerine en uygun düşen cevabı verecek şekilde doldurulmuştur.

3.6. Verilerin Analizi

Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde değerleri ile verilmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılması için parametrik koşulların sağlandığı durumlarda iki grup arasında student t testi, parametrik koşulların sağlanamadığı durumlarda mann whitney U testi kullanılmıştır, ikiden fazla grup arasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılması için parametrik koşulların sağlandığı durumlarda One Way ANOVA, karşılanamadığı durumlarda Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla ki-kare analizi kullanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme için SPSS (Statistical Package for Social Science, Chicago, II, USA) 25.0 Windows paket programı kullanılmıştır. Kritik karar verme düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya 204 kişi katılmış olup, katılımcıların yaş ortalaması $32,7 \pm 6,2$ yıl olarak hesaplanmıştır. İkamet ettikleri yerleşim birimlerine göre dağılım incelendiğinde, %5,9'unun köyde (n=12), %77,9'unun ilçe merkezinde (n=159) ve %16,2'sinin il merkezinde (n=33) yaşadığı belirlenmiştir. Eğitim düzeylerine göre katılımcıların %16,7'si ilköğretim (n=34), %26,0'ı lise (n=53) ve %57,4'ü (n=117) yüksekokul ya da üniversite mezunudur. Gelir düzeyine bakıldığında ise katılımcıların %4,9'u düşük gelir düzeyine (<10.000 TL, n=10), %31,9'u orta gelir düzeyine (10.000–30.000 TL, n=65) ve %63,2'si yüksek gelir düzeyine (>30.000 TL, n=129) sahiptir. Çizelge 4.1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişken		Ortalama $\pm$ SS n (%)
Yaş		32,7 $\pm$ 6,2
İkamet	Köy	12 (%5,9)
	İlçe Merkezi	159 (%77,9)
	İl Merkezi	33 (%16,2)
	İlköğretim	34 (%16,7)
Eğitim	Lise	53 (%26,0)
	Yüksekokul/Üniversite	117 (%57,4)
	Düşük (<10.000 TL)	10 (%4,9)
Gelir	Orta (10.000–30.000 TL)	65 (%31,9)
	Yüksek (>30.000 TL)	129 (%63,2)

Katılımcıların %27,0'ı (n=55) sigara içmektedir ve günlük sigara tüketim medyanı 20 adet olup, minimum 4 ile maksimum 40 adet arasında değişmektedir. Alkol kullandığını belirten katılımcıların oranı %15,2'dir (n=31). Herhangi bir nedenle ilaç kullanan bireylerin oranı ise %7,8'dir (n=16).

Egzersiz yapma durumları incelendiğinde, katılımcıların %32,4'ü hiç egzersiz yapmadığını (n=66), %45,1'i haftada 60 dakikadan az egzersiz yaptığını (n=92), %15,7'si 60–120 dakika arası egzersiz yaptığını (n=32) ve %6,9'u (n=14)

haftada 120 dakikadan fazla egzersiz yaptığını belirtmiştir. Çizelge 4.2’de katılımcıların yaşam tarzı özellikleri verilmiştir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların yaşam tarzı özellikleri

Değişken	n(%) Medyan(min-max)
Sigara	55 (%27,0)
Sigara (adet/gün)	20 (4-40)
Alkol	31 (%15,2)
İlaç Kullanımı	16 (%7,8)
Egzersiz	
Hiç	66 (%32,4)
60 dakikadan az	92 (%45,1)
60-120 dakika arası	32 (%15,7)
120 dakikadan fazla	14 (%6,9)

Katılımcıların %3,9’unda kronik hastalık (n=8), %5,9’unda depresyon (n=12), %6,4’ünde anksiyete bozukluğu (n=13) ve %1,0’ında obsesif kompulsif bozukluk (n=2) bulunduğu bildirilmiştir. Çizelge 4.3’de katılımcıların kronik hastalık ve bazı psikiyatrik hastalık öykülerine göre dağılımları verilmiştir.

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılanların kronik hastalık ve bazı psikiyatrik hastalık öykülerine göre dağılımları

Bilgi	n (%)
Kronik Hastalık	8 (%3,9)
Depresyon	12 (%5,9)
Anksiyete Bozukluğu	13 (%6,4)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2 (%1,0)

Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısının ortalaması 2 olup, bu sayı 1 ile 5 arasında değişmektedir. Katılımcıların %94,6’sı çocuklarının sağlıklı olduğunu (n=193), %5,4’ü ise sağlıklı olmadığını (n=11) belirtmiştir. Kronik hastalığı olan çocuk sahibi olanların oranı %2,9 (n=6), doğumsal sakatlığı olan çocuk sahibi olanların oranı da yine %2,9’dur (n=6).

Gebeliğin planlı olup olmadığı sorulduğunda, katılımcıların %76,0’sı bu gebeliği planladıklarını (n=155), %24,0’ü ise planlamadıklarını (n=49) ifade etmiştir. Katılımcıların gebelik geçmişine ilişkin ortalama değerler; gebe kalma

sayısı 2 (1–6), mevcut gebelik sırası 2 (1–6), doğum sayısı 2 (1–5) ve yaşayan çocuk sayısı 2 (1–5) şeklindedir.

Düşük yapanların oranı %13,7'dir (n=28). Bu kişilerin %75,0'i bir kez (n=21), %17,9'u iki kez (n=5) ve %7,1'i üç kez (n=2) düşük yapmıştır.

Katılımcıların %78,9'u (n=161) kendini anne olmaya hazır hissettiğini belirtirken, %21,1'i (n=43) hazır hissetmediğini ifade etmiştir. Baba olan katılımcılar arasında baba olma sayısının ortalaması 2 olup 1 ile 4 arasında değişmektedir.

Çocuk bakımına aktif katılım %76,5 oranında (n=156) bildirilmiş, %23,5'i ise (n=48) bakım sürecine katılmadığını ifade etmiştir. Çocuklarıyla etkinlik yaptığını belirtenlerin oranı %92,6'dır (n=189), yapmadığını belirtenler ise %7,4'tür (n=15). Katılımcıların %97,1'i (n=198) baba olmaya kendini hazır hissettiğini, %2,9'u ise (n=6) hazır hissetmediğini belirtmiştir.

Çizelge 4.4'de katılımcıların ebeveynlik ile ilgili bazı özellikleri verilmiştir.

Çizelge 4.4. Araştırmaya katılanların ebeveynlik ile ilgili baz özellikleri

	n(%) Medyan(min-max)
Çocuk Sayısı	2 (1-5)
Çocuklarınız sağlıklı mı?	
Hayır	11 (%5,4)
Evet	193 (%94,6)
Kronik hastalığı olan çocuğunuz var mı?	
Hayır	198 (%97,1)
Evet	6 (%2,9)
Doğumsal sakatlığı olan çocuğunuz var mı?	
Hayır	198 (%97,1)
Evet	6 (%2,9)
Bu gebeliği planladınız mı?	
Hayır	49 (%24,0)
Evet	155 (%76,0)
Kaç kez gebe kaldınız?	2 (1-6)
Bu kaçınıcı gebeliğiniz?	2 (1-6)
Kaç doğum yaptınız?	2 (1-5)
Yaşayan çocuk sayısı	2 (1-5)
Düşük var mı?	28 (%13,7)
Düşük Sayısı	
1	21 (%75,0)
2	5 (%17,9)
3	2 (%7,1)
Kendinizi anne olmaya hazır hissediyor musunuz?	
Evet	161
Hayır	43
Bu kaçınıcı kez baba oluştunuz?	2 (1-4)
Çocuklarınızın bakımına aktif olarak katılıyor musunuz?	
Hayır	48 (%23,5)
Evet	156 (%76,5)
Çocuklarınızla etkinlik yapıyor musunuz?	
Hayır	15 (%7,4)
Evet	189 (%92,6)
Kendinizi baba olmaya hazır hissediyor musunuz?	
Hayır	6 (%2,9)
Evet	198 (%97,1)

Araştırmaya katılan çiftlerde annelerin ilk 3 ay için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) kapsamında verdikleri yanıtların dağılımı şu şekildedir (Çizelge 4.5):

1. “Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum” ifadesine verilen yanıtlarda katılımcıların %60,3’ü (n=123) “Her zaman olduğu kadar” yanıtını vermiştir. %29,9’u (n=61) “Artık pek o kadar değil”, %8,8’i (n=18) “Artık kesinlikle o kadar değil” ve %1,0’ı (n=2) “Artık hiç değil” demiştir.

2. “Geleceğe hevesle bakıyorum” sorusuna %50,5 (n=103) “Her zamankinden biraz daha az”, %45,6 (n=93) “Her zaman olduğu kadar”, %2,5 (n=5) “Her zamankinden kesinlikle daha az” ve %1,5 (n=3) “Hemen hemen hiç” yanıtı verilmiştir.
3. “Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum” ifadesine %32,4 (n=66) “Hayır, hiçbir zaman”, %30,4 (n=62) “Çok sık değil”, %28,4 (n=58) “Evet, bazen” ve %8,8 (n=18) “Evet, çoğu zaman” yanıtı verilmiştir.
4. “Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum” sorusuna %34,8 (n=71) “Hayır, hiçbir zaman” ve aynı oranda %34,8 (n=71) “Çok seyrek” yanıtı verilmiştir. %25,5 (n=52) “Evet, bazen” ve %4,9 (n=10) “Evet, çoğu zaman” şeklinde yanıtlamıştır.
5. “İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum” ifadesine %39,7 (n=81) “Hayır, hiçbir zaman”, %36,8 (n=75) “Hayır, çok sık değil”, %17,2 (n=35) “Evet, bazen” ve %6,4 (n=13) “Evet, çoğu zaman” yanıtı verilmiştir.
6. “Her şey giderek sırtıma yükleniyor” ifadesinde katılımcıların %33,3’ü (n=68) “Her zamanki gibi başa çıkabiliyorum”, %30,4’ü (n=62) “Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum”, %29,9’u (n=61) “Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum” ve %6,4’ü (n=13) “Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum” demiştir.
7. “Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum” sorusuna %39,7 (n=81) “Çok sık değil”, %30,4 (n=62) “Hayır, hiçbir zaman”, %27,0 (n=55) “Evet, bazen” ve %2,9 (n=6) “Evet, çoğu zaman” şeklinde yanıt verilmiştir.
8. “Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum” sorusunda %46,6 (n=95) “Çok sık değil”, %36,8 (n=75) “Hayır, hiçbir zaman”, %12,3 (n=25) “Evet, oldukça sık” ve %4,4 (n=9) “Evet, çoğu zaman” yanıtı verilmiştir.
9. “Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum” sorusunda %65,2 (n=133) “Hayır, asla”, %29,4 (n=60) “Çok seyrek”, %3,4 (n=7) “Evet, oldukça sık” ve %2,0 (n=4) “Evet, çoğu zaman” yanıtı verilmiştir.
10. “Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu” ifadesine %91,2 (n=186) “Asla”, %4,9 (n=10) “Hemen hemen hiç”, %3,4 (n=7) “Bazen” ve %0,5 (n=1) “Evet, oldukça sık” yanıtı verilmiştir.

Çizelge 4.5. Araştırmaya katılan çiftlerde annelerim ilk 3 ay için EPDS ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

Soru	Yanıt (n, %)
1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	Artık hiç değil: 2 (%1,0) Artık kesinlikle o kadar değil: 18 (%8,8) Artık pek o kadar değil: 61 (%29,9) Her zaman olduğu kadar: 123 (%60,3)
2) Geleceğe hevesle bakıyorum.	Hemen hemen hiç: 3 (%1,5) Her zaman olduğu kadar: 93 (%45,6) Her zamankinden biraz daha az: 103 (%50,5) Her zamankinden kesinlikle daha az: 5 (%2,5)
3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	Çok sık değil: 62 (%30,4) Evet, bazen: 58 (%28,4) Evet, çoğu zaman: 18 (%8,8) Hayır, hiçbir zaman: 66 (%32,4)
4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	Çok seyrek: 71 (%34,8) Evet, bazen: 52 (%25,5) Evet, çoğu zaman: 10 (%4,9) Hayır, hiçbir zaman: 71 (%34,8)
5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	Evet, bazen: 35 (%17,2) Evet, çoğu zaman: 13 (%6,4) Hayır, çok sık değil: 75 (%36,8) Hayır, hiçbir zaman: 81 (%39,7)
6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum: 61 (%29,9) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum: 13 (%6,4) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum: 62 (%30,4) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum: 68 (%33,3)
7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.	Çok sık değil: 81 (%39,7) Evet, bazen: 55 (%27,0) Evet, çoğu zaman: 6 (%2,9) Hayır, hiçbir zaman: 62 (%30,4)
8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.	Çok sık değil: 95 (%46,6) Evet, çoğu zaman: 9 (%4,4) Evet, oldukça sık: 25 (%12,3) Hayır, hiçbir zaman: 75 (%36,8)
9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.	Çok seyrek: 60 (%29,4) Evet, çoğu zaman: 4 (%2,0) Evet, oldukça sık: 7 (%3,4) Hayır, asla: 133 (%65,2)
10) Kendime arar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	Asla: 186 (%91,2) Bazen: 7 (%3,4) Evet, oldukça sık: 1 (%0,5) Hemen hemen hiç: 10 (%4,9)

Araştırmaya katılan çiftlerde babaların ilk 3 ay için EPDS maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Çizelge 4.6):

1. Gülebilme ve olayların komik tarafını görebilme: Katılımcıların büyük çoğunluğu (%64,2; n=131) “Her zaman olduğu kadar” gülebildiklerini ifade etmiştir. %26,5’i (n=54) “Artık pek o kadar değil”, %8,8’i (n=18) “Artık kesinlikle o kadar değil” ve yalnızca %0,5’i (n=1) “Artık hiç değil” demiştir.
2. Geleceğe hevesle bakma: %59,3’ü (n=121) “Her zaman olduğu kadar” hevesli olduklarını belirtmiş, %37,7’si (n=77) “Her zamankinden biraz daha az”, %2,5’i (n=5) “Her zamankinden kesinlikle daha az” ve %0,5’i (n=1) “Hemen hemen hiç” yanıtını vermiştir.
3. Gereksiz yere kendini suçlama: %39,2’si (n=80) “Hiçbir zaman” suçluluk hissetmediğini belirtmiş, %34,3’ü (n=70) “Çok sık değil”, %18,6’sı (n=38) “Bazen” ve %7,8’i (n=16) “Çoğu zaman” suçluluk duygusu yaşadığını bildirmiştir.
4. Nedensiz sıkıntı ve endişe: Katılımcıların %40,2’si (n=82) “Hiçbir zaman” ve %39,2’si (n=80) “Çok seyrek” bu duyguları yaşadıklarını belirtmiş; %14,7’si (n=30) “Bazen” ve %5,9’u (n=12) “Çoğu zaman” yanıtını vermiştir.
5. Nedensiz korku veya panik: %47,1’i (n=96) “Hiçbir zaman”, %42,6’sı (n=87) “Çok sık değil”, %7,4’ü (n=15) “Bazen” ve %2,9’u (n=6) “Çoğu zaman” panik hissettiğini belirtmiştir.
6. Yük altında hissetme: %43,6’sı (n=89) “Her zamanki gibi başa çıkabiliyorum”, %30,9’u (n=63) “Oldukça iyi başa çıkamıyorum”, %21,6’sı (n=44) “Bazen başa çıkamıyorum” ve %3,9’u (n=8) “Hiç başa çıkamıyorum” şeklinde yanıtlamıştır.
7. Uyuma güçlüğü: %42,6’sı (n=87) “Hiçbir zaman” uyumakta zorlanmadığını belirtmiş, %38,2’si (n=78) “Çok sık değil”, %17,2’si (n=35) “Bazen” ve %2,0’si (n=4) “Çoğu zaman” uyku güçlüğü yaşadığını belirtmiştir.
8. Üzüntülü veya çökkün hissetme: %57,4’ü (n=117) “Hiçbir zaman” çökkün hissetmediğini ifade etmiş; %33,3’ü (n=68) “Çok sık değil”, %8,8’i (n=18) “Oldukça sık” ve %0,5’i (n=1) “Çoğu zaman” bu duyguları yaşadığını belirtmiştir.

