

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
TAKİP EDİLEN GEBELERDE ÇOK BOYUTLU
ALGILANAN SOSYAL DESTEKLE DOĞUM
SONRASI DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Halime Pınar DEMİRÖZ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2017

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 14.09.2017 tarih ve 42190979-302.14.05-E.1700248214 sayılı belge.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

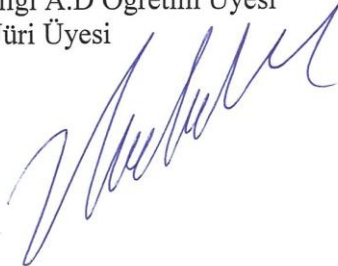
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta uzmanlık öğrencisi araştırma görevlisi **Dr. Halime Pınar Demiröz**'ün "Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Gebelerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekle Doğum Sonrası Depresyon Arasındaki İlişki" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimiz ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, **21.09.2017** tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezi jüri üyelerince oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederiz.


Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı V.
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi



Yrd. Doç. Dr. Selçuk AKTUNAN
Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi



İÇİNDEKİLER

ONAY	iii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TEŞEKKÜR	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Depresyon	4
2.1.1. Depresyon Kavramının Tanımı.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Sınıflandırma.....	6
2.1.3.1. DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Depresyon Bozuklukları	6
2.1.3.1.1. Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu.....	7
2.1.4. DSM-V'e Göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri	8
2.2. Gebelik Dönemi	12
2.2.1. Doğum Sonrası Dönem	15
2.2.1.1. Doğum Sonrası Depresyon	16
2.2.1.1.1. Doğum Sonrası Depresyonun Belirtileri ve Başlangıcı	17
2.2.1.1.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etkileri	19
2.2.1.1.3. Gebelik Depresyonu Taraması.....	21
2.2.1.1.3.1. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	22
2.2.1.2.4. Doğum Sonrası Depresyon Tedavisi.....	23
2.2.1.2.4.1. Psikoterapi.....	23
2.2.1.2.4.2. Farmakolojik tedavi	25
2.2.1.2.4.3. Diğer Tedaviler	26
2.2.1.2.5. Annelik Hüznü	26
2.2.1.2.6. Postpartum Psikoz.....	27
2.2.2. Sosyal Destek.....	28

2.2.2.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support ÇBASDÖ)	30
2.2.3. Birinci Basamakta Ruhsal Hastalıklara Yaklaşım	32
2.2.3.1. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BBBDÖ)	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırma Tasarımı.....	35
3.2. Ortam ve Evren	35
3.3. Örneklem Seçimi.....	35
3.5. Etik Kurul ve İzinler.....	37
3.6. Araştırma Protokolü.....	37
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	37
3.8. İstatistik Analiz	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA	76
6. SONUÇLAR	88
7. KAYNAKLAR	90
8. EKLER.....	108
EK 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	108
EK 2. Sağlık Bakanlığı İzni	109
EK 3. Görüşme Formu	110
EK 4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	112
EK 5. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği	115
EK 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu.....	116
EK 7. Aydınlatılmış Onam Formu	121

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 22.03.2016 tarih ve 71 sayılı yazısı ile **“Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Gebelerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekle Doğum Sonrası Depresyon Arasındaki İlişki”** konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Halime Pınar DEMİRÖZ tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Çalışma Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'na 13.04.2016 tarih ve 3 sayılı oturumunun 30 no'lu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'na görüşülmüş ve 24.10.2016 tarih ve 168 sayılı yazısı ile 6 no'lu toplantısının 19 no'lu kararınca çalışma etik kurallara uygun görülmüştür.

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çalışmamıza katılan annelerin yaş dağılımları	40
Tablo 2. Çalışmamıza katılan gebelerin evlilik süreleri	41
Tablo 3. Eğitim seviyelerine göre katılımcı sayı ve yüzdeleri	41
Tablo 4. Gebelerin çalışma durumları ve meslekleri.....	42
Tablo 5. Katılımcıların geçirdikleri hastalıklara göre dağılımları.....	42
Tablo 6. Gebelerin “Hiç depresyon geçirdiniz mi?” sorusuna verdikleri cevaplar..	43
Tablo 7. Katılımcıların alkol, sigara veya madde kullanımı durumu.....	43
Tablo 8. Katılımcılardan çocuğu olanların yüzdesi.....	43
Tablo 9. Katılımcılardaki hamileliği isteme ve istememe durumu	43
Tablo 10. Katılımcıların aylık gelir dağılımı.....	44
Tablo 11. Katılımcıların kendilerine ait evde oturup/oturmama durumları	44
Tablo 12. Ailede huzursuzluk, şiddet durumu.....	44
Tablo 13. Katılımcıların doğum şekline göre dağılımları	45
Tablo 14. Katılımcıların emzirme durumları.....	45
Tablo 15. Katılımcıların Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği skor dağılımları.....	47
Tablo 16. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu’ndan alınan puan dağılımları.....	48
Tablo 17. “Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.” ifadesine verilen cevaplar.....	49
Tablo 18. “Geleceğe hevesle bakıyorum.” maddesinin cevap dağılımı	49
Tablo 19. “Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.” diyen katılımcıların dağılımları	49
Tablo 20. “Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.” maddesine verilen cevapların oranları	49
Tablo 21. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nden “İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum” cümlesine verilen cevapların yüzde dağılımı.....	50
Tablo 22. “Her şey giderek sırtıma yükleniyor” ifadesine verilen cevap yüzdeleri..	50
Tablo 23. “Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.” cümlesine katılımcıların verdikleri yanıtların dağılımları.	50

Tablo 24. “Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.” ifadesine katılımcıların tepki yüzdeleri.....	50
Tablo 25. Katılımcıların “Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.” maddesine verdikleri cevap oranları.....	51
Tablo 26. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nden “Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.” maddesine verilen cevapların sayısal dağılımı.....	51
Tablo 27. Katılımcıların çalışma durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu skorları	59
Tablo 28. Hastalık durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan dağılımları	60
Tablo 29. Evlilik süresine göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu skoru dağılım ve karşılaştırılmaları.....	61
Tablo 30. Öğrenim durumlarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puanı karşılaştırmaları	62
Tablo 31. Öğrenim durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği toplam skoru dağılımları.....	63
Tablo 32. Katılımcıların çalışma durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği skoru ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Modifiye Formu skoru puanları dağılımları	64
Tablo 33. Hastalık durumuna göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek skoru ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek skorlarının dağılımı.....	64
Tablo 34. Depresyon hikayesine göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek skoru ortalamaları	65
Tablo 35. Depresyon hikâyesine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu skoru puan dağılımları.....	65
Tablo 36. Alkol, sigara veya madde kullanımına göre katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan dağılımları.....	66

Tablo 37. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu korelasyon analizleri	67
Tablo 38. Hamileliği isteme durumlarına göre katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan ortalamaları	68
Tablo 39. Aylık gelir dağılımına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan durumları	69
Tablo 40. Aile içi huzursuzluk veya şiddet durumuna göre göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan durumları	70
Tablo 41. Doğum şekline göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan ortalamaları	71
Tablo 42. Çocuğun sağlık durumuna göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan dağılımı	71
Tablo 43. Çocuğun sağlık durumuna göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan dağılımı	72
Tablo 44. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu Aile Alt Grup Skoru ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı korelasyon analizi	72
Tablo 45. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu Arkadaşlar Alt Grup Skoru ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı korelasyon analizi	73
Tablo 46. Doğum sonrası herhangi bir sıkıntı yaşayıp yaşamama durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu Skoru ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanları	73
Tablo 47. Sosyal Destek Seviyelerine Göre Lineer Regresyon	74
Tablo 48. Yaş gruplarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Sonuçları	74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Anneliğe geçiş süreci	14
Şekil 2. Doğum sonrası yaşanan sorunların dağılımı	46
Şekil 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek puan dağılımı	47
Şekil 4. “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.” ifadesine verilen cevapların oranları	52
Şekil 5. “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.” ifadesine katılma durumları	52
Şekil 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Soru 3: “Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.” maddesine cevap yüzdeleri	53
Şekil 7. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.” sorusuna verilen cevap dağılımları	53
Şekil 8. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.”	54
Şekil 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği soru 6: “Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.”	54
Şekil 10. “İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma ve çevreme güvenilebilirim.” maddesine verilen yanıtlar	55
Şekil 11. “Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.” sorusuna verilen cevap yüzdeleri	55
Şekil 12. “Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.” Cümlesine verilen cevap yüzdeleri	56
Şekil 13. “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.	57
Şekil 14. “Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.”	57

Şekil 15. “Arkadaş alt ölçeği” nin “Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim” maddesi ve cevabı	58
Şekil 16. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan dağılımlarının karşılaştırılması	58
Şekil 17. EDSDÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında yapılan korelasyon analizi	67
Şekil 18. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Sonucunun Yaşlarına Göre Dağılımı	75



KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists Committee
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
AÜTF	: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
BBBDÖ	: Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği
BDT	: Bilişsel-davranışçı terapi
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DALY	: Disability-adjusted life year
DSD	: Doğum Sonrası Depresyon
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
FDA	: Food and Drug Administration
ICD-10	: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
KİT	: Kişilerarası ilişkiler terapisi
MDB	: Majör Depresif Bozukluğu
PPD	: Postpartum Depresyon
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: World Organization of Family Doctors

TEŞEKKÜR

Başta Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince ve yaptığım tez ve makale çalışmalarım sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarda bulunan Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içerisinde bana uzmanlık eğitimimde ve birçok konuda yardımları ile önemli katkısı olan Sayın Hocam Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı, güzellikleri ve sıkıntılarıyla paylaştığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Ayrıca çalışmalarımın her aşamasında bana destek veren sevgili eşim Uzm. Dt. Dinan DEMİRÖZ'e, her zaman önümde bir rehber olan kıymetli babam Hasan Hüseyin HASIRCI'ya ve özverileriyle her zaman yanımda olan kıymetli annem Nihal HASIRCI'ya, kayınpederim ve kayınvalideme de şükranlarımı sunuyorum.

Dr. Halime Pınar DEMİRÖZ

ÖZET

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Gebelerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekle Doğum Sonrası Depresyon Arasındaki İlişki

Amaç: Bu çalışmada algılanan sosyal desteğin, postpartum dönemdeki annelerdeki anksiyete, depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma, Eylül 2015- Eylül 2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı' na bağlı hizmet veren beş adet Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezinde takipli gebeler arasında yapıldı. Doğum sonrası 4 haftalık dönemi çalışmamızın yapıldığı tarihlerin dışına sarkmaması açısından çalışmanın son 9 aylık periyodundan sonra tespiti yapılan gebeler çalışmaya alınmadı. Bu koşulları sağlayan 122 gebeden çalışmamıza katılmaya gönüllü olan 119 gebeye önce Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği uygulandı. Ölçekten aldığı puan, ölçeğin Türkçe kesme puanı olan 4' ün üstü olarak hesaplanan 6 anne adayını depresif kabul edilerek çalışma dışı bırakıldı. Annelerden 3' ünün de yas sürecinde olması üzerine kalan 110 gebeye demografik anket verilerek doğumdan sonraki dördüncü hafta için görüşme planlandı. Doğum sonrası dördüncü haftada kontrole çağrılan postpartum dönemdeki kadınlara Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) doldurtuldu. Türkiye'de yapılan çalışma puanına göre 12 ve üzerinde puan alanlar depresif kabul edildi. Toplam 110 kadının demografik verileri istatistiksel olarak çalışıldı. Tüm kadınlarla yüz yüze görüşme yapıldı.

Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Histogram grafiği ile incelendi. Hipotez testleri olarak Student t testi, Mann-Whitney U testi, Tekrarlayan ANOVA, Tek Yönlü ANOVA, Ki Kare ve Lojistik Regresyon testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan annelerin ortalama yaşı $28.8\pm5,9$ yılı. Çalışmamızda katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği' nden aldıkları puanlar ortalama $12,0\pm4,7$ arasında değişirken, Çok Boyutlu Algılanan

Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu' ndan aldıkları puanlar $58,3 \pm 13,0$ arasında değişmekteydi.

Çalışmamızın esas bulgusu olan EDSDÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında yapılan korelasyon analizinde aralarında negatif yönde bir ilişki saptandı ($r=-0,420$ ve $p<0,01$). Buna göre ÇBASDÖ puanı artarken EDSDÖ puanı azalmaktaydı,.

Lojistik regresyon analizine göre algılanan sosyal desteğin, Postpartum Depresyonu (PPD) açıklayan bir faktör olduğu hipotezi anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yüksek sosyal destek alanlar düşük sosyal destek alanlara göre doğum sonu depresyon açısından 0,093 kat riskliken, orta sosyal destek alanlar düşük destek alanlara göre 0,212 kat risklidir. Bu verilere göre sosyal destek puanı arttıkça annelerin postpartum depresyon oranı düşmektedir.

Sonuç: Gebelik dönemi ve sonrasındaki özellikle ilk bir yıllık süreç, annenin fiziksel ve ruhsal açıdan daha çok sağlık problemine maruz kaldığı bir süreçtir. Bu dönemde yaşanabilecek bir problem anneyi, çocuğu, aileyi ve dolayısıyla toplumu olumsuz yönde etkileyebilecektir. Bu açıdan annenin ihtiyaç duyacağı sosyal destek eş, aile, yakın çevre ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmalıdır. Anneye ulaşılabilirliği açısından en yakınında olan birinci basamak sağlık görevlilerine özellikle görev düşmektedir. Annenin kendisine, eşine ve ailesine verilecek danışmanlık hizmetiyle annenin algıladığı sosyal destek sayesinde doğum öncesi ve doğum sonrasında yaşayacağı psikolojik sorunlarla ve postpartum depresyonla daha kolay başa çıkması beklenebilir.

Anahtar kelimeler: postpartum depresyon, algılanan sosyal destek, aile sağlığı merkezi, aile hekimliği

ABSTRACT

The Relationship Between Multidimensional Perceived Social Support and Postpartum Depression in Pregnancies Followed at Education Family Health Centers of Atatürk University Faculty of Medicine

Objective: In this study, it was aimed to research the effect of perceived social support on anxiety, depression and stress levels in postpartum mothers.

Method: The study was done on pregnant women whose follow-ups were performed at five Erzurum Atatürk University Faculty of Medicine Education Type Family Health Centers (AUFMETHC), affiliated to the Department of Family Medicine, between September 2015 and September 2016.

The pregnancies were detected after the last 9 months period of study that was not taken into the study, in case of affecting our work outcomes by the last four weeks postpartum periods. Beck Depression Scale for Primary Care was administered to 119 patients who volunteered to participate in 122 genders who had these conditions. Six mothers whose scores were calculated above 4 -Turkish cut-off score- were considered depressed and excluded from the study. On the fact that three of the mothers are in mourning, the remaining 110 pregnant women were made an appointment for the fourth week after giving birth with demographic questionnaire. The Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was administered to postpartum women who were referred for control at the fourth postnatal week. According to the work done in Turkey, whose score 12 or more were considered to be depressed. The demographic data of 110 women were studied statistically. All women were interviewed face to face.

Normal distribution of numerical variables were evaluated by Histogram graph. Student t test, Mann-Whitney U test, Recurrent ANOVA, One-way ANOVA, Chi square and logistic regression tests were used as hypothesis tests. Statistically, the significance limit was accepted as $p < 0.05$.

Findings: The mean age of the participating mothers was 28.81 ± 5.953 years. The lowest maternal age was 17 and the highest maternal age was 45. In our study, the participants' scores on the Edinburgh Postnatal Depression Scale ranged from 12.00 ± 4.722 , the score of the Multidimensional Perceived Social Support Scale Modifiye Form (MPSSS)' s is $58,39 \pm 13,036$. There was a statistically significant correlation ($r = -0,420$ and $p < 0,01$) in the correlation analysis between the total score of EPDS and the total score of MPSSS. EPDS score increases while MPSSS scores decrease.

According to the logistic regression analysis, the hypothesis that social support was a factor explaining Postpartum Depression (PPD) was significant ($p < 0.05$).

High social support recipients were 0.093 times more risky for postpartum depression than low social support recipients, furthermore moderate social support ones are 0.212 times more risky than low. According to this data, as the social support points increase, the postpartum depression rate of the mothers decreases.

Results: The first year of pregnancy, especially after the first year, is a process in which the mother is more physically and mentally vulnerable to health problems. A problem that may be experienced in this period may affect the mother, the child, the family, and therefore society in a negative way. From this point, the social support that the mother will need must be provided by the spouse, family, close environment and health professionals. It has a particular duty to primary health care providers who are the nearest to mother access point. It can be anticipated that it will be easier to cope with postpartum depression and psychological problems before, during and after the birth, with the aid of the mother's perceived social support through the counseling of the mother, her husband and her family.

Key Words: postpartum depression, perceived social support, family health center, family medicine.

1. GİRİŞ

Her yıl pek çok kadının doğum yaptığı ülkemizde doğum öncesi takip, son zamanlarda daha fazla önemsenmeye başlanmakla birlikte, doğum sonrası anne takibi yeterli düzeyde yapılamamaktadır.

Psikolojik olarak zorlayıcı bir dönem olan gebelik ve postpartum dönemdeki kadınlara psikiyatrik destek ise herhangi bir standarda bağlı değildir. Hâlbuki bu dönemin yaratacağı hasar en az anne kadar bebeğe de zarar vermektedir (1).

Bazı araştırmacılara göre doğum sonrası depresyon (DSD), gebeliğin hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluktan ziyade, spesifik olmayan stresörlere bir cevap olarak değerlendirilir (2). Bu görüşteki çalışmalarda gebe olan ve olmayan kadınların depresyon prevalanslarının benzer olduğu saptanmış ve çalışmaların önemli kısmında klinik özellikler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (3-5).

Tanısal ve İstatiksel Akıl Bozuklukları Rehberi'nin beşinci baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM V), dördüncü baskı ile benzer olarak postpartum depresyon kriterleri net olarak tanımlanmıştır. Buna göre postpartum depresyon (PPD), doğumdan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkan ve non-psikotik major depresyon olarak tarif edilmiştir. Ağırılık seviyesine göre sınıflandırılması mevcut olup, "postpartum başlangıç belirleyicisi" başlığı altında postpartum dört hafta içinde epizotun başlaması olarak tanımlanır.

Yeni doğum yapan kadınlarda, güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak PPD belirlenmelidir. PPD'yi belirlemek için, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılabilir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de tanımlanmış ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak erken postnatal depresyonun klinisyenlerce fark edilmesinde oldukça faydalı olmuştur (6).

Buna yönelik birinci basamakta aile sağlığı merkezlerinde lohusa izlem içerisinde postpartum depresyon taraması konulmuş olup daha önce Türkiye’de Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1997’de yapılan geçerlilik çalışması ile duyarlılık ve özgüllük sırasıyla %84 ve %88 olarak tespit edilmiş olan ve kesme puanının 12-13 olduğu gösterilen Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon lği uygulanmaktadır.

Öte yandan, son zamanlarda psikiyatri bilimi toplum esaslı ruh sağlığı bakımı (Community Based Mental Health Care) erevesinde, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmiştir. Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini sağlamada veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları belirtilmektedir (7, 8).

Sosyal destek kavramına dair bilgi toplamak için iyi tanımlanmış, örneklemelerde uygulanabilecek ve kavramın farklı ve yararlı (rn, desteğin tipleri veya kaynakları gibi) yönlerini lcek iyi standardize edilmiş ölçekler hastanın değerlendirileceği ilk yer olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanarak sosyal desteğin değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek lği (ÇBASDÖ) 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir (8). Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Türkçe formunun faktör yapı, güvenirliliği ve geçerliliği Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (9). Ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunan ölçek, gittikçe daha çok uzmanın toplum içinde ruh sağlığı bakımı yaklaşımının bir sonucu olarak; aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal desteğini standardize olarak ölçmektedir.

Bu ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Önerilen modifiye ölçek yapısı; aile, arkadaş, ailenin ve bu gruptaki kişilerin dışında olan bir kişi olarak tanımlanan (örneğin, doktor, hemşire, ebe, nişanlı) kişiden alınan desteği içermektedir. Bazı çalışmalarda postpartum depresyon patogeneğinde eşin, ailenin, doktorun sosyal desteğinin eksikliği, eş ile ilişkide problemler ve günlük hayattaki stresli olaylar işaret edilmektedir (10, 11).

Çalışmamızın dışlama kriteri olan depresyondaki bireyleri saptamada birinci basamak hekimlerinin uygulaması için birinci basamağın özgün yapısına uygun, kolay ve anlaşılabilir bir ölçek olan ve Aktürk Z. ve ark. (12) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış olan Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği (BBBDÖ) de antenatal dönemde uygulanması planlandı.

Daha önceden yapılan çalışmalarda Erzurum il merkezinde postpartum depresyon insidansı %14 olup bu tezde Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği'ne bağlı Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezleri'nde Ağustos 2015-Eylül 2016 tarihleri arasında takipli gebeler çalışmaya alındı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Depresyon Kavramının Tanımı

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) tanımına göre sağlık: “Sadece hasta olmama hali değil, bireyin beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklindedir (13). Sağlık tanımı içerisinde yer alan “zihnen ve sosyal yönden” kısmına duygu durum bozuklukları da girmekte olup; bu bozukluklar çağımızın hızlı yaşam biçimi yanında, ekonomik belirsizlik, işsizlik gibi sosyal faktörlerin de yol açtığı ruhsal problemlerle gittikçe yaygınlaşmaktadır. Majör Depresif Bozukluk, görülme sıklığıyla diğer duygu durum bozuklukları arasında diğerlerinin önünde yer alan bir rahatsızlıktır. Son yıllarda adından daha çok bahsedilen, gündelik yaşamda hakkında daha çok farkındalık oluşan depresyon gittikçe daha sık görülmektedir (14).

Depresyon görülme sıklığındaki artış sadece depresyondaki bireyi ve yakın aile çevresini etkilemekle kalmayıp, ekonomik ve biyopsikososyal kayıpları da arttırarak tüm toplumda olumsuz etki yaratmaktadır (15). Eşlik eden depresyonla birlikte fiziksel hastalıklarından dolayı tedavi gören hastaların sağlık giderlerinin; depresyonun eşlik etmediği hastalara oranla giderlerinden yaklaşık %36 oranında daha fazla olduğu belirtilmiştir (14).

Dünya Sağlık Örgütü, yaklaşık 2500 yıldır insanların en sık hastalıklarından biri olan depresyonu, dünya çapında en acil sağlık sorunların olduğu listesinde dördüncü sıraya koymuştur (16).

Dünya’da yaklaşık 450 milyon kişi ruhsal ve davranışsal bozuklukların etkisi altındadır. DSÖ, 2001 Dünya Sağlık Raporunu (World Health Report), doğrudan dünya ruh sağlığı sorunlarına ayırmıştır. Modern bir sağlık ekonomisi ölçütü olan ve hastalık veya yaralanma nedeniyle erken ölüm yüzünden yitirilen yaşam yılları ve bu nedenlerle engelli yaşanan yılları ifade eden DALY yüküne göre 1999’da 5. sırada

yer alan Unipolar Majör Depresyonun 2020’de 2. sıraya tırmanacağı tahmin edilmektedir (17).

Depresyon, aşağı doğru bastırma anlamına gelen Latince “depresus” kelimesine karşılık kullanılan bir terimdir. Sümer ve Mısır kaynaklarında depresyon hakkında rastlanılan bazı bilgiler vardır. İlk kez Eski Yunanda Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlayıp açıklama yapmıştır. Hipokrat, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvıdan (kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere) bahsetmiştir. Ona göre kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli ve paranoya gelişimine neden olmaktadır. Hipokrat’ın “Eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir” sözü, depresyonun bir rahatsızlık olarak görüldüğünü göstermektedir (18).

Galen tıbbında da melankoli tanımının kullanımı sürmüştür. 1621 yılında “Melankolinin Anotomisi” adlı eserinde Burton, depresif hastaların duygularını ve yaşadıkları sıkıntıyı oldukça iyi tanımlamıştır. 1854’te depresyonlu hastaların bazı dönemlerde taşkınlık geliştirdiklerini, sonra tekrar depresif dönemin ortaya çıkabildiğini gözlemleyen Falret, sonucu dalgalanan delilik (la folie circulaire) olarak adlandırmıştır (19). Öte yandan Delasiave "depresyon" terimini hastalık tanımlamada kullanan ilk kişiler arasındadır (18).

M.S. İkinci yüzyılda Galen karın içi organların beyni ikincil olarak etkilemesiyle ortaya çıkan "melancholia hypochondriaca" isimli bir hastalıktan bahsederek depresyonla fiziksel yakınmaların ve hipokondriya ilişkisini ortaya koymuştur. Freud ile birlikte psikiyatride fiziksel belirtilerin psikolojik mekanizmalarla ortaya çıkabileceği görüşü benimsenmeye başlamıştır (20).

Tıbbi literatürde depresyon ifadesi, bireylerdeki genel bir mutsuzluk, ilgisizlik, bitkinlik, aşırı hüznün ve kederli olma, zevk alamama, içe dönüklük, sosyal yaşamdan uzaklaşma, değersizlik, işe yaramama duygusu gibi belirtileri ifade eder (21).

Depresif bir hastanın normal duygudurumlu kişilerden farklı bazı özellikleri vardır. Bunlar; bedensel işlevlerde (uyku, iştah, cinsel istek gibi) bozukluk, toplumsal rollerin işleyişinde yetersizlik, intihar düşünceleri ya da girişimi ve gerçeği ölçme yetisinde normal fizyolojiden sapmadır. Son iki özelliğin her hastada olması gerekli değildir (22).

2.1.2. Epidemiyoloji

Depresyon, yaşamın her döneminde ve her yaşta görülebilmekle beraber özellikle 25–44 yaşları arasında daha sık izlenir. Majör Depresif Bozukluğun (MDB) yaşam boyu yaygınlık oranı %5 ila 17'dir. Kadınlarda erkeklerden 2 kat yaygın görülür.

Depresyon son 25 yılda 10-20 kat artarak, bu artışla dünyadaki en ölümcül hastalıklar içinde ilk üç hastalık arasına girmiştir (23).

Depresif mizaç, ilgi veya istek kaybı depresyonun temel belirtilerindendir. Depresyondaki bir hastadaki depresif duygudurumunda genellikle daha yoğun hüznün, umutsuzluk, keder veya değersiz hissetme durumu vardır. Anksiyete duygusu, depresyondaki duygulanımlar arasında depresif duygu durum ve ilgi azlığından sonra üçüncü sıradadır. Anksiyete öfkenin yersiz bir şekilde dışa vurumu, çevresindekilere ya da kendine zarar verme şeklinde kendini gösterebilir (24).

2.1.3. Sınıflandırma

2.1.3.1. DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Depresyon Bozuklukları

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu,
- Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu,
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi),
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu,
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu,
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu,

- Tanımlanmamış Bir Diğer Depresyon Bozukluğu,
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu şeklinde kategorilere ayırmıştır.

2.1.3.1.1. Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değışiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur vebu durumu ya kişinin kendisi bildirir (Örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur.) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (Örn. ağlamaklı görünür.). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.).
2. Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (Öznel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (Örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değışiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.).
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (Başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değildir.).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (Sanırsal olabilir. Yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değildir.).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (Öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir.).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (Yalnızca ölüm korkusu değildir.), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (25).