9. Mutsuzluk nedeniyle ağlama: Katılımcıların %80,4'ü (n=164) “Asla” ağlamadığını, %19,1'i (n=39) “Çok seyrek” ağladığını ve sadece %0,5'i (n=1) “Oldukça sık” ağladığını bildirmiştir.
10. Kendine zarar verme düşüncesi: Katılımcıların büyük çoğunluğu %93,6 (n=191) “Asla” böyle bir düşünce yaşamadığını belirtmiştir. %4,9'u (n=10) “Hemen hemen hiç”, %1,0'ı (n=2) “Oldukça sık” ve %0,5'i (n=1) “Bazen” kendine zarar verme düşüncesi yaşadığını ifade etmiştir.

Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan çiftlerde babaların ilk 3 ay için EPDS sorularına verdikleri yanıtların dağılımları

Soru	Yanıt (n, %)
1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	Artık hiç değil: 1 (%0,5) Artık kesinlikle o kadar değil: 18 (%8,8) Artık pek o kadar değil: 54 (%26,5) Her zaman olduğu kadar: 131 (%64,2)
2) Geleceğe hevesle bakıyorum.	Hemen hemen hiç: 1 (%0,5) Her zaman olduğu kadar: 121 (%59,3) Her zamankinden biraz daha az: 77 (%37,7) Her zamankinden kesinlikle daha az: 5 (%2,5)
3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	Çok sık değil: 70 (%34,3) Evet, bazen: 38 (%18,6) Evet, çoğu zaman: 16 (%7,8) Hayır, hiçbir zaman: 80 (%39,2)
4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	Çok seyrek: 80 (%39,2) Evet, bazen: 30 (%14,7) Evet, çoğu zaman: 12 (%5,9) Hayır, hiçbir zaman: 82 (%40,2)
5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	Evet, bazen: 15 (%7,4) Evet, çoğu zaman: 6 (%2,9) Hayır, çok sık değil: 87 (%42,6) Hayır, hiçbir zaman: 96 (%47,1)
6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum: 44 (%21,6) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum: 8 (%3,9) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum: 63 (%30,9) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum: 89 (%43,6)
7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.	Çok sık değil: 78 (%38,2) Evet, bazen: 35 (%17,2) Evet, çoğu zaman: 4 (%2,0) Hayır, hiçbir zaman: 87 (%42,6)
8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.	Çok sık değil: 68 (%33,3) Evet, çoğu zaman: 1 (%0,5) Evet, oldukça sık: 18 (%8,8) Hayır, hiçbir zaman: 117 (%57,4)
9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.	Çok seyrek: 39 (%19,1) Evet, oldukça sık: 1 (%0,5) Hayır, asla: 164 (%80,4)
10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	Asla: 191 (%93,6) Bazen: 1 (%0,5) Evet, oldukça sık: 2 (%1,0) Hemen hemen hiç: 10 (%4,9)

Araştırmaya katılan çiftlerde babaların ilk 3-6 ay için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) kapsamındaki sorulara verdikleri yanıtların dağılımı aşağıda özetlenmiştir (Çizelge 4.7):

1. “Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum” ifadesine %62,7 (n=128) “Her zaman olduğu kadar”, %26,0 (n=53) “Artık pek o kadar değil” ve %11,3 (n=23) “Artık kesinlikle o kadar değil” şeklinde yanıt verilmiştir.
2. “Geleceğe hevesle bakıyorum” sorusuna katılımcıların %57,8’i (n=118) “Her zaman olduğu kadar”, %38,2’si (n=78) “Her zamankinden biraz daha az”, %2,9’u (n=6) “Her zamankinden kesinlikle daha az” ve %1,0’ı (n=2) “Hemen hemen hiç” yanıtını vermiştir.
3. “Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum” ifadesine %41,2’si (n=84) “Hayır, hiçbir zaman”, %34,3’ü (n=70) “Çok sık değil”, %20,6’sı (n=42) “Evet, bazen” ve %3,9’u (n=8) “Evet, çoğu zaman” yanıtı vermiştir.
4. “Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum” sorusuna %39,7’si (n=81) “Çok seyrek”, %38,7’si (n=79) “Hayır, hiçbir zaman”, %16,7’si (n=34) “Evet, bazen” ve %4,9’u (n=10) “Evet, çoğu zaman” yanıtını vermiştir.
5. “İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum” ifadesine %57,4’ü (n=117) “Hayır, hiçbir zaman”, %36,3’ü (n=74) “Hayır, çok sık değil” ve %6,4’ü (n=13) “Evet, bazen” demmiştir.
6. “Her şey giderek sırtıma yükleniyor” sorusuna %49,0’ı (n=100) “Her zamanki gibi başa çıkabiliyorum”, %29,9’u (n=61) “Çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum”, %18,6’sı (n=38) “Bazen başa çıkamıyorum” ve %2,5’i (n=5) “Çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum” şeklinde yanıt vermiştir.
7. “Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum” ifadesine %41,7’si (n=85) “Hayır, hiçbir zaman”, %38,7’si (n=79) “Çok sık değil”, %18,6’sı (n=38) “Evet, bazen” ve %1,0’ı (n=2) “Evet, çoğu zaman” şeklinde yanıtlamıştır.
8. “Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum” sorusuna %54,9’u (n=112) “Hayır, hiçbir zaman”, %37,3’ü (n=76) “Çok sık değil”, %6,4’ü (n=13) “Oldukça sık” ve %1,5’i (n=3) “Çoğu zaman” şeklinde yanıt vermiştir.

9. “Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum” ifadesine %81,9’u (n=167) “Hayır, asla”, %17,2’si (n=35) “Çok seyrek” ve %1,0’ı (n=2) “Oldukça sık” yanıtı vermiştir.
10. “Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu” sorusuna %99,0’ı (n=202) “Asla” ve %1,0’ı (n=2) “Hemen hemen hiç” yanıtını vermiştir.

Çizelge 4.7. Araştırmaya katılan çiftlerde babaların 3-6 ay için EPDS ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımları

Soru	Yanıt (n, %)
1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	Artık kesinlikle o kadar değil: 23 (%11,3) Artık pek o kadar değil: 53 (%26,0) Her zaman olduğu kadar: 128 (%62,7)
2) Geleceğe hevesle bakıyorum.	Hemen hemen hiç: 2 (%1,0) Her zaman olduğu kadar: 118 (%57,8) Her zamankinden biraz daha az: 78 (%38,2) Her zamankinden kesinlikle daha az: 6 (%2,9)
3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	Çok sık değil: 70 (%34,3) Evet, bazen: 42 (%20,6) Evet, çoğu zaman: 8 (%3,9) Hayır, hiçbir zaman: 84 (%41,2)
4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	Çok seyrek: 81 (%39,7) Evet, bazen: 34 (%16,7) Evet, çoğu zaman: 10 (%4,9) Hayır, hiçbir zaman: 79 (%38,7)
5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	Evet, bazen: 13 (%6,4) Hayır, çok sık değil: 74 (%36,3) Hayır, hiçbir zaman: 117 (%57,4)
6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum: 38 (%18,6) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum: 5 (%2,5) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum: 61 (%29,9) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum: 100 (%49,0)
7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.	Çok sık değil: 79 (%38,7) Evet, bazen: 38 (%18,6) Evet, çoğu zaman: 2 (%1,0) Hayır, hiçbir zaman: 85 (%41,7)
8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.	Çok sık değil: 76 (%37,3) Evet, çoğu zaman: 3 (%1,5) Evet, oldukça sık: 13 (%6,4) Hayır, hiçbir zaman: 112 (%54,9)
9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.	Çok seyrek: 35 (%17,2) Evet, oldukça sık: 2 (%1,0) Hayır, asla: 167 (%81,9)
10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	Asla: 202 (%99,0) Hemen hemen hiç: 2 (%1,0)

Katılımcıların EPDS puanları ve depresyon sıklıkları aşağıdaki şekilde özetlenmiştir (çizelge 4.8):

- **Annelerin 3. ay EPDS puanı** ortalama $7,7 \pm 4,9$, medyan 7,00 olarak hesaplanmıştır. İlk 3 ay içinde depresyon belirtileri göstermeyen annelerin oranı %75,0 (n=153) iken, %25,0'ında (n=51) depresyon belirtileri saptanmıştır.
- **Babaların 3. ay EPDS puanı** ortalama $5,8 \pm 3,7$, medyan 5,50'dir. İlk 3 ayda depresyon görülmeyen babaların oranı %84,3 (n=172) olup, %15,7'sinde (n=32) depresyon belirtileri vardır.
- **Babaların 3-6. ay EPDS puanı** ortalama $5,5 \pm 3,5$, medyan 6,00'dır. Bu dönemde depresyon görülmeyen baba oranı %90,7 (n=185), depresyon belirtisi olanların oranı ise %9,3'tür (n=19).

Çizelge 4.8'de Anne ve Babaların ilk 3 ay ve babaların 3-6 ay EPDS sonuçları verilmiştir.

Çizelge 4.8. Anne ve Babaların ilk 3 ay ve babaların 3-6 ay EPDS sonuçları

Anne 3. Ay EPDS	Ortalama: $7,7 \pm 4,9$ / Medyan: 7,00
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	153 (%75,0)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	51 (%25,0)
Baba 3. Ay EPDS	Ortalama: $5,8 \pm 3,7$ / Medyan: 5,50
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	172 (%84,3)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	32 (%15,7)
Baba 3-6 Ay EPDS	Ortalama: $5,5 \pm 3,5$ / Medyan: 6,00
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	185 (%90,7)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	19 (%9,3)

Katılımcıların ikamet ettikleri yerleşim yerlerine göre değerlendirilen EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde, annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması köyde $7,3 \pm 5,2$, ilçe merkezinde $7,6 \pm 4,9$ ve il merkezinde $8,3 \pm 4,8$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p=0,464$), il merkezinde yaşayan annelerde ortalama puanın daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, babaların 3. ay EPDS puanları köyde $6,7 \pm 5,6$, ilçe merkezinde $5,5 \pm 3,7$ ve il merkezinde $6,6 \pm 3,2$; 3-6. ay EPDS puanları ise sırasıyla $6,3 \pm 3,7$, $5,3 \pm 3,6$ ve $5,9 \pm 2,9$ olarak hesaplanmıştır. Her iki dönemde de baba EPDS puanları açısından yerleşim yerleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,230$ ve $p=0,329$).

Depresyon sıklıklarına bakıldığında, ilk 3 ayda depresyon bildirmeyen annelerin oranı köyde %83,3, ilçe merkezinde %76,1 ve il merkezinde %66,7 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,413$). Babalar için de benzer bir dağılım görülmüş; ilk 3 ayda depresyon görülmeyenlerin oranı köyde %83,3, ilçe merkezinde %85,5 ve il merkezinde %78,8 olarak belirlenmiş, bu fark da anlamlı bulunmamıştır ($p=0,622$). Baba depresyonunun 3-6. ay dönemindeki durumu incelendiğinde, depresyon görülmeyenlerin oranı köyde %83,3, ilçe merkezinde %92,5 ve il merkezinde %84,8 olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,261$).

Genel olarak, hem anne hem baba için EPDS puanları ve depresyon sıklıkları yerleşim yerlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ancak il merkezinde yaşayan bireylerde depresyon oranlarının diğer gruplara göre daha yüksek olması, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da dikkat çekici bir eğilim olarak değerlendirilebilir. Bu durum, kent yaşamının getirdiği stres faktörleri ve sosyal destek sistemlerindeki farklılıklarla ilişkilendirilebilir. Çizelge 4.9’da katılımcılarda ikamet yeri ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişki verilmiştir.

Çizelge 4.9. Araştırmaya katılanlarda ikamet yeri ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	İkamet Yeri		
	Köy	İlçe Merkezi	İl Merkezi
Anne 3. Ay EPDS	7,3 ± 5,2	7,6 ± 4,9	8,3 ± 4,8
Baba 3. Ay EPDS	6,7 ± 5,6	5,5 ± 3,7	6,6 ± 3,2
Baba 3-6 Ay EPDS	6,3 ± 3,7	5,3 ± 3,6	5,9 ± 2,9
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	10 (%83,3)	121 (%76,1)	22 (%66,7)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	2 (%16,7)	38 (%23,9)	11 (%33,3)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	10 (%83,3)	136 (%85,5)	26 (%78,8)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	2 (%16,7)	23 (%14,5)	7 (%21,2)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	10 (%83,3)	147 (%92,5)	28 (%84,8)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	2 (%16,7)	12 (%7,5)	5 (%15,2)
Kruskal Wallis, Ki-kare			

Katılımcıların eğitim düzeyine göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde (çizelge 4.10), annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması ilköğretim mezunlarında $7,4 \pm 3,7$, lise mezunlarında $7,6 \pm 5,3$ ve yüksekokul/üniversite mezunlarında $7,8 \pm 5,0$ olarak hesaplanmıştır. Eğitim düzeyine göre anlamlı bir

fark bulunmamıştır ($p=0,819$). Benzer şekilde babaların 3. ay EPDS puanları sırasıyla $5,6 \pm 3,9$, $5,6 \pm 4,0$ ve $5,9 \pm 3,6$; 3-6. ay EPDS puanları ise $5,9 \pm 4,3$, $5,6 \pm 3,7$ ve $5,3 \pm 3,1$ olarak belirlenmiştir. Bu farklılıklar da istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=0,698$ ve $p=0,997$).

İlk 3 ayda depresyon görülmeyen annelerin oranı ilköğretim düzeyinde %76,5, lise düzeyinde %79,2 ve yükseköğretim düzeyinde %72,6 iken, depresyon görülenlerin oranı sırasıyla %23,5, %20,8 ve %27,4'tür. Eğitim düzeyine göre annelerdeki depresyon sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,640$). Babalar açısından da benzer bir durum gözlenmiştir. İlk 3 ayda depresyon görülmeyen babaların oranı ilköğretim mezunlarında %82,4, lise mezunlarında %86,8 ve üniversite mezunlarında %83,8'dir. Bu oranlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,830$).

Baba depresyonunun 3–6 ay aralığında dağılımına bakıldığında ise depresyon görülmeyenlerin oranı ilköğretim grubunda %85,3, lise grubunda %88,7 ve yükseköğretim grubunda %93,2'dir. Bu dönemde depresyon yaşayanların oranı sırasıyla %14,7, %11,3 ve %6,8 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,321$).

Çizelge 4.10.'da araştırmaya katılanlarda eğitim düzeyi ile EPDS ölçeği puanları verilmiştir.

Sonuç olarak, hem anne hem baba EPDS puanları ve depresyon sıklıkları eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ancak eğitim düzeyi yükseldikçe baba depresyon oranında azalma eğilimi gözlenmektedir; bu durum sosyal destek, sağlık okuryazarlığı ve psikososyal baş etme becerilerinin eğitimle ilişkili olabileceğine dair ipuçları verebilir.

Çizelge 4.11. Araştırmaya katılanlarda eğitim düzeyi ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Eğitim düzeyi		
	İlköğretim	Lise	Yüksekokul/Üniversite
Anne 3. Ay EPDS	7,4 ± 3,7	7,6 ± 5,3	7,8 ± 5,0
Baba 3. Ay EPDS	5,6 ± 3,9	5,6 ± 4,0	5,9 ± 3,6
Baba 3-6 Ay EPDS	5,9 ± 4,3	5,6 ± 3,7	5,3 ± 3,1
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	26 (%76,5)	42 (%79,2)	85 (%72,6)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	8 (%23,5)	11 (%20,8)	32 (%27,4)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	28 (%82,4)	46 (%86,8)	98 (%83,8)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	6 (%17,6)	7 (%13,2)	19 (%16,2)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	29 (%85,3)	47 (%88,7)	109 (%93,2)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	5 (%14,7)	6 (%11,3)	8 (%6,8)
Kruskal Wallis, Ki-kare			

Katılımcıların gelir düzeylerine göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları değerlendirildiğinde (**çizelge 4.11**), annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması düşük gelir grubunda $8,5 \pm 5,0$, orta gelir grubunda $7,9 \pm 5,0$ ve yüksek gelir grubunda $7,5 \pm 4,9$ olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,697$). Benzer şekilde babaların 3. ay EPDS puan ortalamaları sırasıyla $7,8 \pm 4,4$, $5,7 \pm 3,9$ ve $5,7 \pm 3,6$; 3–6. ay EPDS puan ortalamaları ise $8,1 \pm 4,3$, $5,3 \pm 3,8$ ve $5,4 \pm 3,1$ şeklindedir. Özellikle düşük gelir grubundaki babalarda EPDS puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir; ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır ($p=0,346$ ve $p=0,118$).

Depresyon sıklığı açısından değerlendirildiğinde, ilk 3 ayda depresyon görülmeyen annelerin oranı düşük gelir grubunda %70,0, orta gelir grubunda %72,3 ve yüksek gelir grubunda %76,7'dir. Depresyon görülenlerin oranı ise sırasıyla %30,0, %27,7 ve %23,3 olup, bu fark anlamlı değildir ($p=0,743$). Babaların ilk 3 aydaki depresyon durumuna bakıldığında, depresyon görülmeyenlerin oranı düşük gelir grubunda %70,0, orta gelir grubunda %81,5 ve yüksek gelir grubunda %86,8 olarak belirlenmiştir; depresyon yaşayanların

oranları ise sırasıyla %30,0, %18,5 ve %13,2'dir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,281$).

Baba depresyonunun 3–6. ay dönemine ilişkin bulgular, düşük gelir grubunda depresyon görülmeyenlerin oranının %70,0, orta gelir grubunda %90,8 ve yüksek gelir grubunda %92,2 olduğunu göstermektedir. Bu dönemde depresyon oranı düşük gelir grubunda %30,0 ile en yüksek seviyededir; bu fark da istatistiksel anlamlılık sınırına yaklaşmakla birlikte anlamlı değildir ($p=0,066$).

Genel olarak, hem anne hem baba için EPDS puanları ve depresyon oranları gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte, düşük gelir düzeyine sahip bireylerde özellikle baba depresyonunun daha sık görüldüğü dikkat çekmektedir. Bu durum ekonomik zorlukların psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini yansıtabilecek potansiyel bir eğilim olarak değerlendirilebilir.

Çizelge 4.12. Araştırmaya katılanlarda Gelir düzeyi ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Gelir Düzeyi		
	Düşük Gelir (<10.000 TL)	Orta Gelir (10.000–30.000 TL)	Yüksek Gelir (>30.000 TL)
Anne 3. Ay EPDS	8,5 ± 5,0	7,9 ± 5,0	7,5 ± 4,9
Baba 3. Ay EPDS	7,8 ± 4,4	5,7 ± 3,9	5,7 ± 3,6
Baba 3-6 Ay EPDS	8,1 ± 4,3	5,3 ± 3,8	5,4 ± 3,1
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	7 (%70,0)	47 (%72,3)	99 (%76,7)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	3 (%30,0)	18 (%27,7)	30 (%23,3)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	7 (%70,0)	53 (%81,5)	112 (%86,8)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	3 (%30,0)	12 (%18,5)	17 (%13,2)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	7 (%70,0)	59 (%90,8)	119 (%92,2)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	3 (%30,0)	6 (%9,2)	10 (%7,8)
Kruskal Wallis, Ki-kare			

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları değerlendirildiğinde (Çizelge 4.12), annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması kronik hastalığı olmayanlarda 7,7 ± 4,9, olanlarda ise 7,6 ± 3,5 olarak

bulunmuştur. Babaların 3. ay EPDS puanı hastalık olmayan grupta $5,8 \pm 3,8$, olanlarda ise $4,5 \pm 2,4$; 3–6. ay puanları ise sırasıyla $5,4 \pm 3,5$ ve $6,1 \pm 3,2$ 'dir. Tüm bu karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (anne $p=0,983$; baba $p=0,320$ ve $p=0,589$).

Depresyon sıklıkları incelendiğinde, ilk 3 ayda depresyon belirtileri göstermeyen annelerin oranı kronik hastalığı olmayanlarda %74,5 (n=146), olanlarda ise %87,5 (n=7) olarak belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,405$). Benzer şekilde, babalarda ilk 3 ayda depresyon görülmeyenlerin oranı kronik hastalığı olmayanlarda %83,7 (n=164), hastalığı olanlarda ise %100,0 (n=8) olarak saptanmış, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmamıştır ($p=0,213$). Baba depresyonunun 3–6. ayda görülme oranı hastalığı olmayanlarda %8,7 (n=17), hastalığı olanlarda ise %25,0 (n=2) olarak bulunmuştur; bu fark da istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır ($p=0,119$).

Genel olarak değerlendirildiğinde, hem anne hem baba EPDS puanları ve depresyon oranları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Ancak baba grubunda 3–6. ayda depresyon oranının kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgu, klinik açıdan göz önünde bulundurulması gereken potansiyel bir eğilimdir; ancak sayısal yetersizlik ve istatistiksel anlamlılık düzeyinin altında kalması nedeniyle dikkatli yorumlanmalıdır.

Çizelge 4.13. Araştırmaya katılanlarda Kronik hastalık varlığı ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Kronik Hastalık	
	Yok	Var
Anne 3. Ay EPDS	$7,7 \pm 4,9$	$7,6 \pm 3,5$
Baba 3. Ay EPDS	$5,8 \pm 3,8$	$4,5 \pm 2,4$
Baba 3-6 Ay EPDS	$5,4 \pm 3,5$	$6,1 \pm 3,2$
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	146 (%74,5)	7 (%87,5)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	50 (%25,5)	1 (%12,5)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	164 (%83,7)	8 (%100,0)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	32 (%16,3)	0 (%0,0)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	179 (%91,3)	6 (%75,0)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	17 (%8,7)	2 (%25,0)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların herhangi bir psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk) öyküsüne göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları karşılaştırıldığında (**Çizelge 4.13**), özellikle anneler açısından anlamlı farklar gözlenmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması $7,0 \pm 4,3$ iken, öyküsü olanlarda bu değer anlamlı düzeyde yüksek olup $13,5 \pm 5,8$ olarak belirlenmiştir ($p<0,001$). Aynı şekilde, ilk 3 ayda depresyon görülmeyenlerin oranı psikiyatrik hastalığı olmayan annelerde %81,3 iken, hastalık öyküsü olanlarda bu oran yalnızca %22,7'dir. Bu durum da istatistiksel olarak oldukça anlamlıdır ($p<0,001$).

Babalar açısından bakıldığında, 3. ay EPDS puanı psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlarda $5,6 \pm 3,6$, olanlarda ise $7,1 \pm 4,8$ olarak hesaplanmış; bu fark istatistiksel olarak sınırda anlamlılık düzeyindedir ($p=0,083$). Baba 3-6. ay EPDS puanları açısından ise herhangi bir fark gözlenmemiştir (her iki grupta da ortalama 5,5 puan; $p=0,920$). İlk 3 ayda depresyon sıklığı açısından, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan babalarda depresyon görülmeyenlerin oranı %86,8 iken, öyküsü olanlarda bu oran %63,6'ya düşmektedir ($p=0,005$). Ancak 3-6. ayda depresyon görülme oranları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,460$).

Sonuç olarak, psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerde hem EPDS puanları hem de doğum sonrası erken dönemde depresyon sıklığı belirgin şekilde artmaktadır. Bu fark özellikle anneler açısından daha yüksek düzeyde olup, erken tarama ve psikososyal destek gereksiniminin bu grupta çok daha fazla olduğunu göstermektedir. Babalar açısından da benzer bir eğilim gözlenmekle birlikte, 3-6. ay dönemi için fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Bu bulgular, geçmiş psikiyatrik öykünün postpartum dönemde ruhsal sağlığı öngörmede önemli bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır.

Çizelge 4.14. Araştırmaya katılanlarda herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Herhangi bir psikiyatrik hastalık (Depresyon, Anksiyete, OKB)	
	Yok	Var
Anne 3. Ay EPDS	7,0 ± 4,3	13,5 ± 5,8
Baba 3. Ay EPDS	5,6 ± 3,6	7,1 ± 4,8
Baba 3-6 Ay EPDS	5,5 ± 3,4	5,5 ± 4,1
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	148 (%81,3)	5 (%22,7)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	34 (%18,7)	17 (%77,3)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	158 (%86,8)	14 (%63,6)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	24 (%13,2)	8 (%36,4)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	166 (%91,2)	19 (%86,4)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	16 (%8,8)	3 (%13,6)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların çocuklarının sağlık durumuna göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde (**Çizelge 4.14**), anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması çocukları sağlıklı olmayanlarda $6,6 \pm 3,5$, sağlıklı olanlarda ise $7,7 \pm 5,0$ olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,475$). Benzer şekilde, babaların 3. ay EPDS puanı çocukları sağlıklı olmayanlarda $4,9 \pm 2,5$, sağlıklı olanlarda ise $5,8 \pm 3,8$ 'dir ($p=0,423$). Baba 3–6. ay EPDS puanları da her iki grupta 5,5 olarak ölçülmüş olup fark anlamlı değildir ($p=0,945$).

Depresyon sıklığı açısından değerlendirildiğinde, ilk 3 ayda depresyon görülmeyen annelerin oranı çocukları sağlıklı olmayan grupta %72,7 ($n=8$), sağlıklı olanlarda %75,1 ($n=145$) olarak belirlenmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,858$). Babaların ilk 3 ayda depresyon yaşamadığını belirtenlerin oranı çocukları sağlıklı olmayanlarda %100,0 ($n=11$), sağlıklı olanlarda ise %83,4'tür ($n=161$); bu fark da anlamlı değildir ($p=0,141$). Benzer şekilde, baba 3–6 ay döneminde depresyon oranları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,275$).

Sonuç olarak, çocukların sağlık durumunun anne ve babaların doğum sonrası depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu yönünde bir bulgu elde edilmemiştir. Çocukları sağlıklı olmayan bireylerde depresyon oranları zaman zaman daha düşük gözükse de bu farkların sayıca sınırlı alt gruplardan

kaynaklandığı ve istatistiksel olarak anlam ifade etmediği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla bu değişken, bu çalışmada depresyonla ilişkilendirilmemiştir.

Çizelge 4.15. Araştırmaya katılanlarda çocukların sağlık durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Çocukların sağlık durumu	
	Sağlıklı Değil	Sağlıklı
Anne 3. Ay EPDS	6,6 ± 3,5	7,7 ± 5,0
Baba 3. Ay EPDS	4,9 ± 2,5	5,8 ± 3,8
Baba 3-6 Ay EPDS	5,5 ± 2,6	5,5 ± 3,5
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	8 (%72,7)	145 (%75,1)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	3 (%27,3)	48 (%24,9)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	11 (%100,0)	161 (%83,4)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	0 (%0,0)	32 (%16,6)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	11 (%100,0)	174 (%90,2)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	0 (%0,0)	19 (%9,8)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların çocuklarının sağlık durumuna göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde (**Çizelge 4.15**), anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması çocukları sağlıklı olmayanlarda 6,6 ± 3,5, sağlıklı olanlarda ise 7,7 ± 5,0 olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,475). Benzer şekilde, babaların 3. ay EPDS puanı çocukları sağlıklı olmayanlarda 4,9 ± 2,5, sağlıklı olanlarda ise 5,8 ± 3,8'dir (p=0,423). Baba 3–6. ay EPDS puanları da her iki grupta 5,5 olarak ölçülmüş olup fark anlamlı değildir (p=0,945).