2.1.4. DSM-V'e Göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri

Bunaltılı sıkıntı: Bunaltılı sıkıntı, yeğın depresyon döneminin ya da süre giden depresyon bozukluğunun (distimi) çoğu günü boyunca aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin varlığıyla tanımlanır:

1. Bunalma ya da gerginlik duyma.
2. Hiçbir biçimde dinginlik sağlayamama (Olağandışı huzursuzluk duyma).
3. Kaygılarından ötürü odaklanmakta güçlük çekme.
4. Kötü bir şey olacağından korkma.
5. Özdenetimini yitirecekmiş gibi olma.

Ağır olmayan: İki belirti

Orta derecede: Üç belirti

Orta derecede-ağır: Dört ya da beş belirti

Ağır: Devinsel kıskırtma (motor ajitasyon) ile birlikte dört ya da beş belirti göstermelidir.

Karma özellikler gösteren:

A. Yeğün (Majör) Depresyon döneminin neredeyse her gününde, günün büyük bir kesiminde aşağıdaki mani/hipomani belirtilerinden en az üçü vardır:

1. Kabarmış taşkın duygudurum.
2. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. İçsel güçte ya da amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda).
6. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma (örn. Aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
7. Uyku gereksiniminde azalma (Örn. her zamankinden daha az bir uykuyla uykusuzluk çekmenin tersine kendini dinlenmiş olarak duyumsar.).

B. Karma belirtiler başkalarınca da gözlenebilir ve kişinin olağan davranışlarında bir değişiklik vardır.

C. Belirtileri, mani ya da hipomani için tanı ölçütlerini tam karşılayan kişilerde tanı, iki uçlu I ya da iki uçlu II bozukluğu olmalıdır.

D. Karma belirtiler, bir maddenin (Örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Melankoli özellikleri gösteren:

A. O sıradaki dönemin en ağır evresinde aşağıdakilerden en az biri vardır:

1. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklerden zevk almama.
2. Genelde zevk verebilecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma (İyi bir şey olduğunda, geçici olarak bile olsa, kendini çok daha iyi hissetmez.).

B. Aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu):

1. Derin bir bunalım, umutsuzluk ve/ya da somurtkanlık ya da duygusal boşluk yaşama olarak adlandırılabilir bir duygudurum ile belirli, değişik nitelikte bir çökkün duygudurum.
2. Depresyon, sürekli olarak sabahları daha kötüdür.

3. Sabah erken uyanma (Her zamanki uyanma saatinden en az iki saat önce).
4. Belirgin bir psikodevinsel kıskırtma (psikomotor ajitasyon) ya da yavaşlama.
5. Yeme isteğinde belirgin azalma ya da kilo verme.
6. Aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.

Değişik tür (atipik) özellikleri gösteren: O sıradaki ya da en son yeğin (majör) depresyon döneminin çoğu gününde aşağıdaki özellikler baskın olduğunda bu belirleyici kullanılabilir:

A. Duygudurumda tepkisellik (gerçek ya da gerçek olabilecek olaylar karşısında duygudurum açılır).

B. Aşağıdaki özelliklerden ikisi (ya da daha çoğu):

1. Belirgin bir kilo alımı ya da yeme isteğinde artma.
2. Çok uyku uyuma (hipersomni).
3. Kurşun paralizi (kolları ve bacakları, ağırlaşmış, kurşun gibi duyumsama).
4. Belirgin bir toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmayla sonuçlanan, uzun süreli, başkalarından kabul görmeme duyarlılığı (Duygudurum bozukluğu dönemleriyle sınırlı değildir.).

C. Aynı dönemde, “melankoli özellikleri gösteren” ya da “katatoni ile giden” belirleyicileri için tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

Psikoz özellikleri gösteren: Sanrılar ya da varsanılar vardır.

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren: Bütün sanrılar ve varsanıların içeriği, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırılmayı haketme gibi depresyon konularıyla tutarlılık içindedir.

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren: Sanrılar ve varsanıların içeriği, kişisel yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm ya da cezalandırılmayı haketme gibi depresyon konularını kapsamaz ya da içerik duygudurumla uyumlu ve duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özelliklerinin bir karışımından oluşur.

Katatonile giden: Dönemin büyük bir kesiminde katatonile özellikleri bulunursa ya da depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılır.

Doğum zamanı (peripartum) başlayan: Duygudurum belirtileri, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, o sıradaki yeğın depresyon dönemi için ya da tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanmıyorsa, en son yeğın depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılabilir.

Mevsimsel örüntü gösteren: Bu belirleyici yineleyici yeğın (majör) depresyon bozukluğuna uygulanır.

A. Yeğın depresyon bozukluğunda, yeğın depresyon dönemlerinin başlaması ile yılın belirli bir zamanı arasında (örn. sonbahar ya da kış), düzenli olarak, zamansal bir ilişki oluşmuştur.

B. Yılın belirli bir zamanında tam yatışma (ya da yeğın depresyondan maniye ya da hipomaniye geçiş) olur (Örn. ilkbaharda depresyon ortadan kalkar.).

C. Son iki yıl içinde, yukarıda tanımlandığı gibi, zamansal olarak, mevsimsel birilişki gösteren en az iki depresyon dönemi oluşmuştur ve bu iki yıl içinde, mevsimsel olmayan dönemler ortaya çıkmamıştır.

D. Mevsimsel yeğın depresyon dönemleri (yukarıda tanımlandığı gibi), kişinin yaşam boyu ortaya çıkmış olan mevsimsel olmayan yeğın depresyon dönemlerinden sayıca daha çok olmuştur.

Tam olmayan yatışma gösteren: Bir önceki yeğın depresyon döneminin belirtileri vardır, ancak tanı ölçütleri tam karşılanmamaktadır ya da böyle bir dönemin bitmesinden sonra yeğın depresyon döneminin belirgin belirtilerinin olmadığı iki aydan daha kısa bir süre vardır.

Tam yatışma gösteren: Son iki yıl içinde, bu bozukluğın belirgin belirti ve bulguları yoktur.

Ağırlık tanı ölçütü, belirti sayısına, bu belirtilerin ağırlığına ve işlevsel yeti yitiminin derecesine bağlıdır.

Ağır olmayan: Belirtileri, varsa bile çok azdır ve ancak tanı ölçütlerini karşılayacak sayıdadır, yoğunluğu açısından belirtiler sıkıntı verici bir düzeydedir ancak belirtilerin üstesinden gelinebilir ve bu belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte çok az bir bozulmaya neden olur.

Orta derecede: Belirtilerin sayısı, yoğunluğu ve/ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan” ile “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Belirtilerin sayısı, tanı konması için gerekenden daha çoktur, yoğunluk açısından belirtiler çok sıkıntı verici bir düzeydedir ve belirtilerin üstesinden gelinemez, belirtiler toplumsal ve işle ilgili işlevselliği belirgin olarak bozmaktadır (25).

2.2. Gebelik Dönemi

Fertilizasyon; Kadın reme hücresi olan oosit ile erkek üreme hücresi olan spermin bir araya gelerek kaynaşması anlamına gelir. Fertilizasyon olayıyla beraber gebelik başlar. Normal gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 280 günlük bir sürede, her biri trimester denilen yaklaşık üçer aydan oluşan toplam üç ayrı bölüme ayrılan, herhangi bir rahatsızlık veya komplikasyon olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır (26).

Gebelik doğal bir olay olması yanında, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere de neden olmasıyla da farklı bir dönemdir. Gebeliğin bir, iki ve üçüncü trimester boyunca devam eden bu değişiklikler, anne ve fetüsün metabolik ihtiyaçlarını karşılayıp sağlıklarını en iyi şekilde sürdürmek ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişikliklerin sağlanması için gereklidir (27).

Trimesterlere göre anne ve bebektteki fiziksel ve ruhsal değişimler genel olarak şu şekildedir:

Birinci Trimester: Embriyolojik dönem de denilen fertilizasyonla başlayıp, gebeliğin 12. haftasına kadar süren evredir. Bebeğin organlarının geliştiği ve şeklini aldığı dönemdir (28). Bu trimesterde uterus büyümeye başlar, mobildir ve düzgün yüzeylidir. Trimesterin sonunda uterus yumurta şeklini alır. Bu trimesterde gebede; menstrasyon kesilmesi, mide bulantısı, yorgunluk, konstipasyon, memelerde hassasiyet, sık idrara çıkma, uyku bozuklukları gibi bazı problemler yaşanmaktadır.

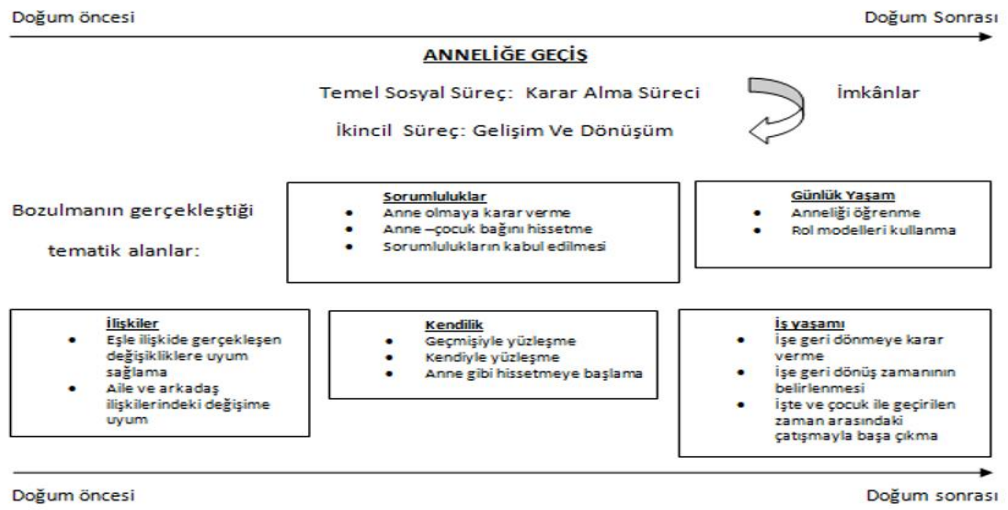
Zıt duygular (ambivalan) dönemi olarak bilinen bu dönem kadının yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum sağladığı dönemdir. Gebelik ile ilgili mutluluğun fazla hissedilmediği bir evredir. Daha yoğun olarak yaşanan duygular gebeliğin kabul evresi ile ilişkilidir. Gebeliğin 12. haftasına doğru gebeliği kabul ya da reddetme gibi zıt duygular daha yoğun yaşanır.

Ambivalan duyguların nedenleri; yaş, etnik köken, sosyoekonomik düzey, cinsiyet rolleri, kişisel yeterlilik duygusu, kontrol odağı gibi bazı kişilik özellikleri ve cinselliğe ilişkin tutumlar, aile içi güç dengeleri, iletişime açıklık, eşler arası destek gibi faktörler gebelikle meydana gelebilecek büyük değişimler, doğum ve çocuk büyütme ile ilgili potansiyel ekonomik güçlükler, gebeliğin mesleki amaçlar üzerindeki etkisi, potansiyel ev problemleri, anneliğe hazır olmama duygusu ve yaşanan fiziksel rahatsızlığın derecesi olabilmektedir. Birinci trimester sonunda ortaya çıkmaya başlayan gebeliği sevmeye ve bundan mutluluk duyma, fiziksel sıkıntıları tolere etme, kendisinin ve ailesinin doğumla baş edebileceği konusunda özgüven duyma kadının gebeliği kabullendiğini işaret eden göstergelerdir. Gebelik benimsenmiş olsa bile, bu dönemde aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık veya coşku şeklinde değişimler ortaya çıkabilmektedir (26).

Anneye ait özellikler, sosyal ve ailesel faktörler, kültürel yapı, eşin desteği, sağlık profesyonellerinin desteği ve benzeri pek çok değişken (şekil 1) gebelik algısını değiştirmekte; anneliğe uyumu etkileyip annelik rolünün kabulünü etkilemektedir(26, 29, 30).

İkinci Trimester; bu trimester 13-28 haftaları kapsar, kilo artışı, memelerde dolgunluk gibi bazı fiziksel değişimler meydana gelmektedir. Kadın, gebe

görünümünü kazanmıştır. Bu trimesterde Braxton Hick kontraksiyonlarının anne tarafından hafif kasılmalar şeklinde hissedilmeye başlaması, fetüsün ultrasonda daha belirgin görülmesi fetüsün somut olarak algılanmasını sağlamaktadır. Problemler artık azalmıştır. Düşük tehlikesi en aza inmiştir. Ambivalan duygular hızla ortadan kalkmakta kadının gücü yavaş yavaş artmaktadır. Bu dönem denge dönemidir. Bulantıları geçen gebe, kendisini iyi hisseder ve olumlu duygular geliştirir (25).



Kaynak: Nerlson, A.M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal*, 32(4), 465,477

Şekil 1. Anneliğe geçiş süreci

Fetüs hareketlerinin başlaması ile anne, bebeğini farklı bir varlık olduğunu fark eder ve bu anne ile fetüs arasındaki bağı güçlendirir. Kadın bebeği kendinden ayrı bir varlık olduğunu fark ettikçe, annelik rolünü de kabul etmeye başlar ve bebek ile ilgili bilgiler öğrenmeye yönelir. Bu dönem hamileliğin en sevilen dönemi olarak ifade edilir (29, 30).

Üçüncü Trimester: Gebeliğin son dönemi olan bu trimester 29-40. Haftaları kapsar. Bu trimesterde gebe kendisini yorgun hisseder. Bu trimester bitkinlik dönemidir (31, 32).

Bu dönem doğum ve bebek için hazırlıkların arttığı dönemdir. Bu dönemde gebe kadın bebeğin odasını hazırlar, giysilerini alır, bebek için isim seçer ve doğum hakkında bilgi arayışına girer. Gebe bu dönemde annelik rolünü almaya başlar.

Bununla birlikte gebelerde fiziksel yakınmalar da devam etmektedir: Sık idrara çıkma, bulantı-kusma, iştah artma-azalma, mide yanması, kokulara karşı hassasiyet, konstipasyon, diyare, hemoroidler, varisler ve ödem, kas krampları, bel ağrısı, baş ağrısı, iştah sorunları, yorgunluk hissi, halsizlik, sıkıntı hissi ve uykusuzluk vb. (32, 33).

Aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır. Doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ve bebeğe yetip yetemeyeceğine dair korkular, gebede anksiyete ve strese neden olmaktadır Son ayda anne ilk trimesterde yaşadığı bebeği istemekle doğum eylemine ilişkin korku ve endişeler arasında gidip gelerek ambivalan duyguları tekrar yaşamaktadır (34, 35).

Bazı araştırmacılara göre ise, hamileliğin olgunlaşma evreleri anne adaylarının öznel deneyimleriyle tanımlanabilir. Bu araştırmacılardan biri olan Raphael-Leff'e göre ilk evre, anne adayının bebeğin hareketlerini hissetmeye başladığında sona ererken, ikinci evre "Bebek şu an doğsa hayatta kalabilir mi acaba?" düşüncesi ortaya çıktığında sona erer. İlk evrede, anne ağırlıklı olarak dış görünüşünde meydana gelen değişikliklerle meşguldür. Aynı zamanda özellikle kendi annesiyle olan ilişkisinde yaşadığı eski çatışmalar tekrar devreye girer. İkinci evrede, annenin dikkati hamilelikten çok bebeğe yönelir. Üçüncü evrede anne adayı, bilinçli ya da bilinçdışı olarak kendini doğuma ve bebeğe hazırlar (36).

2.2.1. Doğum Sonrası Dönem

Doğumla başlayan, gebelik sırasında anne vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi duruma geri döndüğü altı-sekiz haftalık lohusalık ve emzirme dönemini de kapsayan, bebeğin 1 yaşına kadar olan zaman dilimi, doğum sonrası dönem olarak adlandırılır.

Doğumdan sonra ortaya çıkan ruhsal bozukluklar, normal sayılan bir hüznülük halinden psikotik depresyona kadar farklı şekillerde görülebilirken depresyon, hüznü ve psikoz olmak üzere ana 3 başlık halinde incelenir (37). Bu bozukluklar içinde en yaygın görülen psikiyatrik rahatsızlık depresyondur.

2.2.1.1. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası depresyon (DSD): Doğum sonu ilk 1 yıl içinde başlayan depresyon doğum sonrası depresyon olarak değerlendirilmektedir. Doğumdan sonra görülen tüm depresif bozukluklar için kullanılan bir kavramdır.

Ayrıca bu kavram Beck tarafından, annenin hamileliği boyunca bebeğiyle geçirmeyi beklediği değerli zamanları çalan bir hırsız olarak tanımlanır (38).

Belirtilerin başlama zamanına ilişkin ölçütler tartışmalıdır. DSM-5'e göre, annenin semptomları doğumdan sonra 4 hafta içerisinde major depresif epizod tanı kriterlerini karşıladığında doğum sonrası depresyon tanısı alır (25).

"Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması"nda (ICD-10) ise, doğumdan sonraki 6 hafta içinde belirtilerin başlaması şeklinde tanımlanmaktadır. Beck' e göre de DSD, doğum sonrası bir yıl içinde herhangi bir zamanda görülebilmektedir ancak birçok kadında doğum sonrası ilk 3 ay içinde başlamaktadır (38). Peripartum dönemde kadınların %80'inden fazlasında mizaç değişiklikleri görülebilmekle birlikte bunların yalnızca %10-20 kadarında DSM tanı ölçütlerine göre affektif bozukluk gelişmektedir (39).

Yapılan çalışmalara göre, gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığı %10- 30 arasında değişmektedir (40-42). Macaristan'da yaptıkları çalışmada gebelik depresyonu sıklığını %17,9 (43); Amerika'da yaptıkları çalışmada %20,0 (44); Finlandiya'da yaptıkları çalışmada %30,0 olarak bulmuşlardır. İran'da yapılan bir çalışmada ise insidans %20,1 olarak bulunmuştur (45).

Ülkemizde yapılan kohort çalışmasında ise postnatal depresyon oranı %13,9 olup antenatal dönemde depresyon görülme sıklığı %49,7 olarak bulunmuştur (46). Yapılan farklı bir çalışmalarda ise ülkemizde gebelikte depresyon sıklığı % 27,9-33,1 arasında değişmektedir(39, 47-49). Bu rakamlar dünya geneline göre oldukça yüksek olup, ülkemizdeki gebe kadınların kimi özelliklerinin ve yaşam şekillerinin (ergenlikte gebelik, sık aralıklarla gebe kalınması, ekonomik problemler, düşük

eğitim düzeyi, geniş aile yapısı, aile içi şiddet ve yeterli sosyal destek alınamaması), gebelik depresyonunun prevalansını ve şiddetini etkileyebileceği düşünülmektedir (49).

Risk faktörleriyle ilgili yapılan çalışmalarda ise sonuçlar şu şekildedir: Danacı ve ark. (2002), birinci basamak sağlık merkezlerinde yürüttükleri bir çalışmada postnatal depresyon için risk faktörleri yaşayan çocuk sayısı, gecekonduda yaşamak, göçmen olmak, bebeğin ciddi bir sağlık sorunu olması, annenin veya babanın ciddi psikiyatrik rahatsızlık geçmişinin olması, annenin eşinin ailesiyle sık problem yaşaması olarak sıralanmıştır (50).

Yine bu konuda yapılan diğer bir çalışmada DSD risk faktörleri işsizlik, düşük eğitim, yoksulluk, aile ilişkilerinin ve desteğin zayıflığı ve sağlık hizmetlerinin yetersizliği olarak belirlenmiştir (51).

Bu konuda dikkat çeken diğer bir çalışma ise Ege ve ark.'a aittir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ise sosyal destek azlığı, vajinal doğum, eğitimsiz eş, planlanmamış gebelik, bebek bakımına ilişkin bilgi ve tecrübe azlığı, sıkıntılarını paylaşabileceği dost ve doktor olmayışı gibi çarpıcı risk faktörlerini ortaya çıkarmıştır (52).

2.2.1.1.1. Doğum Sonrası Depresyonun Belirtileri ve Başlangıcı

Doğum sonrası duygudurum bozuklukları kadınların peripartum dönem dışındaki zamanlarda karşılaşılabilecekleri duygulanım bozukluklarından belirgin derecede farklılık göstermemektedir (53). Erken tanı, DSD ile ilgili en önemli sorunlardan biridir. Toplum tarafından etiketlenme korkusu, anneyi bu konuda ihtiyacı olan yardımı aramaktan alıkoyar (11). DSD ağır geçirilmediği sürece hafif ve orta şiddetteki depresyonlar, klinisyen tarafından doğumun normal veya doğal bir sonucu olarak görülebilir. Fark edilmediği takdirde DSD, intihar veya çocuğunu öldürmeye varan trajik bir şekilde sonuçlanabilir (54).

Ayrıca dünya nüfusunun yaklaşık yarısını oluşturduğu göz önüne alınırsa kadınların sağlığının ve kadınların yaşamlarının önemli bir dönemini kapsayan gebelik ve sonrasındaki dönemlerinde ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halinin ve bunları etkileyen faktörlerin de incelenmesi gerektiği ortaya çıkacaktır (55).

Doğum sonrası depresyon; sık sık ağlama, karamsarlık, emosyonel labilite, suçluluk duyguları, iştah azalması, intihar düşünceleri, uyku sorunları, dikkat ve konsantrasyon güçlükleri, bebekle yeterince ilgilenememe ve bebeğin ihtiyaçlarını ihmal etme, sinirlilik ve halsizlik belirtileri ile kendini belli eder. Bazı kadınlar, bebeğin beslenme alışkanlıkları ve sağlığıyla ilgili aşırı derecede kaygılı olabilir ve kendilerini yetersiz görüp suçluluk duyguları içinde olabilirler (56).

Yapılan araştırmalarda, gebelik dönemi anksiyetesinin DSD riskini yaklaşık olarak üç katına çıkardığı belirtilmiştir (57). Premenstrüel sendrom (58), emzirmeme (59, 60), gebelik sayısı (61) değişkenlerin de DSD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Genç annelerde, istenmeyen evlilik ve gebelik durumlarında, sosyal destek yoksunluğunda ve önceden psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda doğum sonrası dönemlerde uyumun azaldığı görülmektedir (62).

Kötü obstetrik geçmiş (daha önceki gebeliklerde düşük, ölü doğum öyküsü), istenmeyen gebelik, erken yaşta gebelik, gebelikte depresyon için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Özsaygısı düşük olan, gebeliğinde endişe ve kaygı yaşayan, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, karamsarlığa eğilimli, yaşamında büyük bir travma yaşamış, düşük sosyoekonomik seviyedeki kadınlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (41, 63, 64).

Yapılan son çalışmalarda, yakın ev halkı ilişkilerine rağmen düşük sosyal destek, tam olarak sahiplenmeyen baba figürü, aşırı alkol kullanımı, kayınvalideden düşük destek, kırsal yaşamın orta ve düşük ekonomik durumlu ailelerde postnatal depresyonu arttırdığı görülmüştür (42). Çekirdek ailede yaşamak, geniş ailede yaşamaya göre önemli bir risk faktörüdür.

Erzurum’da yapılan bir çalışmaya göre annelerin postnatal ilk yıllarında depresyonu tetikleyen faktörler: işsiz eş, premenstruel semptomlar, eş desteğinin olmayışı, gebelik sırasında yaşanan stresli yaşam olayları, bebekteki sağlık sorunu, mizaç olarak uyumsuz çocuk, geçmişteki psikiyatrik tanılar şeklinde özetlenebilir (65).

C. T. Beck (2001), 84 araştırmayı incelediği bir meta analiz çalışmasında sonuç olarak; gebelik depresyonu, düşük benlik saygısı, çocuk bakım stresi, doğum öncesi kaygı, stresli yaşam olayları, sosyal destek azlığı, evlilik ilişkisi, geçirilmiş depresyon öyküsü, zor mizaçlı bebek ve annelik hüznünün postpartum depresyonun önemli sebepleri olduğunu bulmuştur. Ayrıca medeni durum, sosyoekonomik durum ve plansız/istenmeyen gebeliğin postpartum depresyonun nisbi olarak daha düşük risk faktörlerinden olduğunu ifade etmiştir(66).

2.2.1.1.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etkileri

Postnatal depresyon sonucunda anne-bebek bağının kurulmasında sorunlar, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, gastrointestinal sistem ve alt solunum yolları enfeksiyonlarında artış görülür(11, 67). Bu çocuklarda ilerleyen yıllarda davranışsal, duygusal ve bilişsel sorunlar da oluşabildiği bilinmektedir (68-70).

Gebelik esnasında mevcut olan veya yeni beliren her türlü majör psikiyatrik bozukluk, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırıp fetüsün sağlığına olumsuz yönde yansır. Yapılan çalışmalarda, gebelik esnasında depresyon yaşayan annelerin daha fazla oranda erken doğum yaptığı, daha fazla oranda düşük doğum ağırlıklı, düşük APGAR skorlu bebek sahibi oldukları dikkat çekmiştir (71-73). Bir kohort çalışmasında 600 gebe kadın ele alınmış, bebeklerin hemen doğum sonrasındaki; doğumdan 2, 6 ve 12 ay sonraki kiloları ölçülmüş ve gebelikte depresyonu olan annelerin bebeklerinin her aşamada, depresif olmayan gebelerin bebeklerine oranla daha düşük ağırlıkta oldukları görülmüştür (74). Gebelik esnasında müdahale edilmeyen olgularda, doğum sonrası dönemde depresyonun devam ettiği annelerin

çocuklarında, ilerleyen yıllarda davranışsal ve psikolojik sorunların ortaya çıkabildiği de tespit edilmiştir (66, 75).

Anne ve bebek arasında oluşacak bağ, tamamen annenin hissettiği ve bebeğe hissettirdiği bazı kritik duygulara ve bebeğin otomatik olarak verdiği tepkilere bağlıdır. Bebek annesinin ilgisine karşılık vermeli annesi de bebeğinin tepkilerine karşılık verdiğini görerek bu döngüyü devam ettirmelidir. Bu döngü devam ederse annede bebeğe bağlanma duygusu geliştirir. Eğer döngü postnatal depresyon gibi bir sebeple kırılacak olursa güvensiz bir bağ oluşturulur (76).

Yapılan başka bir çalışmaya göre postpartum depresyonun taramasında yüksek Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği skoru, maternal sigara içimi ve düşük maddi durum ani bebek ölüm sendromu riskini arttıran faktörler arasındadır(77).

Ağlama süresinin uzunluğu ve şiddeti de yüksek Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği skoru ile ilişkili bulunmuştur.

Bazı araştırmacılara göre, elektroensefalografi ile ölçülen frontal beyin aktivitesi depresyonun semptomları için bazı markerlar gösterebilmektedir. Jones ve ark. tarafından yapılan çalışmada 38 anne ve 10 aylık bebeklerine farklı duygu deneyimleri sırasında elektroensefalografi çekildi. Postpartum depresyondaki annelerin bebeklerinde depresyonda olmayan anne bebeklerine göre daha fazla oranda sağ frontal elektroensefalografi asimetrisi görüldü (78).

Kontrol grubu için 721 anne alınan bir çalışmada 92 DSD'li anne bebeği Griffiths Bebek Yetenek Skalası, Columbia Mental Maturite Skalası ve Kaufman Değerlendirme Dizisi ile kognitif yetenek açısından değerlendirildi. Kronik DSD'li anne bebeklerinde, özellikle erkek bebeklerde, anlamlı ölçüde düşük skor alındığı görüldü(79).