Depresyon sıklığı açısından değerlendirildiğinde, ilk 3 ayda depresyon görülmeyen annelerin oranı çocukları sağlıklı olmayan grupta %72,7 (n=8), sağlıklı olanlarda %75,1 (n=145) olarak belirlenmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,858). Babaların ilk 3 ayda depresyon yaşamadığını belirtenlerin oranı çocukları sağlıklı olmayanlarda %100,0 (n=11), sağlıklı olanlarda ise %83,4'tür (n=161); bu fark da anlamlı değildir (p=0,141). Benzer şekilde, baba 3–6 ay döneminde depresyon oranları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,275).

Sonuç olarak, çocukların sağlık durumunun anne ve babaların doğum sonrası depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu yönünde bir bulgu elde edilmemiştir. Çocukları sağlıklı olmayan bireylerde depresyon oranları zaman

zaman daha düşük gözükse de bu farkların sayıca sınırlı alt gruplardan kaynaklandığı ve istatistiksel olarak anlam ifade etmediği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla bu değişken, bu çalışmada depresyonla ilişkilendirilmemiştir.

Çizelge 4.16. Araştırmaya katılanlarda çocukların sağlık durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Çocukların sağlık durumu	
	Sağlıklı Değil	Sağlıklı
Anne 3. Ay EPDS	6,6 ± 3,5	7,7 ± 5,0
Baba 3. Ay EPDS	4,9 ± 2,5	5,8 ± 3,8
Baba 3-6 Ay EPDS	5,5 ± 2,6	5,5 ± 3,5
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	8 (%72,7)	145 (%75,1)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	3 (%27,3)	48 (%24,9)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	11 (%100,0)	161 (%83,4)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	0 (%0,0)	32 (%16,6)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	11 (%100,0)	174 (%90,2)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	0 (%0,0)	19 (%9,8)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların çocuklarında kronik hastalık bulunma durumuna göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları değerlendirildiğinde (Çizelge 4.16), anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması çocuklarında kronik hastalık olmayanlarda 7,7 ± 4,9, olanlarda ise 8,0 ± 4,6 olarak belirlenmiştir ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,864). Babaların 3. ay EPDS puanı hastalığı olmayan çocuklara sahip olanlarda 5,8 ± 3,7, olanlarda ise 6,2 ± 3,7; 3-6. ay puanları ise sırasıyla 5,5 ± 3,5 ve 4,2 ± 2,5 olarak bulunmuştur. Tüm bu karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0,802 ve p=0,348).

Depresyon sıklıkları açısından değerlendirildiğinde, ilk 3 ayda depresyon yaşamayan annelerin oranı çocuklarında kronik hastalık olmayanlarda %75,8 (n=150), olanlarda ise %50,0 (n=3) olarak belirlenmiştir. Depresyon sıklığı hastalığı olan grupta daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,151). Babalar açısından bakıldığında, ilk 3 ayda depresyon görülmeyenlerin oranı çocuklarında hastalık olmayanlarda %84,3 (n=167), olanlarda ise %83,3 (n=5) olup, gruplar arasında anlamlı bir fark

bulunmamaktadır ($p=0,947$). Benzer şekilde, baba 3–6. ay depresyon durumu da kronik hastalığı olan çocuklara sahip babalarda depresyon bildirilmemiştir (%0,0), ancak bu fark da anlamlı düzeyde değildir ($p=0,426$).

Sonuç olarak, çocuklarında kronik hastalık bulunan ebeveynlerin EPDS puanları ve depresyon sıklıkları, çocuklarında hastalık bulunmayanlara kıyasla farklılık göstermemektedir. Annelerde depresyon oranı kronik hastalık varlığında göreceli olarak daha yüksek olsa da bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgular, çocuk sağlığı durumu ile ebeveyn depresyonu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir; ancak sayıca küçük olan alt gruplar nedeniyle bu sonuçlar dikkatle değerlendirilmelidir.

Çizelge 4.17. Araştırmaya katılanlarda Kronik hastalığı olan çocuk varlığı ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Kronik Hastalığı Olan Çocuk	
	Yok	Var
Anne 3. Ay EPDS	$7,7 \pm 4,9$	$8,0 \pm 4,6$
Baba 3. Ay EPDS	$5,8 \pm 3,7$	$6,2 \pm 3,7$
Baba 3-6 Ay EPDS	$5,5 \pm 3,5$	$4,2 \pm 2,5$
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	150 (%75,8)	3 (%50,0)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	48 (%24,2)	3 (%50,0)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	167 (%84,3)	5 (%83,3)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	31 (%15,7)	1 (%16,7)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	179 (%90,4)	6 (%100,0)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	19 (%9,6)	0 (%0,0)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların gebelik sırasına göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde (Çizelge 4.17), ilk gebelik ile sonraki gebelikler arasında hem anne hem de baba açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması ilk gebeliği olanlarda $7,9 \pm 5,5$, daha önce gebelik yaşamış olanlarda ise $7,5 \pm 4,5$ olarak belirlenmiş ($p=0,563$); benzer şekilde babaların 3. ay EPDS puanı sırasıyla $6,0 \pm 4,0$ ve $5,7 \pm 3,6$ ($p=0,548$), 3–6. ay puanı ise $5,3 \pm 3,5$ ve $5,6 \pm 3,5$ ($p=0,493$) olarak bulunmuştur.

İlk 3 ayda depresyon sıklığı da gebelik sırasına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. İlk gebeliği olan annelerde depresyon görülmeyenlerin oranı %73,4 ($n=58$), önceki gebeliklerde ise %76,0 ($n=95$) olarak belirlenmiştir

($p=0,678$). Benzer şekilde, ilk 3 ayda depresyon görülmeyen babaların oranı ilk gebelikte %83,5 ($n=66$), diğerlerinde %84,8 ($n=106$) olup anlamlı fark yoktur ($p=0,810$). Baba depresyonunun 3–6. ay dönemine bakıldığında, depresyon görülmeyenlerin oranı ilk gebelikte %87,3 ($n=69$), sonraki gebeliklerde %92,8 ($n=116$) olarak belirlenmiş; bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,191$).

Sonuç olarak, gebeliğin ilk ya da sonraki gebelik olup olmaması, hem annelerin hem de babaların doğum sonrası depresyon düzeylerini anlamlı şekilde etkilememektedir. İlk gebelik deneyiminin psikolojik etkilerinin daha belirgin olabileceği düşünülse de bu çalışmada depresyon düzeyleri açısından istatistiksel bir farklılık gözlenmemiştir. Bu durum, depresyonun ortaya çıkmasında gebelik sırasından ziyade bireysel ve çevresel diğer faktörlerin daha belirleyici olduğunu düşündürmektedir.

Çizelge 4.18. Araştırmaya katılanlarda ilk gebelik durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	İlk Gebelik mi?	
	Evet	Hayır
Anne 3. Ay EPDS	7,9 ± 5,5	7,5 ± 4,5
Baba 3. Ay EPDS	6,0 ± 4,0	5,7 ± 3,6
Baba 3-6 Ay EPDS	5,3 ± 3,5	5,6 ± 3,5
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	58 (%73,4)	95 (%76,0)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	21 (%26,6)	30 (%24,0)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	66 (%83,5)	106 (%84,8)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	13 (%16,5)	19 (%15,2)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	69 (%87,3)	116 (%92,8)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	10 (%12,7)	9 (%7,2)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların düşük yapma durumuna göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları değerlendirildiğinde (**Çizelge 4.18**), hem anne hem de baba gruplarında bazı farklar dikkat çekmekle birlikte çoğu istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması düşük yapmayanlarda 7,5 ± 4,7, düşük yapanlarda ise 8,5 ± 5,8 olarak hesaplanmıştır; bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p=0,350$), düşük öyküsü olanlarda depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde babaların 3. ay

EPDS puanı düşük olmayanlarda $5,7 \pm 3,7$, düşük öyküsü olanlarda $6,1 \pm 4,2$ ($p=0,668$); 3–6. ay EPDS puanları ise sırasıyla $5,6 \pm 3,5$ ve $5,0 \pm 3,4$ ($p=0,435$) olarak belirlenmiştir ve anlamlı fark saptanmamıştır.

Anne depresyonunun ilk 3 ayda görülme sıklığı düşük yapmayanlarda %22,7 ($n=40$), düşük yapanlarda ise %39,3 ($n=11$) olarak bulunmuştur. Düşük yapanlarda depresyon oranı daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel anlamlılık sınırına yaklaşmakla birlikte anlamlı değildir ($p=0,060$). Baba grubunda ise anlamlı bir fark saptanmıştır. İlk 3 ayda depresyon görülmeyen babaların oranı düşük yapmayan grupta %86,4 ($n=152$) iken, düşük yapanlarda bu oran %71,4 ($n=20$) olarak belirlenmiştir. Düşük yaşayan gruptaki babalarda depresyon sıklığı anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,044$). Baba 3–6. ay depresyon sıklığında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,670$).

Sonuç olarak, düşük öyküsü anneler açısından depresyon düzeylerini artırma eğiliminde olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymamıştır. Ancak babalar açısından özellikle doğum sonrası ilk 3 ayda depresyon oranı, düşük yaşayanlarda anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, düşük deneyiminin yalnızca anneleri değil, babaları da ruhsal olarak etkileyebileceğini ve psikososyal destek hizmetlerinin çift temelli yürütülmesinin önemini göstermektedir.

Çizelge 4.19. Araştırmaya katılanlarda düşük öyküsü ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Düşük	
	Yok	Var
Anne 3. Ay EPDS	$7,5 \pm 4,7$	$8,5 \pm 5,8$
Baba 3. Ay EPDS	$5,7 \pm 3,7$	$6,1 \pm 4,2$
Baba 3-6 Ay EPDS	$5,6 \pm 3,5$	$5,0 \pm 3,4$
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	136 (%77,3)	17 (%60,7)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	40 (%22,7)	11 (%39,3)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	152 (%86,4)	20 (%71,4)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	24 (%13,6)	8 (%28,6)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	159 (%90,3)	26 (%92,9)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	17 (%9,7)	2 (%7,1)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların babalık rolü çerçevesinde çocuk bakımına aktif katılım durumlarına göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde (**Çizelge 4.19**), özellikle babalar açısından dikkat çekici farklılıklar görülmektedir. Çocuk bakımına katılan ve katılmayan babalar arasında 3. ay EPDS puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır. Çocuk bakımına katılmayan babaların ortalama EPDS puanı $4,7 \pm 3,5$ iken, bakımına katılanlarda bu değer anlamlı şekilde daha yüksek olup $6,1 \pm 3,7$ olarak belirlenmiştir ($p=0,024$). 3–6. ay EPDS puanları ise sırasıyla $5,2 \pm 3,4$ ve $5,6 \pm 3,5$ olup bu fark anlamlı değildir ($p=0,511$).

Annelerin EPDS puanları ise babaların çocuk bakımına katılım durumuna göre değişmemiştir. Her iki grupta da annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması 7,7 olup, istatistiksel olarak fark gözlenmemiştir ($p=0,994$). Anne depresyon sıklığı da benzer şekilde çocuk bakımına katılım durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p=0,446$).

Baba depresyon sıklığı açısından bakıldığında, çocuk bakımına katılan babalarda depresyon görülme oranı %17,9 iken, katılmayanlarda bu oran %8,3'tür. Fark gözle görülür düzeyde yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır ($p=0,109$). Baba depresyonu 3–6 ay döneminde de benzer şekilde bakımına katılanlarda %9,0, katılmayanlarda %10,4 oranında görülmüş ve aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,764$).

Sonuç olarak, babaların çocuk bakımına aktif katılımı ile 3. ay depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Ancak bu ilişki beklentinin tersine yöndedir; çocuk bakımına katılan babalarda EPDS puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, bakım sorumluluğunun getirdiği psikolojik yük ya da yetersiz destek sistemleri ile açıklanabilir. Diğer tüm ölçümlerde anlamlı fark olmamakla birlikte, bu bulgu babalık rolü ve ruhsal sağlık ilişkisini daha derinlemesine incelemek gerektiğini göstermektedir.

Çizelge 4.20. Araştırmaya katılanlarda baba olarak çocukların bakımına katılım ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Baba olarak çocukların bakımına katılıyor musunuz?	
	Hayır	Evet
Anne 3. Ay EPDS	7,7 ± 5,4	7,7 ± 4,7
Baba 3. Ay EPDS	4,7 ± 3,5	6,1 ± 3,7
Baba 3-6 Ay EPDS	5,2 ± 3,4	5,6 ± 3,5
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	38 (%79,2)	115 (%73,7)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	10 (%20,8)	41 (%26,3)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	44 (%91,7)	128 (%82,1)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	4 (%8,3)	28 (%17,9)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	43 (%89,6)	142 (%91,0)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	5 (%10,4)	14 (%9,0)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların çocuklarıyla etkinlik yapma durumlarına göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde (**Çizelge 4.20**), özellikle anneler açısından anlamlı bir fark gözlenmiştir. Çocuklarıyla etkinlik yapmayan annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması $10,6 \pm 8,1$ iken, etkinlik yapan annelerde bu değer $7,4 \pm 4,5$ olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,015$). Bu bulgu, annelerin çocuklarıyla etkileşimde bulunmasının ruhsal iyilik hallerini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Babaların 3. ay EPDS puanları ise çocuklarla etkinlik yapmayanlarda $4,4 \pm 4,2$, yapanlarda $5,9 \pm 3,7$ olarak belirlenmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,134$). Baba 3–6. ay EPDS puanları da benzer şekilde farklılık göstermemiştir ($4,7 \pm 4,2$ ve $5,5 \pm 3,4$; $p=0,390$).

Depresyon sıklıkları açısından değerlendirildiğinde, ilk 3 ayda depresyon görülmeyen annelerin oranı çocuklarıyla etkinlik yapmayan grupta %60,0, yapan grupta ise %76,2'dir; bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da dikkat çekicidir ($p=0,164$). Babalar açısından ilk 3 ayda depresyon görülmeyenlerin oranı etkinlik yapmayanlarda %86,7, yapanlarda ise %84,1 olarak bulunmuş olup fark anlamlı değildir ($p=0,795$). Benzer şekilde, 3–6. ay depresyon oranları arasında da anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,578$).