Yapılan son çalışmalarda DSD ile dil ve IQ gelişimi arasındaki olumsuz ilişkinin 7 yaşına kadar sürdüğü bulunmuştur. Çocuk davranışları kısa vadede

(postpartum 3-4. gün) DSD ile ilişkili bulunamasa da 6. ayda ve 5. yaşta yapılan takiplerde anlamlı ölçüde ilintili bulunmuştur (80). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada DSD'li anne çocuklarının davranışlarının daha nevrotik ve antisosyal olduğu rapor edilmiştir(81).

Postpartum depresyonun çocuğun büyüme ve gelişmesinde çok önemli bir yere sahip olan uyku üzerine yapılan çalışmalarda ise EDSÖ skoru 12 ve üzeri olan anne bebeklerinin uyku kalite ve süresinin düşük olduğu görülmüştür (82).

Doğum sonrası depresyonun görüldüğü hastalarda, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik ya da bebekle ilgili aşırı endişelenme ve bebeğe zarar verme ile ilgili davranışlar ve düşünceler görülebilmektedir. İleri derecede depresyon, kendine zarar verme, psikotik ve zararlı davranışlar sergileme riskini arttırmakta ve intihara kadar giden sonuçlar doğurabilmektedir(83-86). Hasser ve ark. gebelik döneminde depresyon geçiren ve tedavi görmeyen annelerde intihar oranının %15 olduğunu belirtmişlerdir. Doğrudan gebeliğe bağlı ölüm nedenleri içerisinde intiharlar, gebeliğe bağlı ölümlerin %2,4'sinden, anne ölümlerinin %3,2'sinden sorumludur(86).

2.2.1.1.3. Gebelik Depresyonu Taraması

Gebeliklerinde depresyon yaşayan hastaları tedavi etmek, daha önceden anlatılan hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede etkili olacağı için, risk altında bulunan kadınları erken dönemde teşhis etmek önemlidir. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (ACOG), sosyal statüsü, eğitim düzeyi ne olursa olsun tüm gebe kadınların, gebelik süresince her trimesterde en azından bir kere, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (87).

“Hasta Sağlık Anketi” (Patient Health Questionnaire), “Beck Depresyon Envanteri”, “Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği” (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), “Antenatal Psikososyal Sağlık Değerlendirme Formu” (Antenatal psychosocial health assessment form-ALPHA), “İki Soru Testi” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” gebelerde

depresyon taraması için kullanılan başlıca ölçekler olup uygulanması kısa süreli, düşük maliyetli, yüksek sensitivite ve düşük yanlış pozitiflik özellikleriyle tarama testi olarak kullanılabilir (88, 89).

Birçok çalışmada EDSDÖ'nün diğer ölçeklere göre duyarlılık ve spesifikliğin (sırasıyla %83,0-%100,0 ve %89,0-%95,0 vb.) yüksek olduğu belirtilmekte ve gebelikte depresyon taraması için kullanılması özellikle önerilmektedir (90-93).

2.2.1.1.3.1. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de tanımlanmış ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak erken postnatal depresyonun klinisyenlerce fark edilmesinde oldukça faydalı olmuştur (94).

EDSDÖ, 10 maddeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler bir depresyon belirtisini ifade eder ve şiddeti 0-3 arasında puanlanır. Her maddeden alınan puanların toplamından 12-13 üstünde puan alan annelerin çeşitli derecelerde depresyondan yakındığını göstermiştir (94).

Arapça EDSDÖ'nün geçerlilik çalışmasında iyi güvenilirlik ve geçerlilik gösterilmiş ve kesme değeri 12 olarak alındığında duyarlılık ve özgüllüğün sırasıyla %90 ve %73 olduğu tespit edilmiştir (95). Birleşik Arap Emirliklerinde ölçek kullanılmış ve %18 oranında DSD bildirilmiştir (96).

İngilizce ortamlarda ve Anglo-Amerikan ve Avustralya grupları için pek çok geçerlilik çalışmaları yapılmış ve zamanla diğer dillere de uyarlanmıştır (97, 98). Lee ve arkadaşları, Çin'de yaptıkları çalışmada, tatmin edici sonuçlar elde etmişler ve 9/10 değerlerini kesme değerleri olarak bildirmişlerdir (99).

EDSDÖ'nün İskandinav kültüründe de kullanımda herhangi bir zorluk belirtilmemiş, Berle ve arkadaşları tarafından Norveç'te başarıyla kullanılmıştır(100).

Düşük gelirli Brezilyalı kadınlarda da başarıyla kullanılmış ve DSD sıklığı %12 olarak tespit edilmiştir (101). İspanya'da Garcia-Esteve ve ark.tarafından yapılan çalışmada EDSDÖ için %79 duyarlılık, %95.5 özgüllük tespit edilmiş ve 10/11 kesme değeri olarak kabul edilmiştir (102).

Sistematik bir gözden geçirmede, 1987-2000 yılları arasında yapılan 18 geçerlilik çalışmasının çoğunun EDSDÖ'nün yüksek bir duyarlılığa sahip olduğunu gösterdiği bildirilmiştir. EDSDÖ, Türkçe'ye Engindeniz ve ark. tarafından uyarlanmıştır. 12/13 puanlık bir kesme noktasının 0.84 duyarlılık ve 0.88 özgüllükle DSD 'yi tanıladığı bildirilmiştir(5).

2.2.1.2.4. Doğum Sonrası Depresyon Tedavisi

Bugün için üzerinde fikir birliğine varılan görüş, gebelikte görülen depresyonun, hem anne hem de fetüs üzerindeki olumsuz sonuçları nedeniyle mutlaka tedavi edilmesi gerektiğidir.

2.2.1.2.4.1. Psikoterapi

İlaçların olası yan etkilerinden dolayı, psikoterapiler gebelik sırasında ortaya çıkan depresyonun, özellikle hafif/orta şiddette depresyonun (tekrarlayan depresif epizodları, hastanede yatış öyküsü, ciddi kilo kaybı, intihar girişimleri olmayan hastalar) tedavisi için ilk seçenektir. Özellikle son zamanlarda etkinliği kanıtlanmış psikoterapilerin uygulanmasının önemi ve pratiği artmaktadır.

Psikoterapide amaç, kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vurmasını sağlayarak çatışmalarının çözümlenmesidir (103). Doğum sonrası depresyon tedavisinde, annenin kendine güvenini kazandırmak, yaşadığını daha önceden yaşayan birçok anne olduğunu göstermek, annenin kendini suçlu hissetmesini

engellemek, anneyi desteklemek ve bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavilerinin temel unsurlarını oluşturmaktadır.

Ayrıca, postpartum depresyon sırasında anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması gerekir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir(104). Bundan yola çıkarak Avrupa'nın bazı ülkelerinde ve Amerika'da anne-bebek üniteleri açılarak psikoterapiye anne ve bebeğin etkileşimi gözlenerek, multidisipliner yaklaşım içerisinde emzirme döneminde aksama olmaksızın devam edilebilmektedir (105).

Kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) ve bilişsel-davranışçı terapi (BDT), DSD ile mücadelede sıklıkla yararlanılan psikoterapi yöntemlerindendir:

2.2.1.2.4.1.1. Kişilerarası Psikoterapi

Kişilerarası psikoterapi; kısa süreli, özellikle kişilerarası sorunlara odaklanan, depresif belirtilerin azalmasını ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesini hedefleyen bir psikoterapidir. Ayrıca hastaların stresle baş etmelerini kolaylaştırmak için sosyal destek sistemlerini geliştirir.

Tedavi süresi haftada bir olmak üzere 12-20 hafta arasındadır. Hem gebelik depresyonu hem de gebelik sonrası depresyonu olan hastalarda etkin olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (106-108).

Kişilerarası psikoterapi, kadınların sosyal yaşama ve doğum sonrası döneme uyum sağlamada daha başarılı olmalarına yardımcı olur. O'Hara ve ark. (2000), major depresyonu olan doğum yapmış 120 kadını randomize olarak iki gruba ayırdıkları ve bir gruba 12 hafta süresince kişilerarası psikoterapi uyguladıkları randomize kontrollü çalışmalarında, psikoterapi alan grup (%37,5) ile diğer grup (%13,7) arasında remisyon açısından anlamlı bir fark bulmuşlardır. Sonuç olarak bu terapi yönteminin DSD için etkili bir tedavi ve antidepresanlar için geçerli bir alternatif olabileceği vurgulanmıştır (109).

2.2.1.2.4.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi, yaşam problemleri için öğrenme kuramlarını uygulayarak, bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlüklerin üstesinden gelmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

Doğum sonrası depresyonlu anneler, doğum sonrası süreçte yeni yaşantılarına uyum sağlamakta güçlük çekebilirler. Bilişsel terapinin amacı, bu kadınlarda mantıklı ve makul olmayan inanç ve düşüncelerin, olumsuz benlik algısının değiştirilmesine yöneliktir. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri bireyin başa çıkma becerilerini geliştirerek ve akılcı olmayan temel inançların yerine daha akılcı düşünce ve inançların almasını sağlayarak hastaların kişisel gelişimine ve yeni yaşantılara uyum sağlamalarına yardımcı olur (110).

2.2.1.2.4.2. Farmakolojik tedavi

Psikoterapinin ulaşamadığı durumlarda, orta-şiddetli depresyonlarda, annenin kendine zarar verme olasılığının artması durumlarında ilaç tedavisi yapılmalıdır.

İlaç tedavisine başlarken; ilaçların potansiyel yarar/zarar oranı göz önüne alınmalı ve depresyonun şiddetine dikkat edilmelidir (111, 112).

Literatürde Food and Drug Administration (FDA)'a göre seratonin geri alım inhibitörleri gebelikte C kategorisinde olarak geçen ilaçlardır. Fluoksetin, bu grupta yer alan, gebelikte kullanımı ile ilgili en fazla bilgiye sahip olunan ilaçtır. Birçok çalışmada, gebelik sırasında fluoksetin, fluvoksamin, sertralin ve paroksetin kullanan anne bebeklerinde teratojenite görülmemiştir (113, 114). Fakat gebeliğin geç dönemlerinde kullanıldıklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı, düşük APGAR skorları ve yenidoğanda persistan pulmoner hipertansiyona yol açtıklarına dair yayınlar da bulunmaktadır (115, 116).

Antidepresanların kullanımı ile ilgili çelişkili yayınlar olsa da fikir birliğine varılan nokta, antidepresanların düşük dozlarda başlanıp infantta yan etkiler açısından gözlenip dozun yavaş yavaş titre edilmesi gerektiğidir. Muhtemel yan etkiler, irritabilite, sedasyon, düşük kilo alımı, emme paternlerinde değişiklik şeklinde olabilir (117). Bebeği antidepresanların yan etkilerinde korumada ilacın etkisinin pik yaptığı saatlerde bebeğin emzirilmemesi de bir yöntem olarak önerilmektedir (118).

2.2.1.2.4.3. Diğer Tedaviler

Çalışmalar, infant masajı, egzersiz, uyku derivasyonu ve elektrokonvulsif tedavinin DSD'nin tedavisinde faydası olduğu yönündedir. Son incelemelerde postpartum östrojenin rolü olduğu yönünde raporlar yayınlanırken, progesteronun postpartum kullanımı umut vermemektedir (119).

Omega-3 kullanımı ile ilgili yayınlanan raporlarda DSD'yi tedavi etmede plaseboya bir üstünlük görülememiştir (120).

2.2.1.2.5. Annelik Hüznü

Araştırmacılar, annelik hüznünün doğum sonrası kadınların yaklaşık olarak %15 ile %85'ini etkilediğini bildirmiştir. Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3. ile 5. günler arasında ortaya çıkar.

Annelik hüznü belirtileri kadınlarda emosyonel labilite, sinirlilik hali, ağlama, eleştiriye aşırı duyarlılık, kaygı, uyku güçlükleri, konsantrasyon zorluğu gibi şekillerde kendini gösterebilir (121, 122).

Ayrıca doğum öncesi dönemde gebelere ve ailesine, annelik hüznü semptomları ve bu semptomların 7-10 gün içinde özel bir tedaviye gerek kalmadan kendi kendine düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir. Ancak, annelik hüznü gelişen doğum yapmış kadınlarda doğum sonrası depresyon ya da psikoz gibi daha ciddi psikolojik rahatsızlıklar da ortaya çıkabileceğinden bu duruma gereken önem

verilmelidir. Annelik hüznü semptomlarının iki haftadan daha uzun sürmesi durumunda, kadınların hastaneye başvurusu önerilmelidir (105, 110).

2.2.1.2.6. Postpartum Psikoz

Doğum sonrası yaklaşık 2. haftadan sonra ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisi olup, sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile seyreden bir sendromdur. Bazı anneler bu dönemde bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için önem arz etmektedir.

Araştırmalara göre gebelik dönemine kıyasla, doğumu takip eden ilk bir ayda psikozun ortaya çıkma olasılığı 10-20 kat daha fazladır. Postpartum psikoz vakalarının insidansı 1000 doğumda 1-2'dir. Primipar kadınlarda daha sık ortaya çıkar.

Daha önce psikoz geçirmiş olanlar, duygudurum bozukluğu öyküsü bulunanlar, psikiyatrik hastalık yönünden genetik yatkınlığı olanlar risk grubu olarak kabul edilmektedir(123).

Genellikle postpartum psikoz doğumu takip eden 2-3 hafta içinde başlayıp 2-3 ay kadar sürer (124). Ağlama, duygularda ani değişme dönemleri olabilir. Daha sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygudurumda artış ya da şiddetli disfori, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar (hezeyan) tüm hastaların yaklaşık %50'sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise %25'inde ortaya çıkar. Hastanın bebekle ilgilenmek istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri vardır (125).

Klinik uygulamalarda postpartum depresyon ve postpartum psikoz ayırımını yapmak oldukça önemlidir. Postpartum psikozlarda bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir. Postpartum psikozun postpartum depresyondan ayırıcı tanısında; postpartum depresyonun klinik tablosunda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, intihar düşüncesi postpartum psikozda

daha ön plandadır. Postpartum psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hâkimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir (126).

Postpartum psikoz, acil tedavi gerektiren bir durumdur. Hastaneye yatırılarak değerlendirilip tedavi edilmelidir. Hastanın kendisine veya bebeğe zarar vermesi önlenmelidir (125). Antidepresanlar ve lityum bazen de bunların kombinasyonu tedavide kullanılmalıdır. Hastanedeki tedavinin yanı sıra çevresel değişikliklerde gerekebilir. Eş ve çevredeki diğer kişiler tarafından artmış destek de kadındaki stresi azaltmaya yardımcı olur. Birçok çalışmada hastalığın akut fazında destekle birlikte iyileşmeler görüldüğü bildirilmiştir (127).

2.2.2. Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir. Sosyal desteğin teorik temelinde Kurt Lewin'in Alan Kuramı ve davranış tanımından esas alınmıştır.

Kurt Lewin'e göre yaşam alanı belirli bir zamanda bireyin davranışını etkileyen etmenlerin tümüdür. Davranış ise çevre ile bireyin fonksiyonu olarak tanımlanır. Buradaki "çevre" fiziksel çevreden farklı olup onun içinde yer alan psikolojik bir çevredir.

Psikolojik çevrenin tüm öğeleri davranışı etkiler. Bu kurama göre davranış değişikliği bu psikolojik çevrenin değişimi ile mümkün olmaktadır(128). Bu anlamda bireyin sosyal destek sistemi onun davranış değişikliğine sebep olan olumsuzluğu kaldırıp olumluya yönelten "çevre" si içerisinde yer almaktadır.

Son 30 yıldır, bir stres ve problemlerle başetme kaynağı ve mental problemlere karşı koruyucu olarak sosyal desteğin rolü büyük ilgi toplamaya başlamıştır. Sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık ile olumlu bir ilişkiye sahip olduğunu gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır(6, 129, 130).

Whatley ve Clopton (131), öğrencilerdeki intihar düşüncesi ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi; Upton (132), kronik epilepsili hastaların duygusal psikolojik uyumuyla sosyal destek düzeylerini; Paykel(133), yaşam olayları, depresyon ve sosyal destek arasındaki oranı; Heikkinen, Aro ve Lonnqvist(134) yaşam olayları, intihar ve sosyal destek ilintisini araştırmışlardır.

Öte yandan birçok yazar (135, 136)son yıllarda sosyal destek araştırmalarında sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunun kişinin kendi izlenimlerine, yani algılanan destekle daha çok ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Sosyal destek sistem hakkında bilgi sahibi olunması danışana (anneye) şu şekillerde yardım edebilir(137):

- a) Bireyin psiko-biyolojik kaynaklarını harekete geçirmesi sağlanarak,
- b) İsteklerinin karşılanması sağlanarak,
- c) Beceriler kazandırarak; maddi ve parasal kaynaklara ulaşmasına yardım ederek,
- d) Bireye rehberlik yaparak, bilgi sunarak yardım sağlamaktadır.

House'a göre ise bu yardım 3 şekilde sağlanmaktadır:

- a) Bireyin yaşamını olumsuz etkileyen bazı etkenleri elimine ederek ya da etkisini azaltarak,
- b) Olumsuz yaşam olayları karşısında bireyin baş etme becerilerini geliştirmesi sağlanarak,
- c) Çevresel stres faktörlerine karşı tampon görevi yaparak bireylere yardım etmektedir (131).

Sosyal destek iki şekilde tanımlanmaktadır. Birincisi resmi ve özel hizmet kurumları tarafından verilen sosyal destek; ikincisi yakın akrabalar, arkadaşlar, sosyal çevre tarafından verilen resmi olmayan sosyal destektir.

Postpartum dönemde sosyal destek eksikliği, PPD'nin ortaya çıkış faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sosyal destek bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanmaktadır(138). Sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu arttırarak depresyon görülme riskini azaltmaktadır (124).

Sosyal destek daha önce açıklandığı üzere kişinin başa çıkma becerilerini güçlendirerek problem ortadan kalkmasa da sorunu çözme konusunda annenin farklı yollar denemesi konusunda cesaretlendirmektedir.

Sosyal destek postpartum dönemdeki yeni annelerde hem annelerin bakış açısından hem de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar açısından değerlendirilmiştir (139, 140). Yapılan çalışmalarda annelerde sosyal destek mental sağlığı desteklemekte ve postpartum dönemde yaşanan sıkıntıların çözümünde ciddi bir etken olmaktadır.

Yapılan görüşmelerde informal yapısal eş ve ev halkı sosyal desteğinin yeni anne olmuş birey açısından postpartum dönemde oldukça önem arz ettiğini ifade etmişlerdir(141). Anneliğe alışma ve problemlerle başa çıkma becerilerinin gelişmesinde gebelik dönemi ve sonrasında anne ile bebeğini yakından takip eden birinci basamak sağlık kurumu en önemli formal desteği sağlamaktadır (142).

2.2.2.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support ÇBASDÖ)

Sosyal destek kavramını iyi tanımlanması, hasta atlanmaması ve doğru zamanda müdahale edilebilmesi, örneklemelerde uygulanabilecek ve kavramın farklı ve yararlı (örn., desteğin tipleri veya kaynakları gibi) yönlerini ölçecek iyi standardize edilmiş ölçekler zorunludur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan destek olmak üzere üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımını kolay, kısa bir ölçektir.

Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı (9, 143) ve test-tekrar test korelasyonları yeterlidir. Geçerlik açısından, ÇBASDÖ başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile pozitif yönde (143) ve depresyon ve anksiyete ölçekleriyle negatif yönde korelasyon göstermiştir(8, 143).

Ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur(9). Ancak, “özel bir insan” (special person) alt ölçeğinin yapı geçerliği açısından en zayıf ölçek olduğu ortaya çıkmıştır. İlk çalışmadaki üniversite öğrencileri örneklemini oluşturan öğrencilerin küçük bir kısmıyla yapılan kısa görüşmeler, alt ölçeğindeki “özel bir insan” teriminin ülkemizde çok özel anlama sahip olduğunu ve öğrencilerin çoğunlukla erkek/kız arkadaşları olarak anladıklarını göstermiştir. Kültürel olarak, bu terim yaygın olarak kullanılabilir gözükmemektedir.

Ülkemizde oldukça özel bir anlama sahip olan özel bir insan terimi çıkarılmıştır ve özel bir insan dışlama yoluyla tanımlanmıştır: ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, hemşire, doktor) tanımlanır hale getirilmiştir(8).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Ölçeğin örneği Ek 6’da verilmiştir. Her madde 7 kademeli bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmıştır. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan 84 olup; 12-48 puan düşük, 49- 68 orta, 69-84 puan ise yüksek algılanan sosyal desteği göstermektedir (9).

2.2.3. Birinci Basamakta Ruhsal Hastalıklara Yaklaşım

World Organization of Family Doctors (WONCA) tanımına göre Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.

Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Yaş, cins, hastalık ayırt etmeksizin, bireysel, kapsamlı, sürekli, bütüncül sağlık hizmeti veren, tıp fakültesinden mezun olduktan sonra uzmanlık eğitimi almış, birinci basamak hekimidir (Leeuwenhorst tanımı, 1974).

Bireylere kendi aile, toplum ve kültürlerini göz önünde bulundurarak hizmet sunarlar. Bireyi kendi psiko-sosyo-ekonomik koşulları içerisinde sağlık hizmeti veren aile hekimliği disiplininde gebeyi yine bu koşullar içerisinde gebelik oluşmadan, gebelik süresince ve doğum sonrasında fiziksel ve ruhsal açıdan hem bir birey olarak hem de bir anne olarak değerlendirip gerektiği zaman sosyal destek de verebilen bir disiplindir. Bir çalışmada Türkiye’de gebelerin %87,3’ünün aile hekimine, %85’inin kadın hastalıkları ve doğum uzmanına düzenli olarak kontrole gittiği saptanmıştır (144).

Birinci basamak, sağlık sistemine ilk temas noktası olması bakımından ruhsal bozuklukları önlemede diğer sağlık hizmet basamaklarına göre ayrı bir öneme sahiptir. Birinci basamak kolay ulaşılabilmesi, diğer hizmet veren kurumlara göre daha fazla insanla, daha çok süre, iletişim kurabilmesi nedeniyle önemi oldukça fazladır.

Tüm insanların %25’ inden fazlası yaşamlarının herhangi bir döneminde ruhsal ve davranışsal hastalıklardan etkilenmektedir (DSÖ-2001). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre ruhsal bozukluk görülme sıklığı 2-3 yaş grubu çocuklarda %10,9 iken, 4- 18 yaş grubunda %10,7, erişkinlerde ise %15,4’dür. Bu yüksek oranlara rağmen toplumumuzda ruhsal bozukluğun tedavisi için başvuru sıklığı oldukça düşüktür. Yetişkinlerde bu sıklık %4,7 olup, diğer yaş gruplarında bu

oran daha da azalmaktadır. Ruh sağığı hizmeti almak için bireylerin %39'u psikiyatri uzmanına başvururken, %33'ü diğerk uzman doktorlara, %21'i birinci basamak hekimlerinden yardım almaktadır (145).

Ruhsal hastalıkların, birinci basamakta tanınması ve etkili tedavisi ile hastalıkların kronikleşmesinin önlenmesi, kronikleşen hastalıkların ise izlemlerinin yapılması bireylerin genel sağığıklarını olumlu etkileyecektir. Öte yandan kronik ruhsal hastalıkların yol açtığı, bireysel, sosyal ve ekonomik kayıplar da engellenecektir.

Erişkinlerde gözlenen bozukluklar en sık somatoform bozukluklardır ve bunları depresif bozukluklar ile anksiyete bozuklukları izlemektedir. Ruhsal hastalıklar açısından bakıldığında kadınlarda gözlenen oranlar erkeklerdeki oranların yaklaşık iki katıdır (146).

Anne ve yetiştirdiğı bebeğinin sağığı toplumun sağığıını oluşturduğu göz önüne alındığında kadınlardaki ruh sağığı problemlerinin önemi anlaşılacaktır. Öte yandan, kadın sağığı ile ilgili en dikkat çeken sorun sağığı hizmetlerinden yararlanmada ortaya çıkmakta, kadının statüsünün düşük olması en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir (147). Bu da gerek kolay ulaşılabilirliği, gerekse bireylere kendi aile, toplum ve kültürlerini göz önünde bulundurarak hizmet sunma özelliğı ile birinci basamağın kadının birey olarak ve gebeliğindeki ruh sağığıını koruma konusundaki rolünün altını çizmektedir. Bireye kendi psiko-sosyo-ekonomik koşulları içerisinde sağığı hizmeti veren aile hekimliğı disiplininde gebeyi yine bu koşullar içerisinde gebelik oluşmadan, gebelik süresince ve doğum sonrasında fiziksel ve ruhsal açıdan hem bir birey olarak hem de bir anne olarak değerlendirip DSD'ye karşı koruyucu hekimlik yapmalı, DSD oluşursa tanı koyup gerekli müdahaleyi yapmalıdır.

2.2.3.1. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeğı (BBBDÖ)

Depresyonun, ülkemiz genel popölasyondaki yaygınlığı %10-20 arasındadır. Bu yaygın hastalığın birinci basamakta tanısı, tedavisi ve izlenmesi önemlidir.

Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BBBDÖ) birinci basamakta depresyonun taranması için hızlı uygulanabilen, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısına uygun olan bir tarama testidir.

Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BBBDÖ), üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini göz önüne alarak depresyon taraması yapar. Her başlıkta 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme vardır. BBBDÖ puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte puanı 4'ün üzeri olanlarda depresyon olasılığı %90'ın üzerindedir(12).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu araştırmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi'nde Eylül 2015-Eylül 2016 tarihleri arasındaki takipli gebeler alınmıştır. Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Ortam ve Evren

Çalışma evrenimizi Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi oluşturmaktadır. Bu merkezlerden üçü Üniversite yerleşkesinin içinde, üniversite personelinin lojmanlarının içinde bulunmakta; ikisi şehir merkezine 12 km uzaklıkta bulunan Aziziye İlçesindedir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde merkezlerde toplam 122 gebe takibi yapılmaktadır.

3.3. Örneklem Seçimi

Çalışma, Eylül 2015- Eylül 2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezinde takipli gebeler arasında yapıldı. Doğum sonrası 4 haftalık dönemi çalışmamızın yapıldığı tarihlerin dışına sarkmaması açısından çalışmanın son 9 aylık periyodundan sonra tespiti yapılan gebeler çalışmaya alınmadı. Bu koşulları sağlayan 122 gebeden çalışmamıza katılmaya gönüllü olan 119 gebeye önce Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği uygulandı. Ölçekten aldığı puan, ölçeğin Türkçe kesme puanı olan 4'ün üstü olarak hesaplanan 6 anne adayını depresif kabul edilerek çalışma dışı

bırakıldı. Annelerden 3'ünün de yas sürecinde olması üzerine kalan 110 gebeye demografik anket verilerek doğumdan sonraki dördüncü hafta için görüşme planlandı. Doğum sonrası dördüncü haftada kontrole çağrılan postpartum dönemdeki kadınlara Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) doldurtuldu. Türkiye'de yapılan çalışma puanına göre 12 ve üzerinde puan alanlar depresif kabul edildi. Toplam 110 kadının demografik verileri istatistiksel olarak çalışıldı. Tüm kadınlarla yüz yüze görüşme yapıldı.

Eğitim Tipi ASM'de çalışan aile hekimliği asistanları tarafından araştırmanın verileri toplandı. Bu formların nasıl doldurulacağı ile ilgili tüm aile hekimliği asistanlarına eğitim verildi.

Çalışmaya alınma kriterleri:

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezinde takipli gebe olmak, ön şartları çalışmaya alınma kriteri olarak kabul edildi.

Hariç bırakma kriterleri:

1. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği'nden kesme puanı olan 4 ve üstü puan almak,
2. Yas sürecinde olmak,
3. Tanılı psikoz hastası olmak,
4. Annenin stres düzeyini etkileyebilecek eşlik eden başka bir hastalığının olması,
5. Çalışmanın son 9 aylık periyodundan sonra tespiti yapılan gebe olmak,
6. Çalışmaya katılmaya engel teşkil edebilecek herhangi bir bedensel veya zihinsel engelin olması
7. Adölesan gebe olmak hariç bırakma kriterleri olarak belirlendi.

3.5. Etik Kurul ve İzinler

Bu proje için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı (Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/168-Tarih: 24.10.2016) (Ek-1).

Çalışmanın Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılmış olması sebebiyle Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alındı (Ek 2).

3.6. Araştırma Protokolü

Çalışma, Eylül 2015- Eylül 2016 tarihleri arasında AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezinde takipli gebeler arasında yapıldı. Doğum sonrası 4 haftalık dönemi çalışmamızın yapıldığı tarihlerin dışına sarkmaması açısından çalışmanın son 9 aylık periyodundan sonra tespiti yapılan gebeler çalışmaya alınmadı. Bu koşulları sağlayan 122 gebeden çalışmamıza katılmaya gönüllü olan 119 gebeye önce Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği uygulandı. Türkçe kesme puanı olan 4'ün üstü olarak hesaplanan 6 anne adayını depresif kabul edilerek çalışma dışı bırakıldı. Annelerden üçünün de yas sürecinde olması üzerine kalan 110 gebeye demografik anket verilerek doğumdan sonraki dördüncü hafta için görüşme planlandı. Doğum sonrası dördüncü haftada kontrole çağrılan postpartum dönemdeki kadınlara yüz yüze görüşme yöntemiyle EDSÖ uygulandı. Türkiye'de yapılan çalışma puanına göre 12 üzerinde puan alanlar depresif kabul edildi. Sonrasında ÇBASÖ yine yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak Görüşme Formu, BBBDÖ, EDSÖ ve ÇBASÖ kullanılmıştır. Veri toplama araçları Eylül 2015–Eylül 2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra annelerden onam formu alınmıştır.

Görüşme Formu: Araştırmanın bağımsız değişkenleri hakkında veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen görüşme formu annelerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 22 sorudan (anne yaşı, anne eğitim düzeyi, medeni hal, annenin mesleği ve ailenin aylık geliri, evlilik süresi, öğrenim durumu, çalışma durumu, hastalık durumu, depresyon geçmişi, alkol, sigara, madde kullanımı, ilaç kullanımı, çocuk sayısı, hamilenin isteğe bağlı olup olmadığı, oturulan evin kendine ait olup olmadığı, aile içinde huzursuzluk/şiddet olup olmadığı, yakın kaybı durumu, bebeğin sağlık durumu, doğum şekli, emzirip emzirmedeği, doğum sonrası sıkıntı) oluşmaktadır. Bu sorulardan son dört tanesi doğum sonrası dönemde sorgulanması planlanmıştır.

Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BBBDÖ)

Üzüntü, karamsarlık, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini göz önüne alarak depresyon taraması yapar. Her başlıkta 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme vardır. BBBDÖ puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte puanı 4'ün üzeri olanlarda depresyon olasılığı %90'ın üzerindedir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Spearman-Brown katsayısı ve Guttman Split Half katsayısı sırasıyla 0.85, 0.86 ve 0.82 olarak hesaplanan ölçeği doldurmak için gereken medyan süre 7 dakika olarak hesaplanmıştır.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Cox ve arkadaşları (102) tarafından geliştirilen, Engindeniz ve arkadaşları (113) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek, doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemektedir. Ölçek, kendini değerlendirme türünde dörtlü likert tipindedir ve 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlamaları 3, 2, 1, 0 şeklindedir. 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Ölçeğin toplam puanı bu

madde puanlarının toplanması ile elde edilir ve alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur. Ölçeğin kesme puanının 12/13, Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0.79 olduğu belirlenmiştir (113). Çalışmamızda da ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0.79 olduğu saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimmet (162) tarafından geliştirilen, Eker ve Arkar (161) tarafından geçerlilik ve güvenirliği yapılan ölçekte üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliği öznel olarak değerlendirilir. On iki ifade içeren ölçek ile aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel insan (1, 2, 5 ve 10. maddeler) olmak üzere 3 farklı destek kaynağı değerlendirilebilir. Ayrıca alt boyut puanları toplanarak ölçeğin toplam puanı da belirlenebilir. Her madde likert tipi puanlamaya sahip 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilir. Ölçekteki alt boyutların puanı 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0.77 ile 0.92 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik değerinin total ölçek için 0.82, arkadaş ve özel insan alt boyutu için 0.90, aile alt boyutu için 0.87 olduğu görülmüştür.

3.8. İstatistik Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 18'e aktarılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde; numerik veriler için ortalama ve standart sapma sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafiği ile incelendi. Hipotez testleri olarak Student t testi, Mann-Whitney U testi, Tekrarlayan ANOVA, Tek Yönlü ANOVA, Ki Kare ve Fisher's Exact, Lineer Regresyon testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p < 0,05$ kabul edildi.

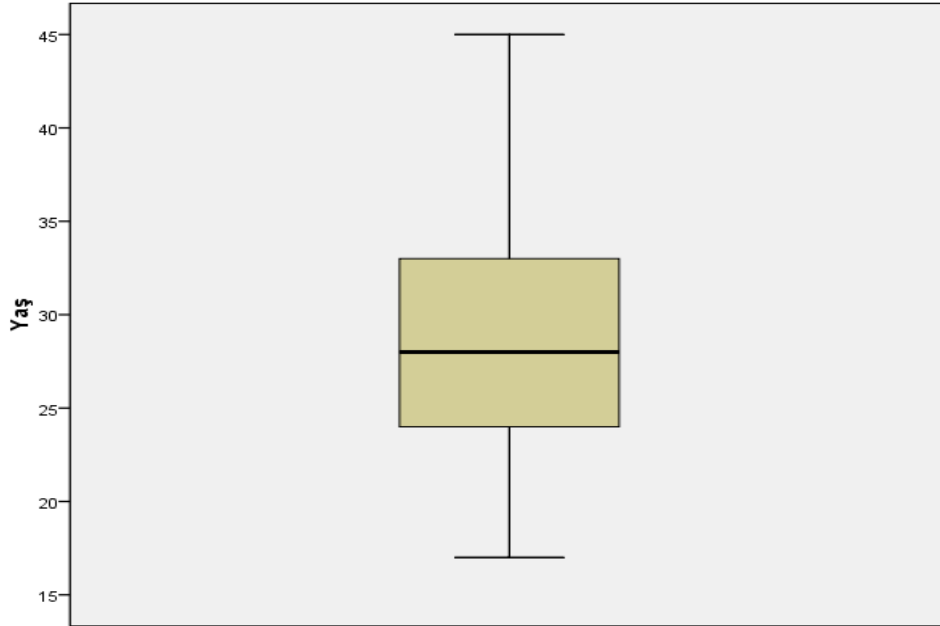
4. BULGULAR

Çalışmamıza 119 anne alındı. Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalaması $28.8 \pm 5,9$ yıldır (Tablo 1).

Çalışmamıza alınan gebelerin hepsinin medeni hali “evli” idi. Yalnızca bir gebe (yaş: 17 olan) dini nikahla evli olup, resmi nikahı yoktu.

Çalışmamıza katılan gebelerin sayısı evlilik sürelerine göre incelendiğinde en fazla sayının 45 gebe ile 1-5 yıldır evli olan grupta olduğu görülmektedir. Bunu 1 yıldan az süre evlilik ile 29 gebe; 5-10 yıl ile 21 gebe ve en son da 10 yıldan fazla süre evlilik ile 15 gebe takip etmekteydi. Çalışmamıza katılan gebelerin %40,9u 1-5 yıl arasında değişen süredir evli yaşamaktaydı (Tablo 2).

Tablo 1. Çalışmamıza katılan annelerin yaş dağılımları



Tablo 2. Çalışmamıza katılan gebelerin evlilik süreleri

Evlilik süresi	n	%
1 yıldan az	29	26,4
1-5 yıl	45	40,9
5-10 yıl	21	19,1
10 yıldan fazla	15	13,6
Total	110	100,0

Gebelerin eğitim durumlarıyla ilgili sorgulamada bulunan sonuçlar şöyleydi: Yüzde %26,4'lük oranla ilkokul ve üniversite mezunu sayısı eşit iken; bunları %25,5'lik yüzdeyle lise mezunu sayısı takip etmekteydi. Ortaokul mezunu sayısı %15,5 iken okuma yazma bilmeyenlerin sayısı 5 (%4,5) ile onu takip etmekteydi. En düşük sayı 2 (%1,8) ile yüksekokul mezunlarıydı (Tablo 3).

Tablo 3. Eğitim seviyelerine göre katılımcı sayı ve yüzdeleri

Öğrenim durumu	n	%
Okumadım	5	4,5
İlkokul	29	26,4
Ortaokul	17	15,5
Lise	28	25,5
Üniversite	29	26,4
Yüksekokul	2	1,8
Total	110	100,0

Çalışmamızdaki gebelerin 83'ü ev hanımıyken, 1'i öğrenciydi. Diğer gebelerin meslekleri ise sıklık sırasına göre: Öğretmen, memur, hemşire, Kur'an kursu hocası, özel sektörde işçi, akademisyen, mühendis, bankacıydı (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelerin çalışma durumları ve meslekleri

Meslekler	n	%
Öğretmen	7	6,4
Ev hanımı	83	75,5
Kuran kurs hocası	3	2,7
Memur	6	5,5
Hemşire	3	2,7
Mühendis	1	,9
Bankacı	1	,9
Özel sektör	3	2,7
Öğrenci	1	,9
Akademisyen	2	1,8
Total	110	100,0

Gebelerimizin hastalık durumları sorgulandığında Tablo 5’teki dağılımın olduğu görülmekteydi. En sık görülen rahatsızlık 7 kişi (%6,4) ile tiroid rahatsızlıklarıydı (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların geçirdikleri hastalıklara göre dağılımları

Herhangi bir hastalığınız var mı?	n	%
Tiroid hastalıkları	7	6,4
Serebrovasküler olay	1	0,9
Reflü	1	0,9
Obezite	1	0,9
Hiperkolesterolemi	1	0,9
Romatizmal kalp hastalığı	1	0,9
Astım	1	0,9
Psikiyatri hastalıkları	1	0,9
Hastalık yok	96	87,3
Total	110	100,0

Gebelerimize yönelttiğimiz hiç depresyon geçirdiniz mi sorusuna 29 kişi (%26,4) “Evet” cevabını verirken; 81 kişi “Hayır” olarak cevapladı (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelerin “Hiç depresyon geçirdiniz mi?” sorusuna verdikleri cevaplar

Hiç depresyon geçirdiniz mi?	n	%
Evet	29	26,4
Hayır	81	73,6
Total	110	100,0

Gebelerdeki alkol, sigara veya madde kullanımı sorgulandığında %12,7’lik oranda kullanımın olduğu görüldü (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların alkol, sigara veya madde kullanımı durumu

Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?	n	%
Evet	14	12,7
Hayır	96	87,3
Total	110	100,0

Katılımcılardan 58 kişinin (%52,7) çocuğu vardı (Tablo 8). Primipar olanlar çalışmamızın %47,3’ünü oluşturuyordu.

Tablo 8. Katılımcılardan çocuğu olanların yüzdesi

Çocuğunuz var mı?	n	%
Evet	58	52,7
Hayır	52	47,3
Total	110	100,0

Çalışmamızdaki gebelerin hamile kalma konusundaki istekleri sorgulandığında dağılımda, isteyerek hamile kalanlar 93 kişi (%84,5) ile sayıca daha fazlaydı (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcılardaki hamileliği isteme ve istememe durumu

İsteyerek mi hamile kaldınız?	n	%
Evet	93	84,5
Hayır	17	15,5
Total	110	100,0

Tüm katılımcıların eşi bir işte çalışmaktaydı.

Katılımcıların aylık gelir durumları incelendiğinde aylık 1000-5000 TL civarında geliri olan katılımcılar %55 çoğunlukta idi. Gebelerden 1 kişi (%0,9) ayda 500 TL den az gelir ile yaşamaktaydı (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların aylık gelir dağılımı

Aylık geliriniz nedir?	n	%
500 TL den az	1	,9
500-1000 TL arası	5	4,5
1000-5000 TL arası	61	55,5
5000 TL üzeri	33	30,0
Bilmiyor, söylemek istemiyor vb.	10	9,1
Total	110	100,0

Katılımcıların evlerinin kendilerine ait olup olmadığı sorgulandığında 65 kişi (%59,1) kendine ait evde otururken; kalan 45 kişi (%40,9) ise kirada oturduğunu belirtti (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların kendilerine ait evde oturup/oturmama durumları

Oturduğunuz evin kendinize ait mi kira mı olduğunu belirtiniz	n	%
Evimiz kendimizin	65	59,1
Evimiz kendimizin değil	45	40,9
Total	110	100,0

Katılımcıların çoğunluğu (%79,1) evde huzursuzluk veya şiddet yaşamadığını belirtti (Tablo 12).

Tablo 12. Ailede huzursuzluk, şiddet durumu

Aile içi huzursuzluk veya şiddet var mı?	n	%
Evet	23	20,9
Hayır	87	79,1
Total	110	100

Gebelerden 70 kişi (%63,6) normal doğum yaparken, kalan %36,4 lük dilim sezaryen ile doğum yapmıştı (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların doğum şekline göre dağılımları

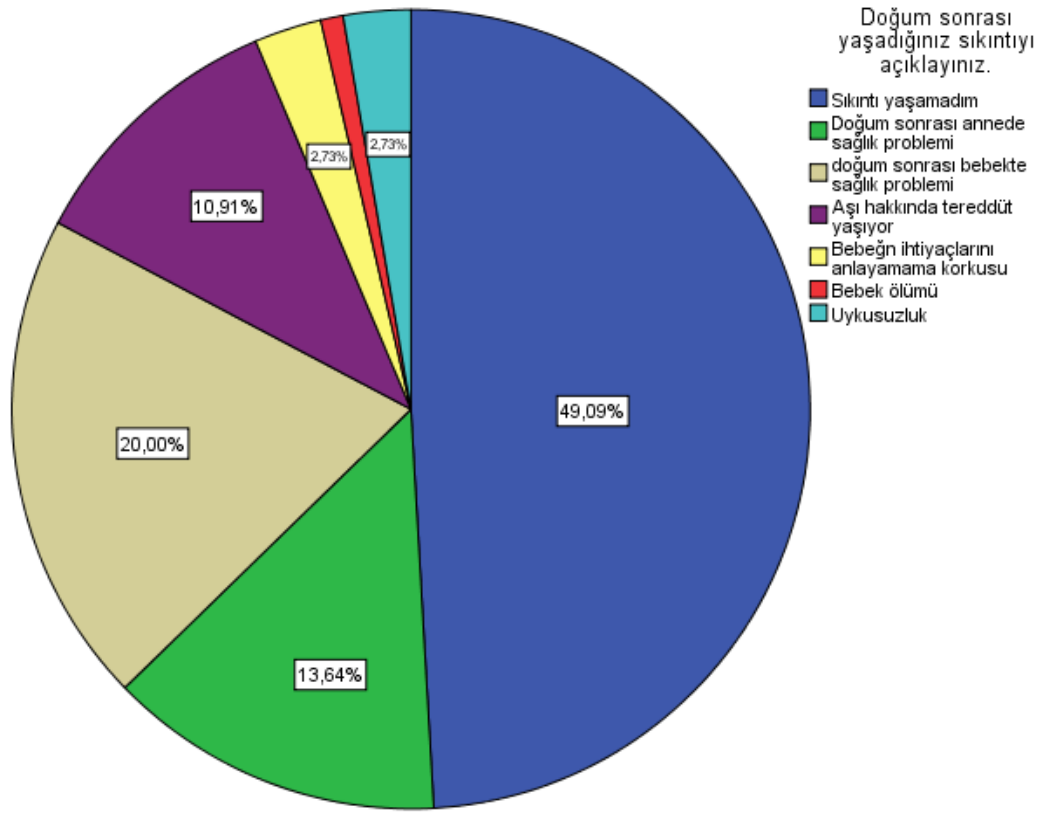
Doğum şekliniz	n	%
Normal doğum	70	63,6
C/S	40	36,4
Total	110	100,0

Katılımcıların doğum sonrası emzirme durumları aşağıdaki tablodaki gibi olup emzirenlerin sıklığı %95,5'ti (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların emzirme durumları

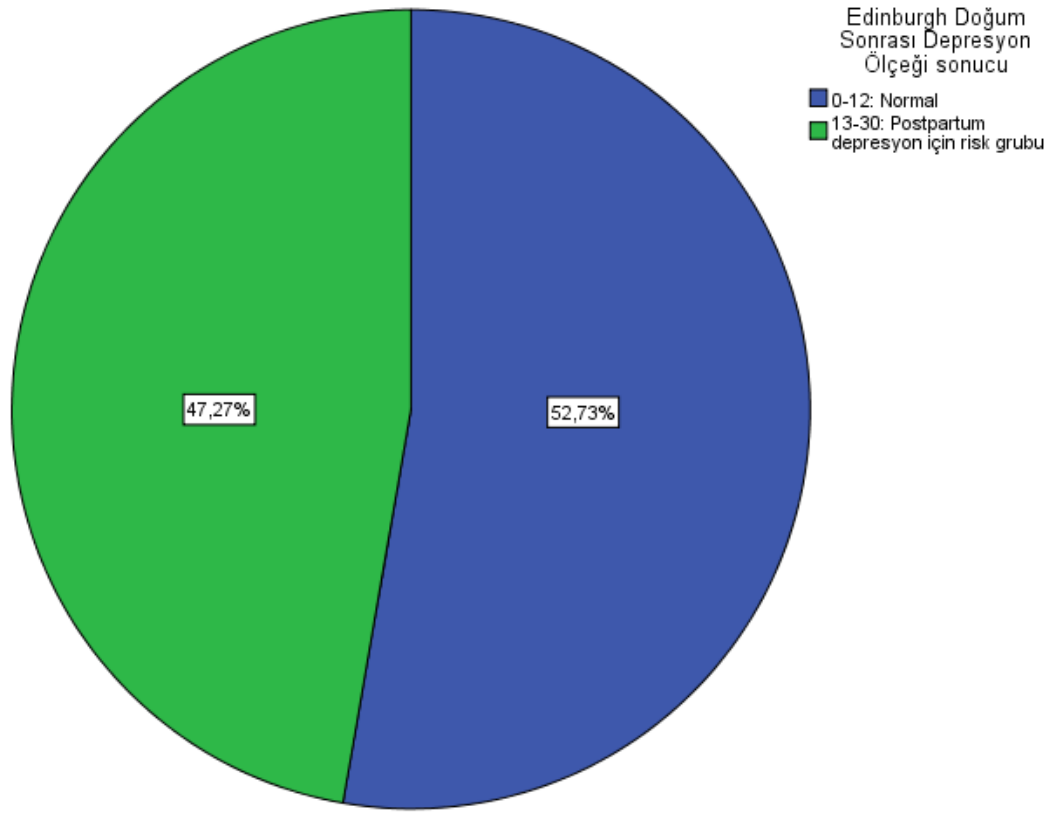
Bebeğinizi emzirdiniz mi?	n	%
Evet	105	95,5
Hayır	5	4,5
Total	110	100,0

Katılımcılara sorulan “Doğum sonrası bir sıkıntı yaşadınız mı?” sorusuna %49,1 oranında yaşamadım cevabı veren katılımcılardan sorun yaşayanların sorunları Grafik 1’te görüldüğü gibiydi: Yaşanan en sık (22 kişi) sorun bebeğin sağlık problemi ile ilgili olup; annenin sağlık problemi ve aşı hakkında tereddüt bunu izlemekteydi. Bebeğin ihtiyaçlarını anlayamama anksiyetesi ve uykusuzluk sorunu yaşayan annelerin sayısı (3 kişi) eşitti (Şekil 2).



Şekil 2. Doğum sonrası yaşanan sorunların dağılımı

Aşağıdaki grafikte görüldüğü gibi çalışmamıza katılan annelerin %52,73'ü doğum sonrası depresyon açısından normal olup; %47,27'si oran doğum sonrası depresyon açısından riskliydi (Şekil 3).



Şekil 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek puan dağılımı

Tablo 15. Katılımcıların Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği skor dağılımları

Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Skoru		n	%
Puan	0	19	17,3
	1	32	29,1
	2	35	31,8
	3	24	21,8
	Total	110	100,0

Katılımcılarımızın Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı Tablo 15'te verilmiştir. Buna göre 2 puan alan katılımcıların oranı %31,8 olup diğer puan sıralaması şu şekildeydi: 0 puan alanlar %17,3; 1 puan alanlar %29,1; 3 puan ise %21,8 oranında alınmıştı (Tablo 15).

Tablo 16. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu’ndan alınan puan dağılımları

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Deviasyon
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	110	0	30	12,00	4,722
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Modifiye Formu skoru	110	13	79	58,39	13,036

Çalışmamızda katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nden aldığı puanlar ortalama $12,0 \pm 4,7$ arasında değişirken, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu’ndan aldığı puan $58,3 \pm 13,0$ arasında değişmekteydi (Tablo 16).

Katılımcılarımızın Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nin ilk sorusuna verdikleri cevaplar Tablo 17’de verilmiştir. Katılımcılardan 13 kişi olayların komik taraflarını son bir haftalık süre içerisinde göremediğini belirtti.

Annelerden %14,5’u geleceğe hevesle bakmadığını dile getirdi (Tablo18).

Katılımcılarımızdan 12’si bir şeyler yanlış gittiğinde kendini gereksiz yere suçladığını dile getirdi (Tablo19). Yine kendini çoğu zaman nedensiz yere sıkıntılı veya endişeli hisseden katılımcılar 10 kişiyken (Tablo 20), çoğu zaman nedensiz yere korkup panikleyen katılımcı yüzdesi 5 idi (Tablo 21).

Doğumdan sonra yaşadığı sıkıntılarla birlikte günlük yaşam sorunlarıyla baş etmede zorlanıp zorlanmadıklarını test eden soruya verilen cevaplardan çoğu zaman başa çıkamadığını ifade eden katılımcıların yüzdesi 8,2’ydi (Tablo 22).

Katılımcıların mutsuzluklarının yaşam işlevselliklerine verdiği zararları sorgulayan 7, 8 ve 9. sorulara katılımcıların verdikleri cevaplar sırasıyla Tablo 23, 24 ve 25’te gösterilmiştir.

Tablo 17. “Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.” ifadesine verilen cevaplar

Cevaplar	n	%
Her zaman olduğu kadar	51	46,4
Artık pek okadar değil	42	38,2
Artık kesinlikle o kadar değil	13	11,8
Artık hiç değil	4	3,6

Tablo 18. “Geleceğe hevesle bakıyorum.” maddesinin cevap dağılımı

Cevaplar	n	%
Her zaman olduğu kadar	46	41,8
Artık pek okadar değil	45	40,9
Artık kesinlikle o kadar değil	16	14,5
Artık hiç değil	3	2,7

Tablo 19. “Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.” diyen katılımcıların dağılımları

Cevaplar	n	%
Hayır, hiçbir zaman	16	14,5
Çok sık değil	32	29,1
Evet, bazen	50	45,5
Evet, çoğu zaman	12	10,9

Tablo 20. “Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.” maddesine verilen cevapların oranları

Cevaplar	n	%
Hayır, hiçbir zaman	9	8,2
Çok seyrek	46	41,8
Evet, bazen	45	40,9
Evet, çoğu zaman	10	9,1

Tablo 21. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nden “İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum” cümlesine verilen cevapların yüzde dağılımı

Cevaplar	n	%
Hayır, hiçbir zaman	12	10,9
Çok sık değil	37	33,6
Evet, bazen	55	50,0
Evet, çoğu zaman	6	5,5

Tablo 22. “Her şey giderek sırtıma yükleniyor” ifadesine verilen cevap yüzdeleri.

Cevaplar	n	%
Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum	6	5,5
Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum	28	25,5
Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum	67	60,9
Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum	9	8,2

Tablo 23. “ Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.” cümlesine katılımcıların verdikleri yanıtların dağılımları.

Cevaplar	n	%
Hayır, hiçbir zaman	17	15,5
Çok sık değil	44	40,0
Evet, bazen	43	39,1
Evet, çoğu zaman	6	5,5

Tablo 24. “Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.” ifadesine katılımcıların tepki yüzdeleri

Cevaplar	n	%
Hayır, hiçbir zaman	7	6,4
Çok sık değil	50	45,5
Evet, bazen	49	44,5
Evet, çoğu zaman	4	3,6

Tablo 25. Katılımcıların “Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.” maddesine verdikleri cevap oranları

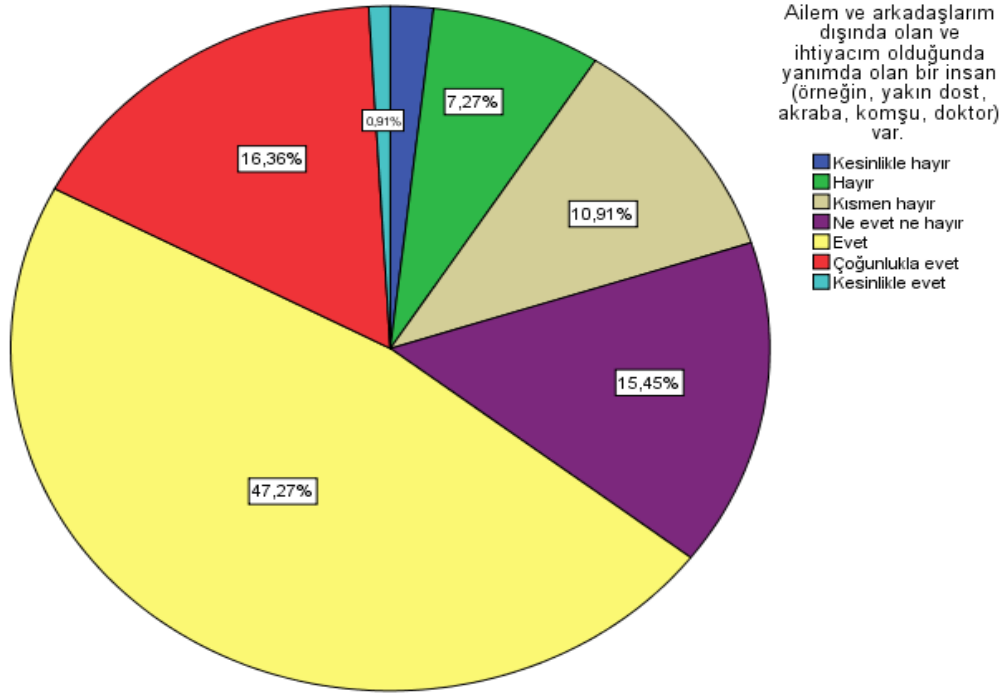
Cevaplar	n	%
Hayır, asla	14	12,7
Çok seyrek	75	68,2
Evet, oldukça sık	17	15,5
Evet, çoğu zaman	4	3,6

Çalışmamızda katılımcılarda doğum sonrası depresyonun en önemli yönünü sorgulayan “Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.” maddesine verdikleri cevap yüzdeleri Tablo 26’da gösterilmiş olup “Evet, oldukça sık.” şeklinde yanıtlayan 1 katılımcı oldu.