Sonuç olarak, çocuklarla etkinlik yapma durumu özellikle annelerde depresif belirtileri azaltan bir faktör olarak öne çıkmaktadır. EPDS puanları

açısından anlamlı bir fark saptanmış olup, etkinlik yapmayan annelerde depresyon düzeyi belirgin şekilde daha yüksektir. Babalar açısından ise bu ilişki benzer bir eğilim göstermemekle birlikte, depresyon oranlarında ciddi bir farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgular, annelerin çocuklarıyla kurdukları bağın ve ortak etkinliklerin ruhsal sağlık üzerindeki olumlu etkisini desteklemektedir.

Çizelge 4.21. Araştırmaya katılanlarda baba olarak çocuklarla etkinlik yapıp yapmama durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Çocuklarla etkinlik yapıyor musunuz?	
	Hayır	Evet
Anne 3. Ay EPDS	10,6 ± 8,1	7,4 ± 4,5
Baba 3. Ay EPDS	4,4 ± 4,2	5,9 ± 3,7
Baba 3-6 Ay EPDS	4,7 ± 4,2	5,5 ± 3,4
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	9 (%60,0)	144 (%76,2)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	6 (%40,0)	45 (%23,8)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	13 (%86,7)	159 (%84,1)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	2 (%13,3)	30 (%15,9)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	13 (%86,7)	172 (%91,0)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	2 (%13,3)	17 (%9,0)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların gebeliğin planlı olup olmamasına göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde (**Çizelge 4.21**), hem anneler hem de babalar açısından istatistiksel olarak oldukça anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Planlı olmayan gebeliklerde depresyon puanları anlamlı düzeyde daha yüksek ve depresyon sıklığı daha fazladır.

Annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması planlı olmayan gebeliklerde $12,2 \pm 5,2$ iken, planlı gebeliklerde bu değer $6,2 \pm 3,8$ olarak hesaplanmıştır ($p<0,001$). Aynı şekilde babaların 3. ay EPDS puanı planlı olmayanlarda $8,4 \pm 4,5$, planlı gebeliklerde ise $5,0 \pm 3,0$ 'dır ($p<0,001$). Baba EPDS puanları 3–6. ay döneminde de benzer bir şekilde farklılık göstermekte olup, planlı olmayan gebeliklerde $7,3 \pm 4,4$, planlı gebeliklerde $4,9 \pm 2,9$ 'dur ($p<0,001$).

Depresyon sıklığı açısından bakıldığında, ilk 3 ayda depresyon görülmeyen annelerin oranı planlı olmayan gebeliklerde yalnızca %30,6 ($n=15$), planlı gebeliklerde ise %89,0 ($n=138$) olarak belirlenmiştir; bu fark son derece anlamlıdır ($p<0,001$). Benzer şekilde, babaların ilk 3 ayda depresyon görülme

oranı planlı olmayanlarda %55,1 (n=27), planlı olanlarda %93,5 (n=145)'tir (p<0,001). 3–6. ayda da depresyon görülmeyen baba oranı planlı olmayanlarda %73,5 (n=36), planlı gebeliklerde %96,1 (n=149) olup bu fark da anlamlıdır (p<0,001).

Sonuç olarak, gebeliğin planlı olup olmaması, doğum sonrası dönemde hem anne hem baba açısından depresyon riskini belirlemede güçlü bir etkidir. Planlı olmayan gebelikler, hem EPDS puanlarını belirgin şekilde artırmakta hem de depresyon görülme sıklığını anlamlı düzeyde yükseltmektedir. Bu bulgular, gebelik öncesi danışmanlık hizmetlerinin önemini, planlamanın ruhsal sağlık üzerindeki koruyucu etkisini ve risk altındaki gruplara yönelik erken müdahale gerekliliğini vurgulamaktadır.

Çizelge 4.22.Araştırmaya katılanlarda gebeliğin planlı olup olmaması ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Gebelik planlı mı?	
	Planlı Değil	Planlı
Anne 3. Ay EPDS	12,2 ± 5,2	6,2 ± 3,8
Baba 3. Ay EPDS	8,4 ± 4,5	5,0 ± 3,0
Baba 3-6 Ay EPDS	7,3 ± 4,4	4,9 ± 2,9
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	15 (%30,6)	138 (%89,0)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	34 (%69,4)	17 (%11,0)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	27 (%55,1)	145 (%93,5)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	22 (%44,9)	10 (%6,5)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	36 (%73,5)	149 (%96,1)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	13 (%26,5)	6 (%3,9)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların kendilerini anne olarak hazır hissedip hissetmemelerine göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları karşılaştırıldığında (**Çizelge 4.22**), hem anneler hem babalar açısından istatistiksel olarak son derece anlamlı farklılıklar gözlenmiştir.

Annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması kendini anne olmaya hazır hissedenlerde 6,4 ± 3,9 iken, hazır hissetmeyenlerde bu değer anlamlı düzeyde yüksek olup 12,4 ± 5,3'tür (p<0,001). Babaların 3. ay EPDS puanı da benzer bir fark göstermektedir: Hazır hissedenlerde 5,2 ± 3,2, hissetmeyenlerde 8,0 ± 4,7'dir

($p<0,001$). Aynı eğilim baba 3–6 ay EPDS puanlarında da sürmektedir ($5,1 \pm 3,0$ vs. $7,0 \pm 4,4$; $p<0,001$).

Depresyon sıklığı açısından değerlendirildiğinde, ilk 3 ayda depresyon görülmeyen annelerin oranı kendini anne olmaya hazır hissedenlerde %88,2 ($n=142$) iken, hazır hissetmeyenlerde yalnızca %25,6'dır ($n=11$). Buna karşılık depresyon oranı hazır olmayan grupta %74,4 gibi oldukça yüksek bir düzeydedir ($p<0,001$). Benzer şekilde babaların ilk 3 ayda depresyon görülmeme oranı hazır hissedenlerde %91,3 ($n=147$), hissetmeyenlerde %58,1 ($n=25$) olup fark çok anlamlıdır ($p<0,001$). 3–6. ayda da depresyon oranı hazır hissetmeyen babalarda belirgin şekilde yüksektir (%27,9 vs. %4,3; $p<0,001$).

Sonuç olarak, hem annelik hem de babalık için kendini hazır hissetme durumu, doğum sonrası depresyon riskini öngörmede güçlü ve anlamlı bir değişkendir. Kendini hazır hissetmeyen bireylerde depresyon puanları belirgin biçimde daha yüksek ve depresyon sıklığı anlamlı ölçüde daha fazladır. Bu bulgular, gebelik sürecinde ebeveynlik hazırlığının sadece fiziksel değil, psikolojik olarak da desteklenmesi gerektiğini ve doğum öncesi dönemde yapılacak risk değerlendirmelerinin bu yönde yapılandırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Çizelge 4.23. Araştırmaya katılanlarda kendini anne olarak hazır hissedip hissetmeme durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Kendinizi anne olarak hazır hissediyor musunuz?	
	Evet	Hayır
Anne 3. Ay EPDS	$6,4 \pm 3,9$	$12,4 \pm 5,3$
Baba 3. Ay EPDS	$5,2 \pm 3,2$	$8,0 \pm 4,7$
Baba 3-6 Ay EPDS	$5,1 \pm 3,0$	$7,0 \pm 4,4$
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	142 (%88,2)	11 (%25,6)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	19 (%11,8)	32 (%74,4)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	147 (%91,3)	25 (%58,1)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	14 (%8,7)	18 (%41,9)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	154 (%95,7)	31 (%72,1)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	7 (%4,3)	12 (%27,9)
Student t testi, Ki-kare		

Katılımcıların kendilerini baba olarak hazır hissedip hissetmemelerine göre EPDS puanları ve depresyon sıklıkları incelendiğinde (**Çizelge 4.23**), özellikle annelerin depresif belirtilerinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Annelerin 3. ay EPDS puanı, baba adayının hazır hissetmediği durumlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($14,3 \pm 6,0$). Buna karşılık baba kendini hazır hissettiğinde, annelerin EPDS puanı ortalaması $7,5 \pm 4,7$ 'dir ($p<0,001$). Bu durum, babanın psikolojik hazırlığının annenin ruhsal durumunu doğrudan etkileyebileceğini göstermektedir.

Babanın kendi EPDS puanları açısından bakıldığında, 3. ayda kendini hazır hissetmeyenlerde ortalama puan $8,3 \pm 5,8$, hazır hissedenlerde $5,7 \pm 3,6$ 'dır; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır ($p=0,090$). 3–6. ay döneminde ise EPDS puanları arasında fark daha da azalmakta, hazır hissetmeyenlerde $5,0 \pm 4,8$, hissedenlerde $5,5 \pm 3,4$ olarak hesaplanmıştır ($p=0,734$).

Depresyon sıklıkları açısından değerlendirildiğinde, ilk 3 ayda depresyon görülmeyen annelerin oranı baba hazır değilse yalnızca %16,7 ($n=1$) iken, hazır hisseden babalarda bu oran %76,8 ($n=152$)'dir. Buna karşılık, depresyon görülen annelerin oranı baba hazır olmayanlarda %83,3 ($n=5$) gibi oldukça yüksek bir seviyededir ($p<0,001$). Bu veriler, annenin depresyon riskinin baba adayının psikolojik hazır oluşuyla güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Baba depresyonu açısından da benzer bir eğilim vardır. İlk 3 ayda depresyon görülmeyen baba oranı hazır olmayanlarda %33,3 ($n=2$), hazır olanlarda %85,9 ($n=170$)'dur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Ancak 3–6. ay dönemine gelindiğinde gruplar arasındaki fark anlamlılığını yitirmektedir ($p=0,529$).

Sonuç olarak, baba adayının kendini ebeveynliğe hazır hissetme durumu, hem annenin hem de kendi doğum sonrası depresyon riski üzerinde önemli bir etkidir. Bu etki özellikle doğum sonrası ilk 3 ayda belirgin olmakta; hem EPDS puan düzeyleri hem de depresyon sıklıkları bu değişkene göre anlamlı farklılık göstermektedir. Bu bulgular, gebelik sürecinde yalnızca annenin değil, babanın da psikolojik olarak değerlendirilmesi ve desteklenmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Çizelge 4.24. Araştırmaya katılanlarda kendini baba olarak hazır hissedip hissetmeme durumu ile EPDS ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Kendinizi baba olarak hazır hissediyor musunuz?	
	Hazır Hissetmeyen	Hazır Hisseden
Anne 3. Ay EPDS	14,3 ± 6,0	7,5 ± 4,7
Baba 3. Ay EPDS	8,3 ± 5,8	5,7 ± 3,6
Baba 3-6 Ay EPDS	5,0 ± 4,8	5,5 ± 3,4
Anne ilk 3 ay depresyon - Yok	1 (%16,7)	152 (%76,8)
Anne ilk 3 ay depresyon - Var	5 (%83,3)	46 (%23,2)
Baba ilk 3 ay depresyon - Yok	2 (%33,3)	170 (%85,9)
Baba ilk 3 ay depresyon - Var	4 (%66,7)	28 (%14,1)
Baba 3-6 ay depresyon - Yok	5 (%83,3)	180 (%90,9)
Baba 3-6 ay depresyon - Var	1 (%16,7)	18 (%9,1)
Student t testi, Ki-kare		

5. TARTIŞMA

Babalardaki postpartum depresyon (PPPD) aileler için önemli bir sorundur ancak halen yetersiz tanınmakta, yetersiz tanı almakta ve yetersiz tedavi edilmektedir. Annedeki PPD iyi bilinen bir durumdur ve yoğun olarak araştırılmıştır. Aksine, babalardaki PPD ve onun aile üzerine etkileri çok iyi bilinmemektedir. Araştırmalar postpartum dönemde babalardaki mental sağlığın önemini göstermiştir. Paternal PPD'nin olumsuz etkileri evlilik/partner ilişkisini, bebek bağılılığını ve çocuk gelişimini etkilemektedir. Ebeveynler ve çocuklarda optimal sağlığı artırmak için hekimlerin bu konuda güncel kalması gerekmektedir.

Literatürde paternal doğum sonrası depresyon üzerine yapılan önceki çalışmalar, paternal doğum sonrası depresyon için %5,3'ten %31,7'ye kadar değişen geniş bir yaygınlık oranı bildirmiştir (6,17,18,22). Bu çalışmanın temel amacı, bölgemizde PPPD sıklığını belirlemek ve bu durumla ilişkili potansiyel risk ve koruyucu faktörlerini belirlemektir.

Bu çalışmada babalarda doğum sonrası PPPD yaygınlığı 3. ayda %15,7 ve 3-6. ayda ise %9,3 olarak bulundu. Literatürde PPPD'nun yaygınlık oranı çeşitli çalışmalarda %5,3'ten %31,7'ye kadar değişmektedir (6). Bizim çalışmamızda 3. Aydaki PPPD oranı bazı küresel ortalamaların üst sınırında yer alırken, 3-6. ay oranı meta-analizle tutarlılık göstermektedir.

Türkiye'de PPPD prevelansı için küresel bir çalışma yoktur. Peker ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı çalışmada 6. haftada PPPD oranını %5.6 olarak bulunmuştur. Bu oranın bizim bulduğumuz orandan düşük olmasının nedeni çalışmanın postpartum 6. Haftada yapılmasıdır. Literatürde PPPD'nun genel olarak 3. aydan sonra görüldüğü bildirilmektedir (6,7). İlk kez baba olan 175 babadan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan Banker ve arkadaşlarının çalışmasında bebekleri 3-6 aylıkken, EPDS'de 13 ve üzeri bir kesme puanı uygulandığında PPPD oranı %14.2 olarak bulmuştur (49). Bizim çalışmamızdaki %15,7'lik oran ve bu %14.2'lik bulgu, doğum sonrası ilk 6 ay içinde ilk kez baba olanların yaklaşık %14'ünün depresyon yaşadığını bildiren bir meta-analizle

yakından örtüşmektedir (3). Bu durum PPPD'unn Türkiye bağlamında önemli bir sorun olduğunu doğrulamaktadır.