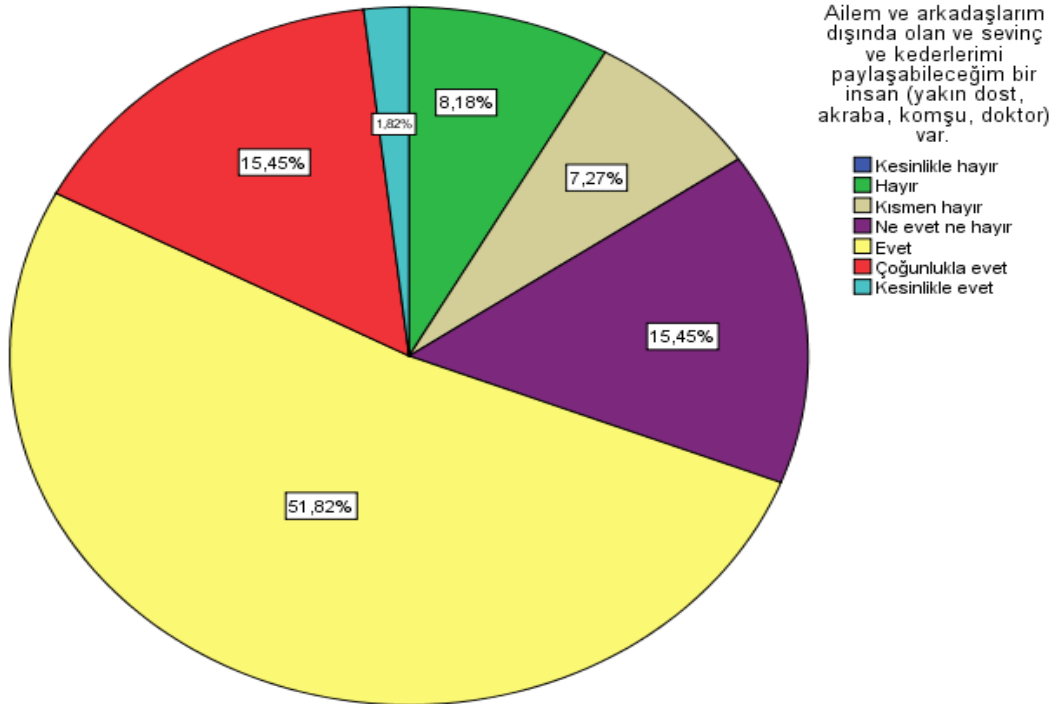
Tablo 26. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nden “Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.” maddesine verilen cevapların sayısal dağılımı

Cevaplar	n	%
Asla	61	55,5
Hemen hemen hiç	32	29,1
Bazen	16	14,5
Evet, oldukça sık	1	0,9

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin sorularına verilen cevaplar aşağıdaki grafiklerde gösterildi. İlk soru olan “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.” ifadesine %47,27’lik oranda evet cevabı verildi (Şekil 4). Yine ilk soru gibi “özel insan” dan algılanan sosyal desteği test eden” Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.” ifadesiyle ikinci sorunun cevap yüzdeleri aşağıdadır (Şekil 5).

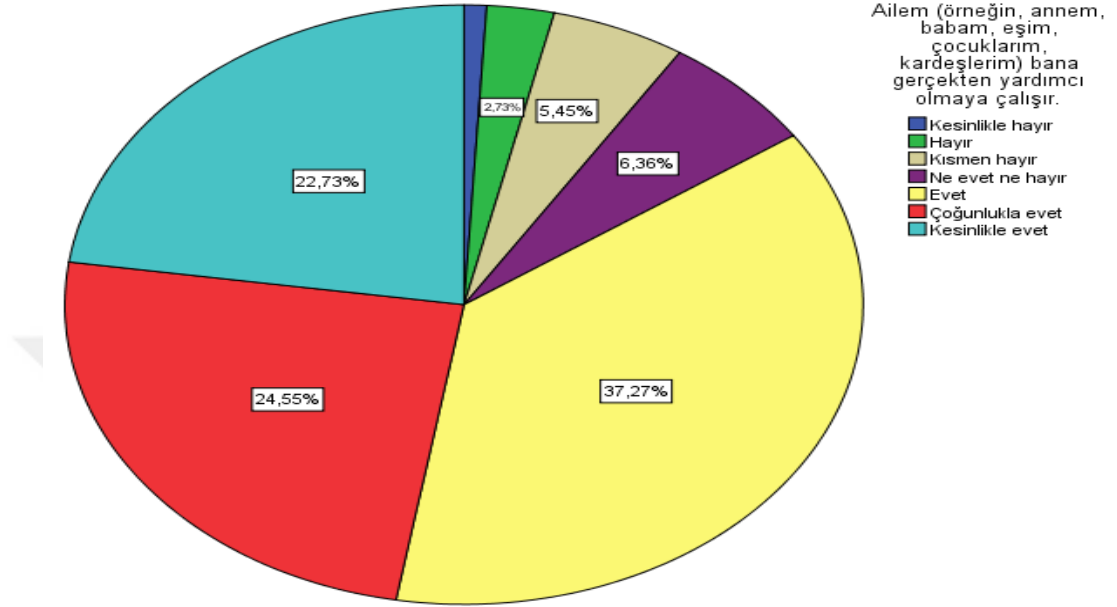


Şekil 4. “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.” ifadesine verilen cevapların oranları

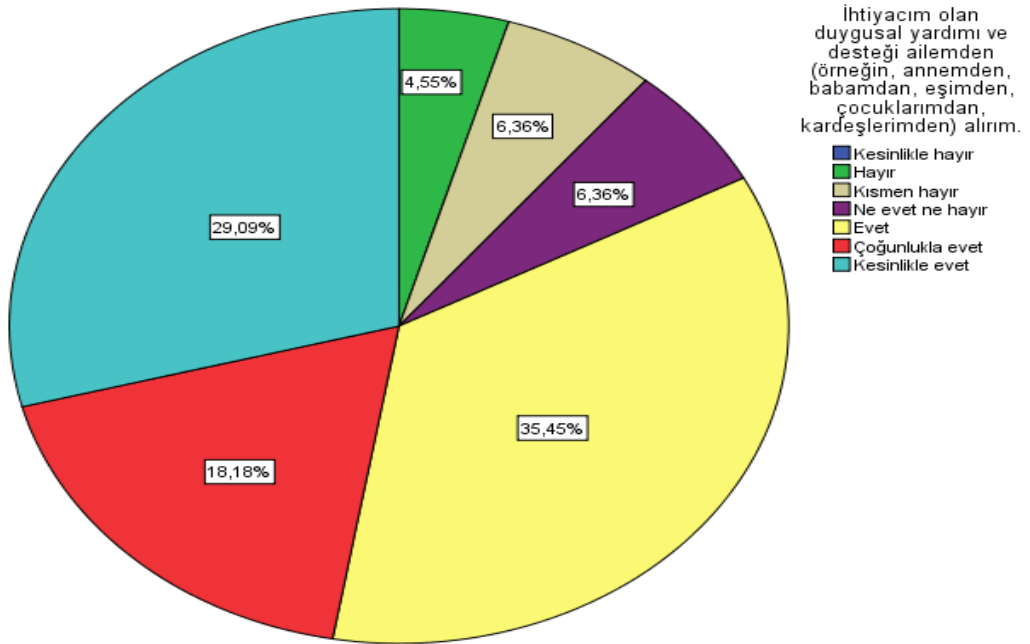


Şekil 5. “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.” ifadesine katılma durumları

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "aile" alt grubu sorularından olan 3 ve 4. sorulara verilen cevaplar büyük oranda aileden alınan desteğin yüksek olduğu yönündeydi (sırasıyla Şekil 6 ve 7).

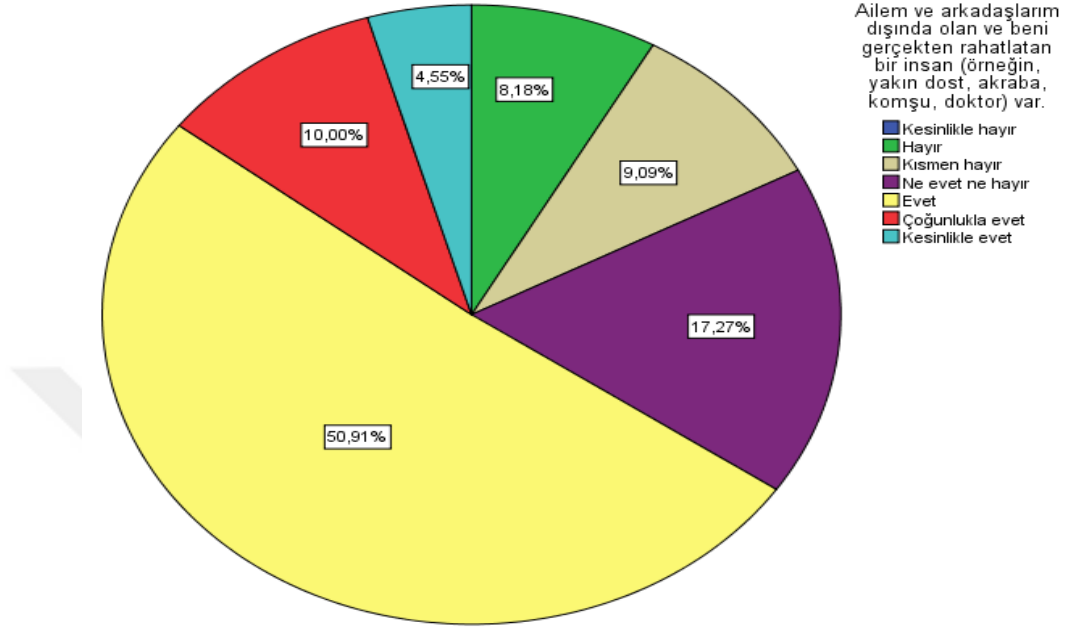


Şekil 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Soru 3: "Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır." maddesine cevap yüzdeleri

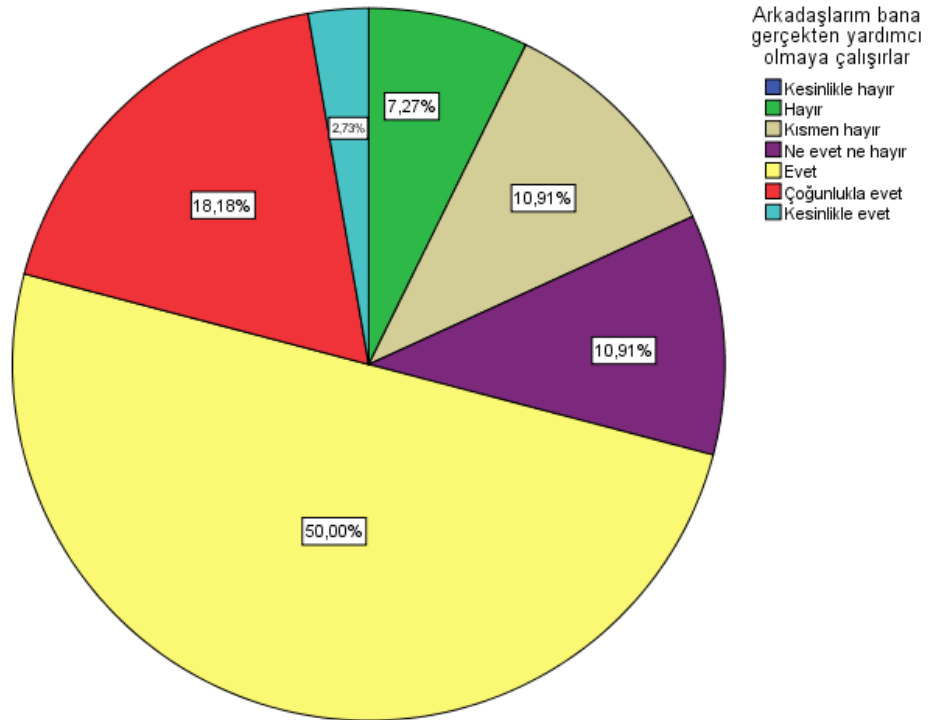


Şekil 7. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım." sorusuna verilen cevap dağılımları.

“Özel insan” seçeneği için oluşturulmuş diğer soru şöyledir: “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.” (Şekil 8).

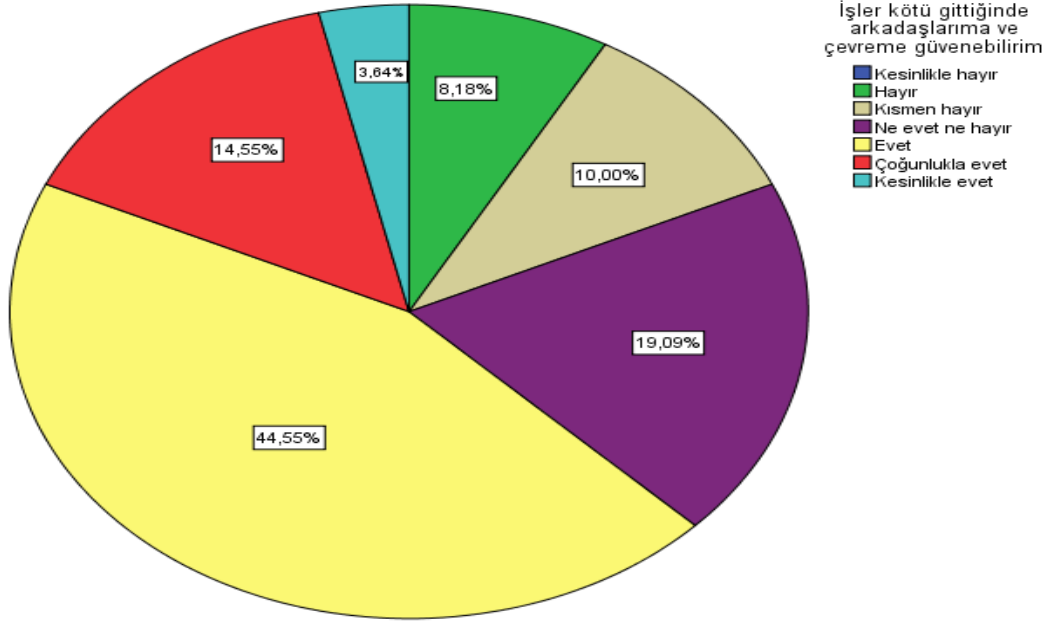


Şekil 8. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.”



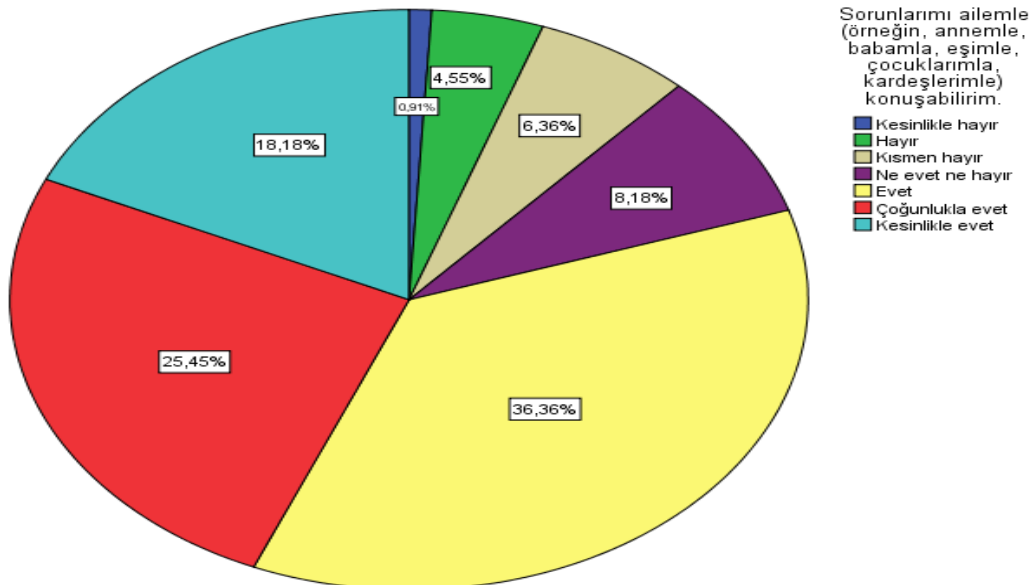
Şekil 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği soru 6: “Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.”

Soru 6 ve 7'ye verilen cevaplar daha fazla oranda “arkadaşlar” alt ölçeği ile ilişkilidir (Şekil 9 ve 10)

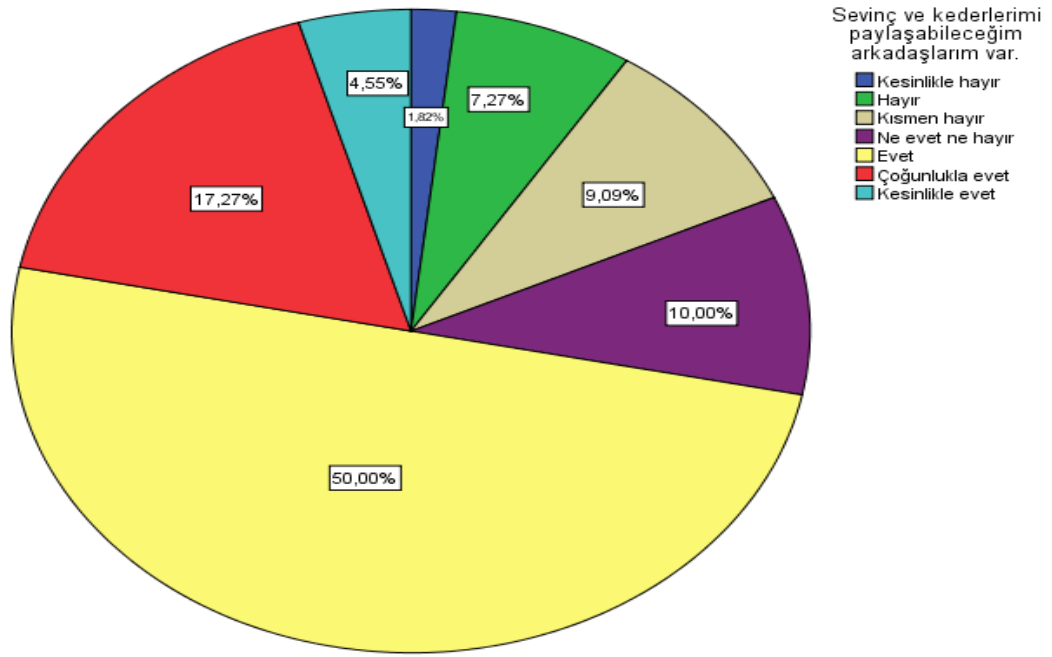


Şekil 10. “İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma ve çevreme güvenebilirim.” maddesine verilen yanıtlar

Şekil 11’de gösterilen “aile” alt ölçeğinin sorularından soru 8’e katılımcıların verdikleri cevaplar görülmektedir.



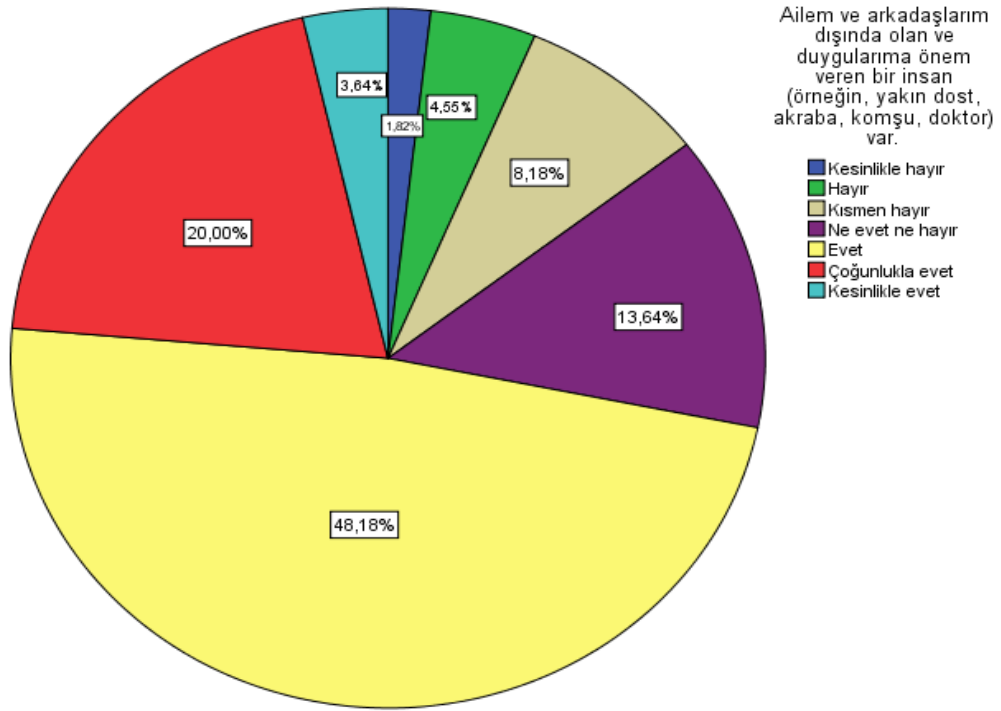
Şekil 11. “Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.” sorusuna verilen cevap yüzdeleri.



Şekil 12. “Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.” Cümlesine verilen cevap yüzdeleri.

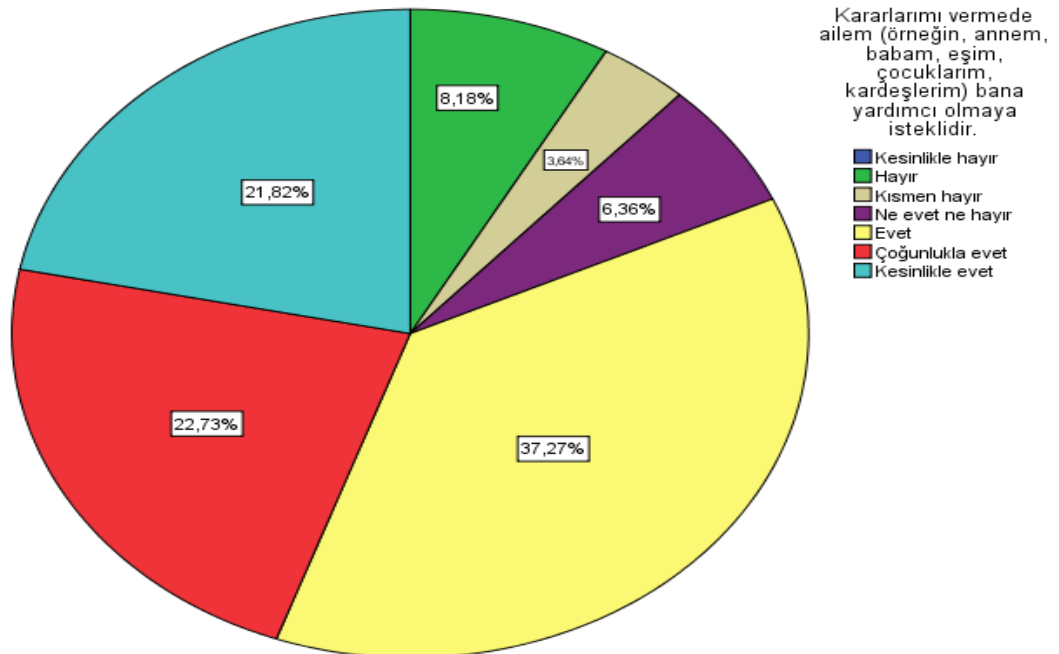
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin “arkadaşlar alt ölçeği” nin sorularından olan soru 9 ve 12, Şekil 12 ve 15’te gösterildi.

“Özel insan/ diğer” alt grubunu açıklayan son soru olan soru 10’a katılımcıların verdiği cevaplar aşağıda Şekil 13’de gösterildi.

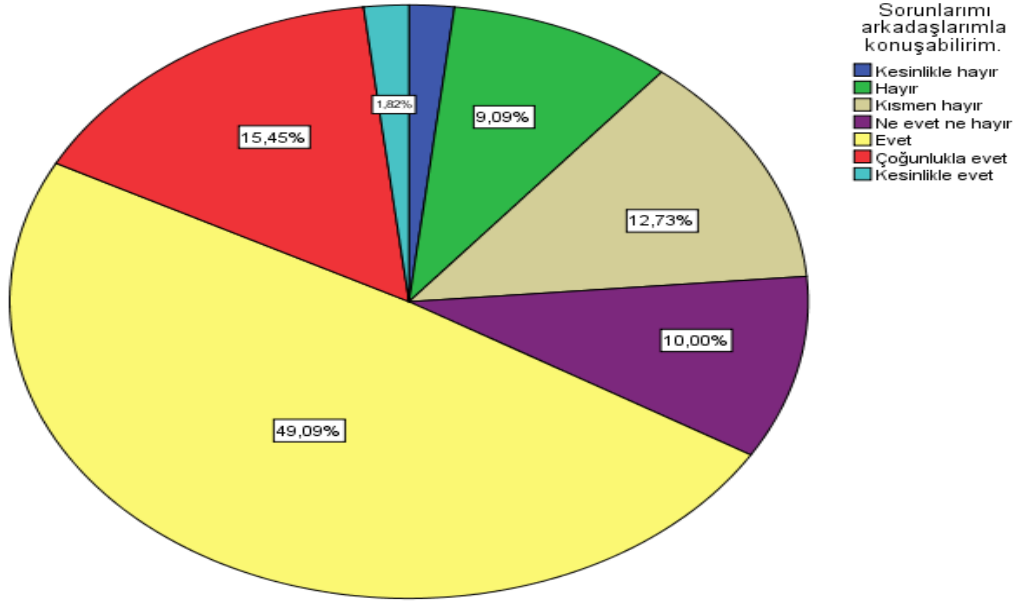


Şekil 13. “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.

Aile alt grubundan soru 11’a katılımcıların verdikleri yanıtlar ve yüzdeler (Şekil 14) aşağıdadır.

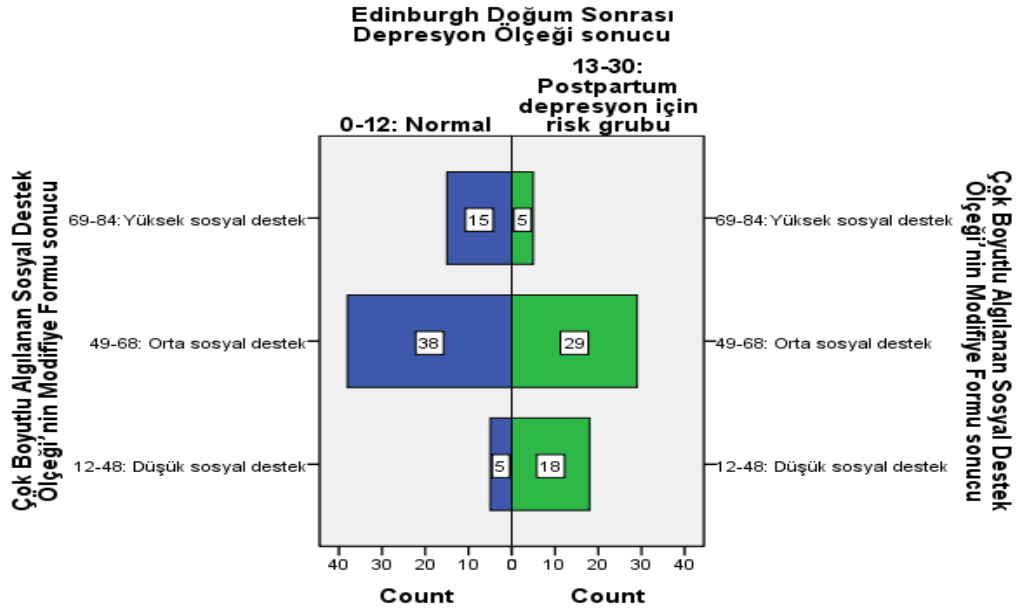


Şekil 14. “Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.”



Şekil 15. “Arkadaş alt ölçeği” nin “Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim” maddesi ve cevabı

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Sonucu’na göre 0-12 puan aralığında alıp postpartum depresyon açısından normal aralıktaki olanlardan 5’i ÇBASDÖ’ye göre yüksek sosyal destek alırken 5 kişi ise düşük sosyal destek almaktaydı. Orta ve düşük sosyal destek alan katılımcılardan 47’si ise EDSDÖ’ye göre DSD için risk grubundaydı (Şekil 16).



Şekil 16. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan dağılımlarının karşılaştırılması

Çalışan katılımcılarda EDSDÖ skoru ortalama $9,88 \pm 4,625$ iken bu değer çalışmayanlarda $12,65 \pm 4,583$ 'dü. Çalışan ve çalışmayanlarda ÇBASDÖ puanı sırasıyla ortalama $64,31 \pm 8,098$ ve $56,56 \pm 13,749$ olarak bulundu (Tablo 27). Çalışanlarla çalışmayanlar arasında ÇBASDÖ ve EDSDÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların çalışma durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu skorları

Çalışma Durumu		Sayı	Min	Max	Ort.	Std. Deviasyon	p
Çalışıyorum	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	26	0	17	9,88	4,625	0,008
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	26	45	79	64,31	8,098	
Çalışmıyorum	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	84	3	30	12,65	4,583	0,007
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	84	13	76	56,56	13,749	

Katılımcılardan herhangi bir hastalığınız var mı sorusuna evet yanıtını verenlerin EDSDÖ ortalama puanı $16,79 \pm 6,104$ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları $53,93 \pm 18,155$ olarak hesaplandı. Herhangi bir hastalığı olmayan annelerin (96 kişi) EDSDÖ puan ortalamaları $11,3 \pm 4,076$ iken ÇBASDÖ skoru $59,04 \pm 12,104$ olarak bulundu (Tablo 28).

Tablo 28. Hastalık durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan dağılımları

Tanımlayıcı İstatistikler							
Herhangi bir hastalığınız var mı?		n	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Deviasyon	p
Evet	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	14	7	30	16,79	6,104	0,005
Hayır	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	96	0	22	11,30	4,076	

Evlilik yıllarına göre EDSDÖ puanları arasındaki dağılımlarına bakıldığında aralarında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$). Evlilik yıllarına göre ÇBASDÖ puan farkı incelendiğinde %95 güven aralığında 1 yıldan az süredir evli olan katılımcılarla 10 yıldan fazla süredir evli olanlar arasında anlamlı fark olduğu gözlemlendi ($p=0,023$, Tablo 29).

Öğrenim durumuna göre ÇBASDÖ puanları karşılaştırıldığında ilköğretim mezunu ile üniversite mezunu katılımcılar arasında anlamlı fark bulundu ($p= 0,018$). Diğer öğrenim durumlarına göre ÇBASDÖ puanı karşılaştırılmalarında anlamlı fark bulunamadı ($p> 0,05$, Tablo 30).

Tablo 29. Evlilik süresine göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu skoru dağılım ve karşılaştırmaları

Çoklu Karşılaştırmalar						
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru						
Tukey HSD						
(I) Evlilik süresi	(J) Evlilik süresi	Ortalama Farklılık (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
1 yıldan az	1-5 yıl	-,451	1,092	,976	-3,30	2,40
	5-10 yıl	-3,064	1,314	,097	-6,49	,37
	10 yıldan fazla	-3,207	1,459	,130	-7,01	,60
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru						
Tukey HSD						
(I) Evlilik süresi	(J) Evlilik süresi	Ortalama fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
1 yıldan az	1-5 yıl	2,051	2,973	0,901	-5,71	9,81
	5-10 yıl	8,993	3,577	0,063	-0,34	18,33
	10 yıldan fazla	11,517*	3,97	0,023	1,15	21,88
1-5 yıl	1 yıldan az	-2,051	2,973	0,901	-9,81	5,71
	5-10 yıl	6,943	3,299	0,158	-1,67	15,55
	10 yıldan fazla	9,467	3,722	0,059	-0,25	19,18
5-10 yıl	1 yıldan az	-8,993	3,577	0,063	-18,33	0,34
	1-5 yıl	-6,943	3,299	0,158	-15,55	1,67
	10 yıldan fazla	2,524	4,22	0,932	-8,49	13,54
10 yıldan fazla	1 yıldan az	-11,517*	3,97	0,023	-21,88	-1,15
	1-5 yıl	-9,467	3,722	0,059	-19,18	0,25
	5-10 yıl	-2,524	4,22	0,932	-13,54	8,49

Eğitim seviyelerine göre ÇBASDÖ puanları karşılaştırıldığında ilkokul ve üniversite eğitimi tamamlayanlar haricinde hiçbir eğitim grubuyla diğeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Tablo 30). İlkokul mezunu ile üniversite mezunları arasında ise ÇBASDÖ puanları açısından anlamlı fark görüldü ($p=0,018$, Tablo 30).

EDSDÖ puanı açısından üniversite mezunu ve hiç eğitim almamış grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p=0,039$; Tablo 30), diğeri eğitim durumlarının arasında EDSDÖ puanı açısından fark yoktu ($p>0,05$; Tablo 30).

Tablo 30. Öğrenim durumlarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puanı karşılaştırmaları

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru						
Tukey HSD						
(I) Öğrenim Durumu	(J) Öğrenim Durumu	Ort. Fark (I-J)	Std. Sapma	Sig.	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Okumadım	İlkokul	5,048	6,077	0,961	-12,6	22,69
	Ortaokul	1,541	6,385	1	-17	20,08
	Lise	-2,436	6,093	0,999	-20,13	15,26
	Üniversite	-5,745	6,077	0,934	-23,39	11,9
	Yüksekokul	-12,4	10,5	0,845	-42,89	18,09
İlkokul	Okumadım	-5,048	6,077	0,961	-22,69	12,6
	Ortaokul	-3,507	3,834	0,942	-14,64	7,62
	Lise	-7,484	3,325	0,224	-17,14	2,17
	Üniversite	-10,793*	3,296	0,018	-20,36	-1,22
	Yüksekokul	-17,448	9,175	0,407	-44,09	9,19
Ortaokul	Okumadım	-1,541	6,385	1	-20,08	17
	İlkokul	3,507	3,834	0,942	-7,62	14,64
	Lise	-3,977	3,859	0,907	-15,18	7,23
	Üniversite	-7,286	3,834	0,408	-18,42	3,85
	Yüksekokul	-13,941	9,382	0,674	-41,18	13,3
Lise	Okumadım	2,436	6,093	0,999	-15,26	20,13
	İlkokul	7,484	3,325	0,224	-2,17	17,14
	Ortaokul	3,977	3,859	0,907	-7,23	15,18
	Üniversite	-3,309	3,325	0,919	-12,96	6,35
	Yüksekokul	-9,964	9,186	0,886	-36,64	16,71
Üniversite	Okumadım	5,745	6,077	0,934	-11,9	23,39
	İlkokul	10,793*	3,296	0,018	1,22	20,36
	Ortaokul	7,286	3,834	0,408	-3,85	18,42
	Lise	3,309	3,325	0,919	-6,35	12,96
	Yüksekokul	-6,655	9,175	0,978	-33,3	19,99
Yüksekokul	Okumadım	12,4	10,5	0,845	-18,09	42,89
	İlkokul	17,448	9,175	0,407	-9,19	44,09
	Ortaokul	13,941	9,382	0,674	-13,3	41,18
	Lise	9,964	9,186	0,886	-16,71	36,64
	Üniversite	6,655	9,175	0,978	-19,99	33,3

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru

Tukey HSD

(I) Öğrenim Durumu	(J) Öğrenim Durumu	Ort. Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.	95%Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Okumadım	İlkokul	3,759	2,208	,534	-2,65	10,17
	Ortaokul	4,706	2,320	,334	-2,03	11,44
	Lise	5,500	2,214	,138	-,93	11,93
	Üniversite	6,621*	2,208	,039	,21	13,03
	Yüksekokul	7,500	3,816	,369	-3,58	18,58

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği toplam skoru en yüksek olan grup “Okumadım” diye cevap verenler iken en düşük puanı alanlar “yüksekokul” grubuydu. Okumayanların oluşturduğu grup ortalama $17\pm6,892$ puan alırken; yüksekokul mezunlarının oluşturduğu grup ise ortalama $9,5\pm4,95$ puan aldı (Tablo 31).

Tablo 31. Öğrenim durumuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği toplam skoru dağılımları

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Toplam Skoru						
Öğrenim Durumu		n	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Deviasyon
Okumadım	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	5	9	28	17	6,892
İlkokul	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	29	3	22	13,24	4,307
Ortaokul	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	17	7	17	12,29	2,779
Lise	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	28	5	30	11,5	5,037
Üniversite	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	29	0	17	10,38	4,709
Yüksekokul	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	2	6	13	9,5	4,95

Çalışan katılımcıların EDSDÖ ve ÇBASDÖ puanları ortalama sırasıyla $9,88\pm4,625$ ve $64,31\pm8,098$ iken çalışmayan katılımcıların (84 kişi) EDSDÖ puanı $12,65\pm4,583$ ve ÇBASDÖ puanı $56,56\pm13,749$ olarak bulundu (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların çalışma durumlarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği skoru ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru puanları dağılımları

Çalışma Durumu		n	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Deviation
Çalışıyorum	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	26	0	17	9,88	4,625
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	26	45	79	64,31	8,098
Çalışmıyorum	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	84	3	30	12,65	4,583
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	84	13	76	56,56	13,749

Hastalık durumlarına göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı fark görülmezken ($p=0,171$; Tablo 33), EDSDÖ puanları arasında anlamlı fark vardı ($p<0,05$).Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların EDSDÖ puanları $16,79\pm 6,104$ ortalamasında seyretti. Herhangi bir hastalığı olmayan katılımcıların EDSDÖ puan ortalamaları $11,30\pm 4,076$ olarak bulundu.

Tablo 33. Hastalık durumuna göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek skoru ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek skorlarının dağılımı

	Herhangi bir hastalığınız var mı?	n	Ort.	Std. Deviasyon	p
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	Evet	14	16,79	6,104	,000
	Hayır	96	11,30	4,076	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	Evet	14	53,93	18,155	0,171
	Hayır	96	59,04	12,104	

Daha önceden depresyon geçirip geçirmediği sorgulanan katılımcılardan “Evet” cevabını verenlerin EDSDÖ puanı $13,83 \pm 3,048$ ortalamasıyken ÇBASDÖ puanları $54,45 \pm 12,517$ ’ydi. Daha önceden depresyon geçirmeyen katılımcıların EDSDÖ skoru $11,35 \pm 5,048$; ÇBASDÖ puan ortalaması $59,8 \pm 13,001$ olarak belirlendi (Tablo 34, 35).

Tablo 34. Depresyon hikâyesine göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek skoru ortalamaları

	Hiç depresyon geçirdiniz mi?	n	Ort.	Std. Deviation	p
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	Evet	29	13,83	3,048	0,014
	Hayır	81	11,35	5,048	

Depresyon hikâyesi olan katılımcılarla olmayan katılımcılar arasında EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülürken ($p=0,014$; $p<0,05$); ÇBASDÖ puanları açısından fark görülmedi ($p>0,005$, Tablo 34,35).

Tablo 35. Depresyon hikâyesine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu skoru puan dağılımları

	Hiç depresyon geçirdiniz mi?	n	Min.	Max.	Ort.	Std. Deviasyon	p
Evet	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Modifiye Formu skoru	29	24	69	54,45	12,517	0,057
Hayır	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Modifiye Formu skoru	81	13	79	59,8	13,001	

Alkol, sigara veya madde kullanımı olan katılımcıların EDSDÖ puanları ortalama $11,21 \pm 4,154$, ÇBASDÖ ortalama puanı $58,71 \pm 12,281$ olarak bulundu. Kullanmayanların EDSDÖ ve ÇBASDÖ ortalama puanları sırasıyla $12,11 \pm 4,808$ ve $58,34 \pm 13,203$ ’dü.

Alkol, sigara veya madde kullanan katılımcılarla kullanmayanlar arasında EDSDÖ ve ÇBASDÖ puanları açısından anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$, Tablo 36).

Tablo 36. Alkol, sigara veya madde kullanımına göre katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan dağılımları

Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?		n	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Deviasyon	P
Evet	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	14	5	19	11,21	4,154	0,508
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	14	40	76	58,71	12,281	0,918
Hayır	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	96	0	30	12,11	4,808	
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	96	13	79	58,34	13,203	

EDSDÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,420$ ve $p<0,01$). ÇBASDÖ puanı artarken EDSDÖ puanı azalmaktaydı (Tablo 37).

Tablo 37. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu korelasyon analizleri

Korelasyonlar		Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	Pearson Korelasyon	1	-,420**
	Sig. (2-tailed)		0
	n	110	110
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	Pearson Korelasyon	-,420**	1
	Sig. (2-tailed)	0	
	n	110	110

** . Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır (2-yönlü).



Şekil 17. EDSDÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında yapılan korelasyon analizi

Hamileliği isteyen katılımcıların EDSÖ ortalama puanı $11,51 \pm 4,584$ iken istemeyenlerde $14,71 \pm 4,674$ 'e çıktı. ÇBASÖ ortalama puanı hamileliği isteyenlerde $60,2 \pm 11,61$ ve istemeyenlerde $48,47 \pm 16,09$ olarak seyretti.

Hamileliği isteme durumuna göre hem EDSÖ hem de ÇBASÖ puanlarında anlamlı derecede fark görüldü ($p=0,010$; $p<0,05$; Tablo 38).

Tablo 38. Hamileliği isteme durumlarına göre katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan ortalamaları

İsteyerek mi hamile kaldınız?	n	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Deviasyon	p
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	93	0	28	11,51	4,584	0,010
Evet Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	93	21	79	60,2	11,61	
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	17	7	30	14,71	4,674	0,000
Hayır Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	17	13	70	48,47	16,09	

Aylık gelire göre EDSÖ puanları karşılaştırıldığında en yüksek puanı $14,6 \pm 10,31$ puan ile 500-1000 TL arasında geliri olanlar aldı. En yüksek ÇBASÖ puanı alanlar ise $59,58 \pm 13,537$ ile 5000 TL üzeri geliri olan katılımcılardı. En düşük ÇBASÖ skor ortalaması $49,8 \pm 20,389$ ile 500-1000 TL arasında geliri olanlara aitti.

Aylık gelire göre istatistiksel anlamlılık düzeyi ÇBASÖ ve EDSÖ puanları açısından incelenemedi. Çünkü post hoc testlerde herhangi bir grupta 2'den az katılımcının olması testin yapılmasını engelledi. Katılımcılardan biri ayda 500 TL'nin altında geliri olduğunu belirtti (Tablo 39).

Tablo 39. Aylık gelir dağılımına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan durumları

Aylık geliriniz nedir?		n	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Deviasyon
500 TL den az	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	1	10	10	10	.
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	1	64	64	64	.
500-1000 TL arası	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	5	0	28	14,6	10,31
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	5	21	76	49,8	20,389
1000-5000 TL arası	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	61	3	22	11,92	4,005
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	61	24	76	58,75	11,85
5000 TL üzeri	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	33	1	30	11,76	5,148
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	33	13	79	59,58	13,537
Bilmiyor, söylemek istemiyor vb.	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	10	4	17	12,2	4,131
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	10	26	76	56	15,122

Aile içi huzursuzluk veya şiddet olan katılımcıların EDSDÖ puanı ortalama $15,17 \pm 5,491$ ve ÇBASDÖ puanı $52,87 \pm 16,165$ 'di. Evde şiddet ve huzursuzluk olmadığını ifade eden annelerin EDSDÖ puanı $11,16 \pm 4,14$ ile daha düşükken ÇBASDÖ puanı $59,85 \pm 11,757$ olarak daha yüksek seyretti (Tablo 40). Aile içi huzursuzluk veya şiddet olan ve olmayan katılımcılar arasında EDSDÖ puanı açısından anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,005$).

Tablo 40. Aile içi huzursuzluk veya şiddet durumuna göre göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan durumları

Aile içi huzursuzluk veya şiddet var mı?		n	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Deviasyon	p
Evet	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	23	3	30	15,17	5,491	0,000
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	23	13	76	52,87	16,165	
Hayır	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	87	0	22	11,16	4,14	
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	87	21	79	59,85	11,757	

Doğum şekline göre postpartum depresyon ölçeği puanları incelendiğinde normal doğum yapanların EDSDÖ puanı ortalama $12,37 \pm 4,55$ iken sezaryenle doğum yapanlarda bu puan $11,35 \pm 5$ olarak bulundu. Normal doğum yapanlarla sezaryenle doğum yapanlar arasında postpartum depresyon ölçeğine göre anlamlı olarak fark bulunamadı ($p > 0,05$).

Algılanan sosyal destek bakımından da normal doğum ve sezaryen yöntemiyle doğum yapanlar arasında anlamlı bir fark gösterilemedi ($p > 0,05$, Tablo 41)

Tablo 41. Doğum şekline göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu puan ortalamaları

Doğum şekliniz		n	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Deviasyon	p
Normal doğum	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	70	3	28	12,37	4,55	0,277
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	70	21	76	57,43	12,965	
C/S	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	40	0	30	11,35	5	0,308
	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru	40	13	79	60,08	13,151	

Sağlıklı bir çocuk dünyaya getiren annelerin EDSDÖ puan ortalaması $11,70 \pm 4,461$ iken bebeği sağlıklı olmayan annelerde bu ortalama $17,17 \pm 6,494$ olarak seyretti. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,005$, Tablo 42).

Tablo 42. Çocuğun sağlık durumuna göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan dağılımı

	Sağlıklı bir çocuk dünyaya getirdiniz mi?	n	Ort.	Std. Deviasyon	p
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	Evet	104	11,70	4,461	0,005
	Hayır	6	17,17	6,494	

Tablo 43. Çocuğun sağlık durumuna göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan dağılımı

Korelasyonlar			
		ÇBASDÖ Diğer Alt Grup Skoru	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru
MSDÖ Diğer Alt Grup Skoru	Pearson Korelasyonu	1	-,386**
	Sig. (2-tailed)		0,000
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru	Pearson Korelasyonu	-,386**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	

** . Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır (2-yönlü).

Yapılan korelasyon analizinde ÇBASDÖ Diğer/ Özel İnsan Alt Grup skoru ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru arasında anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,386$; $p<0,01$). ÇBASDÖ Diğer Alt Grup Skoru artarken EDSDÖ toplam skoru azalmaktaydı (Tablo 43).

Tablo 44. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu Aile Alt Grup Skoru ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı korelasyon analizi

Korelasyonlar			
		EDSDÖ skoru	ÇBASDÖ Aile Alt Grup Skoru
MSDÖ Aile Alt Grup Skoru	Pearson Korelasyonu	1	-,433**
	Sig. (2-tailed)		0
EDSDÖ skoru	Pearson Korelasyonu	-,433**	1
	Sig. (2-tailed)	0	

** . Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır (2-yönlü).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu Aile Alt Grup Skoru ile EDSDÖ skoru arasında yapılan korelasyon analizinde anlamlı ilişki bulunmuş olup aralarındaki ilişki diğer alt grup skorlarına göre daha güçlüydü ($r= -0,433$ ve $p<0,01$). Biri artarken diğeri azalmaktaydı (Tablo 44).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu Arkadaşlar Alt Grup Skoru ile EDSDÖ skoru arasındaki korelasyonda istatistiksel ilişki vardı ($r=-$

0,365; $p<0,01$). ÇBASDÖ Arkadaşlar Alt Grup skoru arttıkça EDSDÖ skoru azalmaktaydı (Tablo 45).

Tablo 45. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Modifiye Formu Arkadaşlar Alt Grup Skoru ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı korelasyon analizi

Korelasyonlar			
		EDSDÖ Skoru	ÇBASDÖ Arkadaşlar Alt Grup Skoru
EDSDÖ	Pearson Korelasyonu	1	-,365**
	Sig. (2-tailed)		0
MSDÖ Arkadaşlar Alt Grup Skoru	Pearson Korelasyonu	-,365**	1
	Sig. (2-tailed)	0	

**, Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır (2-yönlü).

Doğum sonrası sıkıntı yaşayanlarda EDSDÖ puanı $12,92 \pm 5,368$ iken ÇBASDÖ puan ortalaması $59,5 \pm 13,435$ olarak bulundu. Herhangi bir sıkıntı yaşamayanlarda EDSDÖ puan ortalaması $11,17 \pm 3,921$ ve ÇBASDÖ puan ortalaması $57,4 \pm 12,702$ 'ydi. Herhangi bir sıkıntı yaşayanlarla yaşamayanlar arasında EDSDÖ puan ortalaması açısından fark görülmedi ($p>0,05$). ÇBASDÖ puan ortalaması açısından da istatistiksel olarak önemli fark görülmedi ($p=0,401$; Tablo 46).

Tablo 46. Doğum sonrası herhangi bir sıkıntı yaşayıp yaşamama durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu Skoru ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanları

Doğum sonrası herhangi bir sıkıntı yaşadınız mı?	n	Minimum	Maximum	Ort	Std. Deviasyon	p
Evet	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru					
	52	1	30	12,92	5,368	0,052
Hayır	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru					
	52	13	79	59,5	13,435	0,401
Hayır	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru					
	58	0	19	11,17	3,921	
Hayır	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu skoru					
	58	21	76	57,4	12,702	

Tablo 47. Sosyal Destek Seviyelerine Göre Lineer Regresyon

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Düşük Sosyal Destek			11,625	2	,003	
Orta Derecede Sosyal Destek	-1,551	,562	7,606	1	,006	,212
Yüksek Derecede Sosyal Destek	-2,380	,723	10,843	1	,001	,093
Constant	1,281	,506	6,420	1	,011	3,600

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	138,247 ^a	,119	,159

Edinburgh Postpartum Depresyon Skorunu etkileyen Sosyal Destek dereceleri kullanılarak logistik regresyon modeli oluşturulduğunda bu tablo postpartum depresyonu etkileyen faktörlerin %15,9'unu açıkladığı görüldü.

Lojistik regresyon analizine göre Sosyal desteğin Postpartum Depresyonu açıklayan bir faktör olduğu hipotezi anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

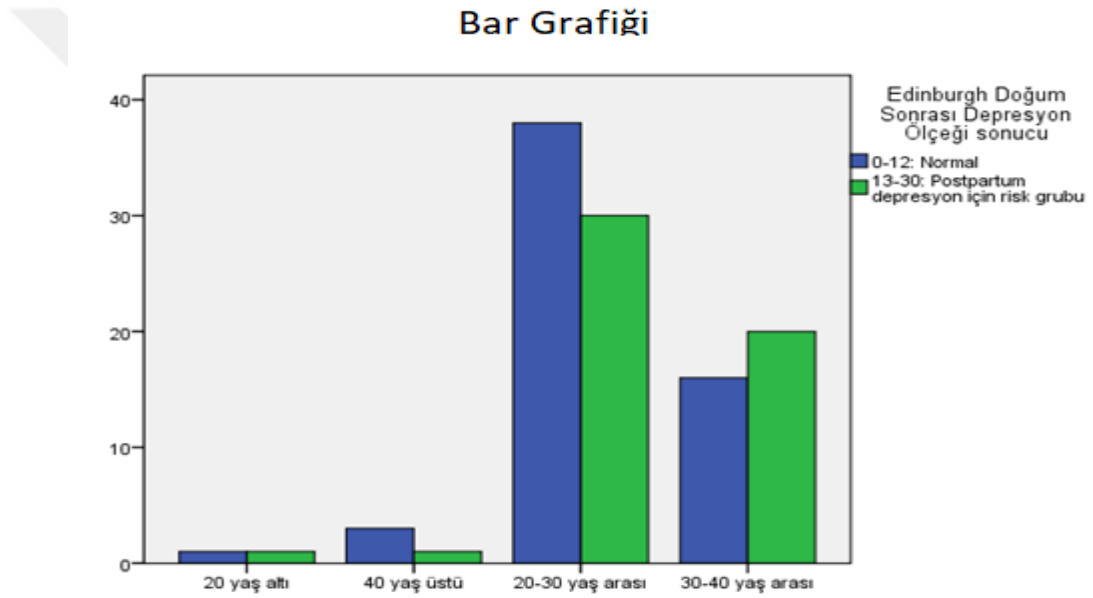
Yüksek sosyal destek alanlar düşük sosyal destek alanlara göre 0,093 kat riskliken, orta sosyal destek alanlar düşüklere göre 0,212 kat riskliydi. Bu verilere göre sosyal destek puanı arttıkça annelerin postpartum depresyon oranı düşmektedir.

Tablo 48. Yaş gruplarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Sonuçları

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,064 ^a	3	,559
Likelihood Ratio	2,108	3	,550
Linear-by-Linear Association	,461	1	,497
N of Valid Cases	110		

Yaş grupları açısından EDSDÖ 0-12 puan aralığında olanlar ve 12 puanın üstünde olanlar değerlendirildiğinde 30-40 yaş arasındaki katılımcılarda 12 puanın üstünde olanlar 0-12 puan arasında alanlardan sayıca fazlaydı. Diğer deyişle, doğum sonrası depresyon açısından riskli grupta olanlar sayıca daha fazla iken istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$; Şekil 17).

20 yaş altı, 40 yaş üstü ve 20-30 yaş arasında ise 12 puanın üstünde olanlar 0-12 puan arasında alanlardan sayıca düşüktü. Yine istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$, Tablo 48).



Şekil 18. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Sonucunun Yaşlarına Göre Dağılımı

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, toplumun en küçük yapıtaşını oluşturan aileyi ve dolayısıyla tüm toplumu etkileyen, bu yüzden bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen DSD'nun önlenmesinde toplum ve birinci basamak sağlık kurumu tarafından sağlanan sosyal desteğin önemini vurgulamak amaçlı yapılmıştır. Bu araştırmada algılanan sosyal desteğin postpartum depresyon üzerine olumlu yönde etkisi olduğu saptanmıştır.

Bu amaçla yılda 1.579.072 adet birinci basamak başvurusunun yapıldığı Erzurum ilinde birinci basamakta profesyonel ve ailesel anlamda gebelerin algıladıkları sosyal destekle DSD arasındaki ilişki araştırılmıştır (148).