Bu çalışmada **PPPD** yaygınlığının 3. aydan 3-6. aya düşüş göstermesi dikkat çekici bir bulgudur. Pek çok çalışmada, babalarda PPD'nin genellikle doğum sonrası 3 ila 6 ay içinde en yaygın olduğu öne sürülmektedir (6,7,9). Bu çalışmadaki düşüşün nedeni, babaların bir kısmı için depresif belirtilere yol açan başlangıçtaki zorlukların bu zaman diliminde çözüme kavuşabileceğini veya iyileşebileceğini düşündürmektedir. Bu dinamik, yeni ebeveynlik rolüne başarılı bir adaptasyonun, artan güvenin veya ilk doğum sonrası dönem ilerledikçe destek sistemlerinin iyileşmesinin bir göstergesi olabilir. Bu gözlem, **PPPD'nun** seyrini etkileyen benzersiz kültürel veya bağlamsal faktörlere işaret edebilir veya bazı depresif belirtilerin, babaların yeni rollerine uyum sağladıkça geçici olabileceğini vurgulayabilir. Bu durum, adaptif mekanizmalar ve müdahale zamanlaması üzerine gelecekteki araştırmalar için yeni yollar açmaktadır.

Bu çalışmada, daha önce ruhsal hastalık (depresyon, anksiyete veya obsesif kompulsif bozukluk dahil) öyküsünün, doğum sonrası 3. ayda PPPD için istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyici olduğu tespit edilmiştir ($p=0,005$). Literatürde de ruhsal hastalık öyküsü olan babalarda depresyon yaygınlığı (%36,4), ruhsal hastalık öyküsü olmayanlara (%13,2) kıyasla belirgin şekilde daha yüksek bulunmuştur (8). Bu bulgu, mevcut akademik literatürle oldukça tutarlıdır. Dünya genelindeki çok sayıda çalışma, kişisel veya ailede depresyon veya diğer ruhsal sağlık sorunları öyküsünü, babalık PPD'u için en güçlü ve tutarlı risk faktörlerinden biri olarak tanımlamaktadır (4,6,9,35,37,48). Bu durum, doğum sonrası dönemin stres faktörleriyle ağırlaşan önceden var olan bir kırılganlığa işaret etmektedir. Psikiyatrik öykü ile babalık PPD'u arasındaki güçlü ve tutarlı ilişki, tüm yeni babalar için kapsamlı bir ruhsal sağlık geçmişi değerlendirmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu, erken tarama ve hedeflenmiş müdahale stratejilerini bilgilendirebilecek, PPPD'nun başlangıcını veya kötüleşmesini potansiyel olarak önleyebilecek, kolayca tanımlanabilir bir risk faktörüdür.

Çalışma, planlanmamış gebeliğin PPPD'un son derece önemli bir belirleyicisi olduğunu ortaya koymuştur. Plansız gebelik yaşayan babalar, hem 3. ayda (planlı gebelik yaşayanlara kıyasla %44,9'a karşı %6,5, $p<0,001$) hem de 3-

6. ayda (planlı gebelik yaşayanlara kıyasla %26,5'e karşı %3,9, $p<0,001$) önemli ölçüde daha yüksek EPDS puanları ve depresyon yaygınlığı sergilemişlerdir. Bu bulgu, uluslararası literatür tarafından güçlü bir şekilde desteklenmektedir. Literatürde de planlanmamış gebeliğin PPPD için önemli risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır (6,9,34,36,48,53).

Çalışmalar, plansız gebeliklerin her iki ebeveyn için de perinatal dönem boyunca sürekli olarak daha yüksek depresif belirti düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (53). Beklenmedik bir ebeveynliğe geçişin getirdiği psikolojik yük, finansal endişeler, ilişki stresi ve kontrol kaybı algısı, bu artan riske katkıda bulunan faktörler arasında yer almaktadır. Plansız gebeliğin babaların ruh sağlığı üzerindeki derin ve kalıcı etkisi, önemli bir gözlemdir. Bu durum, beklenmedik bir yaşam değişikliğinin getirdiği psikolojik hazırlıksızlığın ve içsel stresin, babaların refahı üzerinde uzun süreli olumsuz etkileri olabileceğini vurgulamaktadır. Bu, fiziksel sağlığın ötesine geçerek her iki müstakbel ebeveynin psikolojik hazırlığını ele alan kapsamlı gebelik öncesi ve erken gebelik danışmanlığının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Düşük öyküsünün, doğum sonrası 3. ayda PPPD yaygınlığının daha yüksek olmasıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (düşük öyküsü olan babalarda %28,6'ya karşılık, olmayanlarda %13,6, $p=0,044$) (44). EPDS puanları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, depresyon sıklığındaki artış dikkat çekicidir. Bu bulgu, gebelik kaybının, düşük dahil, babalar üzerindeki önemli ancak genellikle göz ardı edilen psikolojik etkisini kabul eden giderek artan literatürle uyumludur (6,22,54,55). Araştırmalar, toplumsal beklentiler onları partnerlerini desteklemeye öncelik vermeye zorlayabildiği ve bu da ele alınmamış duygusal sıkıntıya yol açabildiği için gebelik kaybı sonrası babaların yasının genellikle "yetkilendirilmemiş" veya bastırılmış olduğunu vurgulamaktadır (55). Düşük öyküsü bağlamında PPPD için bu istatistiksel olarak anlamlı bulgu, gebelik kaybının sadece annelik deneyimi olmadığını, aynı zamanda babaların ruh sağlığını da derinden etkilediğini ve genellikle fark edilmeyen bir yasa yol açtığını göstermektedir (56,57). Bu durum, çiftlere yönelik yas desteğine daha kapsayıcı bir yaklaşım gerektirmektedir.

Babalık rolüne hazır hissetmediğini bildiren babaların, doğum sonrası 3. ayda belirgin şekilde daha yüksek PPPD oranları sergilediği saptandı (%66,7'ye karşılık hazır hissedenlerde %14,1, $p<0,001$). EPDS puan farkı sınırda anlamlı olsa da ($p=0,090$), yaygınlık farkı çarpıcıdır.

Özellikle dikkat çekici bir bulgu, annenin anneliğe hazır hissetme algısının babalık PPPD'si üzerindeki önemli etkisidir. Anneler kendilerini hazır hissetmediklerinde, babaların PPPD yaygınlığı 3. ayda (%41,9'a karşılık %8,7, $p<0,001$) ve 3-6. ayda (%27,9'a karşılık %4,3, $p<0,001$) önemli ölçüde yüksek kalmıştır. Bu durum aynı zamanda babalar için EPDS puanlarının da anlamlı şekilde daha yüksek olmasıyla ilişkilidir (her iki zaman noktası için $p<0,001$).

Bu bulgular, düşük ebeveynlik öz-yeterliği ve ebeveyn olma kaygısını PPPD için risk faktörleri olarak tanımlayan literatürle uyumludur (2,37). Daha geniş anlamda, bir partnerin psikolojik durumunun diğerinin ruh sağlığı üzerindeki güçlü etkisi iyi belgelenmiştir; annelik depresyonu, babalık depresyonunun en güçlü belirleyicisi olarak tutarlı bir şekilde belirtilmektedir (6,9,17,18). Mevcut çalışma, bir partnerin ebeveynlik rolüne hazır olma algısının bile diğerinin ruh sağlığı sonuçlarını derinden etkileyebileceğini göstererek bu durumu genişletmektedir. Ebeveynliğe hazır hissetme algısının partnerler arasındaki karşılıklı ve son derece önemli etkisi, güçlü bir gözlemdir. Bu durum, doğum sonrası ruh sağlığının temel olarak çiftlere özgü bir fenomen olduğunu vurgulamaktadır. Bir ebeveynin psikolojik hazırlığı ve duygusal refahı, diğerinin ruh sağlığı sonuçlarıyla derinden iç içe geçmiş ve bunları önemli ölçüde etkilemektedir.

Beklenenin aksine bir bulgu olarak, çocuk bakımına aktif olarak katıldığını bildiren babaların, doğum sonrası 3. ayda istatistiksel olarak daha yüksek ortalama EPDS puanları sergilediği görülmüştür ($6,1 \pm 3,7$ 'ye karşılık aktif olarak katılmayanlarda $4,7 \pm 3,5$, $p=0,024$). Depresyon sıklığındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da (%17,9'a karşılık %8,3, $p=0,109$), ilgili babalardaki daha yüksek puan eğilimi dikkat çekicidir. Bu ilişki 3-6. ayda devam etmemiştir.

Bu bulgu, babalık katılımının annelik PPD'sini azaltıcı etkisi olabileceği yönündeki bulgularla ve genel aile refahı ve çocuk gelişimi için koruyucu bir faktör olabileceğini öne süren bazı literatürle çelişiyor gibi görünmektedir

(6,9,58). Ancak, diğerk akademik kaynaklar, ebeveynliğe geçişin babalar için "ebeveyn olmaktan kaynaklanan aşırı stres", "bunalmış hissetme" ve "bakım yükü" gibi risk faktörleri getirebileceğini vurgulamaktadır (40). Ayrıca, Türkiye gibi ölkelerde erkek cinsiyet rolü stresi üzerine yapılan literatür, babaların geleneksel "sert erkek" stereotiplerine uymak için baskı hissedebileceğini, aynı zamanda aktif katılıma yönelik modern beklentilerle karşı karşıya kalarak iç çatışma ve bastırılmış duygusal ifadeye yol açabileceğini öne sürmektedir (2,6). Bu beklenenin aksine bulgu, herhangi bir katılımın doğası gereği koruyucu olduğu basit anlayışına meydan okuyan önemli bir gözlemdir. Bu durum, bu belirli kültürel bağlamdaki bazı babalar için, özellikle erken doğum sonrası dönemde aktif bakımın artan bir psikolojik yük ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu yük, yetersiz sosyal veya eş desteğinden, gerçekçi olmayan öz beklentilerden veya geleneksel erkek rolleri (örn. tek geçim kaynağı, duygusal stoacılık) ile modern uygulamalı ebeveynlik beklentileri arasındaki çatışmadan kaynaklanabilir. Bu, yeterli destek veya tanınma olmaksızın "katılımın" bir koruyucu faktörden ziyade bir stres faktörü haline gelebileceğini ima etmektedir (6,7,9).

Çalışmanın Güçlü Yönleri

Çift Odaklı Yaklaşım: Bu çalışmanın önemli bir güçlü yönü, hem anneleri hem de babaları dahil ederek aile birimi içinde doğum sonrası ruh sağlığına ilişkin kapsamlı, çift odaklı bir anlayışa olanak sağlamasıdır. Bu yaklaşım, geleneksel olarak sadece annelik PPD'sine odaklanmanın ötesine geçerek, ebeveynlerin refahının birbirine bağlılığını ve bir partnerin psikolojik durumunun diğerini nasıl etkileyebileceğini vurgulamaktadır (35). Her iki ebeveyni de inceleyerek, araştırma, PPPD'nun ilişkisel dinamikleri hakkında benzersiz bir bakış açısı kazanır ve bir ebeveynin psikolojik durumu ve hazırlığının diğerini nasıl önemli ölçüde etkileyebileceğini ortaya koyar. Bu, bireylere odaklanan çalışmalara göre önemli bir ilerlemedir.

Babalar İçin Boylamsal Veriler: Babalık EPDS verilerinin iki farklı zaman noktasında (doğum sonrası 3. ay ve 3-6. ay) toplanması, babalık PPD'nun seyri hakkında değerli boylamsal bilgi sağlamaktadır. Bu, depresif belirtilerdeki zaman

içindeki değişikliklerin gözlemlenmesine olanak tanıyarak, tek bir kesitsel değerlendirmeden daha dinamik bir anlayış sunmaktadır. Boylamsal veriler, PPPD'nun zaman içindeki eğilimlerini ve değişikliklerini gözlemlemeye olanak tanıyarak, sadece yaygınlığın bir anlık görüntüsünden ziyade, hastalığın seyri ve potansiyel remisyonu hakkında daha nüanslı bir anlayış sunar.

Kapsamlı Faktör Değerlendirmesi: Çalışmanın, geniş bir sosyodemografik, yaşam tarzı, sağlık ve ebeveynliğe özgü değişken yelpazesini araştırması, PPPD için potansiyel risk faktörlerine bütünsel bir bakış açısı sağlamaktadır. Bu kapsamlı yaklaşım, her iki ebeveynde de doğum sonrası depresyonun çok yönlü etiyolojisinin anlaşılmasını artırmaktadır. Değişkenler açısından geniş bir ağ atarak, çalışma, PPPD'ye katkıda bulunan çeşitli faktörleri belirleme şansını artırır ve karmaşık etkileşimin daha eksiksiz bir resmini sunar.

İlgili Örneklem Büyüklüğü: 204 katılımcıyla, çalışma makul bir örneklem büyüklüğü kullanmış ve yaygın olarak ortaya çıkan faktörler için anlamlı ilişkileri tespit etmek için yeterli istatistiksel güç sağlamıştır.

Doğrulanmış Aracın Kullanımı: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS), PPPD için yaygın olarak tanınan ve doğrulanmış bir tarama aracı olup, dünya genelinde hem anneler hem de babalar için kapsamlı bir şekilde kullanılmış ve doğrulanmıştır. Bu, depresyon değerlendirmesinin güvenilirliğini ve karşılaştırılabilirliğini sağlamaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Öz Bildirim Yanlılığı: Çalışmanın EPDS puanları ve diğer değişkenler için öz bildirim dayandırması, katılımcıların semptomları veya hassas bilgileri eksik bildirebileceği sosyal beğenilirlik yanlılığı potansiyelini ortaya koymaktadır. Geri çağırma yanlılığı da bildirilen geçmiş verilerin doğruluğunu etkileyebilir. Öz bildirim, yaygın bir metodolojik kısıtlılıktır. Bu durum, bildirilen yaygınlık oranlarının ve ilişkilerin, katılımcıların kendilerini nasıl sunmak istediklerinden etkilenebileceği veya hafife alınabileceği anlamına gelir ki bu, yorumlama için kritik bir husustur.

Genellenebilirlik: Çalışma popülasyonunun ağırlıklı olarak kentsel/yarı kentsel alanlarda ikamet etmesi, yüksek eğitim ve gelir düzeylerine sahip olması,

bulguların Türkiye içindeki daha çeşitli veya kırsal popülasyonlara veya farklı sosyoekonomik ve kültürel özelliklere sahip küresel bağlamlara genellenebilirliğini sınırlandırabilir. Örneklemen belirli demografik profili, bulguların evrensel olarak uygulanamayacağı anlamına gelir. Bu, dış geçerlilik için önemli bir kısıtlılıktır ve sonuçların çalışmanın kohortuna benzer popülasyonlar için en temsili olduğunu düşündürmektedir.

Nedensellik ve Korelasyon: Çalışma, çeşitli faktörler ile PPPD arasında anlamlı ilişkiler belirlese de, gözlemsel ve kısmen kesitsel tasarımı, tüm ilişkiler için doğrudan nedenselliği çıkarabilme yeteneğini sınırlamaktadır. Örneğin, aktif çocuk bakımı katılımı daha yüksek EPDS puanlarıyla ilişkili olsa da, bu çalışma, başka karıştırıcı faktörler de etkili olabileceği için katılımın kesin olarak daha yüksek puanlara neden olduğunu kesin olarak belirleyemez. Gözlemsel çalışmalar ilişkileri gösterebilir, ancak kesin neden-sonuç ilişkileri kurmak daha titiz deneysel veya boylamsal tasarımlar gerektirir. Bu, epidemiyolojik araştırmalarda yaygın bir kısıtlılıktır.

Alt Gruplar İçin İstatistiksel Güç: Çocuk sağlığı durumu (sağlıksız veya kronik hastalık) veya ebeveyn kronik hastalığı gibi belirli faktörler için, bu özel alt gruplardaki katılımcı sayısının çok az olması (örn. 11 sağlıksız çocuk, 8 kronik hastalığı olan ebeveyn) gerçek farklılıkları tespit etmek için istatistiksel gücü sınırlamış olabilir. Bu durum, gerçek bir etki olmasına rağmen alt gruptaki yetersiz örneklem büyüklüğü nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı Tip II hatalara (yanlış negatifler) yol açabilir. Bu, özellikle bu faktörlerden bazılarının daha geniş literatürde risk faktörleri olarak tanımlandığı göz önüne alındığında önemlidir (39). Küçük alt grup boyutları, özellikle diğer popülasyonlarda var olduğu bilinen etkileri maskeleyebilir. Bu, bu özel alanlardaki anlamsız bulguların dikkatle yorumlanması gerektiği anlamına gelir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

a. Sonuçlar

Bu çalışma, babalık doğum sonrası depresyonunun Türk toplumunda önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu doğrulamaktadır. Yaygınlık oranları (3. ayda %15,7, 3-6. ayda %9,3'e düşüşle) genel olarak uluslararası rakamlar ve ulusal tahminlerle uyumludur. Annelik PPD'u daha yüksek (%25,0, 3. ayda) kalırken, babalardaki önemli oranlar, her iki ebeveyni de kapsayan kapsamlı perinatal ruh sağlığı desteği ihtiyacının altını çizmektedir.

Araştırma, babalık PPD'sinin birkaç güçlü ve tutarlı belirleyicisini tanımlamıştır. Önceden var olan psikiyatrik hastalık öyküsü, ruh sağlığı geçmişinin önemini vurgulayan güçlü bir risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır. Kritik olarak, plansız gebelik hem anneler hem de babalar için PPD riskini derinden artıran son derece önemli bir belirleyici olmuştur. Ayrıca, babanın kendisinin veya partnerinin ebeveynlik rolüne hazır hissetmeme algısı, her iki ebeveyndeki PPD'nin güçlü ve karşılıklı bir belirleyicisi olmuş, psikolojik refahlarının birbirine bağlılığını vurgulamıştır. Çalışma ayrıca, düşük öyküsünün babalar üzerindeki genellikle göz ardı edilen duygusal yükünü de ortaya koymuş, erken doğum sonrası dönemde PPPD risklerini önemli ölçüde artırmıştır.

Özellikle dikkat çekici ve beklenenin aksine bir bulgu, aktif babalık çocuk bakımı katılımı ile doğum sonrası ilk 3 ayda babalarda daha yüksek EPDS puanları arasındaki ilişkidir. Bu durum, katılım genellikle faydalı olsa da, bazı babalar için yetersiz destek, toplumsal baskılar veya bunalmış hissetme nedeniyle artan bir psikolojik yük ile birlikte gelebileceğini düşündürmektedir. Bu karmaşık ilişkinin daha derinlemesine araştırılması gerekmektedir.

Bulgular toplu olarak, doğum sonrası ruh sağlığının derinlemesine çiftlere özgü bir sorun olduğunu, bir ebeveynin psikolojik durumu, hazırlığı ve deneyimlerinin diğerinin ruhsal refahını derinden etkilediğini vurgulamaktadır. Bu durum, perinatal dönemde çift merkezli bakım modellerine doğru bir paradigma kaymasını gerektirmektedir. Özellikle plansız gebelikler, önceki psikiyatrik öykü

veya düşük öyküsü gibi belirlenmiş risk faktörleri olanlar olmak üzere, her iki ebeveyn için erken tanı ve hedeflenmiş psikososyal destek, optimal aile ruh sağlığı sonuçlarını teşvik etmek için çok önemlidir.

b. Öneriler:

Klinik Uygulama ve Tarama

- **Babalar İçin Rutin PPPD Taraması:** Prenatal ziyaretler, hastane taburculuğu ve doğum sonrası takip randevuları sırasında, özellikle doğum sonrası ilk 3 ila 6 ay içinde, annelik PPD taramasına benzer şekilde, babalık PPD'si için rutin tarama uygulanması yararlı olacaktır. Bu, babalar için uyarlanmış, EPDS gibi doğrulanmış araçları kullanılarak yapılabilir.
- **Kapsamlı Risk Faktörü Değerlendirmesi:** Temel risk faktörlerinin kapsamlı bir değerlendirmesinin standart klinik uygulamaya entegre edilmesi baba adaylarının depresyon riskinde olup olmadığını belirlemede yararlı olacaktır. Bu, şunları sorgulamayı içerir:
 - Her iki aday ebeveynde kişisel veya ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü.
 - Gebeliğin planlı olup olmadığı, plansız gebelikler için ek destek sunulması.
 - Her iki ebeveynin ebeveynlik rolüne hazır hissetme algısı ve sahip olabilecekleri herhangi bir kaygı veya endişe.
 - Babaların genellikle ele alınmayan yas sürecini tanıyarak, her iki partner için düşük veya diğer gebelik kayıpları öyküsü.
- **Aktif Olarak Katılan Babalara Yönelik Hedefli Destek:** Çalışmanın beklenenin aksine bulgusu göz önüne alındığında, sağlık hizmeti sağlayıcıları aktif olarak çocuk bakımına katılan babaların duygusal deneyimlerini araştırmalıdır. Bu, bakımın psikolojik taleplerini yönetme konusunda psiko-eğitim sağlamayı, gerçekçi beklentileri teşvik etmeyi ve tükenmişliği veya ele alınmamış stresi önlemek için yeterli sosyal ve eş desteğini sağlamayı içermelidir.
- **Çift Merkezli Müdahaleler:** Ruh sağlığının güçlü bir şekilde birbirine

bağlı olduğunu kabul ederek, çifti bir birim olarak ele alan müdahaleler geliştirilmeli ve teşvik edilmelidir. Bu, çift danışmanlığı, ortak ebeveynlik eğitimi ve açık iletişimi ve ortak başa çıkma stratejilerini teşvik eden karşılıklı destek gruplarını içerebilir.

- **Özel Düşük Desteği:** Düşük deneyimi yaşayan babalar için, onların benzersiz yas süreçlerini kabul eden ve kayıplarını ifade etme ve işleme yolları sağlayan özel psikolojik destek hizmetleri oluşturulmalı ve teşvik edilmelidir.

Politika Önerileri

- **Babalık Ruh Sağlığını Halk Sağlığı Programlarına Entegre Etme:** Babaların göz ardı edilmemesini sağlayarak, babalık ruh sağlığı değerlendirmesini ve desteğini mevcut anne ve çocuk sağlığı programlarına resmi olarak entegre eden ulusal ve yerel politikaların savunulması gerekir.
- **Kapsamlı Ebeveyn İzni Politikaları:** Her iki ebeveynin de yeni rollerine uyum sağlaması, bebekleriyle bağ kurması ve yeni ebeveynliğin taleplerini gereksiz finansal veya profesyonel stres olmaksızın yönetmesi için yeterli zaman tanıyan kapsamlı, ücretli ebeveyn izni politikalarının uygulanmasının desteklenmesi gerekir.
- **Halk Farkındalık Kampanyaları:** Babalık PPD'nunu damgalayan, halkı semptomları ve yaygınlığı hakkında eğiten ve babalar arasında yardım arama davranışını teşvik eden halk farkındalık kampanyaları başlatılması yararlı olabilir. Bu kampanyaların babaların yardım aramasını engelleyebilecek geleneksel cinsiyet rolü beklentilerini de ele alması gerekir.

Gelecek Araştırmalar

- **Daha Büyük Boylamsal Çalışmalar:** Babalık PPD'unun uzun vadeli seyrini ve çeşitli risk faktörlerinin kalıcı etkisini daha iyi anlamak için daha çeşitli örneklemelerle (kırsal ve düşük sosyoekonomik popülasyonlar dahil) daha büyük, çok merkezli boylamsal çalışmaların yapılması gerekmektedir.
- **Nitel Araştırma:** Babaların yaşamış deneyimlerini, özellikle aktif çocuk

bakımı katılımının algılanan yükü, doğum sonrası dönemde erkek cinsiyet rolü stresinin nüansları ve Türk toplumu bağlamında düşük sonrası yas deneyimi gibi konularda keşfetmek için nitel metodolojiler (örn. derinlemesine mülakatlar, odak grupları) kullanılabilir. Bu çalışmalar, nicel bulguların ardındaki "neden" hakkında daha derin, bağlam açısından zengin bilgiler sağlayabilir.

- **Müdahale Çalışmaları:** Plansız gebelikler, önceki psikiyatrik öykü veya yüksek stres bildiren aktif çocuk bakımı katılımı olanlar gibi yüksek riskli olarak tanımlanan babalara yönelik hedeflenmiş psikososyal müdahalelerin tasarlanması ve etkinliğinin titizlikle değerlendirilmesi gerekmektedir.
- **Çift Odaklı Faktörlerin Doğrudan Ölçümleri:** Gelecekteki çalışmalar, evlilik kalitesi, sosyal desteğin spesifik türleri ve kaynakları ve erkek cinsiyet rolü stresi için doğrulanmış ölçekler gibi çift odaklı faktörlerin doğrudan ölçümelerini içerebilir. Böylece babalık PPD'u üzerindeki etkilerinin daha kapsamlı bir şekilde anlaşılması sağlanabilir.
- **Çocuk Sağlığı Etkisi:** Kronik hastalığı veya doğumsal sakatlığı olan çocukların ebeveyn PPD'u üzerindeki etkisini kesin olarak değerlendirmek için daha büyük çocuk kohortlarıyla çalışmalar yapılması yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. McDaniel SH, Campbell TL; Hepworth J, Lorenz A. Bir ailenin doğuşu: Aile odaklı Gebelik bakımı. Aile Yönelimli Birincil Bakım. çev ed. Yaman H. İstanbul: Yüce Yayınevi. 2007. Ss: 142-166
2. Kansas Department of Health and Environment. Paternal postpartum depression (Paternal PPD): Information and recommendations for Kansas MCH programs 2020. Erişim. <https://www.kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/2882/Information-and-Recommendations-PDF> Erişim tarihi:
3. Wang Y, Wang Y, Huang W, Deng J, Gu J. Association of maternal postpartum depression, anxiety, and stress symptoms: a network analysis. BMC Psychiatry, 2024; 24:940-946
4. Slomian J, Honvo G, Emons P, Reginster J-Y, Bruyere O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health, 2019;15: 1 –55
5. Condon JT, Boyce F, Corkindale CJ The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:56–64
6. Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington J. Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. J Pediatr Health Care. 2013;27(6):479-485.
7. Edward K, Castle D, Mills C, Casey J. An Integrative Review of Paternal Depression. American Journal of Men's Health, 2015; 9(1) 26–34
8. Álvarez García P, García Fernández R, Martín Vázquez C, Calvo Ayuso N, Quiroga Sánchez E. Postpartum depression in fathers: A systematic review. Journal of Clinical Medicine, 2024; 13(10), 2949.
9. Dhanpal HN, Shil R. Prevalence of postnatal depression in fathers: A systematic review and meta-analysis. Journal of Health and Allied Sciences NU, 2023;14(4):453–459.

10. Langan RC, Goodbred AJ. Identification and Management of Peripartum Depression. *Am Fam Physician*. 2016;93(10):852-858
11. Peker AG, Cömert Okutucu A, Tekiner AS, Dağlı Z. Babalarda doğum sonu depresyonu ve etkili olan faktörlerin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Derg* 2016;8(2):141–6.
12. Davis RN, Davis MM, Freed GL, Clark SJ. Father's depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, 2011;127: 612–618.
13. Goodman JH. Influences of maternal postpartum depression. On fathers and on father–infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 2008;29(6): 624–643.
14. Wilson S, Durbin CE. Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2010; (30): 167–180
15. Kim P, Swain J. Sad dads; paternal postpartum depression. *Psychiatry*, 2007;4(2), 35–47.
16. Ramchandani PG, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(4): 390–398.
17. Paulson JP, Bazemore SD, Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. A Meta-analysis. *JA-MA*. 2010;303(19):1961-1969.
18. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health, *Journal of Advanced Nursing* 2004;45(1), 26–35
19. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, 2013
20. Epifanio MS, Genna V, De Luca C, Roccella M, La Grutta S. Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports* 2015; 7:5872
21. Tuszyńska-Bogucka V, Nawra K. Paternal postnatal depression – a review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2014; 2: 61–69

22. Koh YW, Chui CY, Tang CSK, Lee AM. The Prevalence and Risk Factors of Paternal Depression from the Antenatal to the Postpartum Period and the Relationships between Antenatal and Postpartum Depression among Fathers in Hong Kong. *Depression Research and Treatment*, 2014:
23. Ünver H, Uçar T. İlk kez baba olanlarda doğum sonu depresyon ve psikososyal belirleyicileri. *Cukurova Medical Journal* 2021;46(2):452-4594
24. The National Perinatal Association. Depression Screening for New Fathers. Erişim: www.nationalperinatal.org
25. Nazareth I. Should men be screened and treated for postnatal depression. *Expert Reviews Ltd*, 2011;11:1–3.
26. Karaçam Z, Öner H. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe'de Kesme Noktalarının Hesaplanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008;11(2):61-72
27. Michael W. O'Hara, Wisner KL. Perinatal mental health: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2014;28:3–12
28. Bokhari L, Alsulami A, Alharbi G, Nughays R et al. Prevalence and risk factors of paternal postpartum depression in multiple primary healthcare centers in Saudi Arabia: A crosssectional study. *Cureus*, 2025;17(3), e80302.
29. Hirst KP, Moutier CY. Postpartum Major Depression. *Am Fam Physician*. 2010;82(8):926-933.
30. Alves C, Soares L, Faria AL. Pregnancy and postpartum depression (PPD): A non-systematic review assessing the current state of knowledge on PPD. *Portuguese Journal of Behavioral and Social Research* 2023; 9(1): 1–19
31. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics *Annu. Rev. Med.* 2019. 70:183–96
32. Royal College of Midwives. Strengthening perinatal mental health: A roadmap to the right support at the right time.
33. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review 106. AHRQ Publication No. 13-EHC064-EF. Rockville,

MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2013.
www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.