Çalışmamızda EDSÖ'nün kesme puanı 12 alındığında annelerin %47,27'ünde postpartum depresyon riski tespit edilmiştir. Ülkemizde EDSÖ kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda postpartum depresyon riski %14,0-%28,1 olarak saptanmıştır (51, 149-153). Bazı çalışmalarda ise bu oran %51,3 (154) ve %36,3 (155) gibi araştırmamızda bulduğumuz değer gibi genel ortalamanın üstünde çıkmıştır. Daha önce yine Erzurum fakat bu kez il merkezinde yapılmış bir çalışmada ise EDSÖ tabanlı DSD oranı %14 olarak bulunmuştur (65). Erzurum il merkezinde düzenlenmiş olan çalışmada oranın bizim çalışmamızdan farklı çıkması çalışmanın il merkezinde yapılmış olması, okuma- yazma bilmeyenlerin bu çalışmaya alınmamış olması, ebelerin ev ziyaretlerinde ve doğumdan sonraki 6. haftada doldurmuş olmalarına bağlanabilir. Ayrıca, Kırkpınar ve ark. bu çalışmalarında DSD açısından riskli olduğu saptanan annelerin %44'ünde depresyonları doğum öncesi dönemle ilişkili olduğu bulunmuştur ki; bizim çalışmamızda daha önce depresyon öyküsü olan katılımcılar tüm katılımcıların %26,4'ünü oluşturmuştu (65).

Yapılan daha önceki çalışmalarda 35 yaş ve üstü, ortaokul mezunu, ekonomik durumunu kötü düzeyde algılayan, geniş ailede yaşayan, çalışmakta olan ve sağlık personeli olan kadınların postnatal depresyon açısından riskli grupta oldukları ortaya konmuştur (152, 156, 157). Çalışmamızdaki katılımcıların %60,9'u evde 3 veya daha fazla kişiyle yaşamakta, %36,3'ü 30 yaş üstünde, %70,0'i 5000 TL ve altıyla geçinmekte ve %46,4'ü ortaokul ve altı seviyede öğrenim görmüştü. Çalışmamıza

katılan bireylerden %24,5'i çalışmaktaydı. Çalışan bu bireylerin 3'ünün mesleği hemşireliktir. Buna göre çalışmamızın risk faktörlerini fazlasıyla taşıyan bir katılımcı grubundan oluştuğu ileri sürülebilir. Ayrıca, Erzurum hane halkı büyüklüğü, kadınların eğitim seviyesi ve doğurganlık hızı parametreleri açısından ülke ortalamasının üstünde; sosyo-ekonomik seviyesi düşük ve kendi geçimlerini sağlayamayan kadınların oluşturduğu bir ilimizdir. Çalışmamızın gelenek ve göreneklerin yoğun bir şekilde sürdürüldüğü kırsal bölgeleri de kapsadığı göz önüne alınmalıdır. Hane halkı büyüklüğü kentsel alanlarda 3,6 kırsal alanlarda 3,9 kişidir. Ayrıca, postpartum 12. haftada ölçülen EDSDÖ puanlarının 6. haftadan daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (158). Çalışmamız diğer çalışmalara göre postpartum dönemin daha erken safhasında yapılmıştır. Bu durum DSD puanlarımızın yüksek olmasını açıklayabilir.

Yapılan çalışmalarda Türk aile yapısının gereği olarak annenin eşinin ailesiyle ilişkileri de DSD'yi etkileyen önemli bir faktördür (52, 159). Çalışmamızda geniş aile olarak yaşayan katılımcılar %60,9 daha fazla olup açıklama kısımlarında belirttikleri üzere ailenin çoğunluğunu da eşinin ailesi oluşturmaktadır. Bu veriler çalışmamıza katılan annelerin EDSDÖ puanlarının diğer çalışmalardan yüksek olmasını açıklayabilir.

TÜİK'in doğum istatistiklerine göre 2015 yılında yaşa özel doğurganlık hızı bakımından 25-29 yaş arası kadınlar %0,135'lik hızla en yüksek düzeydedir. Çalışmamızda da bu yaş grubu sayıca daha fazladır (160). Yaş gruplarına göre EDSDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Buna göre 30-40 yaş arasındaki katılımcılarda 12 puanın üstünde alanlar 0-12 puan arasında alanlardan sayıca fazladır. 20 yaş altı, 40 yaş üstü ve 20-30 yaş arasındaki kadınlarda ise 12 puanın üstünde alanlar 0-12 puan arasında alanlardan sayıca düşüktür. Kumar ve Rabson'un çalışmasında da 30 yaş üstü annelerde depresyon puanı artmıştır (161).

Engindeniz ve Aderibigbe'nin çalışmalarında da anne yaşları ile EDSDÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (5, 162). Yıldırım ve ark. çalışmalarında 19 yaş ve altındaki annelerin postpartum depresyon riski puanı 20 yaş ve üzeri annelere göre daha yüksek bulunmuş, ancak yaş grupları ile postpartum depresyon

riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (154). Vural ve ark. çalışmalarında da gebelik yaşı düştükçe postpartum depresyon görülme sıklığının arttığı, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın görülmediğini belirtmektedir (163). Çalışmamızın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Katılımcılarımızda EDSDÖ puanı açısından üniversite mezunu ve hiç eğitim almamış grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmesine rağmen (Tablo 30) diğer eğitim seviyelerinin arasında EDSDÖ puanı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Efe ve ark. yaptıkları çalışmada ortaokul mezunlarının diğer eğitim seviyesindeki bireylere göre EDSDÖ puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (164). Engindeniz'in çalışmasında annelerin eğitim durumları iki gruba ayrılmıştır. Buna göre temel eğitim düzeyindeki annelerin depresyon puanları yüksek eğitim seviyesindeki annelere göre fazla olduğu rapor edilmiştir (5). Literatürde üniversite mezunu kadınların postpartum depresyon riskinin düşük olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte; eğitim seviyesi ile DSD arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (151-154, 165).

Eğitim seviyesi yükseldikçe annenin sorunlarla başa çıkma becerilerinin arttığı analitik ve mantıksal düşünme tarzı sayesinde problemleri çözebildiği, kendine yetme düşüncesinin kuvvetlendiği, kendisi ve anneliği üzerinde daha çok söz sahibi olduğu düşünüldüğünde EDSDÖ skorunun düştüğü yorumu yapılabilir. TNSA 2013 raporuna göre kırsalda herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış kadınların oranı %21, kentte ise %10'dur (166). Çalışmamızın kırsal ve kentten olmak üzere toplam 5 birimde yapıldığı ve hiçbir eğitim almayan katılımcıların oranının %4,5 olduğu göz önüne alınırsa, eğitim seviyesi-DSD ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı görülebilmesi için daha fazla bireyi kapsayan çalışmalara ihtiyaç duyulacağı görüşündeyiz.

Araştırmamızda çalışan anneler ve çalışmayan anneler arasında EDSDÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Literatürde bunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (51, 152, 167). Ayrıca, bazı çalışmalarda çalışmayan annelerde çalışan annelere göre 2,4 kat daha fazla DSD geliştiği rapor edilmiştir (168).

TNSA 2015 raporuna göre Türkiye’de kadınların %31’i çalışmaktadır. Çalışmamızda da bu rapor ile uyumlu olarak katılımcıların %75,5’i ev hanımıdır. Çalışan annelere sosyal destek verecek sosyal çevreleri daha geniş olduğundan, çalışma hayatında problem çözme kabiliyetlerini geliştirdiklerinden, kendi ekonomik özgürlükleri ve dolayısıyla özgüvenleri daha yüksek olduğundan EDSDÖ skorları düşük çıkmış olabilir.

Çalışmamızda geliri düşük olan katılımcıların EDSDÖ puanı daha yüksek seyrederken her grupta yeterli katılımcı mevcut olmadığından istatistiksel olarak incelenememiştir. Hickey ve ark. yaptıkları çalışmada iyi ve kötü gelir durumundaki katılımcıların EDSDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır(169). Bu sonucu destekleyen diğer çalışma da ülkemizde yapılmıştır (164). Erzurum’da yapılan gelir durumunun iyi-orta-kötü olarak sınıflandırıldığı bir çalışmada EDSDÖ puanları açısından bir fark görülmediği rapor edilmiştir(170). Yıldırım ve ark. Erzincan’da yaptıkları çalışmalarında ise gelir durumunun annedeki DSD’yi etkilediği belirtilmiştir. Buna göre gelir düzeyi en düşük grupla en yüksek grup arasında DSD bakımından 6 kat fark gözlemlenmiştir (51). Çalışmamızda farklı gelir gruplarındaki katılımcıların sayısı yeterli olmadığından ekonomik durumun EDSDÖ puanına etkisi istatistiksel olarak incelenememiş olmasına rağmen gelir seviyesi arttığında EDSDÖ puanının düştüğü gözlemlenmiştir. Katılımcılarımızın çoğu kendi evinde oturmakta ve kira ödememektedir. Bu durum annelerin gelir- gider kıyaslaması üzerine olumlu bir etki olarak algılanmış olabilir. Sonuç olarak literatürde ekonomik düzeyin yüksek olmasının zorluklarla başa çıkmada, problem çözmede yardımcı olduğu belirtilmiştir. Yüksek ekonomik düzeyin gelecek kaygısının azalmasını sağlayarak böylece annedeki kaygıyı azaltabildiği rapor edilmiştir(11, 171). Sosyo-ekonomik dezavantajlı bireylerde sosyal destek gibi bazı stres koruyucu mekanizmalara ulaşma imkânı sınırlı olduğu görülmüştür (172). Sosyo-ekonomik durum ile stress koruyucu mekanizmalar arasındaki ilişkinin açıklığa kavuşması için ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

Çalışmamızda evlilik yıllarına göre EDSDÖ skorları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Vural ve ark. 100 annede yaptıkları çalışmalarında evlilik yılı ile DSD arasında ilişki gözlemlenmemişlerdir(163). Büyükkoca’nın çalışmasında ise

evlilik yılı 10 yıl üzeri olan annelerde EDSÖ puanı daha yüksek bulunsa da istatistiksel olarak aralarında bir fark olmadığı rapor edilmiştir (155). Yaptığımız çalışma bu araştırmalarla uyumluluk göstermektedir. Evliliğin ilk yıllarında anne kendini bebek bakımında daha deneyimsiz hissedebilirken daha genç yaşta olmasının yardımıyla sorunlar karşısında daha esnek olabilmektedir. Evliliğin ilerleyen yıllarında multipar bir anne bebek bakımı hakkında daha deneyimliyken yaşın ilerlemesiyle birlikte sorunlar karşısında daha çabuk yorulup, sorunları taşımakta zorluk hissedebilir. Özellikle Beck'in çocuk bakım stresinin annenin depresyon düzeyini %48-49 oranında etkilediğine dair çalışması göz önüne alınırsa bunun önemi anlaşılabilir (38).

Çalışmamızda isteyerek hamile kalan annelerin EDSDÖ skorunun istemeyerek hamile kalan annelere göre daha düşük olduğu rapor edilmiştir. Gebeliği istemeyen annelerde DSD'ye yatkın olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (51, 170, 173). Bazı DSD'ye yatkın olduğu belirtilmiştir (170, 174). Gebeliği istemeyen annelerde EDSDÖ skorunun yüksek olduğu 120 gebenin incelendiği başka bir çalışmada rapor edilmiştir (173). Türkiye'de yapılmış bir çalışmada gebeliği isteyen annelerin EDSDÖ puanı gebeliği istemeyen ve istemediği halde sonradan kabullenen annelerin skorundan düşük olduğu görülmüştür (155). Annenin annelik rolünü kabul etmiş olması ve bunu istemesi ortaya çıkabilecek sorunlarla daha kolay baş edebilmesine yardımcı olabilir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2015 verilerine göre sezaryen doğumların tüm doğumlara oranı %53,1'dir (160). Çalışmamızda annelerin %36,4'ü sezaryenle doğum yapmıştır. Çalışmamızda normal doğumla sezaryen arasında EDSDÖ puanları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde sezaryenin normal doğuma göre DSD riskini daha çok arttırdığına yönelik çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada doğuma müdahale arttıkça DSD riskinin arttığı gözlenmiştir (175).

Bazı çalışmalarda ise çalışmamızla paralel olarak doğum şekli ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (155, 164). Ayrıca, bu çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamasına rağmen vajinal

doğum yapan gebelerde EDSDÖ skoru daha yüksek bulunmuştur. Çeber ve ark. yaptıkları çalışmada vajinal doğum yapan annelerde EDSDÖ puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (176).

Çalışmamız üçü şehir merkezinde ikisi kırsalda olmak üzere beş merkezde yapılmıştır. Çalışmamız gibi bir ya da iki şehirde, bir iki sağlık merkezinde gerçekleştirilmiş çalışmalar doğum şekillerine göre EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamayan çalışmalardır. Postpartum depresyon ile doğum şekilleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamayışı verilerin daha kısıtlı olmasına bağlanabilir.

Ayrıca doğum sonrası ilk 72 saatte hastaneden taburcu olan annelerde DSD gelişme riski anlamlı derecede artmıştır (Odds oranı: 2,12) (169).

Eisenach ve ark. yaptığı bir çalışmada vajinal doğum sırasında akut ağrı cevabı DSD riskini arttırmıştır(177). Başka bir çalışmada acil sezaryenle doğum yapan annelerin doğum üzerinde daha az etkileri oluyormuş hissinden dolayı elektif sezaryenle yapanlara göre daha depresif oldukları ortaya çıkmıştır (178). Bir prospektif kohort çalışmasında ise doğum şeklinin bazı değişkenlerle birleştiğinde DSD riskini arttırdığı görülmüştür: Genç anne yaşı, annenin hastanede kalış süresi, emzirmeye başlayamama, üriner inkontinans, multiparite, düşük sosyal statü, genel sağlık durum bozukluğu (179) bunların arasında sayılabilir.

Beyrut'ta yapılan bir çalışmada vajinal yolla doğum yapan anneler sezaryenle doğum yapanlara göre tam 3 kat fazla DSD geçirmiştir. Araştırmacılar bunu hastanelerin yüksek oranda özelleştirilmiş olmasına ve yüksek gelir durumunda olan annelerin sezaryeni seçmiş olmalarına bağlamışlardır (180).

Görüldüğü üzere doğum şekline göre EDSDÖ puan ve DSD ilişkisi multifaktöryel olup çalışmamızda aralarında anlamlı ilişki bulunmayışı bu faktörlerin hepsini kapsayacak genişlikte örneklem alınmamış olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda herhangi bir hastalığı olma durumu ile EDSDÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çoğunlukla birinci basamakta yapılan çalışmalarda bireylerde kronik hastalığın DSD'yi tetiklediği gözlenmiştir (181). Literatürde de daha önceden medikal sorun olan annelerde olmayanlara göre 1,5 kat daha fazla oranda DSD görüldüğü raporlanmıştır (182). Tansiyon, kronik böbrek yetmezliği, diyabet ve önceki düşüklerin anneyi gebelik sırasında ve sonrasında depresyona yatkın hale getirdiği görülmüştür (183). Çalışmamızın bulguları Bu bulgularla örtüşmektedir.

Tezimizde depresyon hikâyesi olan katılımcıların EDSDÖ puanlarının olmayan katılımcılardan yüksek olduğu görülmüştür. Annenin gebelik sırasındaki mood düşüklüğü, anksiyete bozukluğu ve öncesinde depresyon hikâyesi DSD ile güçlü bir ilişki içinde olduğu gözlenmiştir. Literatüre göre gebelikte anksiyete, depresif duygu durum bozukluğu olanlarda olmayanlara göre 8 kat fazla DSD gelişmektedir(168). Başka bir çalışmada ise bu oran 3'e 1 olarak rapor edilmiştir(184).

Aile içi huzursuzluk veya şiddet olan ve olmayan katılımcılar arasında EDSDÖ puanı açısından anlamlı fark mevcuttur. Çalışmamızı destekleyen literatür araştırmaları mevcuttur. Beck'in DSD riskini arttıran faktörleri değerlendirdiği meta analizinde prenatal anksiyete yaratan koşullar, evlilikten memnuniyetsizlik de listelenmiştir (11).

Ayrıca doğum sonrası depresyonu etkileyen çalışmalara bakıldığında fiziksel şiddetin gebeyi psikolojik olarak olumsuz etkilediğini gösteren dış kaynaklı geniş çapta çalışmalar varken (185), ülkemizde yapılan çalışmalarda özellikle fiziksel şiddetin sorgulanmadığı, sorgulansa da anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür. Çalışmamız tüm hane halkının en az 6 ay boyunca direkt ilişki içerisinde bulunduğu doktor ve hemşireler tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle yapıldığından katılımcılar sorumuzu daha rahat ve samimi bir şekilde cevaplamış olabilirler. Bu açıdan aile hekimliğinin birey yönelimli, kendine özgü bir hastayla görüşme sürecinin oluşu ve bakımda süreklilik gibi temel özelliklerinden faydalanılmıştır. Bu

Çalışmamızda aile içi huzursuzluk veya şiddetin DSD ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı çıkmasını açıklayabilir.

Tezimizde emzirme durumuyla DSD arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Fakat emziren katılımcı sayısıyla (105 kişi), emzirmeyen kişi sayısı (5 kişi) sonucu gösterecek eşit ve yeterlilikte dağılmadığından bu şekilde bulunmuş olabilir. Emzirme konusunda yetersiz olduğunu düşünen annelerde DSD riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (183). Emzirmenin anneyi bebeğe bağlayan bir faktör olması, parasempatik sinir sistemini aktive ederek annedeki stres cevabını azaltması (186) ve emzirmeme durumunda sosyal baskı ve suçluluk hissinin endişe ve anksiyeteyi arttırması bu durumun sebeplerinden olabilir. Ayrıca önceki yapılan çalışmalarda emzirmek annelik açısından yeterli hissetme duygusuyla eşgüdümlü bulunmuştur (164).

Avustralyalı 1745 annede yapılan bir kohort çalışmasında erken başlangıçlı DSD aşamasında olan annelerde emzirme ortalama süresi 26 hafta iken; bu oran DSD'si geç başlayanlarda 39 hafta olarak bulunmuştur (187). Görüldüğü gibi emzirme durumu ve DSD karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. DSD'nin geç ya da erken başlangıçlı olması emzirme süresi üzerinde etkilidir. Öte yandan emzirememek annede yetersizlik duygusu oluşturduğundan DSD'ye yatkınlık yaratıyor olabilir.

Bazı çalışmalarda özellikle daha önce doğum yapmamış annelerde laktasyon yetersizliğinin fark edilemediği belirtilmektedir. Deneyimsiz anneler sütlerinin yetersiz oluşunun farkına varamamaktadırlar. Çalışmamızdaki annelerin %47,3'ü daha önce doğum yapmamış olup çalışmamız doğum sonrası ilk 4 hafta içinde yapılmıştır. Çalışmanın doğum sonrası erken dönemde yapılması ve annelerin bu süre içerisinde emzirme alışkanlık ve farkındalıklarını oturtmamış olmaları da anlamlı sonuç çıkmamasının muhtemel sebeplerindendir.

Tezimizde doğum sonrası herhangi bir sıkıntı yaşayan annelerle yaşamayanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Bu sonuç genel çalışmalarla çok uyumlu olmayıp annelerin bu soruyu komplikasyondan ziyade

doğum sonrasında oluşabilecek her türlü sorunu belirtmelerinden ortaya çıkmış olabilir. Örneğin annelerin belirttiklerin sorunların başında bebekteki sağlık sorunu ve annedeki uykusuzluk gelmektedir. Bu sorunların sayısal dağılımı ise homojen değildir. Bu yüzden de istatistiksel olarak anlamlı bir doğum sonrası komplikasyon ve EDSDÖ ilişkisi bulunamamıştır.

Literatürde doğum sırasında komplikasyon gelişen kadınların EDSDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur(164). Zor bir doğum öyküsü olan ya da doğum sonrasında sorun yaşayanların %7,4'ünde DSD semptomları görülürken; normal ve sorunsuz bir süreç yaşayanlarda bu oran %4,4'te seyretmiştir (168).

Çalışmamızda sağlıklı bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı sağlık problemi yaşayan bebek annelerindendaha düşüktür. Bebeğinde sağlık sorunu yaşayan kadınların postnatal depresyon açısından risk grubu olduğu daha önce yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (51, 188). Bu yönüyle çalışmamız genel literatürle uyumludur.

EDSDÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,420$). Bu oran sosyodemografik olarak çalışmamızın yapıldığı Erzurum'a benzeyen Malatya'da 364 anne ile yapıldığında korelasyon katsayısı $r=-0,39$ çıkmıştır (52).

Çalışmamızda ÇBASDÖ Aile Alt Grup Skoru ile EDSDÖ skoru arasında yapılan korelasyon analizinde anlamlı ilişki bulunmuş olup aralarındaki ilişki diğer alt grup skorlarına göre daha güçlüdür ($r=-0,433$).

Büyükkoca'nın çalışmasında ise annenin "Diğer Alt Ölçek Grubu" olarak sınıflandırılan hemşire, ebe, doktordan algıladığı sosyal destek depresyon düzeyini aileden ve arkadaşlardan gelen destekten daha fazla oranında etkilemektedir (155).

Prenatal sosyal destek ile postpartum depresyon semptomlarının değerlendirildiği 210 gebenin alındığı bir çalışmada stres seviyesi ilişkili plesantal corticotropin releasing hormon (pCRH) 19, 29 ve 37. haftalarda ölçüldü. Sonuç

olarak prenatal ailesel sosyal destek düştükçe postpartum depresif semptomların arttığı ve pCRH seviyelerinin kademeli olarak yükseldiği görülmüştür(189).

Başka bir çalışmada doğum sonrası dönemde anneler sosyal desteği fiziksel ve duygusal bir ihtiyaç olarak tanımlayıp ailesi tarafından talep etmeden sağlanması gereken bir duygusal enstrüman olarak nitelemişlerdir (190).

Ülkemizde 730 gebe ile yapılan bir çalışmada eşten ve eşin annesinden gelen düşük sosyal desteğin postpartum depresyon insidansını arttıran bir faktör olduğunu gösterilmiştir (Sırasıyla odds oranı 0,89 ve 0,93) (46).

Çeber ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında, bebek bakımında güçlük yaşayan ve bakıma yönelik destek almadığını ifade eden kadınların depresyon puanlarının bebek bakımında güçlük yaşamadığını ve destek aldığını ifade edenlere göre yüksek olduğu rapor edilmiştir (176).

Avustralya'da 900 gebeye yapılan çalışmada sosyal destek düzeyinin düştükçe annenin postnatal dönemde depresyona girdiğini belirtmişlerdir (191).

Yine Leung ve ark. 385 Hong Konglu kadınla yaptıkları bir çalışmada annenin postnatal dönemde strese kaldığı maruziyetle aldıkları sosyal destek arasında orantı azaldıkça DSD oranının arttığını gözlemlemişlerdir (192).

Asya ülkelerinin kültürleriyle DSD ilişkisini araştıran bir çalışmada Hong Konglu, Hintli ve Türk kadınlarında eşleriyle ve eşlerinin annesiyle sorun yaşayanlarda ve onlardan sosyal destek alamayanlarda DSD'nin arttığı gözlenmiştir.

Modern Batı kültürlerinde yapılan çalışmalarda postpartum süreçte anneler daha bireysel iken, Asya kültürlerindeki yeni nesil anneler daha çok annelerinden, eşlerinden ve eşlerinin annelerinden gelecek sosyal desteğe güvenmektedirler.

Klainin ve arkadaşlarının bu çalışmasında Türklerde doğum sonrası süreçte 40 gün boyunca anne ve bebeğin yalnız bırakılmadığından, desteklendiğinden ve ev

işi, bebek bakımı konusunda yardım edildiğinden bahsetmektedir. Bunun annede DSD oranını ve DSD'ye yatkınlığı düşürdüğü söylenmiştir (193).

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde ÇBASDÖ Diğer Alt Grup skoru ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,386$). ÇBASDÖ Diğer Alt Grup Skoru artarken EDSÖ toplam skoru azalmaktadır. Bu korelasyon kat sayısı ile çalışmamızda diğer olarak açıklanan “doktor, hemşire desteği” aile desteğinden sonra ikinci olarak anlamlı görülmüştür.

2017’de yapılmış bir meta analizde Scope ve ark DSD önlemede yapılmış sosyal destek girişimlerini 12 major bibliyografik arama motorunda taramış ve çıkan sonuçlar (Critical Appraisal Skills Programme-CASP 2014) ve the CerQual (now Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research) programı ile derecelendirmiştir (194).

Çıkan sonuçlara göre akran, arkadaş desteğinin değerlendirildiği çalışmada deneyimleri normalleştirme, özgüven sağlama, pratik tavsiyeler ve sorunları paylaşarak DSD’yi önleme açısından orta kuvvette derecelendirilmiştir (195)

Sağlık çalışanları tarafından (özellikle birinci basamak) sağlanan bilgi ve desteğin DSD’yi önlemede CASP ve CerQual ile değerlendirilmesinde orta kuvvette çıkmıştır. Özellikle birinci basamağın verdiği sürekli ve kapsayıcı destek, problem çözücü ve yargılamama, suçlama içermeme özelliği ile anneler açısından oldukça faydalı bulunmuştur (194).

Ayrıca DSD’yi engellemede en büyük destek sorunlara nasıl yaklaşacağını bilen partnerden algılanan destek bulunmuş olup, ek not olarak partnere oluşabilecek sorunlar ve yaklaşımları öğretmesi açısından birinci basamak sağlık hizmetlerinin altı tekrar çizilmiştir (196).

Özgüven geliştirme, stres ve anksiyeteyi engelleme ve anneyi DSD açısından kısır bir döngüye sokabilecek olan sosyal izolasyonu engelleme anlamında aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek orta derecede kuvvetli çıkmıştır (197).

Doğum sonrası karşılaşılabilecekleri duygusal, fiziksel ya da sosyal anlamdaki sorunlara gruplar halinde akran eğitimlerinin etkisi yüksek çıkmış olup, bu gruplara bir birinci basamak sağlık çalışanının rehberlik etmesi ve özellikle interaktif bir eğitim olması oldukça yararlı bulunmuştur (198).

Sağlık İstatistikleri 2015 İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması'na göre lohusa başına ortalama izlem sayısı 3,0 olarak rapor edilmiştir. Çalışmamızı yürüttüğümüz bölgede bu oran 2,6 olup genel Türkiye ortalamasının altındadır (148). Sonuçlarımızın bazılarının genel Türkiye ortalamasından farklı çıkmasında bir etken de bu olabilir. Bu da çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.



6. SONUÇLAR

Gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası dönem annenin fiziksel, psikolojik açıdan büyük değişimlerin yaşandığı zorlu bir süreçtir. Bu süreç annenin ailesi, yakın çevresi ve sağlık profesyonelleri tarafından verilecek her türlü desteğe ihtiyaç duydukları bir dönemdir. Çalışmamız bu verilecek desteğin sosyal yönünün de vurgulanması amacıyla yapılmıştır.