34. Tarsuslu B, Durat G. Babalarda postpartum depresyon ve ilişkili risk faktörleri: Sistematiik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2023;31(4), 280–289.
35. Tambelli R, Tosto S, Favieri F. (2025). Psychiatric risk factors for postpartum depression: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 2025;15(2), 173.
36. Smorti M, Ponti L, Pancetti F. A comprehensive analysis of postpartum depression risk factors: The role of sociodemographic, individual, relational, and delivery characteristics. *Frontiers in Public Health*, 2019; 7:295.
37. deMontigny F, Girard M-E, Lacharite K, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 2013;150:44–49
38. Kamalifard M, Hasanpoor S, Kheiroddin JB, Panahi S, Payan SB. Relationship between Fathers' Depression and Perceived Social Support and Stress in Postpartum Period. *Journal of Caring Sciences*, 2014, 3(1), 57-66
39. Mitchell E, Vasquez R, Jain S, How to assess and treat birth-related depression in new fathers. *Current Psychiatry*, 2015; 14(5):e1-2
40. Kim P, Swain JE. Sad Dads: Paternal postpartum depression. *Psych*. 2007; 4(2): 36–47.
41. Paulson J, Dauber S, Leiferman, J. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 2006;118, 659–668.
42. Condon J. What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers *Australian Family Physician*. 2006; 35(9):690-693
43. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Contogeorgos J, Ascencio A. Prenatal paternal depression. *Infant Behavior & Development*. 2006; 29:579–583
44. Ramchandani PG, Psychogiou L, Vlachos H, Iles J, Sethna V, Netsi E et al. Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depress Anxiety* 2011; 28(6): 471-477.
45. Fisher SD, Brock RL, O'Hara MW, Kopelman R, Stuart S. Longitudinal contribution of maternal and paternal depression to toddler behaviors: Interparen-

- tal conflict and later depression as mediators. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2015;4(2), 61-73.
46. Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 2010; 125: 365–368
47. Mitchell E, Vasquez R, Jain S, How to assess and treat birth-related depression in new fathers. *Current Psychiatry* 2015; 14(5):e1-2
48. McCoy SJB: Postpartum Depression in Men www.intechopen.com
49. Banker J, LaCoursiere DY. Postpartum depression: Risks, protective factors, and the couple's relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 2014; 35(7): 503–508.
50. Erdem Ö, Erten Bucaktepe G. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2021;39(3):458-461
51. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın ıl merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009; 10(3) : 13 – 22
52. Ertekin PS, Ozbek H. Paternal depression and attachment levels of first-time fathers in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2021;58(1), 184–191.
53. Muskens, L, Boekhorst MGBM, Kop WJ, van den Heuvel MI, Pop VJ, Beerthuizen A. The association of unplanned pregnancy with perinatal depression: A longitudinal cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 2022; 25(3), 611–620.
54. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updates meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:189-203.
55. Bicking Kinsey C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff KH. Effect of previous miscarriage on depressive symptoms during subsequent pregnancy and postpartum in the First Baby Study. *Maternal and Child Health Journal*, 2014;19(2): 391–400.
56. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2012; 14(2): 187–194.

57. Cuenca D. Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in Global Women's Health*, 2023;3:1032212
58. Zhang X, Ma P, Li M. The association between paternal childcare involvement and postpartum depression and anxiety among Chinese women—a path model analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 2022;26(1): 99–106.



ÖZET

Giriş ve Amaç: Ebeveynliğe geçiş, hem anneler hem de babalar için önemli değişiklikleri beraberinde getirir. Tarihsel olarak anne odaklı çalışmalara rağmen, babalık doğum sonrası depresyonu (PPPD) giderek daha fazla kabul görmektedir. Erkeklerin depresyonu farklı ifade etme biçimleri (öfke, risk alma) ve yetersiz tarama, tanı ve tedavi, bu konuyu kritik kılmaktadır. Bu çalışma, Türkiye'de babalık PPPD prevalansını ve etkileyen faktörleri incelemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Bu tanımlayıcı ve kesitsel araştırma, Antalya'da Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 204 gebe eşi ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar 18 yaş ve üzeri olup gönüllü olarak dahil edilmiştir. Veriler, sosyodemografik bilgiler ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. EPDS, anneler için ilk 3 ay, babalar için hem ilk 3 ay hem de 3-6. ayda uygulanmıştır. Veri analizi SPSS 25.0 ile yapılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Annelerin 3. ay EPDS puan ortalaması $7,7 \pm 4,9$ olup, %25,0'ında depresyon belirtileri saptanmıştır. Babaların 3. ay EPDS puan ortalaması $5,8 \pm 3,7$ olup, %15,7'sinde depresyon belirtileri görülmüştür. 3-6. ayda babalarda bu oran %9,3'e gerilemiştir. Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, plansız gebelik ve ebeveynliğe hazır hissetmemen hem anne hem de babalarda depresyon riskini anlamlı olarak artırmaktadır. Ayrıca, düşük öyküsü olan babalarda ilk 3 ayda depresyon sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Beklenenin aksine, çocuk bakımına aktif katılan babaların 3. ay EPDS puanları, katılmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Türk babalarındaki PPPD prevalansı küresel ortalamalarla uyumludur ve zamanla azalmaktadır. Bulgular, geçmiş psikiyatrik öykü, plansız gebelik ve ebeveynliğe hazır hissetmemenin hem anne hem de babalarda güçlü risk faktörleri olduğunu göstermektedir. Düşük öyküsünün babaların ruhsal sağlığı üzerindeki etkisi de önemlidir. Çocuk bakımına aktif katılan babalardaki yüksek depresyon puanları, bu rolün getirdiği ek yükleri düşündürmektedir. Bu sonuçlar, perinatal dönemde çift merkezli ruh sağlığı yaklaşımlarının ve risk faktörlerine yönelik erken müdahalenin kritik olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Babalık doğum sonrası depresyonu, PPPD, doğum sonrası depresyon, EPDS, risk faktörleri, Türkiye, perinatal ruh sağlığı.

ABSTRACT

Objective: The transition to parenthood brings significant changes for both mothers and fathers. Despite historical research focusing on maternal postnatal mental health, paternal postnatal depression (PPPD) is gaining increasing recognition. Men's distinct ways of expressing depression (e.g., anger, risk-taking) and inadequate screening, diagnosis, and treatment make this topic critical. This study aimed to investigate the prevalence of PPPD and its influencing factors in Türkiye.

Method: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 204 partners of pregnant individuals attending Family Health Centers in Antalya. Participants, aged 18 and over, were voluntarily included. Data were collected face-to-face using a sociodemographic form and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The EPDS was administered to mothers during the first 3 months and to fathers during both the first 3 months and the 3-6 month postpartum periods. Data analysis was performed using SPSS 25.0, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Mothers' mean EPDS score at 3 months postpartum was 7.7 ± 4.9 , with %25.0 showing depressive symptoms. Fathers' mean EPDS score at 3 months was 5.8 ± 3.7 , with %15.7 showing depressive symptoms. This rate decreased to %9.3 for fathers at 3-6 months. A history of psychiatric illness, unplanned pregnancy, and not feeling prepared for parenthood significantly increased depression risk in both mothers and fathers. Additionally, fathers with a history of miscarriage showed a significantly higher prevalence of depression in the first 3 months. Unexpectedly, fathers actively involved in childcare had higher 3-month EPDS scores than those not involved.

Conclusion: PPPD prevalence in Turkish fathers aligns with global averages and tends to decrease over time. Findings indicate that a history of psychiatric illness, unplanned pregnancy, and feeling unprepared for parenthood are strong risk factors for both parents. The impact of miscarriage history on fathers' mental health is also significant. The higher depression scores among actively involved fathers suggest additional burdens associated with this role. These results underscore the critical need for couple-centered mental health approaches and early intervention for identified risk factors during the perinatal period.

Keywords: Paternal postnatal depression, PPPD, postnatal depression, EPDS, risk factors, Türkiye, perinatal mental health.

EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIS ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla ilgili Bilgiler:

Araştırmanın Adı: "Ülkemizde 1. Basamağa başvuran yeni doğum yapmış çiftlerde depresyon görülme oranının araştırılması"

a. Araştırmanın içeriği:

Aileye yeni bir üyenin katılması ailenin yaşamını sonsuza kadar değiştirmektedir. Çiftler anne- baba olurken bazı sorunlarla da karşılaşmaktadırlar. Doğum sonrası annelerin yaşadığı ruhsal sorunlar konusunda pek çok araştırma yapılmıştır. Erkeklerin gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemde yaşadığı sorunlara ilgili araştırmalar son yirmi yılda artmış ve doğrudan erkek ebeveynlerin yaşadıkları sorunlara yönelik araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalar, erkeklerin de, kadınlar kadar olmasa da, gebelik sürecinde ve gebelikten sonraki dönemde sosyal, ruhsal ve bedensel sorunlarla karşı karşıya kaldığını ortaya koymuştur. Annenin ve babanın yaşadığı ruhsal sorunlar hem kendilerinin hem de çocuklarının sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çocukların bedensel ve ruhsal gelişimi bozulmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğum öncesi veya doğum sonrası dönemde depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarında duygusal davranış bozukluğu, hiperaktivite ve psikososyal sorunların daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Bu nedenlerle ebeveynlerdeki depresyonun erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir. Bu çalışmada az bilinen babalarda depresyon konusu araştırılmaktadır.

b. Araştırmanın Amacı:

Ülkemize babalarda doğum sonrası görülen depresyon sıklığını ve etkileyen etmenleri belirlemek

c. Araştırmanın Nedeni:

(x) Bilimsel araştırma

d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay

e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 200

f. Araştırmada İzlenecek Deneysel işlemler:

Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Ad, Soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çiftlerin doğum sonrası depresyon için farkındalığın artması beklenmektedir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr.Şahin Şener

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Prof. Dr. Melahat Akdeniz tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı,

Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir başka ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmaya reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayımlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayla:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmaya kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

imzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 2. Anket Formu

DOĞUM SONU DEPRESYON ÇALIŞMASI ANKETİ

MERHABA,

Bu çalışma doğum sonrası çiftlerde görülen depresyon oranını belirlemek ve saptandığında erken tedavi edebilmek amacıyla yürütülmektedir. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde doğum sonrası kadın ve erkeklerde depresyonu taramak için geliştirilmiş bir anket vardır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkı işaretleyerek yanıtlayınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Bölüm 1. Demografik Bilgi Soruları

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

İkamet Yeriniz: İl Merkezi ☐ İlçe ☐ Köy ☐
Eğitim Düzeyiniz: İlk Öğretim ☐ Lise ☐
☐ Yüksekokul (2 yıllık) ☐ Üniversite (4 yıl ve üzeri) ☐

Mesleğiniz: (Lütfen Yazınız):

.....

Ailenizin Gelir Düzeyi: Düşük: (Ayda 10000 TL'den az) ☐
Orta: (Ayda 10000-30000 TL arası) ☐
Yüksek: (Ayda 30000 TL üzeri) ☐

Sosyal Güvenceniz: Yok ☐ SGK (ES, Bağkur, SSK) ☐
Yeşil Kart ☐ Özel Sigorta ☐

Alışkanlıklarınız var mı? Sigara ☐ (miktar)...../gün

Alkol ☐ (miktar)

İlaç (Lütfen yazınız).....

Haftada kaç dakika egzersiz yapıyorsunuz? Hiç ☐ 60 dakikadan az ☐
60-120 dakika ☐ 120 dakikadan fazla ☐

İlaç kullanımınızı gerektiren diyabet,hipertansiyon,kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığınız var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Varsa lütfen hangi hastalığınız (ya da hastalıklarınız) olduğunu ve hangi ilaçları kullandığınızı yazınız:,,

Daha önce aşağıdaki ruhsal hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Depresyon ☐

Anksiyete Bozukluğu ☐

Obsesif-Kompulsif Bozukluk ☐

Şizofreni ☐

Diğer: (Lütfen Yazınız):

Kaç çocuğunuz var?.....

Çocuklarınız sağlıklı mı? Evet ☐ Hayır ☐

Kronik hastalığı olan çocuğunuz var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Doğumsal Sakatlığı olan çocuğunuz var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Bu gebeliği planladınız mı?

Evet planlı gebelikti. ☐ Hayır planlamadık. Kazara oldu. ☐

Sadece anneler için (Lütfen Yazınız)

Kaç kez gebe kaldınız?

Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

Kaç doğum Yaptınız?

Yaşayan çocuk sayısı:

Düşük ya da küretaj var mı?

Evet ☐ Sayı:

Hayır ☐

Kendinizi anne olmaya hazır hissediyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

Sadece babalar için (Lütfen Yazınız)

Bu kaçınıcı kez baba oluşunuz?

Çocuklarınızı bakımına aktif olarak katılıyor musunuz? (Beslenme,Giydirme gibi...)

Evet ☐

Hayır ☐

Çocuklarınızla oyun oynama, kitap okuma gibi etkinlikler yapıyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

Kendinizi Baba olmaya hazır hissediyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

Hissetmiyorsanız nedenini söyleyebilir misiniz?

.....

BÖLÜM 2.Bu bölümdeki sorular sizin kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgilidir.

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

☐ Her zaman olduğu kadar

☐ Artık pek o kadar değil

☐ Artık kesinlikle o kadar değil

☐ Artık hiç değil

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

☐ Her zaman olduğu kadar

☐ Her zamankinden biraz daha az

☐ Her zamankinden kesinlikle daha az

☐ Hemen hemen hiç

3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, bazen

☐ Çok sık değil

☐ Hayır, hiçbir zaman

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

☐ Hayır, hiçbir zaman

☐ Çok seyrek

☐ Evet, bazen

☐ Evet, çoğu zaman

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

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, bazen

☐ Hayır, çok sık değil

☐ Hayır, hiçbir zaman

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum

☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, bazen

☐ Çok sık değil

☐ Hayır, hiçbir zaman

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, oldukça sık

☐ Çok sık değil

☐ Hayır, hiçbir zaman

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, oldukça sık

☐ Çok seyrek

☐ Hayır, asla

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

☐ Evet, oldukça sık

☐ Bazen

☐ Hemen hemen hiç

☐ Asla