Eğitim düzeyi düşük ve ekonomik durumu kötü, çalışmayan ve daha önce depresyon hikayesi olan, gebeliği istemeyen kadınların postpartum depresyon riski yüksek bulunmuş ve postpartum depresyon riski ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları olan aile, arkadaş ve özel insandan (hemşire, doktor) algılanan sosyal destek puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda:

Etkin tarama yöntemleri ve erken dönemde saptanabilme olanağı olan doğum sonu depresyonun anne, bebek ve aile üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi amacıyla çalışmamızda olduğu gibi postpartum depresyon riskinin yüksek olduğu bölgelerde sağlık personeli hastalığın risk faktörleri ve belirtileri konusunda aile, eş ve yakın çevre ile iş birliği yapılmalıdır.

Birinci basamak sağlık kurumları kolay ulaşılabilirliği, sağlık hizmetlerinde ilk temas noktası oluşu, kapsayıcı, birey merkezli, savunucu ve hastayla kendine özgü görüşme süreci özelliklerini postpartum depresyonu önlemede avantaj olarak kullanılmalıdır. Bunun için de özellikle risk taşıyan anneler olmak üzere gebelik döneminden başlamak üzere bilgi sağlama, sosyal destek verme ve problem çözme konusunda anneyi desteklemelidir.

Annelerle daha önce yapılan çalışmalar sonucunda akran eğitiminin ve anneyi yargılamayıp, sorgulamayan profesyonel desteğin önemi görülmüştür. Buradan yola çıkarak gebelik ve sonrası döneminde anne adaylarına birinci basamak sağlık çalışanları rehberliğinde sorunların konuşulduğu gruplu sosyal destek çalışmaları yapılabilir.

Anne adayı veya anne birinci basamak sağlık çalışanları tarafından yapılan ev ziyaretleri esnasında kendi sosyo-ekonomik şartlarındayken değerlendirilip doğum sonrası depresyon açısından risk teşkil edebilecek koşullara erken dönemde tedbir alınabilir.

Çalışmamızın sonuçları genel literatürle paralellik göstermektedir. Annelerin doğum sonrası dönemde aldıkları sosyal destek sayesinde fiziksel ve ruhsal yönden güçlerini bebek bakımına ve kendi sağlıklarına yönlendirmelerini sağlamanın DSD'yi engellediği, birinci basamağın sağladığı kapsayıcı, bireysel ve sürekli bakımla annenin anneliği kabul ve problemleri aşma noktasında çok yardımcı olduğu kanısındaız. Birinci basamak sağlık ekibi (doktor, hemşire, ebe) DSD'nin oluşumuna zemin oluşturacak risk faktörlerini önceden görüp müdahale ederek ve gereğinde sosyal desteğini de arttırarak annelere rehberlik etmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Gabbard G. Mood disorders: psychodynamic etiology. Williams And Wilkins Comp Baltimore. 1995.
2. Colman I, Ploubidis GB, Wadsworth ME, Jones PB, Croudace TJ. A longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. *Biological psychiatry*. 2007;62(11):1265-71.
3. Field T, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother–infant interactions. *Developmental psychology*. 1985;21(6):1152.
4. Cutrona CE, Troutman BR. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child development*. 1986:1507-18.
5. Engindeniz A, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*. 1996;1:51-2.
6. Hupcey JE. Social support: Assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*. 1998;8(3):304-18.
7. Greenley JR. Social factors, mental illness, and psychiatric care: Recent advances from a sociological perspective. *Psychiatric Services*. 1984;35(8):813-20.
8. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1990;55(3-4):610-7.
9. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;34:17-25.
10. Brugha TS, Sharp H, Cooper S-A, Weisender C, Britto D, Shinkwin R, et al. The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological medicine*. 1998;28(01):63-79.

11. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nursing research. 2001;50(5):275-85.
12. Tuğlu C, Türe M, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci basamak için beck depresyon tarama ölçeği'nin türkçe çevriminin geçerlik ve güvenirliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2007;9(3):117-22.
13. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2007;17(2):126-33.
14. Serhan N, Ege E, Ayrancı U, Kosgeroglu N. Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. Journal of clinical nursing. 2013;22(1-2):279-84.
15. Bilgel N. Halk sağlığı bakışıyla ana ve çocuk sağlığı: Güneş ve Nobel; 1997.
16. Libiger J. Depression is frequent in primary care. WPA Bulletin on Depression. 2005;10(29):1-4.
17. <http://www.who.int/whr/2013/report/en/>. Erişim tarihi: 10.04.2017
18. Z. B. Majör Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Mizaç ve Karakter Özellikleri [Uzmanlık tezi]: M.Ü. Tıp Fakültesi; 2011.
19. O S. Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi. [Uzmanlık tezi]: A.Ü. Tıp Fakültesi; 2012.
20. Kesebir S. Depresyon ve somatizasyon. Klinik psikiyatri. 2004;1:14-9.
21. Najman J, Andersen M, Bor W, O'Callaghan M, Williams G. Postnatal depression—myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2000;35(1):19-27.
22. Doğan O. Depresyonun epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi. 2000;1:29-38.
23. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co; 1988.
24. BB A. Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları sıklığı [Uzmanlık Tezi]2008.
25. E. Köroğlu Ç. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Birliği AP, editor. Ankara: HYB Basım Yayın; 2013.

26. Gibbs R KB, Haney AF, Nygaard IE. Danforth's obstetrics and gynecology. MD B, editor: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
27. V. F. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi N. CM, editor. Ankara: Güneş Kitabevi; 2009.
28. D O. Konya il merkezinde gebe kadınların beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları ve bunun yeni doğan üzerine etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Ankara University; 2006.
29. G. D. Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2003.
30. Nelson AM. Transition to motherhood. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2003;32(4):465-77.
31. Öztürk H ŞA. Doğum yapan annelerde algılanan sosyal destek faktörlerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2000;16:31-40.
32. Elsenbruch S, Benson S, Rütke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Human reproduction. 2007;22(3):869-77.
33. Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;12:99-110.
34. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 1997;18(4):266-72.
35. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(3):201-8.
36. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Piha J, Helenius H. Prenatal maternal representations: Mothers at psychosocial risk. Infant Mental Health Journal. 2001;22(5):529-44.
37. Marakoğlu K ŞMŞ. Gebelikte Depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(4):525-32.

38. Beck CT. Postpartum Depression Stopping the Thief That Steals Motherhood. *Nursing for Women's Health*. 1999;3(4):41-4.
39. Ocaktan ME, Caliskan D, Oncu B, Ozdemir O, Kose K. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. *Journal of Ankara University School of Medicine*. 2006;59:151-7.
40. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*. 2000;59(1):31-40.
41. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006;35(4):491-8.
42. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(12):2725-36.
43. Bödecs T, Horváth B, Kovács L, Diffellné Németh M, Sándor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orvosi hetilap*. 2009;150(41):1888-93.
44. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*. 2003;12(4):373-80.
45. Kheirabadi GR, Maracy MR. Perinatal depression in a cohort study on Iranian women. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2009;15(1):41-9.
46. Cankorur VS, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ open*. 2015;5(4):e006456.
47. Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community-based study in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2007;28(4):195-200.

48. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Maternal and child health journal*. 2010;14(4):485-91.
49. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009;25(4):344-56.
50. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002;37(3):125-9.
51. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International journal of epidemiology*. 2002;31(6):1201-7.
52. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2008;34(4):585-93.
53. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;163(1):27-31.
54. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*. 2004;26(4):289-95.
55. Özvarış Ş. Toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2008;39:168-74.
56. Karabekiroglu K. Gebelik Dönemi ve Bebek Ruh Sağlığı. *Bebek Ruh Sağlığı Temel Kitabı* K Karabekiroğlu (Ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2012:25-36.
57. Robertson E, Celasun N, Stewart D. Risk Factors for Postpartum Depression. 2003.
58. Austin M-P, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of affective disorders*. 2007;101(1):169-74.
59. Bloch M, Meiboom H, Lorberblatt M, Bluvstein I, Aharonov I, Schreiber S. The effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy for the

- treatment of postpartum depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73(2):235-41.
60. Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(3).
61. Warner R, Appleby LS, Whitton A, Faragher BA. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(5):607-11.
62. Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*. 2003;2(3):42-6.
63. E. A. Ankara' da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine Başvuran Gebelerde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler [Yükses Lisans Tezi]: Ankara Üniversitesi; 2013.
64. Lau Y, Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*. 2007;64(9):1802-11.
65. Kirpınar İ, Tepeli İÖ, Gözüm S, Pasınlıoğlu T. Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısallık dağılımı: İleriye dönük bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(1).
66. Field T. Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behavior and Development*. 2011;34(1):1-14.
67. Fisher J, Mello MCd, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;90(2):139-49.
68. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(9):946-52.
69. Ban L, Gibson JE, West J, Tata LJ. Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2010;10(1):799.

70. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(8):607-15.
71. Onunaku N. Improving maternal and infant mental health: Focus on maternal depression: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy; 2005.
72. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychology*. 2000;19(6):535.
73. Kelly RH, Russo J, Holt VL, Danielsen BH, Zatzick DF, Walker E, et al. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;100(2):297-304.
74. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development*. 2009;85(1):65-70.
75. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing*. 1998;12(1):12-20.
76. Weinberg MK, Tronick E. Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. *Postpartum depression and child development*. 1997:54-81.
77. Sanderson C, Cowden B, Hall D, Taylor E, Carpenter R, Cox J. Is postnatal depression a risk factor for sudden infant death? *Br J Gen Pract*. 2002;52(481):636-40.
78. Jones NA, Field T, Fox NA, Davalos M, Gómez C. EEG during different emotions in 10-month-old infants of depressed mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2001;19(4):295-312.
79. Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001;42(5):623-36.
80. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms:

relationships with child outcomes at age 5. *Developmental psychology*. 2000;36(6):759.

81. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *Journal of affective disorders*. 2007;97(1):145-54.
82. Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*. 2001;107(6):1317-22.
83. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(11):726-35.
84. Comtois KA, Schiff MA, Grossman DC. Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(2):120. e1-. e5.
85. Da Silva RA, da Costa Ores L, Jansen K, da Silva Moraes IG, de Mattos Souza LD, Magalhães P, et al. Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community mental health journal*. 2012;48(3):392-5.
86. Hasser C, Brizendine L, Spielvogel A. SSRI use during pregnancy. *Current Psychiatry*. 2006;5(4):31-40.
87. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;202(1):5-14.
88. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. *Journal of general internal medicine*. 1997;12(7):439-45.
89. Orr ST, Blazer DG, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of women's health*. 2007;16(4):535-42.
90. Su K-P, Chiu T-H, Huang C-L, Ho M, Lee C-C, Wu P-L, et al. Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *General Hospital Psychiatry*. 2007;29(5):436-41.

91. Bunevicius A, Kusminskas L, Pop VJ, Pedersen CA, Bunevicius R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009;30(4):238-43.
92. Fernandes MC, Srinivasan K, Stein AL, Menezes G, Sumithra R, Ramchandani PG. Assessing prenatal depression in the rural developing world: a comparison of two screening measures. *Archives of women's mental health*. 2011;14(3):209-16.
93. Tandon SD, Cluxton-Keller F, Leis J, Le H-N, Perry DF. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *Journal of affective disorders*. 2012;136(1):155-62.
94. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*. 1987;150(6):782-6.
95. Ghubash R, Abou-Saleh M, Daradkeh T. The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1997;32(8):474-6.
96. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;95(5):428-32.
97. Small R, Lumley J, Yelland J, Brown S. The performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in English speaking and non-English speaking populations in Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(1):70-8.
98. Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale—implications for clinical and research practice. *Archives of women's mental health*. 2006;9(6):309-15.
99. Lee D, Yip S, Chiu H, Leung T, Chan K, Chau I, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1998;172(5):433-7.

100. Berle JØ, Aarre T, Mykletun A, Dahl A, Holsten F. Screening for postnatal depression: validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of affective disorders*. 2003;76(1):151-6.
101. Da-Silva Vd, Moraes-Santos A, Carvalho M, Martins M, Teixeira N. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 1998;31(6):799-804.
102. Garcia-Esteve Ls, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of affective disorders*. 2003;75(1):71-6.
103. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1986;134(1):31.
104. S Ö. Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyodemografik etmenler [Uzmanlık tezi]: S.Ü.Meram Tıp Fakültesi; 2007.
105. Howard M, Battle C, Pearlstein T, Rosene-Montella K. A psychiatric mother-baby day hospital for pregnant and postpartum women. *Archives of women's mental health*. 2006;9(4):213-8.
106. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(7):1028-30.
107. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(3):555-62.
108. Grigoriadis S, Ravitz P. An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression focusing on interpersonal changes. *Canadian Family Physician*. 2007;53(9):1469-75.
109. O'hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(11):1039-45.
110. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:132-9.

111. Favreliere S, Nourrisson A, Jaafari N, Pérault PM. Treatment of depressed pregnant women by selective serotonin reuptake inhibitors: risk for the foetus and the newborn. *L'Encephale*. 2010;36:D133-8.
112. Diav-Citrin O, Ornoy A. Selective serotonin reuptake inhibitors in human pregnancy: to treat or not to treat? *Obstetrics and gynecology international*. 2011;2012.
113. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, Olney RS, Friedman JM. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(26):2684-92.
114. Einarson A, Pistelli A, DeSantis M, Malm H, Paulus WD, Panchaud A, et al. Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(6):749-52.
115. Källén B, Olausson PO. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2008;17(8):801-6.
116. Suri R, Altshuler L, Hellemann G, Burt VK, Aquino A, Mintz J. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(8):1206-13.
117. Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*. 2008;33(4):302.
118. Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000;61(2):79-90.
119. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2001;62(5):332-6.
120. Rees A-M, Austin M-P, Parker GB. Omega-3 fatty acids as a treatment for perinatal depression: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008;42(3):199-205.

121. Erdem Ö, Bez Y. Doğum sonrası hüzün ve doğum sonrası depresyon. Konuralp Tıp Dergisi. 2009;1(1):32-7.
122. soon Christian SJ. Meta-Analysis of the effectiveness of biological and non-biological treatments for postpartum depression. Meta. 2013;2013:03-18.
123. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. New England Journal of Medicine. 2002;347(3):194-9.
124. Depresyon GLDS. Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(1):58-67.
125. Noble RE. Depression in women. Metabolism. 2005;54(5):49-52.
126. Ahokas A, Aito M, Turtiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000;101(2):167-9.
127. Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. Archives of Women's Mental Health. 2000;3(1):7-14.
128. Boldwin L. Theories of Child Development. John Willey and Sons. Inc New York. 1967.
129. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin. 1985;98(2):310.
130. Kessler RC, Price RH, Wortman CB. Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. Annual review of psychology. 1985;36(1):531-72.
131. Whatley SL, Clopton JR. Social support and suicidal ideation in college students. Psychological reports. 1992;71(3 suppl):1123-8.
132. Upton D. Social support and emotional adjustment in people with chronic epilepsy. Journal of Epilepsy. 1993;6(2):105-11.
133. Paykel ES. Life events, social support and depression. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994;89(s377):50-8.
134. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, social support and suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994;89(s377):65-72.
135. Coyne JC, Downey G. Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. Annual review of psychology. 1991;42(1):401-25.

136. Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection. *Social science & medicine*. 1996;42(2):173-83.
137. Caplan G. Support systems and community mental health: Lectures on concept development: Behavioral Publications; 1974.
138. Özdemir İ. Aile Yanında Yaşayan ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Kaygı Düzeyleri ve Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2013.
139. Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. 2006;22(2):169-80.
140. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Social Support Provided by Public Health Nurses and the Coping of First-Time Mothers with Child Care. *Public health nursing*. 1999;16(2):114-9.
141. Cronenwett LR. Parental network structure and perceived support after birth of first child. *Nursing Research*. 1985;34(6):347-51.
142. Davis JH, Brucker MC, MacMullen NJ. A study of mothers' postpartum teaching priorities. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1988.
143. Kazarian SS, McCabe SB. Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology*. 1991;19(2):150-60.
144. Can H, Çakır L. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2012;3(2):35-42.
145. Erol N, Kiliç C, Ulusoy M, Keçeci UDM, Shu Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998.
146. Uğurlu M, Soydal T. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerin Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz dergisi*. 2004;12(1):41-5.
147. Akın A, Üner S, Arslan Ş, Yıldırım N, Aslan D, Erdost T. Kadının statüsü ve sağlığı ile ilgili gerçekler. KSGM, Ankara. 2008.

148. http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf. Erişim tarihi:15.05.2017
149. Atasoy N, Bayar Ü, Hakan S, Konuk N, Levent A, Barut A, et al. Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik ve Sosyodemografik Risk Etkenleri. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2004;14(5):252-7.
150. Danacı A, Dinç G, Deveci A, Şen F, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000;11(3):204-11.
151. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevalansı ve Risk Faktörleri.
152. Nur N, Çetinkaya S, Bakır D, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;26(2):55-9.
153. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):243-51.
154. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2011;8(1):31-46.
155. M. B. Algılanan Sosyal Destekle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2001.
156. Demir Sevil Ü, Saruhan A, Ertem G, Kavlak O. Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin ve Buna Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;18:17-9.
157. Moraes IGdS, Pinheiro RT, Silva RAD, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. Revista de Saúde Pública. 2006;40(1):65-70.
158. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social

- support at 6 and 12 weeks postpartum. Archives of Psychiatric Nursing. 2011;25(3):174-84.
159. Esen Danaci A, Dinç G, Deveci A, Seyfe Şen F, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2002;37(3):125-9.
160. http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf. Erişim tarihi: 12.04.2017
161. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. The British Journal of Psychiatry. 1984;144(1):35-47.
162. Aderibigbe Y, Gureje O, Omigbodun O. Postnatal emotional disorders in Nigerian women. A study of antecedents and associations. The British Journal of Psychiatry. 1993;163(5):645-50.
163. Vural A, Gülcihan. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;3(1):33.
164. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2009;10:14-20.
165. Özdemir İ. Aile Yanında Yaşayan ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Kaygı Düzeyleri ve Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.
166. Enstitüsü HÜNE. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014;1.
167. Hung CH. Predictors of postpartum women's health status. Journal of Nursing Scholarship. 2004;36(4):345-51.
168. Clavenna A, Seletti E, Cartabia M, Didoni A, Fortinguerra F, Sciascia T, et al. Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. BMC psychiatry. 2017;17(1):42.
169. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD. Early discharge and risk for postnatal depression. Medical Journal of Australia. 1997;167(5):244-9.

170. F. Y. Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe Ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2012.
171. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract.* 1996;46(408):427-8.
172. Campbell KE, Marsden PV, Hurlbert JS. Social resources and socioeconomic status. *Social networks.* 1986;8(1):97-117.
173. Braverman J, Roux J. Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology.* 1978;52(6):731-6.
174. H Ö. Annelik Kimlik Gelişimi Eğitiminin Primiparların Annelik Rolü Kazanımına ve Bebeğim Algısına Etkisi [Doktora Tezi]: Ataturk University; 2010.
175. Whiffen VE. Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology.* 1988;97(4):467-74.
176. Çeber T, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 2002:858-61.
177. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain.* 2008;140(1):87-94.
178. Goecke T, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann M, Beetz A. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of gynecology and obstetrics.* 2012;286(2):309-16.
179. Sword W, Kurtz Landy C, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2011;118(8):966-77.

180. Chaaya M, Campbell O, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of women's mental health*. 2002;5(2):65-72.
181. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11(1):3-16.
182. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*. 2008;108(1):147-57.
183. Kossakowska K. Incidence and determinants of postpartum depression among healthy pregnant women and high-risk pregnant women. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2016;25(1):1-21.
184. Stepanikova I, Kukla L. Is Perceived Discrimination in Pregnancy Prospectively Linked to Postpartum Depression? Exploring the Role of Education. *Maternal and Child Health Journal*. 2017:1-9.
185. Hillard PJA. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 1985;66(2):185-90.
186. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychology, health & medicine*. 2006;11(4):425-31.
187. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*. 2003;30(3):175-80.
188. Andrews-Fike C. A review of postpartum depression. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 1999;1(1):9.
189. Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C, Arora C, Hobel CJ. Placental corticotropin-releasing hormone mediates the association between prenatal social support and postpartum depression. *Clinical Psychological Science*. 2013;1(3):253-65.
190. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and child health journal*. 2013;17(4):616-23.

191. Webster J, Linnane JW, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*. 2000;27(2):97-101.
192. Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Research in nursing & health*. 2005;28(1):27-38.
193. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *International journal of nursing studies*. 2009;46(10):1355-73.
194. Scope A, Booth A, Morrell CJ, Sutcliffe P, Cantrell A. Perceptions and experiences of interventions to prevent postnatal depression. A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders*. 2017;210:100-10.
195. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient education and counseling*. 2012;87(3):405-10.
196. Chris Coe MA S. Supporting women with perinatal mental health problems: the role of the voluntary sector. *Community Practitioner*. 2013;86(2):23.
197. Migl KS. The lived experiences of prenatal stress and mind-body exercises: Reflections of post-partum women 2009.
198. Myors KA, Schmied V, Johnson M, Cleary M. 'My special time': Australian women's experiences of accessing a specialist perinatal and infant mental health service. *Health & social care in the community*. 2014;22(3):268-77.

8. EKLER

EK 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Arş.Gör.Dr.Halime Pınar DEMİRÖZ
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Gebelerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekle Doğum Sonrası Depresyon Araştırmadaki İlişkinin Araştırılması
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 6 Karar No: 19	Tarih: 24.10.2016
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Doç.Dr.Hamidullah UYANIK
Üye

Yrd.Doç.Dr.Zahide KOŞAN
Üye

Yrd.Doç.Dr.İlker DİCE
Üye

Uz.Dr.Sevilay AKALP ÖZMEN
Üye

Op.Dr.Binali FIRINCI
Üye

Arş.Gör.Dr.Kamil DURMUŞ
Üye (Hukukçu)

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK 2. Sağlık Bakanlığı İzni



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

ERZURUM HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM
HSA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
23/06/2017 11:03 - 38940367 - 604.02 - E 537



Sayı : 38940367/604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Yrd. Doç. Dr.
Kenan TAŞTAN)

AATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Dr. Halime Pınar DEMİRÖZ tarafından yapılmak istenen "Atatürk Üniversitesi Aile Sağlığı Birimlerinde Takip Edilen Gebelerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekle Doğum Sonrası Depresyon Arasındaki İlişki" konulu araştırma için Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilgili olarak, araştırma talepleri için oluşturulan komisyonun yapmış olduğu değerlendirme neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Eğitim aile sağlığı merkezinde yapılacak olan araştırmalarda ise, eğitim aile sağlığı merkezi çalışanlarının araştırmaya ilişkin bilgilendirilmesi uygun olacaktır. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması, katılımcının hizmet aldığı aile sağlığı merkezinin belirtilmemesi ve araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanması gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Tamamlanan araştırma raporu THSK' ye gönderilmek üzere iki nüsha olarak Müdürlüğümüze verilmesi gerekmektedir. İlgili kişiye durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mahmut UÇAR
Halk Sağlığı Müdürü

Hastaneler Caddesi Halk Sağlığı Müdürlüğü A blok Yakutiye /ERZURUM

Faks No:

e-Posta:Emine.Sat@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Emine ŞAT CANCAN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 31b2614e-d1b3-47ac-9e01-d06007f40629 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Emine ŞAT CANCAN

Unvan:EBE

Telefon No:444 34 76- Dahili : 2525

EK 3. Görüşme Formu

BİREYSEL GÖRÜŞME FORMU

Adı, Soyadı:

Yaş:

Medeni Hal (dini nikâh ise lütfen belirtiniz):

Evli iseniz süresi: (çarpı koyunuz)

1 yıldan az: 1-5 yıl: 5-10 yıl: 10 yıldan fazla:

Öğrenim durumunuz:

Okumadım: İlkokul: Ortaokul: Lise: Üniversite: Yüksek okul:

Çalışıyor musunuz? Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?

Herhangi bir hastalığınız var mı? (Yüksek tansiyon, diyabet, guatr, vb.) Varsa

süre belirtiniz.

Hiç depresyon geçirdiniz mi? Lütfen açıklayınız.

Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı? (Varsa doz belirtiniz)

Sürekli kullandığınız ilaç var mı? (Varsa doz belirtiniz.)

Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane?

İsteyerek mi hamile kaldınız? (Açıklayınız)

Eşiniz çalışıyor mu? Çalışıyorsa mesleği nedir?

Aylık gelirinizi belirtiniz:

500TL'den az: 500-1000TL arası: 1000-5000TL arası: 5000TL'den fazla: Evde yaşayan kişi sayısını belirtiniz:

Oturduğunuz evin kendinize ait mi kira mı olduğunu belirtiniz:

Aile içinde huzursuzluk/şiddet varsa lütfen açıklayarak belirtiniz:

Son 6 ay içinde 1. dereceden yakınınızı kaybettiniz mi?

BU BÖLÜM DOĞUMDAN SONRA DOLDURULACAKTIR:

Sağlıklı bir çocuk dünyaya getirdiniz mi?

Doğum şekliniz:

Bebeginizi emzirdiniz mi?

Doğum sonrası herhangi bir sıkıntı yaşadınız mı? (Lütfen açıklayınız.)



EK 4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok seyrek

Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık

Bazen.

Hemen hemen hiç

Asla

EK 5. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği

Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın yaşı: _____ Cinsiyeti: _____ Öğrenim durumu: _____

Açıklama

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere **son iki haftadaki** duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü

- 0 Üzgün değilim.
- 1 Zaman zaman üzgünüm.
- 2 Her zaman üzgünüm.
- 3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

2. Kötümserlik

- 0 Gelecekte umutsuz değilim.
- 1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
- 2 Gelecekte çok umutsuzum.
- 3 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geçmişteki başarısızlıklar

- 0 Kendimi başarısız görmüyorum.
- 1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
- 2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
- 3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

4. Kendini beğenmeme

- 0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
- 1 Kendime olan güvenim azaldı.
- 2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.
- 3 Kendimden nefret ediyorum.

5. Kendini suçlama

- 0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyor ve suçlamıyorum.
- 1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
- 2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
- 3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

6. İlgî kaybı

- 0 İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
- 1 İnsanlar ve olaylara olan ilgim azaldı.
- 2 İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
- 3 Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum.

7. İntihar düşüncesi veya isteği

- 0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
- 1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
- 2 Kendimi öldürmek isterdim.
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Toplam puan

EK 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Modifiye Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için yedi farklı durum tariflenmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için sizin durumunuzu ifade eden cümlelerin yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan cümleyi daire içine alınız.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet Ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet Ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet Ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet Ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma ve çevreme güvenebilirim.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet Ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır

Hayır
Kısmen hayır
Ne evet Ne hayır
Evet
Çoğunlukla evet
Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır
Hayır
Kısmen hayır
Ne evet Ne hayır
Evet
Çoğunlukla evet
Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, yakın dost, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır
Hayır
Kısmen hayır
Ne evet Ne hayır
Evet
Çoğunlukla evet
Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet Ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır

Hayır

Kısmen hayır

Ne evet Ne hayır

Evet

Çoğunlukla evet

Kesinlikle evet

EK 7. Aydınlatılmış Onam Formu

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	
---	---	---

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN ve Arş. Gör. Dr. Halime Pınar DEMİRÖZ tarafından yürütülen “Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Gebelerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekle Doğum Sonrası Depresyon Arasındaki İlişkinin Araştırılması” amacı olan araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)

- Araştırmanın Amacı: Sosyal Destek-Doğum Sonrası Depresyon Durumu ve Birbirleriyle İlişisini İncelemek
- Araştırmanın İçeriği: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Gebelere Anket Çalışması
- Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☐ **Tez çalışması**
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 10-15 dk
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Halime Pınar DEMİRÖZ İmzası: