



T. C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**PERİNATAL DEPRESYONDA TEDAVİYE ERİŞİMİN
ÖNÜNDEKİ ENGELLER- NİTEL VE NİCEL BİR
İNCELEME**

KÜBRA AKBULUT

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ESRA YAZICI

2025-SAKARYA

T. C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**PERİNATAL DEPRESYONDA TEDAVİYE ERİŞİMİN
ÖNÜNDEKİ ENGELLER- NİTEL VE NİCEL BİR
İNCELEME**

KÜBRA AKBULUT

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ESRA YAZICI

2025-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Kübra AKBULUT

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Perinatal Depresyonda Tedaviye Erişimin Önündeki Engeller- Nitel Ve Nicel Bir İnceleme

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez . . . /202. . tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir. ” . . . /202. .

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tez, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından 123S710 numaralı proje ile desteklenmiş olup bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T. C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan tarihinde onay alarak (onay no: E.....) hazırlanmıştır.

Tarih:

.../.../.....

Kübra AKBULUT

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitim sürecimde bana bilgi ve tecrübeleri ile ışık tutan klinik şefimiz sayın hocam Prof. Dr. Atila EROL'a, hayata bakışı ve duruşu ile bana örnek olan sayın hocam Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ'ye, klinik yaklaşımı ile bana yol gösteren sayın hocam Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI'ya ve hem tez sürecimde hem de ihtiyacım olduğu her anda yanımda olan, bana her konuda ilham kaynağı olan, sayın hocam Prof. Dr. Esra YAZICI'ya,

Tezimin her aşamasında bana yardımcı olan sayın hocam Doç. Dr. Elif Köse'ye,

Sakarya'yı benim için bir yuva haline getiren, bu şehri hiç beklemediğim kadar anlamlı ve özel kılan sevgili arkadaşlarım Abdullatif Koyun, Leyla Mammadova, Melek Karaca, Onur Davutoğlu ve Zekiye Davutoğlu'na,

İşe her gün keyifle gelmemi sağlayan, birlikte güzel anılar biriktirdiğim ve bu kliniği güzelleştiren tüm asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin değerli uzmanlarına, büyük bir özveri ile çalışan kıymetli hemşirelerimize ve tüm personelimize,

Bugünlere gelmemde emekleri sonsuz olan, hep yanımda olduklarını bildiğim sevgili annem, babam, abim ve biricik kardeşime içtenlikle teşekkür ederim.

Saygılarımla

Dr. Kübra AKBULUT

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Perinatal Depresyonun Tanımı ve Önemi	5
2.1.1. Perinatal depresyon	5
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Sonuçları ve etkisi	6
2.2. Perinatal Depresyonda Tedaviye Erişim	8
2.2.1. Perinatal depresyonda tedaviye erişimin önündeki engeller.....	8
2.2.1.1.Nitel çalışmaların sonuçları	8
2.2.1.2. Nicel çalışmaların sonuçları.....	10
2.3. Özgün Değer	12
2.4. Kavramsal Model ve Araştırma Çerçevesi	13
2.4.1. Biyopsikososyal model	13
2.4.2. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği teorisi.....	15
2.4.3. Sağlık inanç modeli.....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.2.Uygulama	18
3.2.1. İlk aşama: nitel değerlendirme	18
3.2.1.1. Nitel örneklem oluşturma (randevu planlama ve görüşme ortamı yönetimi)	18
3.2.1.2. Nitel görüşme için yarı yapılandırılmış form oluşturma.....	19
3.2.1.3. Araştırmacıların eğitimi	20
3.2.1.4. Nitel görüşmeler ve analiz	20
3.2.1.5. Veri toplama: katılımcılarla yapılan görüşmeler.....	20
3.2.1.6. Görüşmelerin kaydı, veri transkripti / dokümantasyonu.....	21
3.2.1.7. Verilerin ön okuması ve ayıklanması.....	21

3.2.1.8. Veri kodlama	22
3.2.1.9. Tema ve kodların güvenilirliğini kontrol etme ve detaylı analiz	22
3.2.1.10. Betimleyici analiz ile temaları ve kodları destekleyen alıntılara yer verilmesi ve ilişkilendirme	22
3.2.1.11. Sonuçların değerlendirilmesi ve raporlanması.....	23
3.2.2. İkinci aşama: nicel değerlendirme	23
3.2.2.1. Nicel görüşme formunun hazırlanması	23
3.2.2.2. Nicel örneklem oluşturma	23
3.2.2.3. Nicel görüşme formu ve diğer ölçeklerin uygulanması	23
3.2.3. Araştırmanın dahil edilme kriterleri.....	24
3.2.4. Araştırmanın dışlama kriterleri	25
3.3. İstatistiksel Analiz.....	25
3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları	26
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.5.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-2)	26
3.5.2. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EPDÖ) (Ek-3).....	27
3.5.3. Nitel görüşme formu (Ek-4).....	27
3.5.4. Nicel görüşme formu (Ek-5)	27
4.BULGULAR.....	29
4.1.Nitel Aşama Bulguları.....	29
4.1.1. Sosyodemografik ve klinik özellikler	29
4.1.2. EPDÖ bulguları.....	30
4.1.3.Temalar	31
4.1.3.1.Bireysel faktörler.....	32
4.1.3.2. Çevresel faktörler.....	34
4.1.3.3. Sosyokültürel faktörler.....	37
4.1.3.4. Damgalanma ile ilgili faktörler	39
4.1.3.5. Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler	41
4.2. Nicel Aşama Bulguları.....	43
4.2.1. Sosyodemografik ve klinik özellikler	43
4.2.2. EPDÖ bulguları.....	58
4.2.3.Sosyodemografik değişkenler ve EPDÖ skorları arasındaki ilişki	59
4.2.4. Nicel görüşme formu sonuçları.....	60
4.2.5. EPDÖ skorları ve nicel görüşme formu arasındaki ilişki.....	72
5.TARTIŞMA	77
5.1. Nitel Aşama.....	77
5.2. Nicel Aşama	84
7.KAYNAKLAR	87
7. EKLER.....	96
EK-1: Etik Kurul Onayı	96

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu	97
EK-3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ)	103
EK-4: Nitel Görüşme Formu	105
EK-5: Nicel Görüşme Formu	107
ÖZGEÇMİŞ	110



KISALTMA VE SİMGELER

BF: Bireysel Faktörler

ÇF: Çevresel Faktörler

DF: Damgalama ile İlgili Faktörler

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EPDÖ: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

SEAH: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SİM: Sağlık İnanç Modeli

SKE: Sosyokültürel engeller

SSF: Sağlık sunucuları ile ilgili faktörler

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Akış şeması	24
Şekil 4.1. Tema ve alt temalar	31
Şekil 4.2. Alt temaların toplam puanlarına göre bar grafiği.....	69



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Gebelik döneminde ve gebelik sonrası dönemde olan kadınların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (nitel örneklem).....	30
Tablo 4.2. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların EPDÖ puanları (nitel örneklem)	31
Tablo 4.3. Bireysel faktörler teması	34
Tablo 4.4. Çevresel faktörler teması.....	37
Tablo 4.5. Sosyokültürel faktörler teması	39
Tablo 4.6. Damgalama ile ilgili faktörler teması.....	41
Tablo 4.7. Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler teması.....	43
Tablo 4.8. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (nicel örneklem).....	44
Tablo 4.9. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki gestasyonel özelliklere göre karşılaştırılması (nicel örneklem).....	46
Tablo 4.10. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların klinik özelliklere göre karşılaştırılması (nicel örneklem).....	47
Tablo 4.11. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların psikiyatrik hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem)	49
Tablo 4.12. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların son gebelik ve emzirme dönemi öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem)	52
Tablo 4.13. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların sosyal destek öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem).....	55
Tablo 4.14. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerine ve eşleri ile ilişkisine göre karşılaştırılması (nicel örneklem)	57

Tablo 4.15. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların EPDÖ puanları (nicel örneklem)	59
Tablo 4.16. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların EPDÖ puanlarına göre karşılaştırılması (nicel örneklem).....	59
Tablo 4.17. Sosyodemografik veri formu ve EPDÖ skorları arasındaki ilişki.....	59
Tablo 4.18. Nicel görüşme formu puanları	65
Tablo 4.19. Nicel görüşme formu sorularının alt temalara göre toplam toplam puanlarının analizi	68
Tablo 4.20. Nicel görüşme formu sorularının evet ve hayır cevaplarına göre analizi	69
Tablo 4.21. EPDÖ skorları ve nicel görüşme formu puanlarının birbiriyle korelasyonu	74

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada perinatal dönemde depresyon açısından riskli hastalarının tedaviye başvurmalarının önündeki gözden kaçan, kültüre ve bölgeye özgü engellerin tespiti amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışma nitel ve nicel yöntemin kullanıldığı 2 aşamadan oluşmaktadır. Çalışmaya 2022 yılında kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) uygulanan ve depresyon açısından riskli saptanıp perinatal psikiyatri polikliniğine yönlendirilen ancak tedaviye başvurmeyen kadınlar dahil edilmiştir. Nitel aşama için 20 katılımcıya sosyodemografik veri formu, EPDÖ uygulanmış ve nitel görüşme yapılmıştır. Nicel aşama için ise 66 katılımcıya sosyodemografik veri formu, EPDÖ ve nitel veriler doğrultusunda oluşturulan nicel anket formu uygulanmıştır.

BULGULAR: Nitel aşamada bireysel faktörler, çevresel faktörler, sosyokültürel faktörler, damgalama ile ilgili faktörler ve sağlık sunucusu ile ilgili faktörler olmak üzere toplam 5 tema elde edilmiştir. Nicel aşamada ise en çok puan alan ilk 3 soru ‘temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin; toplumda kadının sorumluluğunda olması’, ‘temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin yoğunluğu’, ‘günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal sorunlarınızın önünde olması’ şeklinde tespit edilmiştir. Nicel anket formundaki soruların EPDÖ ile korelasyonu incelendiğinde ‘çocuğunuzu bırakabileceğiniz güvenilir bir yer olmaması’, ‘yakın çevrenizin yaşadığınız ruhsal sıkıntıları önemsiz görmesi’, ‘temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin yoğunluğu’, ‘günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal sorunlarınızın önünde olması’, ‘temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin; toplumda kadının sorumluluğunda olması’, ‘eşinizin gebelik ve doğum sonrası dönemde ilgisiz olması veya yetersiz destek göstermesi’ soruları ile pozitif yönde korelasyon saptanmıştır.

SONUÇ: Nitel aşamada, bireysel faktörler, çevresel faktörler, sosyokültürel faktörler, damgalama ile ilgili faktörler ve sağlık sunucusu ile ilgili faktörler olmak üzere beş tema elde edilirken nicel aşamada ise, en yüksek puan alan 3 sorunun sosyokültürel faktörler ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Nitel inceleme, perinatal depresyon, tedavinin önündeki engeller

ABSTRACT

Barriers to access to treatment in perinatal depression- a qualitative and quantitative review

AIM: This study aimed to identify culture- and region-specific barriers that prevent women at risk for perinatal depression from seeking treatment.

MATERIALS AND METHODS: The study was conducted in two stages using qualitative and quantitative methods. Participants were women at risk for depression, identified via the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) at the obstetrics clinic in 2022. Despite being referred to the perinatal psychiatry clinic, these women did not seek treatment. In the qualitative stage, 20 participants completed a sociodemographic data form and the EPDS, followed a qualitative interviews. In the quantitative stage, 66 participants were administered the sociodemographic form, the EPDS, and a questionnaire based on qualitative findings.

RESULTS: In the qualitative phase, five themes were identified: individual factors, environmental factors, sociocultural factors, stigma-related factors, and health provider-related factors. In the quantitative phase, the top three barriers were identified as "household chores being considered women's responsibility", "the burden of household tasks" and "prioritizing daily responsibilities over mental health". A positive correlation was found between EPDS scores and factors such as "lack of reliable childcare options", "relatives dismissing mental distress", "the burden of household tasks", "daily life taking precedence over mental health", "societal expectations of women's roles" and "spousal indifference or inadequate support during pregnancy and postpartum". These results highlight how sociocultural and environmental factors significantly influence mental health during the perinatal period.

CONCLUSION: In the qualitative phase, five themes emerged: individual factors, environmental factors, sociocultural factors, stigma-related factors, and health provider-related factors. In the quantitative phase, the three highest-scoring questions were primarily related to sociocultural factors.

Keywords: Barriers to treatment, perinatal depression, qualitative analysis

1.GİRİŞ

Gebelik, bir kadının hem fizyolojik hem de ruhsal olarak anneliğe hazırlandığı benzersiz bir süreçtir. Toplumda bu dönem, annenin sadece kendine odaklandığı, sükûnetle dolu, kutsal bir zaman dilimi olarak idealize edilir. Ancak gerçekte, gebelik her zaman umulduğu gibi problemsiz bir dönem olmayabilir (Apter ve ark., 2011). Genç annelerin, ekranda gördüğümüz küçük bebekleriyle zahmetsizce mutlu olan reklam yüzlerine benzediği sanılır. Oysa geçmişte, gebelik ve doğum sıklıkla hastalık ve hatta ölümle ilişkilendirilmiş, bu nedenle korkulan bir süreç olmuştur. 21. yüzyılın sonlarında, sanayileşmiş ülkelerde tıbbın ilerlemesi ve doğum süreçlerinin daha güvenli hale gelmesiyle, gebelik genellikle arzuyla beklenen ve sorunlardan arınmış bir deneyim olarak görülmektedir. Ancak dünyanın pek çok yerinde, anne sağlığı hâlâ risk altındadır ve doğum sırasında yüksek ölüm ve hastalık oranları kaydedilmektedir (Apter ve ark., 2011). Bu fiziksel zorlukların yanında, perinatal döneme özgü ruhsal hastalıklar da sık karşılaşılan ve kadın doğum uzmanlarının dikkatle ele aldığı sorunlardandır (O'Hara ve Wisner, 2014). Bu dönemin ışığı altında gizlenen gölgeler, annenin ruhunda derin izler bırakabilir. İşte bu yüzden, gebeliği yalnızca sevinçle anılan bir dönem olarak görmek yerine, onun hem mucizelerini hem de zorluklarını anlamaya çalışmak, anneye gerçek anlamda destek olmanın bir yoludur (O'Hara ve Wisner, 2014).

Perinatal ruhsal bozukluklar, gebelik ve doğumun ardından ilk bir yıl içinde meydana gelen psikiyatrik rahatsızlıklar olarak tanımlanmaktadır (O'Hara ve Wisner, 2014). Perinatal dönem, kadınlar için birçok biyolojik, nöroendokrin, psikolojik ve sosyal değişimin olduğu ve bunlara adaptasyonun gerçekleştiği bir dönemdir. Bu sebeple nüksetme riski bulunan ruhsal hastalığı bulunan kadınlar için özel ihtiyaçların olduğu bir zaman dilimidir (Kohn ve ark., 2004) Ayrıca yeni ruhsal bozuklukların da ortaya çıkabileceği, ruhsal ve fiziksel desteğe ihtiyacın oldukça arttığı bir süreçtir (O'Hara ve Wisner, 2014).

Perinatal dönemde depresyon görülme sıklığı ortalama olarak %20 (5-55) olarak tespit edilmiştir (Ladd ve ark., 2017). Orta veya daha düşük gelirli ülkelerde ise bu rakam %25,5 olarak tahmin edilmektedir (Roddy Mitchell ve ark., 2023).

Türkiye’de, antenatal depresyon için prevalans %12-36, postnatal depresyon için %15-35 arasında saptanmıştır (Yazici ve ark., 2015) Bazı akademisyenler ise hastalığın az bildirilmesinden dolayı perinatal depresyon prevalansının daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Leung ve Kaplan, 2009).

Perinatal depresyon, anne ve bebeği hem fiziksel hem de ruhsal olarak derinden etkileyebilecek olumsuz sonuçlar doğuran ciddi bir durumdur. Annenin yaşam kalitesi, bebeğin klinik durumu, anne-bebek ilişkisi, çocuğun ruh sağlığı, partnerler arası iletişim gibi birçok faktör üzerinde etkisi olabilmektedir (Stein ve ark., 2014; Ride ve Lancsar, 2016). Bu bulgular, perinatal depresyonun yalnızca bir ruh hali değişikliği olmadığını, anne sağlığını ve yaşamını doğrudan tehdit eden ciddi bir sorun olduğunu göstermektedir. Anneye bu hassas dönemde sunulacak destek, yalnızca bir kadının değil, aynı zamanda bir ailenin ve toplumun korunmasını ifade eder.

Perinatal dönemde ruhsal hastalıklar tanınmamakta, tanınsa bile yeterli tedavi alamamaktadırlar (Yazici ve ark., 2015). Perinatal dönemde depresyonun prevalansının yüksek olmasına rağmen aynı oranda tanı konmadığı ve tedavi edilemediği düşünülmektedir. Dünya çapındaki rakamlar durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır. Depresyonu olan kadınların %25’inin tıbbi yardım aldığı tahmin edilmektedir (Kimmel ve ark., 2018). Türkiye’de de benzer şekilde perinatal depresyon yaşayan kadınların sadece %28,7’sinin bir ruh sağlığı tedavisi aldığı belirlenmiştir (Yazici ve ark., 2015).

Perinatal dönemde ruhsal bozuklukların tanınmasındaki güçlükleri açıklamak için çeşitli nedenler sayılabilir. Bu nedenler hem sağlık sistemi ve çalışanlarıyla hem de hastayla ilgili olabilir. Sistem ve tedavi ekibiyle ilgili faktörler arasında, soruna yönelik farkındalığın yetersiz olması, görüşme ve muayeneler sırasında kapsamlı değerlendirmeler için vakit kısıtlılığı, anne-bebek izlem politikalarının eksikliği ve belirsiz sevk ağları yer almaktadır (Gjerdingen ve Yawn, 2007; Sheeder ve ark., 2009; Gjerdingen ve ark., 2009; Deveugele ve ark., 2002; Bennett ve ark., 2004). Hasta ile ilgili faktörler arasında, bu dönemdeki kadınların tedavi ve yardım arayışını engelleyen etmenler öne çıkmaktadır. Düşük eğitim düzeyi, erken yaşta annelik, yurtdışında doğmuş olmak ve gebeliğin ilk üç ayı içinde bulunmak gibi sebepler daha düşük tedavi başvurusu ile ilişkilendirilmektedir (Bales ve ark., 2015). Ayrıca, hastane

veya başka kuruluşlarda psikolojik destek sırasında çocuk bakımında yaşanan zorluklar, tedaviye başvurulacak yerin bilinmemesi, vakit bulamama, ulaşım sorunları, ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal damgalama ve bebeklerinin bakımından mahrum kalma endişesi gibi kültürel ve çevresel faktörler de etkili olabilmektedir (Drake ve ark., 2014; Lewis ve ark., 2012; Maloni ve ark., 2013).

Ön çalışma: Sakarya Üniversitesinin afiliye olarak çalışmakta olduğu Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (SEAH) 2021 yılında hastane kalite birimi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri iş birliği ile bir çalışma başlatılmış ve doğum sonrası Kadın Doğum polikliniğine müracaat eden 7-42 günlük annelerden çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ile değerlendirilmiş, EPDÖ değeri eşik değerin üzerinde olan yüksek riskli kadınlar bilgilendirilerek hastanemiz perinatal psikiyatri polikliniğine randevu oluşturularak başvuru için yönlendirilmiştir. Bu bilgilendirme sürecinde depresyonun önemi, risk faktörleri, Perinatal psikiyatri polikliniğinden nasıl hizmet alınacağı hakkında bilgiler içeren bir belge hazırlanmış ve yönlendirme sırasında hem bu belge ile hem de sözlü olarak bilgilendirme yapılmıştır.

Elde edilen verilere göre; 2021 yılında SEAH'ta 6517 doğumun gerçekleştiği, bunlardan paspartum dönemde Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuranların sayısının 1310 olduğu tespit edilmiştir. Polikliniğe başvuranlar içerisinde çalışmaya katılmaya gönüllü olan, doğum sonrası 7- 42. gün içerisindeki annelerden 823'ü depresyon riski açısından değerlendirebilmiş, 135'i (%16.40) EPDÖ skoru 12 ve üzerinde saptanarak depresyon açısından riskli olarak tespit edilmiştir. Bu 135 anne perinatal psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiş ancak 10 gün sonra kayıtlar incelendiğinde 35 annenin (%25.93) psikiyatri muayenesi olduğu tespit edilmiştir (Çillioğlu ve ark., 2022).

Ön veri: 2021 yılında yürütülen çalışmanın yapıldığı dönemle eş zamanlı olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından güncellenen ve geniş kapsamlı taramayı öneren 2021 yönergesi (Aydın ve ark., 2004) sonrası hastanemiz kalite birimi tarafından uygun alt yapı kurulması ile birlikte 2022 yılında EPDÖ aracılığıyla tarama

yapmaya devam etmiş ve ancak bu kez artık bilimsel bir çalışmaya katılan gönüllüler yerine katılımcı kapsamı genişletilerek ve hastanenin bir uygulaması olarak tüm gebe ve doğum sonrası hastaneden taburculuk bekleyen anneleri de taramaya başlamış ve bilgilendirme ve yönlendirme süreci aynen devam etmiştir. 2022 yılında doğum sonrası taburculuk sırasında 4025 kişi EPDÖ ile taranmış bunlardan 356 (%8,8)'sı yüksek riskli olarak tespit edilmiştir. Gebelik döneminde 1541 kişi EPDÖ ile taranmış bunlardan 314 (%20,3) kişi depresyon açısından yüksek riskli tespit edilmiştir. Bu hastaların test sonrası durumları ve perinatal psikiyatri polikliniğine yönlendirmeleri yapılmıştır. Kalite birimi 3 aylık periyodlar halinde yaptığı taramalar sonrası kadınların hastanemiz psikiyatri polikliniklerine başvurularını incelemekte olup 3 ay içinde tedaviye başvurmayanların oranını da çıkarmaktadır. Buna göre yüksek risk grubunda olup kendine ulaşılan kadınlardan toplam 70 (%10,44) kişi; 6sı gebe (%1,9), 64'ü postpartum (%17,9) poliklinik başvurusunda bulunmuştur. Yani aslında daha önce literatürde belirtilen hastanın tıbbi durumunun farkında olmaması, randevu ve sağlık çalışanına ulaşamaması gibi engellerin aşılması için birer adım olarak (Viveiros ve ark., 2018a; Webb ve ark., 2024) depresyon taraması yaparak kendilerine durumları hakkında bilgi verilmiş olmasına rağmen kadınların tedaviye başvurusu oldukça düşük olarak gözlenmiştir.

Bu araştırmanın sonuçları konunun önemini ve daha kapsamlı araştırma gerekliliğini ortaya koymuştur. Birçok hastane ve birim doğum sonrası depresyon taraması yapıyor olabilir ancak hastanemizde bulunan Perinatal psikiyatri polikliniği ülkemizde alana özelleşmiş ve bu şekilde tarama, bilgilendirme, yönlendirme, randevu imkânı tanıyan tek polikliniklerdir. Buna rağmen düşük müracaat dikkat çekicidir.

Bu ön verilerden yola çıkarak çalışmamızda; nitel ve nicel analiz yöntemleri bir arada kullanılıp karma yöntemli bir çalışma ile perinatal dönemde depresyondaki kadınların tedaviye erişiminin önündeki engellerin neler olduğunun tespiti ve gözden kaçan kültüre özgü sebeplerin aydınlatılması amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Perinatal Depresyonun Tanımı ve Önemi

2.1.1. Perinatal depresyon

Perinatal depresyon, gebelik veya gebelik sonrası ilk 12 ay içinde meydana gelen majör ve minör depresif dönemler şeklinde tanımlanır (Gavin ve ark., 2005). Depresif bozukluğun semptomları depresif duygudurum, günlük aktivitelere enerji ve/veya ilgi azlığı, uyku sorunları veya iştah/kilo değişiklikleri, konsantrasyon zayıflığı, değersizlik duyguları, suçluluk ve/veya umutsuzluk ve intihar düşünceleri şeklindedir. Depresyon tanısı için, en az iki hafta sürmek koşuluyla beş veya daha fazla semptomun mevcut olması gerekir; bunlardan biri depresif duygudurum veya anhedoni olmalıdır. DSM-5 kriterlerine göre, gebelik veya doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde ortaya çıkan depresif semptomların olması gerekmektedir. Pratik uygulamada ise gebelik ve doğum sonrası ilk 1 yıl, hem tanı açısından kritik bir nitelik taşıırken hem de depresyon taraması ve tedavi başlanması için önemli bir dönemdir (Dagher ve ark., 2021).

Perinatal dönem depresyonun sık görülen semptomları üzüntü, depresif ruh hali, enerjide azalma, ağlama, iştahsızlık veya aşırı yeme, aşırı uyku ya da uykusuzluk, değersizlik duyguları, endişe, panik ataklar, sürekli olarak bebeğin sağlığı konusunda endişelenmek, takıntılı ya da törensel faaliyetlerde bulunmak, evden çıkmaktan korkmak, kayıtsız ruh hali, bebekle bağ kuramamak, umutsuzluk, kendine veya bebeğine zarar verme düşünceleri, somatik şikayetler, sürekli yorgunluk ve sinirlilik şeklindedir (Van Niel ve Payne, 2020). Yeni anne olmuş kadınların %80'inde görülen bebek hüznü kavramı ile farkı ise perinatal depresyon semptomlarının 14 günden uzun sürmesi ve kişinin yaşam kalitesinde oldukça fazla düşüşe neden olmasıdır. (Van Niel ve Payne, 2020).

2.1.2. Epidemiyoloji

Perinatal depresyon, gebelik ve doğum sonrası dönemin bir noktasında kadınların %20'sini etkileyen yaygın görülen bir hastalıktır (Gavin ve ark., 2005). Düşük-orta gelire sahip ülkelerde ise bu oran %25,5'e kadar yükselebilmektedir (Roddy Mitchell

ve ark., 2023). Gebelik döneminde (%17,2) doğum sonrası döneme (%13,1) kıyasla daha yüksek oranda perinatal depresyon görülmektedir (Underwood ve ark., 2016).

Kadınların birçoğu (%53) hamilelik sırasında depresyon yaşamadıkları halde doğum sonrası dönemde depresyon yaşayabilmektedir. Buna karşın, doğum öncesi dönemde depresyon yaşayan kadınların %61,4'ü remisyona girerek doğum sonrası dönemde depresyon yaşamamaktadır. Ayrıca, kadınların %6,6'sı gebelik dönemi ardından gebelik sonrası dönemde de devam edecek şekilde depresyon yaşama riski taşımaktadır (Underwood ve ark., 2016). EPDÖ skorları, perinatal depresyon için tedavi alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Tedavi görmeyen kadınlarda EPDÖ puanları anlamlı olarak yüksek seyrederken tedavi gören kadınların ise skorlarında düşüş gözlenmektedir (Yazici ve ark., 2015) Bu da perinatal dönem depresyonun tedavi edilmediği takdirde kalıcı seyir gösterebileceğini işaret etmektedir.

İlk trimesterde perinatal depresyon açısından prevalans %11,0 iken ikinci ve üçüncü trimesterde bu oran %8,5'e düşmektedir. Doğumdan sonra ise depresyonun görülme sıklığı artmaya başlamakta ve doğum sonrası üçüncü ayda %12,9 ile en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Doğumdan sonraki dördüncü ila yedinci aylarda prevalans hafif bir düşüş göstererek %9,9 – 10,6 aralığında kalırken sonrasında %6,5'e kadar düşmektedir (Gavin ve ark., 2005).

2.1.3. Sonuçları ve etkisi

Perinatal depresyon, kadınların hayatında önemli sonuçlara yol açabilen bir hastalıktır. Bu durum, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının yanı sıra bebek sağlığı, anne-bebek ilişkisi ve eşler arasındaki ilişki gibi pek çok alanda olumsuz etkilere neden olabilir.

Gebelik dönemindeki depresyon, bu dönemdeki kadınlarda öz bakımda azalma, alkol ve sigara kullanımında artış ve işlevsellikte düşüş gibi önemli sorunlara yol açabilen bir durumdur (Martínez-Paredes, 2017). Ayrıca, perinatal dönemde depresyon yaşayan kadınlarda intihar riski daha yüksek saptanmıştır. Tahminler intiharın anne ölümlerinin %20'sinden sorumlu olabileceği yönündedir (Dagher ve ark., 2021).

Michigan Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, hem gebelik sırasında depresyon geçiren kadınlarda hem de yeni doğan bebeklerinde kortikotropin artışı,

anjyotensin II, vazopressin ve oksitosin düzeylerinde de yükselme tespit edilmiştir. Sonuç olarak bu da daha prematür doğum riski ile ilişkilendirilmiştir (Martínez-Paredes, 2017). Ayrıca bu kadınların dopamin ve serotonin düzeyleri daha düşük seviyede seyretmektedir. Aynı zamanda daha düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma olasılıkları daha yüksektir (Field ve ark., 2010). Antenatal depresyon gecikmiş fetal gelişim, daha yüksek prematür doğum ve düşük doğum ağırlığı insidansı, plasental anormaliler ve spontan düşük gibi doğum öncesi ve perinatal komplikasyon oranlarının artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Üstelik antenatal depresyon, anne uykusunda azalma ile de ilişkilendirilmiştir. Postpartum depresyon ise daha az emzirme, baba depresyonu, doğumda daha düşük Apgar puanı, bebekte uyku sorunları, daha yüksek vücut kitle indeksinin yanı sıra çocukluk çağında iki kat artmış zihinsel bozukluk riski ile ilişkilendirilmiştir (Dagher ve ark., 2021). Ayrıca yenidoğanda fetal nörogelişimin bozulması, gebelik yaşına göre küçük bebek boyutları gibi komplikasyonların görülme sıklığı arttıkça preeklampsisi riski de artmaktadır (Martínez-Paredes, 2017).

Perinatal dönem depresyonun anne-bebek bağı üzerine de olumsuz etkileri olabilmektedir (Dagher ve ark., 2021). Perinatal depresyon doğum sonrası dönemde anne duyarlılığı üzerinde olumsuz etkilerle ilişkilendirilmiştir. Çocuklarına karşı daha duyarlı olan annelerin, güvenli bağlanan çocuklara sahip olma olasılıkları daha yüksektir. Anne duyarlılığındaki bu azalma annenin çocuğa karşı tepkisiz, tutarsız, ulaşamaz veya reddeden bir konumda olmasına yol açabilir (Martínez-Paredes, 2017).

Perinatal depresyonun annelik rolüne uyum ve bebek bakımını sağlama konusunda kendine güven; annenin yaşam kalitesi ve yakın ilişkileri, bebeğin duygusal, kognitif ve davranışsal anlamda gelişimi ve babanın ruh sağlığı üzerinde de önemli bir rolü vardır (Dagher ve ark., 2021). Perinatal depresyon ayrıca çiftin ilişkisini de önemli ölçüde etkileyebilir. Anne ve partner arasındaki ilişkideki uyumsuzluğun, perinatal depresyonun nedeni olabilirken aynı zamanda sonucu da olduğu saptanmıştır (Meltzer-Brody, 2022).

Sadece gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınları etkileyen bir hastalık gibi görünse de perinatal depresyon tüm bu etki ve sonuçları ile dikkatle incelenmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur.

2.2. Perinatal Depresyonda Tedaviye Erişim

Dünya genelinde majör depresif bozukluğa sahip kişilerin yaklaşık %56'sının tedavi almadığı düşünülmektedir (Kohn ve ark., 2004). Gebelik daha yakın takiplerin yapıldığı bir dönem olmakla birlikte perinatal depresyonda bu oran daha yüksek seyretmektedir. Ayrıca doğum sonrası depresyonda, sosyoekonomik düzeyi yüksek ülkelerde bile depresyon yaşayan kadınların yalnızca %25'inin tıbbi destek aldığı bildirilmiştir (Kimmel ve ark., 2018). Amerika'da bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada perinatal depresyonu olan kadınların %50-70'inin tespit edilmediği veya teşhis almadığı ve neredeyse %85'inin tedavi görmediği gösterilmiştir (Dagher ve ark., 2021). Ülkemizde, bu çalışmada yer alan araştırmacıların da dahil olduğu bir araştırmada, perinatal depresyon riski taşıyan gebelere psikiyatriye başvurmaları konusunda bilgi verilmiş, ancak kadınların yalnızca %28,7'sinin psikiyatri polikliniğine başvurduğu belirlenmiştir (Yazici ve ark., 2015).

2.2.1. Perinatal depresyonda tedaviye erişimin önündeki engeller

2.2.1.1. Nitel çalışmaların sonuçları

Yapılan nitel çalışmalar incelendiğinde perinatal depresyon hastalarının tedaviye başvurmalarının önündeki öne çıkan temel engeller sorunun tanınmaması, sağlık hizmeti deneyimi, ilaç kullanmak istememe, damgalama, bilgi eksikliği, finansal sorunlar, sosyal destek eksikliği temalarının altında incelenmiştir (Hadfield ve Wittkowski, 2017; Sambrook Smith ve ark., 2019).

Sorunun tanımlanması temasında, kadınların belirtilerini gizleyebileceği ve yalnızca durumlarının dayanılmaz bir hâl aldığı noktada yardım talep edebilecekleri belirtilmektedir (Kopelman ve ark., 2008; Goyal ve ark., 2015; Chan ve Levy, 2004). Ayrıca, bazı kadınlar duygularını ifade etmekte ve nasıl hissettiklerini tanımlamakta güçlük çekmektedir (Baldisserotto ve ark., 2020; Hadfield ve Wittkowski, 2017). Yardım arama sürecinin ilk adımı, sorunun fark edilmesi ve bunu çözmek için bilinçli bir karar verilmesidir (Button ve ark., 2017). Bunun yanında, bazı kadınlar sağlık hizmetlerinin kendilerine fayda sağlamayacağına inanırken, bazıları ise perinatal depresyonu bir hastalık olarak değil olağan bir süreç olarak kabul etmektedir (Hadfield ve Wittkowski, 2017). Pek çok kadın, "sorunun inkârı" olarak tanımlanan

başlıkta olası bir depresyon teşhisini reddetmekte veya tanı konulmasından kaçınmaktadır (Baldisserotto ve ark., 2020).

Bir diğer önemli tema ise sağlık hizmeti deneyimidir. Kadınlar, sağlık çalışanlarıyla kurdukları ilişkinin yardım arama süreçleri üzerinde büyük bir tesiri olduğunu vurgulamaktadır (Baldisserotto ve ark., 2020; Lara-Cinisomo ve ark., 2014; Button ve ark., 2017; Iturralde ve ark., 2021). Duygularını ve deneyimlerini yargılayıcı olmadan, olduğu gibi dinleyen ve kabul eden bir yaklaşımın, tedavi arama süreçleri üzerinde olumlu etkiler yarattığı belirtilmektedir. Ayrıca, verilen sağlık hizmetinin sürekliliği, sevk sürecinin işlevselliği de kadınların tedaviye ulaşmasında önemli bir rolü olduğu gösterilmiştir (Button ve ark., 2017; Sambrook Smith ve ark., 2019). Birçok kadın alacakları sağlık hizmetinin faydalı olmayacağını düşündüklerini dile getirmiştir (Kopelman ve ark., 2008; Hadfield ve Wittkowski, 2017). Bazı kadınlar, sosyal hiyerarşi ve güçsüzlük duygusu hissettiklerini söyleyerek sağlık hizmetlerine mesafeli yaklaştıklarını belirtmiştir (Hadfield ve Wittkowski, 2017). Bunun yanı sıra yaşadıkları sorunun bir 'hastalık' olarak tanımlandığı tıbbi modelden hoşnutsuzluk duyduklarını ifade etmişlerdir. Özellikle antidepresan ilaç kullanma konusundaki isteksizlik yaygın bir tema olarak öne çıkmıştır (Hadfield ve Wittkowski, 2017; Abrams ve ark., 2009; Kopelman ve ark., 2008; Ta Park ve ark., 2017). Birçok kadın, perinatal dönemde ruh sağlığı sorunlarının yeterince ele alınmadığını ve sağlık hizmetlerinin bu konuya yeterince eğilmediğini ifade etmektedir (Baldisserotto ve ark., 2020). Ayrıca bir çalışma verilerine göre EDPÖ'nün tarama için yeterli olmadığı ve gözden kaçan kişilerin olabileceği düşünülmektedir (Sambrook Smith ve ark., 2019).

Bir diğer önemli tema ise damgalamadır, bu da kadınların yardım arama motivasyonunu azaltan bir faktördür. Kadınlar, "iyi anne" olma ve "başarısızlık" duygusu arasında sıkışmış hissederek hem ruhsal sağlıklarını etkileyebilmekte hem de yardım arama olasılıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Button ve ark., 2017; Goyal ve ark., 2015; Chan ve Levy, 2004). Bazı kadınlar, ilaçların yan etkilerinden endişe duyarak tedaviye karşı direnç gösterirken, diğerleri ise antidepresan kullanmanın damgalanma ve utanç duygularını artıracaklarını düşünmektedir (Hadfield ve Wittkowski, 2017; Iturralde ve ark., 2021). Öte yandan, perinatal depresyonun kadınların öz imajları ve annelik kimlikleri üzerinde olumsuz etkileri olduğu

görülmektedir (Baldisserotto ve ark., 2020; Chan ve Levy, 2004). Birçok kadın, perinatal depresyonu yaşamayı başa çıkma yetersizliğiyle ilişkilendirerek kendilerini başarısız ve zayıf hissetmektedir (Hadfield ve Wittkowski, 2017). Kadınlar aynı zamanda çocuklarının velayetini kaybetme konusunda da ciddi bir korku hissettiklerini bildirmişlerdir (Baldisserotto ve ark., 2020; Lara-Cinisomo ve ark., 2014; Kopelman ve ark., 2008). Başka bir araştırma ise "sosyoekonomik damgalanma" başlığı altında, kadınların depresyonu yalnızca zenginlerin mustarip olduğu bir hastalık olarak gördüklerinden bahsedilmektedir (Baldisserotto ve ark., 2020).

Çalışmalarda gösterilen diğer tema ise bilgi eksikliğidir. Kadınlar hastalığın semptomlarının ne olduğunu, kimden ve nasıl yardım almaları gerektiğini bilmediklerini bu sebeple tedaviye başvurmadıklarını dile getirmişlerdir (Baldisserotto ve ark., 2020; Thomas ve ark., 2014; Hadfield ve ark., 2017; Kopelman ve ark., 2008; Ta Park ve ark., 2017; Iturralde ve ark., 2021).

Diğer bir tema da finansal engellerdir. Maddi yetersizlikler, sigortalarının olmaması veya sigorta kapsamının yeterli olmaması sebebiyle tedaviye başvurmadıkları gösterilmiştir (Thomas ve ark., 2014; Abrams ve ark., 2009; Hadfield ve ark., 2017; Kopelman ve ark., 2008; Ta Park ve ark., 2017; Iturralde ve ark., 2021).

Daha önce yapılan bazı çalışmalarda ise yetersiz eş desteği sebebiyle tedaviye başvurmayan kadınların olduğu tespit edilmiştir (Thomas ve ark., 2014; Chan ve ark., 2004). Tedaviye ulaşım zorlukları, sağlık merkezinin uzak olması ve maliyeti de bireylerin tedaviye başvuru süreçlerine olumsuz etki yaratmış görünmektedir (Iturralde ve ark., 2021).

Ayrıca dil bariyerinin ve kültürel farklılıkların da kadınların yardım arama motivasyonlarını etkilemektedir. Azınlık toplumların yaşadığı ülkelerde kadınlar kültürlerini anlayan ruh sağlığı sağlayıcılarını tercih etmek istediklerini dile getirmektedirler. (Goyal ve ark., 2015; Ta Park ve ark., 2017; Abrams ve ark., 2009; Sambrook Smith ve ark., 2019).

2.2.1.2. Nicel çalışmaların sonuçları

Perinatal depresyon hastalarının tedaviye başvurmalarının önündeki engeller ile ilgili yapılan nicel çalışmalar incelendiğinde bu konu 3 ana başlık halinde ele alınmaktadır:

Sosyal engeller, araçsal engeller ve yapısal engeller (Jones, 2019; Fonseca ve ark., 2015).

Sosyal engeller altında yer alan nedenler damgalama, utanç, suçluluk ve mahcubiyet duyguları perinatal depresyonda tedaviye başvurmamanın önemli nedenlerindendi. Diğer sebepler ise korku, ilaç kullanmak ile ilgili çekinceler, ebeveyn haklarını kaybetme korkusu, bilgi eksikliği, kültürel engeller, öz yeterlilik ile ilgili inançlar şeklindeydi (Jones, 2019; Fonseca ve ark., 2015). Yetersiz eş ve aile desteği yine bu başlık altında yer almaktadır (Ford ve ark., 2019)

Araştırmalar ile tespit edilen bir diğer önemli etken ise araçsal engellerdir. Bu başlık altında yetersiz sağlık sigortası, finansal kısıtlamalar, çocuğun bakımı, ulaşım sorunları gibi nedenler yer almaktaydı (Jones, 2019; Shivakumar ve ark., 2014; Fonseca ve ark., 2015).

Tedaviye başvurunun önündeki bir diğer engel ise yapısal engellerdi. Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarının bilgi verme ve tedavi etme becerileri ile ilgili sorunlar bu engel altında sınıflandırıldı (Jones, 2019; Viveiros ve ark., 2019b). Randevu bulamama ve randevuya gitmekte zorluk diğer yapısal engellere örnek olarak verilebilir (Ford ve ark., 2019; Fonseca ve ark., 2015).

Amerika’da yürütülen başka bir araştırmada 149 kadına tedaviye neden başvurmadıkları ile ilgili olası engeller sunulmuş ve onları etkileyip etkilemediği ile ilgili evet/hayır şeklinde cevaplar istenmiştir. Zaman eksikliği %65,4, ilaç istememek %61,5, damgalama %53,8, çocuk bakımı sorunları %51,9, maliyet %51,9, perinatal depresyonu doktor ile konuşmak istememe %26,9, yardım/tedavi bulmada zorluk %25, perinatal depresyonu yakını ile paylaşmak istemek %19,2 oranında evet cevabı verildiği tespit edilmiştir (Goodman, 2009).

Literatürdeki başka bir çalışma ise tedavinin önündeki engelleri yetersiz bilgi (psikiyatrik sorunların doğası ve tedavi seçenekleri hakkında), pratik engeller (maddi sıkıntılar ve zaman kısıtlılığı) ve tutumsal engeller olarak sınıflamaktadır. Küresel olarak, tutumsal engeller daha genç, daha az eğitilmiş ve işsiz kadınlarda daha önemli bir sebepken, yetersiz bilgi daha genç, ruhsal hastalık ve tedavi geçmişi olmayan kadınların tedavi başvurularını daha çok etkilemiştir. İşsiz kadınlar tedavi için nereye

başvuracaklarını bilmemenin profesyonel yardım aramalarını engelleyen önemli bir engel olduğuna inanıyorlardı. Son olarak, pratik/yapısal engeller daha genç, daha az eğitilmiş, işsiz ve daha düşük gelire sahip kadınlar için daha önemli bir faktördü. Hamilelik sırasında tıbbi komplikasyonlar yaşayan kadınlar ise tedaviye başvuru süreçlerinde bazı pratik engellerin önemli olduğunu belirtmekteydi (Fonseca ve ark., 2015).

Yapılan başka bir nicel çalışmada ise beklenenin aksine ne anne yaşı ne de eğitim düzeyinin yardım arama davranışının yordayıcısı olmadığı tespit edilmiştir. Kırsal bölgede yaşamak, hamilelik sırasında depresyon için yardım arama geçmişinin bulunması ve doğum sonrası yoğun bakımda tedavi gören bebeğe sahip olmanın daha fazla yardım arama davranışında bulunma ihtimali ile ilişkili olduğu saptanmıştır (McGarry ve ark., 2009).

2.3. Özgün Değer

Daha önceki çalışmalar incelendiğinde perinatal dönem depresyon hastalarının tedaviye başvurmadağını tespit etmek amacıyla literatür taranarak oluşturulan ve klinisyenin kendi klinik tecrübesine dayanarak oluşturduğu yalnızca nitel görüşmeler uygulanmış (Goyal ve ark., 2015; Baldisserotto ve ark., 2020; Chan ve ark., 2002) veya risk grubuna internet soru formları, likert ölçekler uygulanmış veya risk grubunda olduğu tespit edilmemiş olan perinatal kadınlara anketler doldurtulmuştur (Fonseca ve ark., 2015; Jones, 2019). Karma çalışmalar ise azınlıktadır ve önce nicel analiz ile risk grubu veya konu başlıkları tespit etmek sonra nitel analiz yapmışlardır ve hem örneklem olarak yalnızca Vietnamlılar, yalnızca doğum öncesi olanlar veya yalnızca belli bir programa devam edenler gibi oldukça kısıtlı çalışmalardır (Kopelman ve ark., 2008; Shivakumar ve ark., 2014; Ta Park ve ark., 2017). Bu araştırmalarda öncelikle nicel analiz yapılmış olması uygulamacıların ön kabullerinin oluşmasına neden olmuş olabilir. Bizim çalışmamızda önce nitel görüşmeler yaparak uygulamacılar asgari ön kabul ile çalışmaya başlamış böylece gözden kaçan kör nokta varsa sorulması ve tespiti amaçlanmıştır. Çalışmamız karma çalışma niteliğinde olup bu yöntem sayesinde nitel görüşmeler ile hastalara açık uçlu sorular yönlendirilmiş ve klinisyenin kendi deneyiminden bağımsız, hasta odaklı bir değerlendirme ise klinisyenin gözünden kaçabilecek ‘tedavinin önündeki engellerin’ keşfedilmesi sağlanarak görüşmeler

nihayetinde elde edilen veriler ile oluşturulan soru formu taranan tüm hastalara uygulanıp daha geniş kapsamda nicel çalışma yöntemi kullanılarak nitel çalışma ile ulaşılamayacak sayıda kadına ulaşılarak daha kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. Türkiye’de ise bu konuyu inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamakta olup kendi kültürümüzün içinde uluslararası önemi olan bu konunun nasıl karşılık bulduğu incelenmiştir.

Çalışmamızın diğer özelliği ve en önemli ayırıştırıcı yönü ise katılımcıların özelliğidir. Katılımcılar, gerekli tarama testleri yapılmış, risk grubunda olduğu belirlenmiş, kendilerine de beyan edilmiş bir grup olup, özelleşmiş bir perinatal psikiyatri kliniğine ücretsiz (SGK’lı) randevu imkânı sağlanmış olduğu halde randevuya gelmemiş olma özelliğine sahiplerdir. Bilimsel böyle bir tanım olmamakla birlikte konunun daha anlaşılır ifade kazanması adına adeta tedavi müracaatına ‘dirençli’ olarak ifade edilebilecek bir popülasyon ön verisine ulaşılmış olup çalışmamız bu popülasyonun üzerinde yürütülerek gerçekte tedaviye müracaatların önündeki engellerin ne olduğu anlaşılmasına çalışılmıştır. Yani tarama, hastalığı bilme, tedavinin ulaşılabilir olması gibi engelleri aşmaya yardımcı adımların atılmış olmasına rağmen tedavi hizmetine erişimde engellerin olduğu Dünya’daki tek popülasyon olması ile çalışma grubumuz özgündür. Bu çalışmanın böyle bir grubu hedefliyor olması nedeni ile ilktir. Ayrıca tedaviye müracaatın önünde süregelen engellerin hastaların %90’ının tedavi müracaatını engelleyecek kadar güçlü olduğunun önceden ekibimizin sistemden aldığı ön verilerle tespit edilmiş olması ve şimdi bunların neler olduğunu araştırarak olması çalışmayı önemli kılmaktadır. Bizim literatür incelememizde benzer örneklerde benzer desende yapılmış çalışmaya rastlanmamış olup çalışmamız çok çalışılmış bir konuda yöntemi ve çalıştığı ‘dirençli’ popülasyonu itibari ile tektir.

2.4. Kavramsal Model ve Araştırma Çerçevesi

2.4.1. Biyopsikososyal model

Biyopsikososyal model biyomedikal modelin indirgemeci bakış açısına eleştiri olarak George Engel tarafından 1977 senesinde biyomedikal modelin indirgemeci bakış açısına eleştiri olarak ortaya attığı, sağlık ve hastalık süreçlerini biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birbiri ile olan etkileşimi çerçevesinde değerlendiren bütüncül bir yaklaşımdır (Engel, 1977a). Biyokimyasal açıklamaların hastayı ve hastalıkları

anlamak için yeterli olmadığını, yalnızca hastalığın potansiyelini anlamamıza yardımcı olacağını, hastanın hastalığı nasıl deneyimlediğini, onu nasıl etkilediğini ve hastalığı nasıl bildirdiğini belirlemeyeceğini öne sürmüştür. Ayrıca biyokimyasal kusurun kişinin hastalandığı veya hasta rolünü kabul ettiği zaman noktasını da belirlemeyeceği üzerinde durmaktadır. Hastalıkların biyokimyasal anormalliğe uygulanan "rasyonel tedavi" ile bir şekilde düzeltilmesi veya önemli ölçüde hafifletilmesi durumunda bile hastayı mutlaka sağlığına kavuşamayabileceği düşünülmektedir. Tüm bunlar hastalıklara biyolojik yaklaşımın yanında sosyal, kültürel ve psikolojik etkenlerin birlikte ele alındığı bir modelin gerekliliğini ortaya koymaktadır (Engel, 1980b).

Bu model hastayı, içinde yaşadığı sosyal bağlam ve toplumun hastalığın olumsuz etkileriyle başa çıkmak için tasarladığı başa çıkma sistemleri, hekimin rolü ve sağlık bakım sistemi içinde ele almayı önermektedir. Sağlık ve hastalık, sağlıklı olmak ve hasta olmak arasındaki sınırlar oldukça bulanıktır. Bu ancak kültürel, sosyal ve psikolojik etkenler birlikte değerlendirilerek netleştirilebilir. Hekimin görevi ise yardım isteyen kişinin "hasta" mı yoksa "iyi" mi olduğunu belirleme, hasta ise neden hasta olduğunu ve hangi şekillerde hasta olduğunu bu perspektiften bakarak belirlemektir. Tüm bunların ardından tedavi ve sağlığı sürdürmek için bir program geliştirilebilir (Engel, 1980b).

Hasta ve hastalık tanımı sıkıntıdan sorumlu olan şeyden ziyade kişilerin bunu yorumlama biçimiyle belirlenir. Bir belirtinin "yaşam sorunu" veya "hastalık" olup olmadığı temelde bireyin hasta rolünü kabul edip etmediği ve sağlık bakım sistemine girmeye çalışıp çalışmadığı ile ilgilidir. Yani birey kendini ciddi olarak etkileyen herhangi bir semptom yaşadığında dahi sağlık sistemine girmeyi kabul etmediği ve bu sorunu 'yaşam olayı' olarak tanımladığı takdirde ne kendisi bir 'hasta' olacaktır ne de yaşadığı durumu 'hastalık' olarak adlandırılacaktır. Bu sebeple bu model yalnızca biyolojik nedenlere öncelik vermek yerine hastalığa ve hasta olmaya etkisi bulunan tüm faktörleri göz önünde bulundurulmayı önermektedir (Engel, 1977a).

Biyopsikososyal modele göre bir hekim; yaşadığı durumu fark edememe, fark etse bile tedaviden fayda göreceğini düşünmeme gibi kişiyi doktora başvurmadan alıkoyan sebepleri hesaba katıp onları psikobiyolojik bir varlık olarak değerlendirmelidir.

Soğuk bir teknisyen gibi davranmak yerine kişileri sosyal, ruhsal ve biyolojik olarak ele almalı ve ihtiyaçlarına göre tedavi etmeli veya gerekli birime yönlendirme yapmalıdır (Borrell-Carrio ve ark., 2004).

2.4.2. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği teorisi

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Modeli 1986 yılında Amerikalı sosyolog Judith Lorber tarafından geliştirilmiştir (Lorber, 1994). Cinsiyet, kadın ve erkeğin biyolojik ve fizyolojik anlamda özelliklerini belirtirken; toplumsal cinsiyet, toplum tarafından sosyal olarak şekillendirilen rolleri, tutumları ve aktiviteleri ifade etmektedir (De Beauvoir, 1949/2011; Kaufman ve ark., 2023). Toplumsal cinsiyet kişilerin yaşamını şekillendirir ve hayatın farklı alanlarında konumlanmalarına sebep olur. Birçok toplumda ev içi işler ve çocuk ile ilgilenmek kadınların esas sorumlulukları kabul edilirken, para kazanmak ise erkeklerin en önemli sorumluluğu olarak görülür. Sonuç olarak bu fark kaynaklara ulaşmada ve elde etmede cinsiyetler arasında eşitsizliğe neden olmaktadır.

Günümüzde birçok ülkede kadınlar, erkeklere kıyasla daha düşük maaşlar almakta ve kariyer açısından istihdam oranları erkeklere göre daha düşük seviyelerde kalmaktadır. Dünya genelinde okuryazar olma ve okula gitme oranları incelendiğinde kız çocukları erkek çocuklarının gerisinde kalmaktadır. İş gücü piyasasındaki kadınlar için gebelik ve doğum süreçleri ise sıklıkla işsizlik riskiyle karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir (Özvarış, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, bireylerin tam anlamıyla "sağlıklı" olarak tanımlanabilmesi için hem bireysel olarak hem de toplumsal açıdan tam anlamıyla iyilik haline sahip olmaları gerekir. Ancak, toplum içinde çeşitli sorunlarla karşılaşan bireyler için bu tanımlı eksiksiz bir şekilde kullanmak mümkün değildir. İnsanlığın yarısını oluşturan kadınların sağlık durumunu değerlendirirken, yalnızca hastalık ve yeti yitimi açısından değil, bir yandan da ruhsal ve sosyal boyutlarıyla da ele almak önemlidir. Halk sağlığı araştırmaları, özellikle ev içindeki cinsiyet eşitsizliklerinin kadınlar arasında psikolojik sorunlara, artan morbiditeye ve mortaliteye yol açtığını vurgulamaktadır (Doğan ve Piyal, 2017; Pollard ve Hyatt, 1999).

Toplumsal cinsiyet rolleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde çeşitli engellere yol açabilmektedir. Bu engeller arasında, kadınların sağlık kurumlarına ancak eşleri veya aile üyelerinin eşliğinde gidebilmesi, erkek sağlık personelinden hizmet almalarına izin verilmemesi ya da sağlık çalışanlarının cinsiyet eşitliği konusunda yeterli bilinç düzeyine sahip olmaması gibi durumlar yer almaktadır (Karacan ve Gökçe, 2020). Kaynakların sınırlı olduğu bölgelerde, kız çocuklarının erkeklere kıyasla tıbbi yardım alma olasılığının daha düşük olduğu bir gerçektir. Örneğin, Güney Asya’da kadınların toplumsal statüsünün genellikle düşük olduğu yerlerde, kadınların erkeklerden daha kısa bir yaşam beklentisine sahip olması sıkça görülmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde ise erkekler, daha yüksek ölüm oranları ve nispeten daha kısa yaşam beklentileri nedeniyle yaşamı tehdit eden hastalıklara daha yatkındır. Bununla birlikte, kadınların fiziksel ve ruhsal hastalıkları daha sık deneyimlediği ve daha fazla morbidite bildirdiği de yaygın bir şekilde bilinmektedir (Doğan ve Piyal, 2017). Sonuç olarak, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminden yaşam beklentilerine kadar pek çok alanda olumsuz etkiler yaratmakta ve bu durum, kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarının bütüncül bir şekilde ele alınıp değerlendirilmesinin ne kadar önemli olduğunu yeniden göstermektedir.

2.4.3. Sağlık inanç modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM) 1950’li yıllarda, Amerika Birleşik Devletleri Halk Sağlığı Servisi sosyal psikologları tarafından, hastalıkları önleme ve tespit edip tanı koyma programlarının yaygın başarısızlığını açıklamak için geliştirilmiştir. Model bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri, semptomlarını yönetme biçimlerini, tedaviye uyumlarını etkileyen motivasyon ve engelleri açıklamayı amaçlamaktadır. Belirli bir hastalık için risk altında olan kişilerin neden bazılarının tarama ve tedaviye başvurduğunu, bazılarının ise başvurmadığını anlamayı hedeflemektedir (Hayden, 2009). SİM insanların sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından doğrudan etkileneceğini öne sürmektedir. Sorun olarak tespit edilen faktörler belirlendiğinde, verilecek sağlık eğitimlerinin veya uygulanacak tedavi yöntemlerinin kişiye daha uygun hale getirilebileceği düşünülmektedir (Gözüm ve Çarpık, 2014).

Modele ait temel bileşenlerin içerikleri aşağıdaki gibidir;

Hassasiyet/duyarlılık algısı: Kişilerin bir hastalığa yakalanma ihtimali hakkındaki inançlarını ifade eder. Kişi, kendini ne kadar yüksek risk altında hissederse, risk oluşturan davranışını o kadar fazla azaltacaktır (Glanz ve ark., 1990).

Ciddiyet/önemseme algısı: Bireyin bir rahatsızlığın sonuçlarının ne kadar ciddi ve şiddetli olabileceğine dair algısını ifade eder. Bu algı kişinin sağlık ve hastalık hakkında bilgisinden etkilenir. Hastalığın semptomlarının ya da tedavi edilmeyince oluşacak tıbbi ve sosyal sonuçların değerlendirilmesini içerir (Hayden, 2009).

Yarar algısı: İnsanların hastalıktan kaçınma veya hastalığın şiddetini azaltma amacıyla önerilen koruyucu davranışların sağladığı faydaya ne kadar inandığı ile ilgilidir. Sağlık davranışındaki değişiklik, kişinin hastalık tehdidini azaltmak için yaptığı eylemlerin algılanan faydasının yüksekliği ile ilgilidir (Hayden, 2009).

Engel algısı: Bir sağlık davranışını sergilemede bireysel olarak algılanan engeller olarak tanımlanır. (Hayden 2009). Birçok araştırma sonucuna göre algılanan engellerin sağlık davranışı sergilemede en önemli faktör olduğunun belirlenmiştir. Duyarlılık ve ciddiyetin birleşimi harekete geçmek için gereken motivasyonu sağlar. Ardından algılanan fayda engellerden baskın olduğu taktirde eyleme geçilir (Glanz ve ark., 1990).

Eyleme Geçiriciler: Sağlık eylemlerini tetikleyebilen ipuçları olarak tanımlanır. Bedensel belirtiler, çevresel etkileşimler veya sosyal medya eyleme geçmek için tetikleyici etkisi olan faktörler arasındadır (Gözüm ve Çarpık, 2014).

Öz etkililik: Bireyin bir davranışı başlatabileceğine ve uyguladığında başarılı olabileceğine dair inancıdır. Kişinin, bir davranışı gerçekleştirebileceğine ve sonucunun olumlu olabileceğine inanması, onu bu davranışı gerçekleştirme konusunda güçlü bir şekilde motive eder (Gözüm ve Çarpık, 2014).

Sonuç olarak SİM, bireylerin tedaviye başvuru kararlarını etkileyen faktörleri anlamaya yardımcı olarak, sağlık hizmetlerine erişimini yükseltmek, sağlık davranışını artırmak ve gecikmiş başvuruları önlemek için stratejik yaklaşımlar geliştirilmesine olanak sağlar.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma SEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın ortak yürüttüğü bir araştırmadır. Çalışmamız nitel ve nicel karma çalışma niteliği taşımakta olup iki aşamadan oluşmaktadır. Nitel araştırma fenomenolojik desende, nicel araştırma ise kesitsel tipte tanımlayıcıdır.

Karma tipteki araştırmanın nitel kısmı olan fenomenolojik desende bireylerin bir olguya ilişkin öznel deneyimlerini, algılarını ve bunlara yüklediği anlamları ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bu çalışmada da depresyon açısından risk altında olan benzer özellikteki anne ve gebelerin tedaviye erişimdeki engelleri keşfetmek amaçlanarak yola çıkılmıştır. Nicel kısmında ise nitel araştırma ile keşfedilen engellerin, benzer özellikteki daha geniş grubun özelliklerini temsil edip etmediği incelenip, daha kapsamlı ve destekleyici bulguların elde edilmesi hedeflenmiştir.

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 05.07.2023-05.07.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup SEAH'ta 1 Ocak 2022-31 Ocak 2022 tarihleri arasında kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde EPDÖ uygulanıp yüksek riskli tespit edildikten sonra perinatal psikiyatri polikliniğine yönlendirilen ve tedaviye başvurmayan hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

3.2.Uygulama

3.2.1. İlk aşama: nitel değerlendirme

3.2.1.1. Nitel örneklem oluşturma (randevu planlama ve görüşme ortamı yönetimi)

Sakarya'da 3. basamak sağlık hizmeti veren kurumumuzda Kalite Birimi tarafından kadınlara rutin depresyon taraması için EPDÖ gebelik ve doğum sonrası dönemde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 18-49 yaş arası kadınlara uygulanmaktadır. 1 Ocak 2022-31 Aralık 2022 tarihleri arasında yapılan taramada, gebe veya doğum sonrası 1 yıllık sürenin içinde olan ve ölçekten alınan 12 ve üzerinde puan ile depresyon açısından yüksek risk taşıdığı tespit edilmiş olan gebeler ve anneler için sunulan psikiyatri polikliniği randevu ve kontrollerine gelmeyenlerin listesine

ulaşılmıştır. Depresyon açısından risk altında olup polikliniğe gelmeyen kadınların, sağlık kurumuna başvuru sürecindeki engellerin altında yatan nedenlerin tespitinde yapılan fenomenolojik desendeki çalışmada amaca yönelik olarak olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yapılmıştır. Taramanın yapıldığı dönemde anne ve gebe olma durumu sağlık hizmetlerine ulaşımında olası engellerde farklılık yaratabileceğinden bu iki gruptan farklı tabaka olarak örneklem (anne ve gebeler) alınmıştır.

Risk grubunda olan kadınlara ait listeden web tabanlı olarak rastgele seçilen 162 kadın telefon ile aranmış, telefona yanıt verenlere çalışma hakkında bilgi verilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerle derinlemesine yüz yüze ya da telefonla görüşme için uygun zaman dilimi ve randevu ayarlanmıştır. 162 kadından 82'si çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olup 52'sine ulaşılammıştır. Toplam 28 kadın araştırmaya katılmayı kabul etmiş, randevu oluşturulmuş ve hastaneye davet edilmiştir. 28 kadından 8'i randevu oluşturulduğu halde görüşmeye gelmemiş, yeni bir randevu oluşturmak için tekrar arandıkları halde 6'sı telefona cevap vermemiştir. 1'i başka bir zamanda tekrar katılabileceğini dile getirmiş, 1 kadın ise çocuğu hastalandığı için gelmek istemediğini söylemiştir. Sonuç olarak tarama testi yapıldığı sırada gebelik döneminde olan 12, gebelik sonrası dönemde olan 8 kişiyle yani toplam 20 kadınla görüşmeler yapılmıştır. 20 kadının 17'si ile yüz yüze 3'ü ile telefon aracılığı ile görüşülmüştür.

3.2.1.2. Nitel görüşme için yarı yapılandırılmış form oluşturma

Bu aşamada araştırma ekibinde görev alan iki farklı psikiyatri, bir kadın doğum ve bir halk sağlığı uzmanının bu hasta grubu ile ilgili deneyimleri, literatürdeki örnekler ve araştırma soruları dikkate alınarak 7 sorudan oluşan nitel görüşme formu hazırlanmıştır. Konunun detaylandırılabilmesi, daha anlaşılabilir olması ve bağlam çerçevesinde kalınabilmesi adına alt sorular eklenmiştir.

Nitel görüşme formunda ilk olarak katılımcıların gebelik süreçlerini derinlemesine anlamak amacıyla gebelik süreci ile ilgili açık uçlu, yönlendirici olmayan sorulara yer verilmiştir. Ardından ilk soru ile hastaların psikiyatri polikliniğine başvurmamasının nedenleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Katılımcının kişisel hayatı, ailesi ve yakın çevresi ile ilişkisi üzerinden bu deneyimi daha iyi aydınlatılmaya çabalanmıştır.

İkinci ve altıncı soru ile katılımcıların hastanelere ulaşım ile ilgili yaşadıkları deneyimler ve sağlık sistemi ve politikaları ile ilgili görüşleri detaylandırılarak konu ile ilişkisi açık uçlu sorular ile aydınlatılmaya çalışılmıştır. Üçüncü ve dördüncü sorular ile kişinin hastalık ile ilgili bilgisi, yaşadığı bu deneyimle ilgili duyguları, düşünceleri ve içsel süreçleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Beşinci soru ile bebek bakımındaki rolleri ve çocuk sahibi olmanın tedaviye başvuru sürecine etkileri incelenmiştir. Yedinci soru ile ise psikiyatrik hastalıklar ile ilgili katılımcıların ve yakın çevrelerinin genel görüşleri ve ruhsal sağlık sorunlarını nasıl algıladıkları incelenmiştir.

Pilot bir katılımcı ile yapılan görüşme ile soruların anlaşılabilirliği ve katılımcıların öznel deneyimlerini ne kadar yansıttığı değerlendirildi. Görüşme sonucunda 1 sorunun daha anlaşılabilir olabilmesi adına sorulma biçimi değiştirildi ve alt sorular eklendi.

3.2.1.3. Araştırmacıların eğitimi

Randevuların oluşturulması ile eş zamanlı olarak, çalışmada görev alacak olan iki asistan doktora çalışmanın hemen öncesinde Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doç. Dr. Elif Köse tarafından nitel analiz ile ilgili eğitim verilmiş, bilgi ve deneyimi ile süpervizyon sağlanmıştır.

3.2.1.4. Nitel görüşmeler ve analiz

Elde edilen listeden rastgele seçilen katılımcılar telefonla aranarak çalışmamız hakkında detaylı bilgi verilmiş, çalışmaya gönüllü olanlarla görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler yapıldıkça yeni hastaların aranıp randevu planlama süreci veri doygunluğuna erişene kadar devam etmiştir. Görüşmeler yani veri toplama aşaması sürerken veri biriktikçe eş zamanlı olarak analizi de yapılmıştır.

3.2.1.5. Veri toplama: katılımcılarla yapılan görüşmeler

Katılımcılarla derinlemesine görüşmeler yüz yüze karşılıklı olarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara öncelikle, yüz yüze görüşme için SEAH'a gelmeleri teklif edilmiş ve onaylayan 17 kişi ile psikiyatri kliniğine ait test-ölçek uygulama odasında görüşmeler yürütülmüştür. Yüz yüze görüşme için hastaneye gelmesi mümkün olmayan veya kabul etmeyen katılımcılara evlerine gidilerek görüşme yapılması teklif edilmiş fakat

hiçbiri bu teklifi kabul etmemiştir. Telefonla görüşmeyi kabul eden 3 kişi ile ise randevu oluşturularak hastane sabit hattı üzerinden görüşme gerçekleştirilmiştir.

Görüşme öncesi kadınlardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmış ve sosyodemografik klinik veri formu verilerek uygun bir şekilde doldurmaları istenmiştir. Bu aşamadan sonra katılımcılarla gebelik deneyimlerini ve tedaviye erişimin önündeki engelleri anlamak amacıyla yarı yapılandırılmış sorular yönlendirilmiştir. Yönlendirici olmayan açık uçlu sorular ile nitel görüşmeler yapılmıştır.

Görüşmeciler ayrı ayrı yeni engeller ortaya çıkana ve nihayetinde benzer engellerin beyanı tekrarlanmaya başlayana yani veri doygunluğu oluşuncaya kadar yeni katılımcılar ile görüşmeye devam edilmiştir.

Nitel görüşme teknikleri eğitimi almış olan hekimler tarafından yapılan görüşmeler toplam 8 saat 48 dakika sürmüştür. Ortalama görüşme süreleri 15 ile 35 dakika arasındadır.

3.2.1.6. Görüşmelerin kaydı, veri transkripti / dokümantasyonu

Görüşmeler iki araştırmacı ile yapılmış olup görüşmeler sırasında görüşmecilerin onamı alınarak dijital ses kaydı alınmıştır. Bir araştırmacı görüşmeci ile göz kontağı kurarak görüşme yaparken, diğer araştırmacı gözlem yaparak notlar almıştır. Ses kayıtları daha sonra görüşmeciler tarafından dinlenerek kelimesi kelimesine yazılı metne çevrilmiştir. Her hasta için ortalama 5 sayfa olmak üzere toplam 107 sayfalık bir belge elde edilmiştir. Yazılı metinler e-posta ile veya katılımcıların istemesi haline yazılı metin çıktısı olarak bizzat kendilerine iletilerek olumsuz, yanlış anlaşılmış veya yazılmış bir durum olması ihtimaline karşı geri bildirim istenmiştir. Gelen geri bildirimler değerlendirilmiş ve bir hafta içinde yanıt gelmeyenlere bir hatırlatma yapıp ikinci hafta da olumsuz geri bildirim gelmeyenlerin görüşme metni onaylanmış olarak kabul edilmiştir.

3.2.1.7. Verilerin ön okuması ve ayıklanması

İlk olarak tüm görüşme notları değerlendirilerek sorulan sorularla ilgili olmayan cevaplar çıkartılarak veri ayıklaması yapılmıştır.

3.2.1.8. Veri kodlama

Verilerdeki anlamlı birimler (örneğin sözcük, cümle, paragraf) belirlenmiş, kendi arasında anlamlı bir bütün oluşturduğu saptanan bu bölümlere kodlar veya etiketler atanmış ve veriler daha yönetilebilir bir formata getirilmiştir. Kodların anlamlı veri birimlerini tanımlayan isimlendirmelerden oluşmasına önem verilmiştir. Örneğin ‘...ben de kendim abartıyorum diyordum’, ‘...hastalık olabilir tabii ama geçici bir şey olduğunu düşünüyorum.’ şeklindeki veri birimleri sorunu küçümseme şeklinde kodlanmıştır.

Görüşmelerden elde edilen anlam birimleri ile temel kodlar iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı, birbirinden bağımsız oluşturulmuştur. Tüm veriler kodlandıktan sonra araştırmacılar tarafından oluşturulmuş kod listeleri birbiri ile karşılaştırılmıştır. Benzerlik ve farklılıkları belirlenmiş, ortak bir dil oluşturabilmek adına kod defteri oluşturulmuştur.

Kodlama süreciyle elde edilen veriler bölümlere ayrılmış, organize edilip incelenmiş en sonunda birbirleri ile ilişkilendirilmiştir. Daha sonra araştırmacıların bir araya geldiği, çıkarımların yorumlandığı çalışma grupları ile çoklu kodlamalar yapılmıştır. Tüm bunlar sonucunda kullanılan kodlar açısından ortak bir fikir birliğine varılmıştır.

3.2.1.9. Tema ve kodların güvenilirliğini kontrol etme ve detaylı analiz

Analiz aşamasında iki araştırmacı tarafından yapılan çoklu kodlamalar sonrası, üçüncü bir araştırmacı (Doç. Dr. Elif Köse) tarafından kodlamaların uyumu yani tekrar kod, kategori, alt tema ve temaların anlam bütünlüğü değerlendirildi. Bunlara göre oluşturulan benzer kodları kapsayan kategoriler oluşturuldu. Kategoriler gruplandırılarak alt temalar ve temalar oluşturuldu.

3.2.1.10. Betimleyici analiz ile temaları ve kodları destekleyen alıntılara yer verilmesi ve ilişkilendirme

Temaları veya kodları destekleyen spesifik veri örneklerine, katılımcıların ağzından çıkan ifadeler (alıntı) belirlenmiş, doğrudan bu ifadelere yer verilmiş ve betimleyici analiz yapılmıştır.

3.2.1.11. Sonuçların değerlendirilmesi ve raporlanması

Elde edilen veriler, araştırma hipotezi ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Bu aşamada, sonuçların anlamı, önemi, güvenilirliği ve geçerliliği de çoklu gruplar halinde (çalışmada görev alan uzman ve asistanlar ile) tartışılarak yorumlanmıştır.

3.2.2. İkinci aşama: nicel değerlendirme

3.2.2.1. Nicel görüşme formunun hazırlanması

Nitel görüşmeler nihayetinde elde edilen veriler ile tedavinin önündeki engellerin detaylarını daha iyi incelemek ve sıklığını anlamak için 65 maddeden oluşan katılımcıların 10 üzerinden puanlayarak cevaplandığı nicel soru formu hazırlanmıştır. Formdaki sorular hazırlanırken nitel görüşmeler sonucu oluşturulan kod, kategori ve temalar göz önünde bulundurulmuştur.

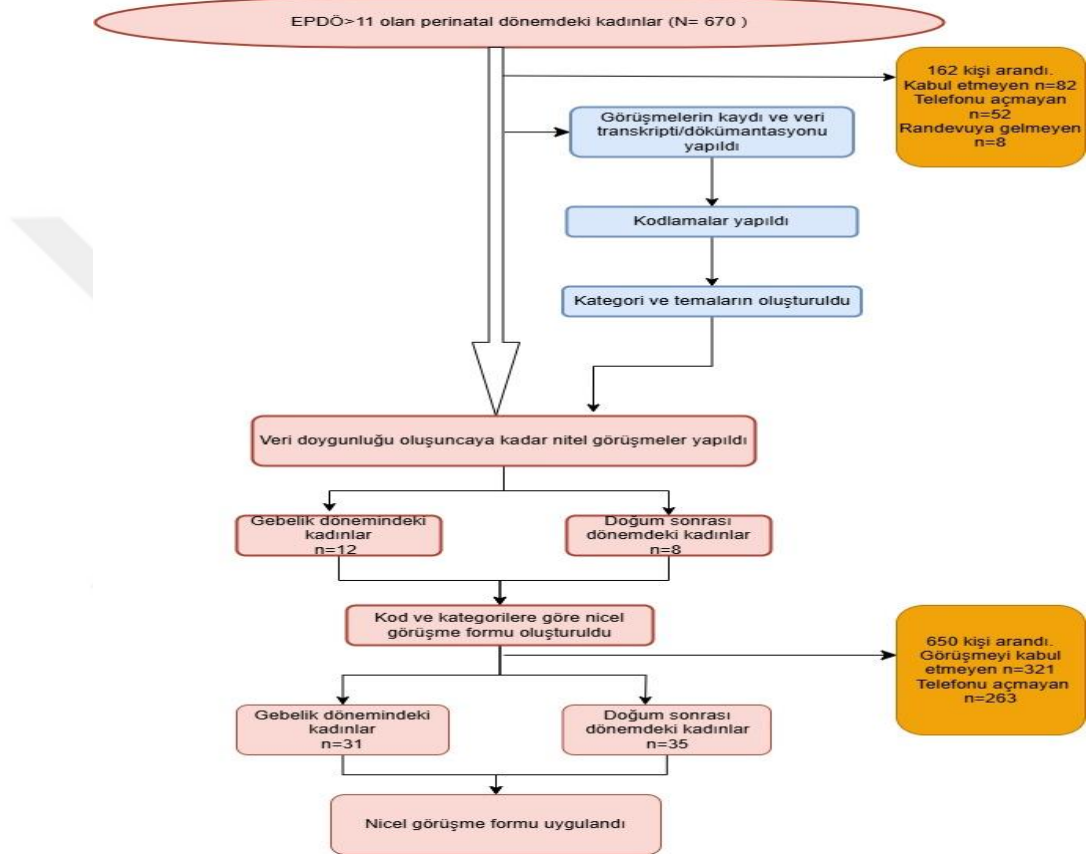
3.2.2.2. Nicel örneklem oluşturma

Daha önce de bilgilendirilip yönlendirildikleri halde tedaviye başvuru yapmamış olmaları bu kadınların önemli bir kısmının telefonlara ve çalışmaya katılmaya olumlu yanıt vermeyebileceğini ön görmemize sebep olmuştur. Bu sebeple araştırma evrenin tümü, yani 2022 yılı boyunca taraması yapılmış yüksek riskli olduğu tespit edilmiş ama tedaviye başvurmamış olan tüm kadınlar ($n= 314$ gebe+ 356 gebelik sonrası= 670 kadın) örneklem dahil edilmiştir. Daha önce nitel görüşme yapılan 20 kişi örneklem dışında tutulmuştur.

3.2.2.3. Nicel görüşme formu ve diğer ölçeklerin uygulanması

Örneklemdeki 650 kadın tek tek telefonla aranarak araştırmaya davet edilmiştir. 321 kişi görüşmeyi kabul etmemiş olup 263 kişiye ise ulaşamamıştır. 650 kişiden 31'i gebelik, 35'i postpartum dönemde olan toplam 66 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Görüşmeler telefon aracılığıyla yapılmış ve sosyodemografik veri formunun ardından EPDÖ doldurulmuştur. Daha sonrasında nicel anket formu uygulanmıştır. Katılımcılara sorular *‘‘Bu sorular sizin gibi polikliniğe başvurmamış kadınlarla yapılan görüşmeler sonucu alınan cevaplara göre oluşturuldu. Soracağım faktörler sizin polikliniğe başvuru sürecinizi etkiledi mi? Etkiledi ise 10 üzerinden puanlandırabilir misiniz?’’* şeklinde yöneltilmiştir. Değerlendirme aşamasındaki

puanlandırma bireylerin faktörlerden etkilenme boyutunu ifade etmektedir. Doyasıyla puan arttıkça faktörün bireyi etkileme ağırlığı değerlendirilebilmektedir. Öte yandan her bir soru için verilen puan on üzerinden bir bile olsa göz önüne alınmış, faktörden etkilenme var yok olarak da değerlendirme yapılmıştır. Bu ifade şeklinin de nitel araştırmaların özünde olan nadir durumları, göz önüne getirmek, görünmeyeni görmek açısından değerli olacağı düşünülmüştür (Creswell, 2013).



Şekil 3.1. Akış şeması

3.2.3. Araştırmanın dahil edilme kriterleri

-18-49 yaş aralığında kadın olmak

-Araştırmamızda hedeflenen dönem olan 2022 yılında gebe veya doğum sonrası 1 yıl içinde olmuş olmak

-Kendisine yapılan EPDÖ tarama testinde 12 veya daha yüksek puan almış olmak (Hastane kalite birimi kayıtlarından tespit edilecektir)

-Hastane kayıtlarına göre kendisine yapılan tarama testi sonrası çalışma önerisinin sunulduğu tarih olan 2023 Nisan ayına kadar bir psikiyatri kliniğine başvurmamış olmak

-Telefon ile aramaya yanıt verecek ve iletişim kurulabilecek düzeyde Türkçe biliyor olmak

-Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

-Telefonda ve yüz yüze görüşme sırasında soruları anlayıp yanıtlamasını engelleyecek ağır zekâ geriliği, serebrovasküler olay, ensefalit gibi bir engele sahip olmamak. Bu durum hastaların kendisi ile görüşme sırasında kendine veya yakınına sorularak ve hastane kayıtları incelenerek tespit edilecektir.

3.2.4. Araştırmanın dışlama kriterleri

-Araştırmanın yapıldığı dönem olan 2022 yılında gebelik veya doğum sonrası 1 yıllık dönemin içinde olmamak

-Depresyon risk grubu dışında olmak

-Türkçe bilmemek

-Bilişsel işlevlerini veya verilen cevapların güvenilirliğini etkilediği bilinen, beyin tümörü, mental retardasyon, şizofreninin aktif dönemi vb. hastalığa sahip olmak. Bu durum hastaların kendisi ile görüşme sırasında kendine veya yakınına sorularak ve hastane kayıtları incelenerek tespit edilecektir.

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri Windows 22.0 yazılım paketi ile çalışan bilgisayarda SPSS 17.00 programına girilmiştir ve bu program vasıtasıyla değerlendirilmiştir. Önce tanımlayıcı analizler ve frekans analizleri yapılmış daha sonra grupların karşılaştırılmasına geçilmiştir. Sürekli verilerin normal dağılımı, çarpıklık ve basıklık değerleri kullanılarak kontrol edilmiştir. Çalışmada çarpıklık ve basıklık değerleri +2 ile -2 arasında olan değerlerin normal dağılım gösterdiği kabul edildi (Geroge, 2011). Gruplar değerlendirildiğinde; normal dağılımına uyan değişkenlerin ortalamasını karşılaştırmak için student-t testi, karşılaştırmada normal dağılıma uymayan

değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bu çalışmada elde edilen EPDÖ skorları ve nicel soru formundan elde edilecek ölçümler gruplar arasında karşılaştırılarak kendi aralarında ve diğer ilişkili etmenler ile ise Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Korelasyonda ilişki derecesi belirtilirken 0,01-0,19 önemsiz, 0,20-0,49 düşük, 0,50-0,69 orta, 0,70-0,85 yüksek, 0,86-1 çok yüksek güç olarak ifade edildi (Ankaralı, 2015).

3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılıkları değerlendirildiğinde, önemli kısıtlılıklardan biri örneklemin uluslararası veya ulusal iş birliği ile değil, sadece tek bir hastanede elde edilen sonuçlara dayanmasıdır. Hastanemizde perinatal psikiyatri polikliniği bulunması nedeniyle literatürde belirtilen birçok engel aşılmış olsa da benzer hizmetlerin sunulmadığı kliniklerde bu bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Ayrıca, zor ulaşılabilen bir örnekleme çalışmamız, katılımcı sayısının düşük olmasına ve sonuçların genellenebilirliği konusunda sınırlılıklara yol açmıştır. Katılımcıların perinatal ruh sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla, kadınların gebe okulu, aile hekimlikleri gibi kurumlardan eğitim alıp almadıklarının incelenmemesi de bir diğer sınırlılık olarak öne çıkmaktadır.

Çalışmamızın tasarımı, kontrol grubu içermeyen ve tedaviye erişimi olmayan hastaları inceleyen bir yapıya sahiptir. Ancak, tedaviye başvurmuş hastaların incelenmesi ve bir kontrol grubu ile karşılaştırma yapılması, çalışmaya metodolojik açıdan zenginlik katabilir ve daha derinlemesine istatistiksel analizler yapılmasını sağlayabilirdi. Örneklem ulaşmanın zorluğu ve çalışma sürecinde elde edilebilecek örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle kontrol grubu oluşturulamamış ve bu durum, veri kaybı olarak değerlendirilebilecek bir sınırlılığa neden olmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-2)

Bu form, çalışma ekibi tarafından hazırlanmış olup, araştırmaya katılanların yaş, medeni hal gibi genel verilerinin yanı sıra, perinatal dönemde depresyon ile ilişkili olduğu belirlenen risk faktörlerini de (hanede birlikte yaşadığı kişi sayısı, aylık gelir,

toplam gebelik sayısı, toplam sağlıklı doğum sayısı, gebelik haftası, daha önceki ruhsal hastalık öyküsü, önceki gebeliklerde sağlık sorunları, önceki gebelikte ruhsal hastalık öyküsü, eşlik eden tıbbi hastalıklar, önceki doğum öyküsü, şiddet öyküsü vb.) göz önünde bulunduracak şekilde yapılandırılmıştır.

3.5.2. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EPDÖ) (Ek-3)

Perinatal depresyon taramalarında yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biridir. Cox ve arkadaşları tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlardaki depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır (Cox ve ark.,1987). Ölçek daha sonraki dönemde gebelikte de kullanılmaya başlanmıştır. EPDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendi bildirim ölçeğidir. Sorular 0-3 arasında puanlanmakta, en az 0, en fazla 30 puan alınabilmektedir. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. EPDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz tarafından yapılmıştır (Engindeniz, 1996). Daha sonra Aydın ve arkadaşları tarafından geçerli ve güvenilir olduğu tekrar gösterilmiştir (Aydın ve ark., 2004) EPDÖ'nün kesme noktası 12 olarak hesaplanmış olup, ölçek toplam puanı 12 ve daha fazla olan kadınlar yüksek riskli olarak kabul edilmiştir.

3.5.3. Nitel görüşme formu (Ek-4)

Çalışmadaki araştırma ekibinin bu hasta grubu ile ilgili deneyimleri, literatürdeki bahsi geçen engeller ve araştırmanın amacı dikkate alınarak toplam 7 ana soru ve her soruya ait alt sorulardan oluşan nitel görüşme formu hazırlanmıştır.

3.5.4. Nicel görüşme formu (Ek-5)

Bu form araştırma ekibi tarafından hazırlanmış olup, tedaviye başvurma sürecindeki engeller bireysel, sosyal, organizasyonel, yapısal ve diğer yönleri dikkate alınarak nitel analizin verdiği bilgiler doğrultusunda listelenmiştir. Elde edilen kodlar ve kategoriler göz önünde bulundurularak toplam 65 maddeden oluşan soru formu oluşturulmuştur.

Ruhsal/içsel faktörler temasına uygun olarak 1., 2., 7., 9. ve 39. sorular hazırlanmıştır. Bedensel engeller teması kapsamında 11., 12., 14., 49. ve 55. sorular geliştirilmiştir. Ekonomik engeller teması doğrultusunda 43. ve 54. sorular tasarlanmıştır. Eş ile ilgili

engeller teması çerçevesinde 13., 15., 17., 47. ve 62. sorular oluşturulmuştur. Çocuk ile ilgili engeller teması kapsamında ise 21., 44. ve 46. sorular hazırlanmıştır.

Ulaşım engelleri alt temasına ilişkin 10., 25., 50., 51. ve 53. sorular belirlenmiştir. Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı engeller teması doğrultusunda 24., 27., 30. ve 52. sorular oluşturulmuştur. Aile müdahalesi faktörüne yönelik 19. ve 60. sorular geliştirilmiştir. Yetersiz sosyal destek teması kapsamında 4., 5. ve 26. sorular hazırlanmıştır. Ruhsal sorunların toplum tarafından önemsenmemesi teması doğrultusunda 20., 31. ve 40. sorular tasarlanmıştır.

Kendi kendini damgalama alt temasına uygun olarak 3. ve 29. sorular hazırlanmıştır. Çevresel damgalama teması çerçevesinde 32. soru geliştirilmiştir. İlaç tedavisine karşı ön yargılar teması kapsamında 33., 36., 41., 42. ve 58. sorular tasarlanmıştır. Sağlık sistemi ile ilgili engeller temasına uygun şekilde 6., 8., 16., 18., 23., 28., 34., 35., 37., 38., 48., 56., 57., 59., 63., 64. ve 65. sorular geliştirilmiştir.

Sağlık çalışanlarıyla ilgili engeller teması doğrultusunda 22., 45. ve 61. sorular hazırlanmıştır. Ölçekle ilgili engeller teması kapsamında ise 28., 34., 57. ve 59. sorular oluşturulmuştur.

4.BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları nitel aşama ve nicel aşama için 2 ana başlık altında ayrı ayrı sunulacaktır.

4.1.Nitel Aşama Bulguları

4.1.1. Sosyodemografik ve klinik özellikler

Araştırmaya EPDÖ yapıldığı sırada gebe olan 8 kişi, gebelik sonrası dönemde olan 12 kişi olmak üzere toplam 20 kadın katılmıştır. Gebelik dönemindeki katılımcıların yaşları 21-58 arasında olup ortalama 32,5 idi. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise yaşları 24-38 yaş arasında olup ortalaması 32,6 tespit edildi. Gebelik dönemindeki kadınlardan 10'unun kent merkezinde, 2'sinin ise kırsal bölgede yaşadığı; gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 6'sının kent merkezinde 2'sinin kırsal bölgede yaşadığı belirlendi. 20 katılımcının tamamının evli olduğu tespit edildi. Gebelik dönemindeki kadınlardan 3'ü ilkokul, 3'ü ortaokul, 3'ü lise, 3'ü üniversite mezunuydu. Gebelik sonrası dönemdeki 8 kadından 1'i okuryazar değilken 1'i ilkokulu yarım bıraktığı halde okuryazardı. Diğer kadınlardan 1'i ilkokul mezunu, 3'ü ortaokul, 2'si lise mezunu tespit edildi. 20 katılımcıdan 18'i herhangi bir işte çalışmazken gebelik dönemi grubundaki kadınlardan 2'si düzenli bir işte çalıştığını belirtti.

Çalışmaya katılan kadınlara çocuk sayıları sorulduğunda gebelik dönemi grubundaki kadınlardan 5'inin tek çocuğu varken 4'ünün 2 çocuğu, 3'ünün 3 çocuğu olduğu öğrenildi. Gebelik sonrası dönemi grubundaki katılımcılardan 2'sinin 1 çocuğu, 4'ünün 4 çocuğu, 2'sinin 2 çocuğu olduğu tespit edildi. Katılımcılardan gebelik dönemindeki kadınlardan 3'ü toplam gelirlerini 1 asgari ücret olarak tanımlarken 6'sı 2 asgari ücret, 3'ü ise 3 asgari ücret olarak tanımladı. Gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 1 'i 1 asgari ücret altı, 2'si 1 asgari ücret, 3'ü 2 asgari ücret, 1'i 3 asgari ücret, 1'i 4 asgari ücret olarak tanımladı. Katılımcılar ile görüşmelerin yapıldığı 2023 mayıs-kasım ayları arasında Türkiye'de net asgari ücret 11,402 TL idi. Gebelik dönemindeki katılımcılardan 11'i eşi ve çocukları ile yaşarken 1'i eşi, çocukları ve

eşinin ailesi ile yaşıyordu. Gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 6'sı eşi ve çocukları ile, 2'si eşi, çocukları ve eşinin ailesi ile yaşıyordu.

Tablo 4.1. Gebelik döneminde ve gebelik sonrası dönemde olan kadınların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (nitel örneklem)

Sosyodemografik özellikler	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem	
	n	%	N	%
Yaş				
25 yaş ve altı	2	16,7	1	12,5
26-34 yaş arası	6	50,0	4	50,0
35 yaş ve üzeri	4	33,3	3	37,5
Yaşadığı yer				
Kent merkezi	10	83,3	6	75,0
Kırsal	2	16,7	2	25,0
Medeni durum				
Bekar	0	0,0	0	0,0
Evli	12	100,0	8	100,0
Eğitim durumu				
Okuma yazma bilmiyor	0	0,0	1	12,5
Okuma yazma biliyor	0	0,0	1	12,5
İlkokul	3	25,0	1	12,5
Ortaokul	3	25,0	3	37,5
Lise	3	25,0	2	25,0
Lisans ve üstü	3	25,0	0	0,0
İş durumu				
Ev hanımı	10	83,3	8	100,0
Düzenli bir işte çalışıyor	2	16,7	0	0,0
Düzensiz bir işte çalışıyor	0	0,0	0	0,0
Çocuk sayısı				
1 çocuk	5	41,7	2	25,0
2 çocuk	4	33,3	4	50,0
3 çocuk	3	25,0	2	25,0
Toplam gelir				
1 asgari ücret altı	0	0,0	1	12,5
1 asgari ücret	3	25,0	2	25,0
2 asgari ücret	6	50,0	3	37,5
3 asgari ücret	3	25,0	1	12,5
4 asgari ücret	0	0,0	1	12,5
4 asgari ücret üstü	0	0,0	0	0,0
Yaşadığı kişiler				
Eş	0	0,0	0	0,0
Eş ve çocuklar	11	91,7	6	75,0
Eş, çocuklar, eşin ailesi	1	8,3	2	25,0
Eş, çocuklar, kendi ailesi	0	0,0	0	0,0
Diğer	0	0,0	0	0,0

4.1.2. EPDÖ bulguları

Örneklemdaki kadınların EPDÖ puanları incelendiğinde gebelik dönemindeki katılımcıların ortalama ölçek puanı 10,5 saptanırken en düşük puan 3, en yüksek puan ise 17 olarak tespit edildi. Gebelik sonrası dönemde polikliniğe yönlendirilen

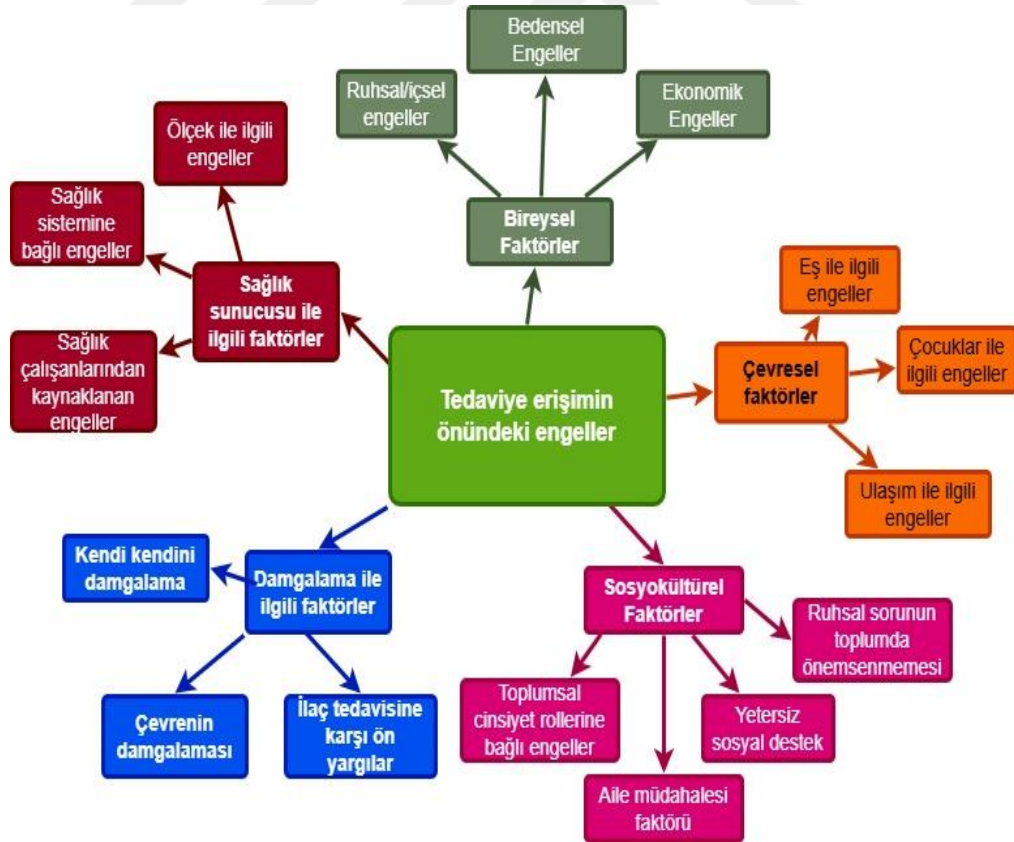
kadınların ortalama ölçek puanı 11,6 iken en düşük puan 3, en yüksek puan 20,0 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların EPDÖ puanları (nitel örneklem)

EPDÖ puanı	Gebelik dönemi	Gebelik sonrası dönem
Ortalama	10,5	11,6
Minimum	3	3
Maksimum	17	20

4.1.3. Temalar

Katılımcılarla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda bireysel faktörler, çevresel faktörler, sosyokültürel faktörler, damgalama ile ilgili faktörler ve sağlık sunucusu ile ilgili faktörler olmak üzere toplam 5 tema elde edilmiştir. Veri analizi sonucu ortaya çıkan temalar, alt temalar, kategoriler ve katılımcılara ait alıntılar aşağıda sunulmuştur.



Şekil 4.1. Tema, alt temalar

4.1.3.1.Bireysel faktörler

Görüşmecilerin hastane deneyimleri, ruhsal ve fiziksel sorunları ve ekonomik sebepler gibi kişinin kendisinden kaynaklanan ve öznel deneyimi ile ilişkili faktörler bu tema altında toplanmıştır. Bireysel faktörler 3 alt temadan oluşmaktadır.

Ruhsal /içsel engeller alt teması hastane korkusu, depresyon semptomları, yaşadığı sorunu küçümseme/önemsememe kategorilerinden oluşmaktadır.

Bu dönemdeki kadınlar kendilerine neden psikiyatri polikliniğine gitmedikleri sorulduğunda enerjilerinin olmadığını, sürekli ağladıklarını, ümitsiz olduklarını, kötü hissettikleri için yoğun suçluluk duyguları hissettiklerini, gitmeye motivasyonlarının olmadığını, uykusuz ve yoğun kaygı duydukları bir dönemde olduklarını söylediler. Tüm bu sebepler incelendiğinde aslında kişilerin içinde bulundukları depresif döneme has semptomlar nedeniyle psikiyatriye başvurmamış oldukları tespit edildi. Görüşme boyunca ağlayan bir hasta *“Gerçekten kolay bir şey değildi. Yani bilmiyorum hastalık mıydı, depresyon muydu, neydi? Hiçbir şey bilmiyorum. Diyorum ya ben o dönemde hiçbir şey düşünemiyordum. Ben sonrasında bile hiçbir şey düşünemiyordum yani. Sonrasında hiç plan yapmadım. Boş verdim artık. Yani gerçekten şu anda da öyleyim yani. Hayata karşı hiçbir beklentim, hiçbir şeyim yok. Öyle yaşıyorum işte. Çocuklarım için yaşıyorum.”* (Katılımcı 6) diyerek o dönemdeki duygularını anlattı.

Hastane korkusu kategorisinin altında katılımcılar hastanelerde yaşadıkları olumsuz deneyimler, travmatik doğum anıları gibi sebeplerle doktora başvurmak istemediklerini, hastaneye giderken yoğun korku yaşadıklarını belirttiler. Bir katılımcı doğum esnasında yaşadığı travmatik anılardan *“Ben 2 günde yataktan çıkarım diye düşündüm. Doktor çıkmayacaksın dedi. 10 gün yatacaksın yatakta, hiçbir şekilde ağır kaldırmayacaksın, dikişin çok yoksa açılır dedi. Açılırsa tekrar dikmek zorunda kalırsın deyince ben böyle diken üstündeydim. Çocuğa bile hizmette zorlandım, oturamadım. Çok etkilendim o dönemde yani.”* (Katılımcı 5) şeklinde bahsetti.

Yaşadığı sorunu küçümseme/önemsememe kategorisinde ise görüşmeciler psikiyatrik hastalıkları diğer hastalıklar kadar önemli bulmadıklarından, hayatlarında çok büyük bir soruna neden olmadığından bahsettiler. *“Yani şöyle benimkini en azından kendim analiz ettiğimde bence her annenin yaşadığı bir şey. Ben sadece eğer bununla baş edemiyor olsaydım evet destek almak isterdim.”* (Katılımcı 7).

Bedensel engeller alt temasının altında anne ile ilgili sağlık sorunları ve zorlu gebelik süreci kategorileri toplanmıştır.

Anne ile ilgili sağlık sorunları kategorisinin kapsamında katılımcılar o dönemde psikiyatriye başvurmama sebebi olarak kronik yorgunluk yaşamalarını, diyabetes mellitus gibi eşlik eden kronik hastalıkların olmasını göstermişlerdir. “7. ay falandı. O ara zaten dış ağrım çok vardı. Gebelikten ötürü çekemiyoruz dediler. İlaç da kullanmıyordum zaten.” (Katılımcı 14).

Bedensel engellerden temasındaki bir diğer kategori ise gebelik ve doğum süreci şeklinde belirlenmiştir. Gebelik sürecinde yaşanan düşük tehdidi, bulantı, kusma gibi semptomların yanında ayrıca sezaryen veya vajinal doğum sonrası yaşanan komplikasyonlar da bu dönemde kadınların tedaviye başvurmalarında önemli bir engel teşkil etmiştir. Bir kadın bu süreci “Düşük tehlikesi oldu. Evde yattım. O beni çok bağladı. Hep evde yatmak zorunda kaldım. O beni çok yıprattı. Üzüntüsü de beni çok yıprattı. Ya bir şey olursa düşerse diye çok üzüldüm.” (Katılımcı 1) şeklinde anlatmıştır.

Ekonomik engeller alt temasının altında maddi sıkıntılar kategorisi yer almaktadır.

Katılımcılar bu dönemde ekonomik sıkıntılar yaşadıklarından bu sebeple beslenme, ulaşım gibi temel yaşamsal ihtiyaçlarını gidermekte zorlandıklarını bu sebeple psikiyatri polikliniğine başvurmak için yeterli maddi gelirlerinin olmadıklarından bahsettiler. 1 katılımcı ruhsal sorunlar için psikiyatriye başvurmaktan lüks bir davranış olduğunu şöyle belirtmiştir: “Hani inanır mısınız bazen yol paramı bulamayıp dışıye bile gidemediğim oldu. Hadi artık psikiyatriyi geçtim dış yani.” (Katılımcı 17). Diğer kadınlar bu konunun tedaviye başvuru süreçlerine etkilerinden şu şekilde bahsetmiştir: “Nasıl gideceğim, nasıl olacak? Eşim tek çalışıyor. Biz kiradan çıkacağız, başka bir yere gideceğiz. Çocuklar okula gidiyordu, o da vardı yani.” (Katılımcı 4), “Eşimin kendi işi vardı ama madde kullanımından dolayı biz onu çok fazla göremiyorduk. Karnımız doyuyordu, çok ekstra paramız olmuyordu.” (Katılımcı 13).

Tablo 4.3. Bireysel faktörler teması

Tema	Alt Tema	Kategori	Kodlar
Bireysel faktörler (f=311, n=20)	Ruhsal/İçsel engeller	Depresyon semptomları	Enerjisizlik
		Hastane korkusu	Değersizlik düşünceleri
		Yaşadığı sorunu küçümseme/önemsememe	Umutsuzluk
			Anhedoni
			Suçluluk hissi
			Yoğun kaygı
			Mutsuzluk
			Yetersizlik düşünceleri
			Travmatik doğum anıları
			Travmatik gebelik anıları
			Hastane ile ilgili kötü anılar
			Hastaneden korkma
			Hastalık olarak görmeme
			Sorunu küçümseme
			Yaşadığı duyguları normal bulma
			Geçici bir süreç olduğunu düşünme
	Bedensel engeller	Anne ile ilgili sağlık sorunları	Diş ağrısı
			Yorgunluk
		Zorlu gebelik ve doğum süreci	Mide bulantısı
	Ekonomik engeller	Maddi yetersizlik	Doğum komplikasyonları
			Maddi kaygılar
			Eşinin iş sorunları
			Sigortanın olmaması

f: belirtilme sıklığı; n: kişi sayısı

4.1.3.2. Çevresel faktörler

Katılımcıların kendi kontrolleri dışında olan yakın çevresindeki kişiler ve hayat koşulları ile ilişkili sebepler çevresel faktörler temasının altında sınıflandırılmıştır. Eş ile ilgili engeller, çocuklar ile ilgili engeller ve ulaşım ile ilgili engeller şeklinde 3 alt temadan oluşmaktadır.

Eş ile ilgili engeller alt teması eşin sağlık sorunları, evlilikte yaşanan sorunlar ve eşin yetersiz desteği kategorilerini kapsamaktadır.

Eşin sağlık sorunları kategorisinde katılımcılar o dönemde eşlerinin yaşadıkları kanser, madde kullanım bozukluğu gibi hastalıkların tedaviye başvurmaları üzerindeki etkilerinden bahsettiler. 1 katılımcı kemoterapi tedavisi gören eşine destek olduğunu ve bu süreçte kendi sorunlarıyla ilgilenmediğinden bahsederken bir diğer kadın eşinin madde bağımlılığından şöyle söz etmiştir: *‘‘Gidebilecek durumda değildim. Karnım burnumda. Eşim kendinde, akli başında değildi. Gidecek durumun yoktu. Eşimin durumu beterdi. İşte üçüncü ayından (gebelikten bahsediyor) itibaren madde bağımlısıydı. Kendinde değildi, tamam deyip geçiyordu. Anlayacak kafada değildi. Yani ben alışık olduğum için bana çok normal geldi. Normal değildi tabii de şöyle normal geldi. Onun durumuna göre normal geldi. Zaten çok bir şey beklemiyordum. Ondan da o ara ilişkimiz çok kötü olduğu için. Her zamanki gibi geçiştirdi.’’* (Katılımcı 13).

Evlilikte yaşanan sorunlar kategorisinde kadınlar tedaviye başvurmamalarına sebep olarak ilişkilerinde yaşanan kavga, ayrılık gibi problemleri sunmuşlardır. İlişkilerindeki bu problemlerin ruhsal sorunlarına öncelik verememelerine sebep olmasının yanı sıra eşlerinin desteğindeki azalmayla birlikte polikliniğe başvurmanın daha da zorlaştığından söz etmişlerdir. *‘‘O (eşinden bahsediyor) gelenekçi. Yani böyle hani herkes hamile kalıyor, herkes sorun yaşıyor diye düşünüyor. Hani nasıl diyeyim? Pek ayrıcalıklı olmadım hamilelik döneminde. Hamilelik, bebeği içinde hissetmek tekmelemesi, onunla konuşmak işte bunlar eşime mesela saçma geliyordu. Mesela tekmeliyor, tekmeleyince karnımdan belli oluyor. Tekmelediği zaman karnımda görülüyor ve buna eşime gösteriyordum. O da işte sen kendin yapıyorsun, hani beni dikkate almıyormuş gibi davranıyordu. Bugün buraya geleceğimi söyledim. Niye gideceksin dedi. Hamileyken test yapmışlardı hani onun için dedim. O onu unutmuş bile... 23 ay önce şimdi büyük bir tartışma yaşadık. Evi terk ettim. O zaman annelere gittim. Ben annelere geldi barışmak için. Ben de şart konuştum aslında. Hani aile danışmanı gitmemiz gerekiyor diye. Tabi bunu kabul etmiyor. Ben yine de döndüm. Ailesi de çok baskı yapıyor. Çünkü git hani iyi gelir diye. Tabi benim eşim ben deli değilim diyor. Ben ilaç içerek kendimi uyuşturamam diyor.’’* (Katılımcı 18).

Eşin yetersiz desteği kategorisinde katılımcılar eşlerinin onlara yeterince destek olmadığından yalnız hissettiklerinden ve bunun tedaviye başvurma süreçlerini nasıl etkilediğinden söz ettiler. *‘‘Yani düşünün ki banyoda düştüm, hamileyim banyoda düştüm. Doğumuma var birkaç gün. Duramıyorum, oturduğum yerde duramıyorum ki bu büyük bir sıkıntı biliyorsunuz. Ondan sonra eşim bana şey dedi. Ben seninle gelemem hastaneye. Senin hiçbir şeyin yok dedi. Tabi ben hep çok kaygılı olduğum için her an biri ölecek, ben öleceğim,*

çocuklarım ölecek diye paniklediğim için eşim artık bana inanmıyordu. Dedi ki sen kendi başını yedin dedi. Senin hiçbir şeyin yok dedi. Ondan sonra benim yerine kardeşini götürdü hastaneye...Yani ben tek başıma dolmuşlarla karnım burnumda hastanelere gidiyordum.” (Katılımcı 17).

Çocuk ile ilgili engeller bir diğer önemli alt temadır. Bakımı zor bebek sahibi olmak, bebek ile ilgili sağlık sorunları olmak üzere 2 kategoriden oluşmaktadır.

Bakımı zor bebek sahibi olmak kategorisinde kadınlar yenidoğan bebeklerinin bakım ihtiyacının yanı sıra diğer çocuklarının yaşadıkları kardeş kıskançlığı, anneden ayrılmak istememe, aşırı hareketli olma gibi sorunlar nedeniyle çocuklarını kimseye bırakamamaların tedaviye başvuru süreçlerine etkilerinden bahsettiler. Bazı kadınlar ise kendilerinin çocuklarından ayrı kalamadıklarını, onların sağlığı ile ilgili yoğun endişeler yaşadıklarını bu sebeple hastaneye gelemediklerini anlattılar. *“Çocuklardan dolayı gelmedim. Çok zorlu geçti o süreç. Vakit bulamıyordum. Gelen giden oluyordu bir de çocuklar. Öteki çocuğu kreşe gönderiyordum, diğerini emziriyordum. Durmuyordu çocuklarım. Beni paylaşamıyordu büyük kızım. Hep beraber uyuyorduk. 4 kişi yatıyorduk. Hala bile beni paylaşamıyor. Bana çok bağlılar.”* (Katılımcı 11).

Bebek ile ilgili sağlık sorunları kategorisinde katılımcıların yeni doğan bebeklerinin veya diğer çocuklarının yaşadığı sağlık sorunları ve başvuru süreçlerine olan etkileri yer almaktadır. 1 kadın erken doğum yapmanın ve prematüre bebek sahibi olmanın etkilerinden söz ederken başka bir kadın ise down sendromuna sahip çocuğunun o dönemki sağlık sorunları ile ilgilenin nasıl tüm vaktini aldığından bahsetmiştir. *“Bebek hastaydı. Bebek ile ilgilendim. Eşim de Bodrum’da çalışıyordu. Artık bunu aklıma getirmedim. Dedim bebeğim bir iyileşsin. Kendime şey etmedim. Kendimi bebeğime verdim.”* (Katılımcı 3).

Ulaşım ile ilgili engeller alt temasının altında ulaşım sorunları kategorisi yer almaktadır.

Ulaşım sorunu kategorisinde katılımcılar psikiyatri polikliniğinin yerini bilmediklerinden, hastanenin yaşadıkları konuma uzakta olmasından, toplu taşıma araçlarına binmek istemediklerinden, şahsi araçlarının olmamasından bahsetmişlerdir. *“Açıkkçası hocam şimdi düşünüyorum. Mesela gelmek için benim en az 2 vesait değiştirmem lazım. Sonra da yarım saat yol yürümem lazım.”* (Katılımcı 9). *“Yani çocukla araç da*

olmayınca sorun oluyor. Uzak işte. Şimdi de gördüğünüz kadarıyla (çocuğu o sırada bağııyor).’’ (Katılımcı 17).

Tablo 4.4. Çevresel faktörler teması

Tema	Alt Tema	Kategori	Kodlar
Çevresel faktörler (f= 109, n=19)	Eş ile ilgili engeller	Eşin sağlık sorunları	Eşin iş sorunları
		Evlilikte yaşanan sorunlar	Madde bağımlısı eş
		Eşin yetersiz desteğı	Eşin hastalıkları
	Çocuklar ile ilgili engeller	Eş ile ayrılık	Eş ile kavga
			Eşin yetersiz desteğı
			İlgi isteyen diğr çocuk
		Bakımı zor bebek sahibi olmak	Hareketli çocuk
			Bakım bekleyen diğr çocuk
			Bağımlı çocuk
		Bebek ile ilgili sağlık sorunları	Anomalili bebek
			Bebeğın hastalıkları
			Prematüre bebek
	Ulaşım ile ilgili engeller	Ulaşım sorunları	Transfer sorunları
			Yerini bilmeme
			Özel aracının olmaması
			Uzak olması

f: belirtilme sıklığı; n: kişi sayısı

4.1.3.3. Sosyokültürel faktörler

Toplumun yapısı, kuralları ve kültürle ilişkili faktörler sosyokültürel faktörler teması altında toplanmıştır. Toplumsal cinsiyet rollerinde bağı engeller, aile müdahalesi faktörü, yetersiz sosyal destek, ruhsal sorunların toplumda önemsenmemesi şeklinde 4 alt temadan oluşmaktadır.

Toplumsal cinsiyet rollerine bağı engeller alt teması toplumda kadının rolü, kadının statüsü kategorilerinden oluşmaktadır.

Toplumda kadının rolü kategorisinde katılımcılar ev içinde temizlik, yemek, ütü, çocuk bakımı, eşin ihtiyaçlarını karşılama gibi tek başına sorumlu oldukları işlerden dolayı kendilerine vakit ayıramadıklarından ve psikiyatri polikliniğine başvuramadıklarını dile getirmişlerdir. Bazı kadınlar bunların onların görevi olduğunu

söylerken bazı kadınlar ise tüm bu işleri yerine getirmeye çalışırken yaşadıkları yetersizlik hissinden bahsetmişlerdir. *‘‘Eşim olmuyor gün içinde. Çocuğun ödevleri, çocuğun uyku vakti, yani hiçbir şey yetişmiyor gün içerisinde. Namaz kılıyorum mesela, namazı yetiştiremiyorum. Yapmak istediğim hiçbir şeyi yapamıyorum. Şu an yürüyüş yapmak istiyorum, yapamıyorum. Hani nasıl ne ara yapacağım...2. çocuk hiç yemez, içmez. Onu hala ben yediriyorum. Mesela onun da bana bir sorumluluğu var. Şimdi okul zamanı tam birinci sınıfa gidiyor. Tabi ders gösterme zamanım, tam ona ders göstereceğim diğeri geliyor. Bunlar beni yıpratıyor. Belki normal bir şey gibi geliyor belki ama.’’* (Katılımcı 1).

Aile müdahalesi faktörü alt teması baskıcı aile/aile müdahalesi kategorisini içermektedir.

Baskıcı/aile müdahalesi kategorisinde kadınlar kendi ailesinin ve eşinin ailesinin takındığı müdahaleci tutumdan ve bunun hayatlarına olan etkisinden şöyle söz etmiştir: *‘‘Çevrem hep kızıyordu bana. Sen hamilesin çalışma diyorlardı. Niye çalışıyorsun diyorlardı. Beni kısıtlıyorlardı dediğim çevre baskısı oydu yani. İlkinde de (ilk çocuğundan bahsediyor) çalışma otur aşağı diyorlardı. Eşimin tarafı özellikle.’’* (Katılımcı 14).

Yetersiz sosyal destek alt teması çevreden yetersiz sosyal destek kategorisini içermektedir. Katılımcılar psikiyatri polikliniğine başvuramamalarına sebep olarak yakın çevresindeki insanların psikiyatri polikliniğine gitmesi konusunda desteklememelerini, çocuk bakımı gibi işlerde onlara yardımcı olmamalarını ve yetersiz duygusal paylaşım yapmalarını göstermişlerdir. *‘‘Hamileliğimin ilk zamanlarında bulantı vesaire olduğunda onlar biz de bunu yaşadık diye dayattılar. Hep böyle şey, biz şu kadar kişiye baktık, hamileliğimizde bu kadar şey yaptık, bu kadar şeyi yaşadık diyorlardı (kayınvalidesi ve eşinin kardeşinden bahsediyor). ‘Ay benim 5 tane kayınbiraderim var işte ben onlara bakıyordum’ diyorlardı. Ben onu da anlıyorum aslında. Hani sadece ben onlardan iş yapmasını ya da çocuklara bakmasını da beklemiyorum. Sadece seni anlıyorum deseler yeter.’’* (Katılımcı 17).

Ruhsal sorunların toplumda önemslenmemesi alt teması psikiyatrik hastalıklara önem vermeme kategorisinden oluşmaktadır.

Psikiyatrik hastalıklara önem vermeme kategorisinde psikiyatrik hastalıklar ile ilgili toplumsal algılar, ruhsal sorunlara diğer hastalıklar kadar önem vermeme, geçici duygular olduğunu düşünme gibi faktörler yer almaktadır. *‘‘Hani verdiğim cevapların*

falan öyle şey olduğunu da düşünmemiştim açıkçası. Benzer sorular işte. Uykusuz kalıyor musunuz, kaygılanıyor musunuz falan tarzıydı. Ben zaten diyorum ya tüp bebek ile sahip oldum. O kadar heyecanlıydı ki yani ben psikolojik olarak şey olacağını hiç düşünmedim. Bir doğum stresi vardı bende. Nasıl doğuracağım diye. Çok üzerinde durmadım.’’ (Katılımcı 7).

Tablo 4.5. Sosyokültürel faktörler teması

Tema	Alt Tema	Kategori	Kodlar
Sosyokültürel faktörler (f=190, n=20)	Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı engeller	Toplumdaki cinsiyet rolleri	Görev olarak görme
			Kadının sözüne değer vermeme
			Eşinin son sözü söylemesi
			Ev işleri, çocuk bakımı
			Çocuk bakımından tek başına sorumlu olma
	Aile müdahalesi	Baskıcı aile/aile müdahalesi	Kadın ile ilgili toplumsal kabuller
			Çevreden onay alma isteği
			Çevreden psikolojik baskı
			Çevreden onay alma isteği
			Eşin son sözü söylemesi
	Yetersiz sosyal destek	Çevreden yetersiz sosyal destek	Ev işleri, temizlik, çocuk bakımını tek yapması
			Ailenin sorunu önemsememesi
			Yardım isteyememe
			Çocuğunu bırakacak kimsenin olmaması
			Psikiyatrik hastalıkları önemsememe
	Ruhsal toplumda önemsenmemesi	Psikiyatrik hastalıklara önem vermeme	Hastalık olarak görmeme

f: belirtilme sıklığı; n: kişi sayısı

4.1.3.4. Damgalanma ile ilgili faktörler

Damgalama ile ilgili faktörler teması kendi kendini damgalama, çevrenin damgalaması, ilaç tedavisine karşı ön yargılar şeklinde 3 alt temadan oluşmaktadır.

Kendi kendini damgalama alt teması kendisi ile ilgili olumsuz yargılar, dışarıdan kendine olumsuz bakış kategorilerinden oluşmaktadır.

Kendisi ile ilgili olumsuz yargılar kategorisinde kadınlar yaşadıkları duyguların güçsüzlük olduğundan, bu sebeple suçluluk hissettiklerinden ve bu sürecin gelip geçici

olduğundan bu sebeple psikiyatri polikliniğine başvurmadıklarından söz ettiler. “Yani hastalık olarak bilmiyorum ben (bu dönemde yaşadığı duygulardan bahsediyor). Eğer olursa, bana ya da bir başkasına, geçici bir süreç olduğunu düşünüyorum” (Katılımcı 12).

Katılımcılar o dönemde kendilerine depresyon açısından riskli olabilecekleri, psikiyatri polikliniğine gitmeleri gerektiği söylendiğinde şok olduklarını, kendilerine bunu yakıştıramadıklarını, bu durumu kabul edemediklerini dile getirdiler. Ruhsal sorun yaşıyor olmalarını sorunlarla başa çıkma konusunda yetersiz olmaları ile ilişkilendirmiştir. Kadınların öz imajları konusunda olumsuz düşüncelere kapılmışlardır. Kadınların tüm bu düşünceler sonucu dışarıdan kendine olumsuz bakış kategorisi oluşturuldu. “Acaba yanlış mı cevap verdim dedim. Biraz şey yaptım. Zaman da kısıtlıydı ama yalan yanlış cevap vermem böyle şeylere (ölçekten bahsediyor). Bilmiyorum o anki ruh halim mi? Yani o an yüzüm düştü. O bana göre öyle değildi. Ama onlar gerçekten öyle deyince ben de yok ben iyiyim dedim.” (Katılımcı 12).

Çevrenin damgalaması alt temasında çevrenin psikiyatrik hastalıklar ile ilgili olumsuz düşünceleri kategorisi yer almaktadır.

Katılımcılar çevrenin psikiyatrik hastalıklar ile ilgili olumsuz düşünceleri kategorisinde yakın çevresindeki kişilerin psikiyatrik hastalıklara karşı olan olumsuz bakışlarından, kendileri hakkında da böyle düşünmelerinden korktuklarından bahsetmişlerdir. “Bence bizim toplumda ben psikiyatriye gidiyorum dediğinde sana deli gözüyle bakıyorlar. Ben öyle düşünüyorum. Çünkü çevremde hani arkadaşlarım gidip sen deli misin, o yüzden mi gidiyorsun diye bir tepki veriyorlar. Psikiyatriye gidince ‘Bu da deli biliyor musunuz? O da doktor tedavisi görüyor. İlaç olmasa deliriyor.’ diyorlar. Hani böyle bir algı var.” (Katılımcı 8).

İlaç tedavisine karşı ön yargılar alt temasında ilaç kullanımına karşı ön yargılar kategorisi yer almaktadır.

Bu kategoride katılımcılar gebelikte ilaç kullanmak istemediklerinden, yan etkilerden korktuklarından, bebeğin sağlığına yapacağı olumsuz etkilerden çekindiklerinden bu sebeple psikiyatri polikliniğine başvurmadıklarından bahsetmişlerdir. 1 katılımcı ilacın uyku yapmasından ve bu sebeple bebeğine yeterli bakımı verememekten korktuğundan bahsederken bir diğer kadın ise gebelikte ilaç kullanılmayacağını bu sebeple psikiyatri polikliniğine gitse bile tedavi başlanamayacağını düşündüğü için

polikliniğe başvurmadığını dile getirmiştir. “*Açıkçası ben ilaç kullanmak istemiyorum. Esas sebep bu. Ben normal ilaçları bile çok kullanan biri değilim. Ben bekarken de psikiyatri ilaçları kullanmıştım. Beni çok kötü yapıyor. Yani böyle salak gibi oluyorum. Kafam böyle sersem gibi. Böyle saf saf dolaşıyorum.*” (Katılımcı 6).

Tablo 4.6. Damgalama ile ilgili faktörler teması

Tema	Alt Tema	Kategori	Kodlar	
Damgalanma ile ilgili faktörler (f=86, n=19)	Kendi kendini damgalama	Kendisi ile ilgili olumsuz yargılar	Kabul edememe Hastalığı kendine yakıştıramama	
		Dışarıdan kendine olumsuz bakış	Hastalık ile ilgili ön yargı Şok olma Etiketlenme korkusu	
		Çevrenin psikiyatrik hastalıklar ile ilgili olumsuz düşünceleri	Çevrenin psikiyatrik hastalıklar ile ilgili ön yargısı	
	İlaç tedavisine karşı ön yargılar	İlaç kullanımına karşı ön yargılar	İlaç ile ilgili bilgisizlik Yan etkilerden korkma Tedaviye güvenmeme	
f: belirtilme sıklığı; n: kişi sayısı				

4.1.3.5. Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler

Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler teması sağlık sistemine bağlı engeller ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan engeller, ölçek ile ilgili engeller şeklinde 3 alt temadan oluşmaktadır.

Sağlık sistemine bağlı engeller alt teması sağlık politikaları ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar şeklinde 2 kategoriden oluşmaktadır.

Sağlık politikaları ile ilgili sorunlar kategorisinde kadınların gebelikte çalışma koşullar, izin alamamaları, yönlendirici sistemlerin eksikliği, hastaneye gittiği sırada grev olması gibi sebeplerden dolayı psikiyatri polikliniğine başvuramadığı tespit edilmiştir. “*Yani o ara çalışıyordum zaten. İzin falan almam gerekiyordu. 37. haftaya kadar çalıştım. Çalıştığımız yer yoğun değil ama işten izin almam gerekiyordu. O zaman da tektim, müdür bey yoktu.*” (Katılımcı 7).

Sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar kategorisinde katılımcılar randevu almanın zorluklarından, hastanelerin kalabalık olmasından, sıra beklemek zorunda kalmaktan şikayetçi olduklarından ve bunun tedaviye başvuramamaları üzerindeki etkisinden söz

ettiler. *“Tabi randevularda sıkıntı oldu arada. Randevu yoktu. Arıyorduk ama hastanede randevu yoktu. 15 gün öncesi olduğu için randevu veremiyoruz diyorlardı. Takip ediyorduk ama yine de alamıyorduk. Sürekli arıyorduk ama ulaşamıyorduk.”* (Katılımcı 4).

Sağlık çalışanlarından kaynaklanan engeller alt teması sağlık çalışanları ile yaşanan sorunlar kategorisinden oluşmaktadır.

Sağlık çalışanları ile yaşanan sorunlar kategorisinde katılımcılar sağlık çalışanlarının ölçeği doldurduğu sırada görüştüğü personel ile yaşadıkları anlaşmazlıklardan, güvenilir doktor bulmak konusunda endişelerinden ve genel olarak hastane çalışanlarının hal ve tutumlarından duydukları rahatsızlıklardan söz etmiştir. *“Mecburen özel hastaneye gidiyorum. Orada daha güzel bilgi veriyorlar çünkü. Çalışanı da anlıyorum ama o bilgiyi almak istiyorum. Genel bilgi verip kesiyorlar...Hastaya kaba davranılması mesela. Bana yapılmasa bile başkasına yapıldığı zaman rahatsız ediyor beni.”* (Katılımcı 14).

Ölçek ile ilgili engeller alt temasında ölçeğin uygulanma biçimi kategorisi yer almaktadır.

Ölçeğin uygulanma biçimi kategorisinde kadınlar ölçeğin yapılma zamanı, yapılma biçimi ve ölçekteki soruların anlaşılabilirliği ile ilgili faktörlerden bahsetmiştir. 2 katılımcı ölçeğin gebeliğinin son aylarında yapıldığını, bu sebeple doğum telaşından bu konuya öncelik veremediğinden bahsetmiştir. 2 kadın ise ölçeği çok önemli bulmadıklarını bu sebeple sorulara çok dikkatli bir şekilde cevap vermediklerini söylemiştir. *“Güle güle doldurdum. Mesela ölmeyi düşünüyor musunuz diyordu gülerek evet her zaman diye işaretledim. Arkadaşlarımla espri yaparak öylesine işaretledim. Hani ben ucunun buraya geleceğini bilmiyordum. Olmayan şeyleri işaretledim...Ben o dönemde çöküşteydim. Hani ölüm gibi kötü bir şey düşünmüyordum ama eşimle ilgili şikayetlerim vardı.”* (Katılımcı 19).

Tablo 4.7. Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler teması

Tema	Alt Tema	Kategori	Kodlar
Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler (f=125, n=20)	Sağlık sistemine bağlı engeller	Sağlık politikaları ile ilgili sorunlar	İzin alamama
		Sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar	Sağlık personelinin yetersiz bilgilendirmesi
			Hastalık ile ilgili bilgisizlik
			Randevu bulamamak
			Sıra beklemek
			Hastanelerin kalabalık olması
			Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgisizlik
	Sağlık çalışanlarından kaynaklanan engeller	Sağlık çalışanları ile yaşanan sorunlar	Sağlık personelinin yetersiz bilgilendirmesi
			Hekime güvenmeme
			Sağlık çalışanları uygun olmayan davranışları
			Hekimin ilaç kullanma demesi
	Ölçek ile ilgili engeller	Ölçeğin uygulanma biçimi	Ölçeği önemsememe
			Ölçeğin yapılma zamanı
			Ölçek ile ilgili bilgisizlik

f: belirtilme sıklığı; n: kişi sayısı

4.2. Nicel Aşama Bulguları

4.2.1. Sosyodemografik ve klinik özellikler

Çalışmaya toplam 66 kişi katılmış olup 31'i (%47) gebelik, 36'sı (%57) gebelik sonrası dönemde psikiyatri polikliniğine yönlendirilen kadınlardır. Yaş ortalaması tüm katılımcılar için 31,68 iken gebelik dönemi grubu için 30,8, gebelik sonrası dönem grubu için 32,5 tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınlara nerede yaşadıkları sorulduğunda gebelik dönemindeki kadınlardan 18'i (%58,1) kent merkezinde, 13'ü (%41,9) kırsal bölgede yaşamaktadır. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise 29'u (%82,9) kent merkezinde, 6'sı (17,1) kırsal bölgede yaşamaktadır. Katılımcılardan sadece 1 kişi bekar olup 65'i (%98,5) evli tespit edilmiştir.

Gebelik dönemdeki katılımcılardan 1'i (%3,2) herhangi bir okuldan mezun değil fakat okuryazar iken 9'u (%29) ilkokul mezunu, 4'ü ortaokul mezunu, 11'i (%35,5) lise mezunu, 6'sı (19,4) üniversite mezunudur. Gebelik sonrası dönemdeki katılımcıların ise 2'si (%5,7) okuryazar olup herhangi bir okuldan mezun değil iken 4'ü (%11,4) ilkokul mezunu, 7'si (%20) ortaokul mezunu, 9'u (%25,7) lise mezunu, 13'ü (%37,1) üniversite mezunudur.

Katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde gebelik dönemindeki kadınların 29'u (%93,5) ev hanımı, 1'i (%3,2) düzenli bir işte çalışıyor, 1'i (%3,2) düzensiz bir işte çalışıyor. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise 33'ü (%94,3) ev hanımı, 2'si (%5,7) düzenli bir işte çalışıyor.

Katılımcıların toplam gelirleri incelendiğinde gebelik dönemindeki kadınlardan 1'inin (%3,2) 1 asgari ücretin altında, 11'inin (%35,5) 1 asgari ücret, 12'sinin (%38,7) 2 asgari ücret, 5'inin (%16,1) 3 asgari ücret, 1'inin (%3,2) 4 asgari ücret, 1'inin (%3,2) ise 4 asgari ücret üstü geliri olduğu tespit edildi. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların 5'i (%14,3) 1 asgari ücret altı, 15'i (%42,9) 1 asgari ücret, 11'i (%31,4) 2 asgari ücret, 4'ü (%11,4) 2 asgari ücret gelire sahipti. Katılımcılar ile görüşmelerin yapıldığı Aralık 2023- Haziran 2024 ayları arasında Türkiye'de net asgari ücret 20,002 TL idi

Gebelik dönemindeki kadınların 24'ü (%77,4) eşi ve çocukları ile yaşarken 3'ü (%9,7) eşi, çocukları ve eşinin ailesi ile, 4'ü (%12,9) ise diğer kişiler ile yaşamaktaydı. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların 28'i (%80,0) eşi ve çocukları ile, 5'i (%14,3) eşi, çocukları ve eşinin ailesi ile, 1'i (%2,9) eşi, çocukları ve kendi ailesi ile, 1'i (%2,9) ise diğer kişiler ile yaşamaktaydı.

Tablo 4.8. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (nicel örneklem)

	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem		İstatistik
	n	%	n	%	
Yaş					
(Ort.±SS)	30,8±5,30		32,5±6,07		t=-2,288
Maksimum	44		18		p=0,239
Minimum	22		42		
Yaşadığı Yer					
Kırsal	18	58,1	29	82,9	x ² =4,929
Kent merkezi	13	41,9	6	17,1	p=0,026

Tablo 4.8. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (nicel örneklem) (devam)

Medeni Durum					
Bekar	1	3,2	0	0,0	$\chi^2=1,146$ $p=0,284$
Evli	30	96,8	35	100,0	
Boşanmış/Dul	0	0,0	0	0,0	
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	0	0,0	0	0,0	$\chi^2=5,632$ $p=0,228$
Okuryazar	1	3,2	2	5,7	
İlkokul	9	29,0	4	11,4	
Ortaokul	4	12,9	7	20,0	
Lise	11	35,5	9	25,7	
Üniversite	6	19,4	13	37,1	
Çalışma Durumu					
Ev hanımı	29	93,6	33	94,3	$\chi^2=1,354$ $p=0,508$
Düzenli bir işte çalışıyor	1	3,2	2	5,7	
Düzensiz bir işte çalışıyor	1	3,2	0	0,0	
Toplam Gelir Düzeyi					
1 asgari ücret altı	1	3,2	5	14,3	$\chi^2=5,213$ $p=0,390$
1 asgari ücret	11	35,5	15	42,9	
2 asgari ücret	12	38,7	11	31,4	
3 asgari ücret	5	16,1	4	11,4	
4 asgari ücret	1	3,2	0	0,0	
4 asgari ücret üstü	1	3,2	0	0,0	
Yaşadığı kişiler					
Eş	0	0,0	0	0,0	$\chi^2=3,378$ $p=0,337$
Eş ve çocuklar	24	77,4	28	80,0	
Eş, çocuklar, eşin ailesi	3	9,7	5	14,3	
Eş, çocuklar, kendi ailesi	0	0,0	1	2,9	
Diğer	4	12,9	1	2,9	
SS: Standart sapma					

SS: Standart sapma

Gebelik dönemindeki kadınların ortalama çocuk sayısı $2,45 \pm 0,93$ iken gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan ortalama çocuk sayısı $2,28 \pm 0,99$ olarak tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayıları ise gebelik döneminde $2,83 \pm 1,51$, gebelik sonrası dönemde $2,94 \pm 1,30$ saptanmıştır. Ölü doğum yaşama durumlarına bakıldığında gebelik döneminde 2 (%6,5) kişinin gebelik sonrası dönemde ise 3 (%8,6) kişinin ölü doğum yaşadığı tespit edilmiştir. Abortus yaşama durumu incelendiğinde gebelik döneminde 3 (%6,5), gebelik sonrası dönemde ise 8 (%22,9) kişi olduğu görüldü. Kürtaj yaşama durumu ise gebelik döneminde 3 (%9,7), gebelik sonrası dönemde 7 (%20,0) kişi olarak saptandı.

Son gebelik döneminden önce her gün sigara kullanan kadın sayısı gebelik dönemindekilerde 4 (%12,9) iken gebelik sonraki dönemdeki kadınlarda 8 (%22,9)'dur. Son gebelik döneminde her gün sigara kullanan gebelik döneminde 2

(%6,5) kişi, gebelik sonrası dönemde ise 6 (%17,1) olarak saptanmıştır. Son lohusalıkta her gün sigara kullanım öyküsü gebelik dönemindeki kadınlarda 1 (%3,2) kişi iken gebelik sonrası dönemdeki kadınlarda 5 (%14,3) kişidir.

Tablo 4.9. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların gestasyonel özelliklere göre karşılaştırılması (nicel örneklem)

	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem		İstatistik
	n	%	n	%	
Toplam gebelik sayısı					t=-0,301
Ort±SS	2,83±1,51		2,94±1,30		p=0,767
Yaşayan çocuk sayısı					t=0,702
Ort±SS	2,45±0,93		2,28±0,99		p=0,485
Ölü doğum yaşama durumu					
Evet	2	6,5	3	8,6	x ² =0,106 p=0,745
Hayır	29	93,5	32	91,4	
Abortus yaşama durumu					
Evet	3	9,7	8	22,9	x ² =2,056 p=0,152
Hayır	28	90,3	27	77,1	
Kürtaj yaşama durumu					
Evet	3	9,7	7	20,0	x ² =1,363 p=0,243
Hayır	28	90,3	28	80,0	
Son gebelikten önceki dönemde sigara kullanım öyküsü					
Hayır	19	61,3	24	68,6	x ² =3,960 p=0,138
Evet, bazen	8	25,8	3	8,6	
Evet, hemen her gün	4	12,9	8	22,9	
Son gebelikte sigara kullanım öyküsü					
Hayır	25	80,6	27	77,1	x ² =2,510 p=0,285
Evet, bazen	4	12,9	2	5,7	
Evet, hemen her gün	2	6,5	6	17,1	
Son lohusalıkta sigara kullanım öyküsü					
Hayır	23	74,2	28	80,0	x ² =5,713 p=0,057*
Evet, bazen	7	22,6	2	5,7	
Evet, hemen her gün	1	3,2	5	14,3	

SS: Standart sapma

Katılımcılara kronik tıbbi hastalıkları olup olmadığı sorulduğunda gebelik dönemindeki kadınların 10'u (%32,2) var şeklinde cevap verdi. Bu 10 kişiden 1'i (%3,2) hipertansiyon, 1'i (%3,2) tiroit hastalığı, 1'i (%3,2) migren, 4'ü (%12,9) kas iskelet hastalığı, 1'i (%3,2) romatizmal hastalık, 3'ü (9,7) diğer hastalıklara sahipti. Gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 11'i (%32,4) kronik hastalığa sahip olup 4'ü (%11,4) diyabet, 1'i (%2,9) hipertansiyon, 2'si (%5,7) tiroit hastalığı, 1'i (%2,9) migren, 5'i (%14,3) diğer hastalıklara sahipti.

Gebelik dönemindeki kadınların 5'inin (%16,1), gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise 11'inin (%31,4) gestasyonel hastalık yaşadığı tespit edildi. Gebelik dönemindeki kadınlardan 1'i (%3,2) gestasyonel diyabet, 1'i (%3,2) gestasyonel hipertansiyon, 2'si (%6,5) tiroit hastalığı, 1'i (%3) diğer gestasyonel hastalıklardan birine sahipti. Gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 8'i (%22,9) gestasyonel diyabet, 1'i (%2,9) gestasyonel hipertansiyon, 1'i (%2,9) tiroit hastalığı, 1' (%2,9) preeklampsi, 1'i (%2,9) plasenta previa, 1'i (%2,9) diğer gestasyonel hastalıklardan birine sahipti.

Önceki gebelik dönemindeki hastalıklar incelendiğinde gebelik dönemindeki kadınlardan 4 (%12,9) 'ü, gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 6 (%17,1)'sı hastalık öyküsü olduğunu dile getirdi. Gebelik dönemindeki kadınların 1 (%3,2)'i gestasyonel hipertansiyon, 1 (%3,2)'i tiroit hastalığı, 1 (%3,2)'i preeklampsi, 1 (%3,2)'i diğer gestasyonel hastalık öyküsüne sahipti. Gebelik sonrası dönemdeki kadınlar ise 1' (%2,9) preeklampsi, 1'i (%2,9) plasenta previa geçirmişti.

Tablo 4.10. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların klinik özelliklere göre karşılaştırılması (nicel örneklem)

	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem		İstatistik
	n	%	n	%	
Kronik hastalık öyküsü					
Var	10	32,2	11	31,4	$\chi^2=0,005$ $p=0,9$
Yok	21	67,8	24	68,6	
Diyabet	0	0,0	4	11,4	
Hipertansiyon	1	3,2	1	2,9	
Kalp yetmezliği	0	0,0	0	0,0	
Böbrek yetmezliği	0	0,0	0	0,0	
Tiroit hastalığı	1	3,2	2	5,7	
Migren	1	3,2	1	2,9	
Kas iskelet hastalığı	4	12,9	0	0,0	
Romatizmal hastalık	1	3,2	0	0,0	
Diğer	3	9,7	5	14,3	
Son gebelik dönemi hastalık öyküsü					
Var	5	16,1	11	31,4	$\chi^2=2,095$ $p=0,148$
Yok	26	83,9	24	68,6	
Gestasyonel diyabet	1	3,2	8	22,9	
Gestasyonel hipertansiyon	1	3,2	0	0,0	
Tiroit hastalığı	2	6,5	1	2,9	
Migren	0	0,0	1	2,9	
Preeklampsi	0	0,0	1	2,9	
Plasenta previa	0	0,0	1	2,9	
Plasenta dekolmanı	0	0,0	0	0,0	
Diğer	1	3,2	1	2,9	

Tablo 4.10. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların klinik özelliklere göre karşılaştırılması (nicel örneklem) (devam)

Önceki gebelik dönemindeki hastalık öyküsü					
Var	4	12,9	6	17,1	$\chi^2=0,239$ $p=0,632$
Yok	27	87,1	29	82,9	
Gestasyonel diyabet	0	0,0	2	5,7	
Gestasyonel hipertansiyon	1	3,2	2	5,7	
Tiroid hastalığı	1	3,2	0	0,0	
Migren	0	0,0	0	0,0	
Preeklampsi	1	3,2	1	2,9	
Plasenta previa	0	0,0	1	2,9	
Plasenta dekolmanı	0	0,0	0	0,0	
Diğer	1	3,2	0	0,0	

Katılımcılardan gebelik dönemindeki 2 (%6,5) kişinin son lohusalık döneminde anksiyete bozukluğu tanısı aldığı saptandı. Gebelik dönemindeki 1 (%3,2) kişinin daha önceki lohusalık döneminde depresyon tanısı aldığı ve tedavi gördüğü saptandı. Gebelik ve lohusalık dışındaki herhangi bir dönemdeki psikiyatrik tanı ve tedavileri incelendiğinde gebelik dönemindeki kadınların 1'inde (%3,2) depresyon, 1'inde (%3,2) anksiyete bozukluğu öyküsü tespit edildi. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise 8'i (%22,9) depresyon, 1'i (%2,9) anksiyete bozukluğu, 1'i (%2,9) bipolar bozukluk, 1'i (%2,9) panik bozukluk öyküsüne sahipti. Gebelik ve gebelik sonrası dönem grubu arasında bu açıdan anlamlı bir fark tespit edildi ($\chi^2=6,484$, $p=0,011$). Gebelik dönemindeki 1 (%2,9) kişi, gebelik sonrası dönemdeki kadınların 10'u (%28,6) gebelik ve lohusalık dışı herhangi bir dönemde psikiyatrik tedavi öyküsüne sahipti. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ($\chi^2=7,604$, $p=0,006^*$).

Kadınlardan gebelik döneminde olan 2 (%6,5) kişinin gebelik nedeniyle tedaviyi bırakma öyküsü olduğu saptandı.

Katılımcıların travma öyküsü sorgulandığında gebelik dönemindeki kadınlardan 2 (%6,5)'si, gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 6 (%17,1)'si evet şeklinde cevap verdi. Gebelik dönemindeki kadınlardan 1 (%3,2)'i aileden birinin kaza/cinayet/intihar sebebiyle vefatı, 1 (%3,2)'i cinsel istismar/tecavüz öyküsüne sahipti. Gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 1 (%2,9)'i aileden birinin kaza/cinayet/intihar sebebiyle vefatı, 1 (%2,9)'i cinsel istismar/tecavüz öyküsü, 5 (%14,3)'i diğer bir travma öyküsüne sahipti.

Katılımcılardan gebelik dönemindeki 6 kişinin (%19,4), gebelik sonrası dönemdeki 12 kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu tespit edildi. Gebelik dönemindeki kadınlardan 2'sinin (%6,5) ailesinde depresyon, 1'isini (%3,2) ailesinde şizofreni, 2'sinin (%6,5) ailesinde anksiyete bozukluğu, 1'inin (%3,2) ailesinde panik bozukluk, 1'isinin (%3,2) ailesinde diğer bir psikiyatrik hastalığın olduğu tespit edildi. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların 7'sinin (%20,0) ailesinde depresyon, 1'sinin (%2,9) ailesinde şizofreni, 1'sinin (%2,9) ailesinde bipolar bozukluk, 3'ünün (%8,6) ailesinde panik bozukluk hastalığı olduğu saptandı.

Tablo 4.11. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların psikiyatrik hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem)

	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem		İstatistik
	N	%	n	%	
Son gebelikte psikiyatrik tanı					
Var	0	0,0	0	0,0	
Yok	31	100,0	35	100,0	
Depresyon	0	0	0	0	
Şizofreni	0	0	0	0	
Anksiyete bozukluğu	0	0	0	0	
Bipolar bozukluk	0	0	0	0	
Panik bozukluk	0	0	0	0	
Obsesif kompulsif bozukluk	0	0	0	0	
Diğer	0	0	0	0	
Son gebelikte tedavi öyküsü					
Var	0	0,0	0	0,0	
Yok	31	100,0	35	100,0	
Son lohusalık döneminde psikiyatrik tanı					
Var	2	6,5	0	0,0	$\chi^2=2,329$ $p=0,127$
Yok	29	93,5	35	100,0	
Depresyon	0	0,0	0	0,0	
Şizofreni	0	0,0	0	0,0	
Anksiyete bozukluğu	2	6,5	0	0,0	
Bipolar bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Panik bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Obsesif kompulsif bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Diğer	0	0,0	0	0,0	
Son lohusa döneminde tedavi öyküsü					
Var	0	0,0	0	0,0	
Yok	31	100,0	35	100,0	

Tablo 4.11. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların psikiyatrik hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem) (devam)

Daha önceki gebeliklerde psikiyatrik hastalık tanısı					
Var	0	0,0	0	0,0	
Yok	31	100,0	35	100,0	
Depresyon	0	0,0	0	0,0	
Şizofreni	0	0,0	0	0,0	
Anksiyete bozukluğu	0	0,0	0	0,0	
Bipolar bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Panik bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Obsesif kompulsif bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Diğer	0	0,0	0	0,0	
Daha önceki gebelikte psikiyatrik tedavi öyküsü					
Evet	0	0,0	0	0,0	
Hayır	31	100,0	35	100,0	
Daha önceki lohusalıkta psikiyatrik hastalık tanısı					
Var	1	3,2	0	0,0	x ² =1,146 p=0,284
Yok	30	96,8	35	100,0	
Depresyon	1	3,2	0	0,0	
Şizofreni	0	0,0	0	0,0	
Anksiyete bozukluğu	0	0,0	0	0,0	
Bipolar bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Panik bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Obsesif kompulsif bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Diğer	0	0,0	0	0,0	
Daha önceki lohusalıkta psikiyatrik tedavi öyküsü					
Evet	1	3,2	0	0,0	x ² =1,146 p=0,284
Hayır	30	96,8	35	100,0	
Daha önceki gebelik ve lohusalık dışı dönemde psikiyatrik hastalık tanısı					
Var	2	6,5	11	31,4	x ² =6,484 p=0,011*
Yok	29	93,5	24	68,6	
Depresyon	1	3,2	8	22,9	
Şizofreni	0	0,0	0	0,0	
Anksiyete bozukluğu	1	3,2	1	2,9	
Bipolar bozukluk	0	0,0	1	2,9	
Panik bozukluk	0	0,0	1	2,9	
Obsesif kompulsif bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Diğer	0	0,0	0	0,0	
Daha önceki gebelik ve lohusalık dışı dönemde tedavi öyküsü					
Evet	1	3,2	10	28,6	x ² =7,604 p=0,006*
Hayır	30	96,8	25	71,4	
Gebelik nedeniyle psikiyatrik tedavi bırakma öyküsü					
Var	2	6,5	0	0,0	x ² =2,320 p=0,127
Yok	29	93,5	35	100,0	
Emzirme nedeniyle psikiyatrik tedavi bırakma öyküsü					
Var	0	0,0	0	0,0	
Yok	31	100,0	35	100,0	

Tablo 4.11. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların psikiyatrik hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem) (devam)

Travma öyküsü					
Evet	2	6,5	6	17,1	$\chi^2=1,764$ $p=0,184$
Hayır	29	93,5	29	82,9	
Ölümcül hastalık tanısı	0	0,0	0	0,0	
Hayati tehlike atlatılan bir kaza	0	0,0	0	0,0	
Aileden birinin kaza/cinayet/intihar sebebiyle vefatı	1	3,2	1	2,9	
Cinsel istismar/tecavüz	1	3,2	1	2,9	
Çocuklukta şiddete maruz kalma	0	0,0	0	0,0	
Bıçakla/silahla saldırı	0	0,0	0	0,0	
Saldırıya tanık olma	0	0,0	0	0,0	
Diğer	0	0,0	5	14,3	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					
Var	6	19,4	12	34,3	$\chi^2=1,848$ $p=0,174$
Yok	25	80,6	23	65,7	
Depresyon	2	6,5	7	20,0	
Şizofreni	1	3,2	1	2,9	
Anksiyete bozukluğu	2	6,5	0	0,0	
Bipolar bozukluk	0	0,0	1	2,9	
Panik bozukluk	1	3,2	3	8,6	
Obsesif kompulsif bozukluk	0	0,0	0	0,0	
Diğer	0	0,0	0	0,0	

Katılımcıların bebeklerinin doğum haftası incelendiğinde gebelik dönemindeki 1 (%3,2) kişinin, gebelik sonrası dönemdeki 9 (%25,7) kişinin prematüre bebek sahibi oldukları saptandı. Gebelik ve gebelik sonrası dönem grubu arasında bebeklerinin doğum haftası açısından anlamlı bir fark tespit edildi ($\chi^2=7,348$, $p=0,25$). Ortalama doğum ağırlığı gebelik döneminde $3359,6 \pm 416,2$, gebelik sonrası dönemde $2938,4 \pm 866,3$ 'tü. Gebelik dönemindeki kadınların bebeklerinin 14 (%45,2)'ü kız, 17 (%54,8)'si erkekti. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların bebeklerinin ise 21 (%60,0)'i kız, 14 (%40,0)'ü erkekti.

Gebelik dönemimdeki kadınların 15 (%48,4)'i planlı, 15(%48,4)'i plansız istenen, 1(%3,2)'i plansız ve istenmeyen gebelik yaşamışlardı. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise 19(%54,3)'ü planlı, 12(%34,3)'si plansız istenen, 4(%11,4)'ü hem plansız hem istenmeyen gebelik yaşamıştır. Gebelik için tedavi alan kişi sayısı gebelik sonrası dönem grubu için 3(%8,6)'tü. Gebelik dönemi grubundan 3(%9,7) kişi, gebelik sonrası dönem grubundan 1(%2,9) kişi gebelik sırasında takiplere gitmemiştir.

Gebelikte bebeklerinde oluşan sağlık sorunları sorgulandığında gebelik dönemi grubundaki 7(%22,6) kişinin, gebelik sonrası dönem grubundaki 11(%31,4) kişinin evet dediği saptandı. Gebelik dönemindeki kadınların 1(%3,2)'inin bebeğinde intrauterin gelişim geriliği (IUGR), 6 (%19,4)'sının bebeğinde diğer bir sağlık sorunu geliştiği tespit edildi. Gebelik sonrası dönemindeki kadınların 2(%5,7)'sinin bebeğinde kardiyak malformasyon, 3(%8,6)'ünde IUGR, 5(%14,3)'inde erken doğum tehdidi geliştiği saptandı.

Katılımcılardan gebelik dönemi grubundaki kadınların 29(%93,5)'u kamu hastanesinde, 2(%6,5)'si özel sağlık kuruluşunda, gebelik sonrası dönem grubundaki kadınların 34(%97,1)'ü kamu hastanesinde, 1(%2,9)'i özel sağlık kuruluşunda doğum yapmıştı. Doğum şekilleri incelendiğinde ise gebelik dönemi grubunda 17(%54,8) kişinin normal doğum, 4(%12,9) kişinin acil sezaryen, 10(28,6) kişinin planlı sezaryen gerçekleştirdiği saptandı. Gebelik sonrası dönem grubunda ise 11(%31,4) kişinin normal doğum, 14(%40,0) kişinin acil sezaryen, 10(%28,6) kişinin planlı sezaryen gerçekleştirdiği tespit edildi.

Doğum sonrası bebeklerinde sağlık sorunu olup oluşmadığı sorulduğunda gebelik dönemindeki 2(%6,5) kişi, gebelik sonrası dönemdeki 10(%28,6) kişi evet cevabı verdi. Gebelik dönemindeki kadınların 1(%3,2)'inin bebeği kuvözde kalırken 1(%3,2)'inin bebeği başka bir sağlık sorununa sahipti. Gebelik sonrası dönemi grubundaki kadınların 1(%2,9)'inin bebeğinde kardiyak malformasyon, 5(%14,3)'inin bebeği erken doğum, 1(%2,9)'inin bebeği düşük doğum ağırlığı, 1(%2,9)'inin bebeğinde konvülsiyon, 7(%20,0)'sinin bebeği kuvözde kalma, 2'sinin solunum sıkıntısı, 1(%2,9)'inin bebeğinde diğer bir sağlık sorunu vardı.

Tablo 4.12. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların son gebelik ve emzirme dönemi öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem)

	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem		İstatistik
	n	%	n	%	
Doğum haftası					
Prematüre	1	3,2	9	25,7	$\chi^2=7,348$ $p=0,025^*$
Matür	29	93,5	26	74,3	
Postmatür	1	3,2	0	0,0	
Doğum ağırlığı					
Ort±SS	3359,6±416,2		2938,4±866,3		$t=2,465$ $p=0,016^*$

Tablo 4.12. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların son gebelik ve emzirme dönemi öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem) (devam)

Doğum Boyu					
Ort±SS	50,2±2,32	48,2±5,82	t=1,764		
			p=0,072		
Bebeğin cinsiyeti					
Kız	14	45,2	21	60,0	x ² =1,453
Erkek	17	54,8	14	40,0	p=0,228
Gebelik şekli					
Planlı	15	48,4	19	54,3	x ² =2,370
Plansız istenen	15	48,4	12	34,3	p=0,306
Hem plansız	1	3,2	4	11,4	
hem istenmeyen					
Gebelik için tedavi					
öyküsü					
Evet	0	100,0	3	8,6	x ² =2,784
Hayır	31	0,0	32	91,4	p=0,95
Gebelik					
takiplerine gitme					
dururumu	28	90,3	34	97,1	x ² =1,343
Evet	3	9,7	1	2,9	p=0,246
Hayır					
Gebelikte bebekte					
oluşan sağlık					
sorunu					
Var	7	22,6	11	31,4	x ² =0,649
Yok	24	77,4	24	68,6	p=0,421
Kardiyak	0	0,0	2	5,7	
malformasyon					
IUGR	1	3,2	3	8,6	
Erken doğum	0	0,0	5	14,3	
tehdidi					
Diğer	6	19,4	0	0,0	
Doğumun					
gerçekleştiği yer					
Evde/sağlık	0	0,0	0,0	0,0	x ² =0,490
kuruluşu dışında					p=0,484
Kamu	29	93,5	34	97,1	
hastanesinde					
Özel	2	6,5	1	2,9	
hastane/sağlık					
kuruluşunda					
Doğumun					
geçekleşme şekli					
Normal doğum	17	54,8	11	31,4	x ² =6,623
Acil sezaryen	4	12,9	14	40,0	p=0,036
Planlı sezaryen	10	32,3	10	28,6	

Tablo 4.12. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların son gebelik ve emzirme dönemi öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem) (devam)

Bebekte doğum sonrası sağlık sorunu					
Evet	2	6,5	10	28,6	$\chi^2=3,710$ $p=0,54$
Hayır	29	93,5	25	71,4	
Kardiyak malformasyon	0	0,0	1	2,9	
Erken doğum	0	0,0	5	14,3	
Düşük doğum ağırlığı	0	0,0	1	2,9	
Kuvözde kalma	1	3,2	7	20,0	
Konvülsiyon	0	0,0	1	2,9	
Persistan pulmoner hipertansiyon	0	0,0	0	0,0	
Solunum sıkıntısı	0	0,0	2	5,7	
Diğer	1	3,2	3	8,6	
SS: Standart sapma					

Katılımcıların bebek bakımında yardımcı olan kişiler incelendiğinde gebelik dönemindeki 8(%25,8) kişinin yardım almadığı, 11(%35,5) kişinin eşinden, 4(%12,9)'ünün eşinin anne/babasından, 8(%25,8)'inin kendi anne/banasından yardım aldığı saptandı. Gebelik sonrasındaki dönemdeki 20(%57,1) kişinin yardım almadığı, 10(%28,6) kişinin eşinden, 3(%8,6)'ünün eşinin anne/babasından, 2(%5,7)'sinin kendi anne/banasından yardım aldığı saptandı.

Gebelik dönemi grubundaki kadınlardan 7(%22,6)'si, gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 1(%2,9)'i evin düzen ve temizliği için destek alıyor olarak saptandı. Bebek bakımı hakkında nerden bilgi aldıkları incelendiğinde gebelik dönemi grubundaki 12(%38,7) kişi aile büyüklerinden, 9(%29,0) kişi internet/sosyal medyadan, 2(%6,5) kişi bebek gelişim kitaplarından, 8(%25,8) kişi sağlık çalışanlarından bilgi almaktadır. Gebelik sonrası dönem grubundaki 17(%48,6) kişi aile büyüklerinden, 11(%31,4) kişi internet/sosyal medyadan, 1(%2,9) kişi bebek gelişim kitaplarından, 6(%17,1) kişi sağlık çalışanlarından bilgi almaktadır. Gebelik dönemindeki kadınların 8(%25,5)'inin, gebelik sonrası dönemdeki kadınların 9(%25,7)'unun günlük yaşantısında sorunlarını konuştuğu insan yoktu.

Tablo 4.13. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların sosyal destek öyküsüne göre karşılaştırılması (nicel örneklem)

	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem		İstatistik
	n	%	n	%	
Bebek bakımında yardımcı olan kişi/kişiler					
Yardım almıyorum	8	25,8	20	57,1	$\chi^2=8,723$ $p=0,033^*$
Eşim	11	35,5	10	28,6	
Eşimin anne/babası	4	12,9	3	8,6	
Benim anne/babam	8	25,8	2	5,7	
Yardımcı çalışan	0	0,0	0	0,0	
Evin düzen ve temizliği için destek alımı					
Hayır	21	67,7	34	97,1	$\chi^2=10,368$ $p=0,006^*$
Evet	7	22,6	1	2,9	
Bazen	3	9,7	0	0,0	
Bakım hakkında bilgi kaynağı					
Aile büyükleri	12	38,7	17	48,6	$\chi^2=1,444$ $p=0,695$
İnternet/sosyal medya	9	29,0	11	31,4	
Bebek gelişim kitapları	2	6,5	1	2,9	
Arkadaşlar	0	0,0	0	0,0	
Sağlık çalışanları	8	25,8	6	17,1	
Günlük yaşantınızda sorunları konuştuğu insan					
Yok	8	25,5	9	25,7	$\chi^2=0,00$ $p=0,00$
Var	23	74,2	26	74,3	

Gebelik dönemindeki kadınların eşlerinin yaşlarının ortalaması $34,29 \pm 6,3$, gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise $35,54 \pm 6,31$ 'tür. Gebelik dönemi grubundaki katılımcıların 8(%25,8)'inin eşi ilkökul mezunu iken 5(%16,1)'inin ortaokul, 10(%32,3)'ünün lise, 8(%25,8)'inin üniversite mezunuydu. Gebelik sonrası grubundaki 1(%2,9)'inin eşi okuryazar iken herhangi bir okuldan mezun değil, 5(%14,3)'i ilkökul mezunu, 11(%31,4)'i ortaokul mezunu, 9(%25,7)'u lise mezunu, 9(%25,7)'u üniversite mezunuydu.

Örneklemdaki kadınların eşlerinin iş hayatı incelendiğinde gebelik dönemi grubundakilerin 3(%9,7)'ü düzensiz bir işte çalışırken gebelik sonrası dönemi grubundakilerin 1(%2,9)'i çalışmıyor, 4(%11,4)'ü düzensiz bir işte çalışıyordu. Eşlerinde kronik hastalık öyküsü olan gebelik dönemi grubundaki kadın sayısı 3(%9,7) iken gebelik sonrası dönem grubundaki kadın sayısı ise 7(%20,0)'ydi. Gebelik

dönemindeki kadınların 1(%3,2)'inin eşi hipertansiyon, 1(%3,2)'inin eşi romatizmal hastalık, 1(%3,2)'inin eşi diğer bir hastalığa sahipti. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların 1(%2,9)'inin eşi diyabet, 1(%2,9)'inin migren, 5(%14,3)'inin eşi diğer bir hastalığa sahipti.

Gebelik dönemindeki kadınların eşlerinden 4(%12,9)'ü, gebelik sonrası dönemdeki kadınların eşlerinden 3(%8,6)'ü psikiyatrik hastalık öyküsüne sahipti.

Eşlerin sigara kullanımı incelendiğinde gebelik dönemi grubunda 23(%74,2) kişinin eşi hemen her gün sigara içerken gebelik sonrası dönem grubundaki 20(%57,1) kişinin eşi hemen her gün sigara kullanıyordu. Gebelik dönemindeki kadınların 9(%29,0)'unun eşi hemen her gün, 5(%16,1)'inin eşi bazen alkol kullanıyordu. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların 5(%14,3)'inin eşi bazen alkol kullanıyordu. Gebelik dönemindeki kadınların 3(%9,7)'ünün eşi hemen her gün, 1(%3,2)'inin eşi bazen madde kullanıyordu. Gebelik sonrası dönemdeki kadınların 2(%5,7)'sinin eşi bazen madde kullanıyordu.

Gebelik dönemindeki kadınların eşleri ile iletişim derecesinin puan ortalaması $7,13 \pm 2,72$, gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise $6,94 \pm 2,52$ 'tür. Gebelik dönemindeki kadınların eşlerinin duygusal destek derecesinin puan ortalaması $7,13 \pm 3,13$, gebelik sonrası dönemdeki kadınların ise $6,97 \pm 2,87$ 'dir.

Gebelik dönemi grubundaki kadınlardan gebelik döneminde fiziksel/cinsel şiddete maruz kalan sayısı 1(%3,2), duygusal şiddete maruz kalan sayısı 3(%9,7), ekonomik şiddete maruz kalan sayısı 3(%9,7)'tü. Gebelik sonrası dönem grubundaki kadınlardan ise gebelik döneminde fiziksel/cinsel şiddete maruz kalan sayısı 4(%11,4), duygusal şiddete maruz kalan sayısı 7(%20,0), ekonomik şiddete maruz kalan sayısı 2(%5,7)'ydi.

Gebelik dönemi grubundaki kadınlardan lohusalık döneminde fiziksel/cinsel şiddete maruz kalan sayısı 1(%3,2), duygusal şiddete maruz kalan sayısı 2(%6,5), ekonomik şiddete maruz kalan sayısı 3(%9,7)'tü. Gebelik sonrası dönem grubundaki kadınlardan ise lohusalık döneminde fiziksel/cinsel şiddete maruz kalan sayısı 3(%8,6), duygusal şiddete maruz kalan sayısı 6(%17,1), ekonomik şiddete maruz kalan sayısı 1(%2,9)'di.

Tablo 4.14. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların eşlerinin sosyodemografik verilerine ve eşleri ile ilişkisine göre karşılaştırılması (nicel örneklem)

	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem		İstatistik
	n	%	N	%	
Yaş*					u=607,000
Ort±SS	34,29±6,3		35,54±6,31		p=0,407
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	0	0,0	0	0,0	x ² =4,388
Okuryazar	0	0,0	1	2,9	p=0,495
İlkokul	8	25,8	5	14,3	
Ortaokul	5	16,1	11	31,4	
Lise	10	32,3	9	25,7	
Üniversite	8	25,8	9	25,7	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	0	0,0	1	2,9	x ² =0,973
Düzenli bir işte çalışıyor	28	90,3	30	85,7	p=0,615
Düzensiz bir işte çalışıyor	3	9,7	4	11,4	
Kronik hastalık öyküsü					
Var	3	9,7	7	20,0	x ² =1,363
Yok	28	90,3	28	80,0	p=0,243
Diyabet	0	0,0	1	2,9	
Hipertansiyon	1	3,2	0	0,0	
Kalp yetmezliği	0	0,0	0	0,0	
Böbrek yetmezliği	0	0,0	0	0,0	
Tiroid rahatsızlığı	0	0,0	0	0,0	
Migren	0	0,0	1	2,9	
Kas iskelet hastalığı	0	0,0	0	0,0	
Romatizmal hastalık	1	3,2	0	0,0	
Diğer	1	3,2	5	14,3	
Psikiyatrik hastalık öyküsü					
Var	4	12,9	3	8,6	x ² =0,325
Yok	27	87,1	32	91,4	p=0,568
Sigara kullanımı					
Hayır	6	19,4	11	31,4	x ² =2,112
Evet, bazen	2	6,5	4	11,4	p=0,348
Evet, hemen her gün	23	74,2	20	57,1	
Alkol kullanımı					
Hayır	17	54,8	30	85,7	x ² =12,39
Evet, bazen	5	16,1	5	14,3	p=0,002*
Evet, hemen her gün	9	29,0	0	0,0	
Madde kullanımı					
Hayır	27	87,1	33	94,3	x ² =3,705
Evet, bazen	1	3,2	2	5,7	p=0,157
Evet, hemen her gün	3	9,7	0	0,0	
İletişim derecesi (10 üzerinden) *					u=499,000
Ort±SS	7,13±2,72		6,94±2,52		p=0,569

Tablo 4.14. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların eşlerinin sosyodemografik verilerine ve eşleri ile ilişkisine göre karşılaştırılması (nicel örneklem) (devam)

Duygusal destek derecesi (10 üzerinden)					
*					
Ort±SS	7,13±3,13		6,97±2,87		u=506,00 p=0,634
Gebelikte fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumu					
Evet	1	3,2	4	11,4	x ² =1,580
Hayır	30	96,8	31	88,6	p=0,209
Gebelikte duygusal şiddete maruz kalma durumu					
Evet	3	9,7	7	20,0	x ² =1,363
Hayır	28	90,3	28	80,0	p=0,243
Gebelikte ekonomik şiddete maruz kalma durumu					
Evet	3	9,7	2	5,7	x ² =0,369
Hayır	28	90,3	33	94,3	p=0,544
Lohusalıkta fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumu					
Evet	1	3,2	3	8,6	x ² =0,825
Hayır	30	96,8	32	91,4	p=0,364
Lohusalıkta duygusal şiddete maruz kalma durumu					
Evet	2	6,5	6	17,1	x ² =1,764
Hayır	29	93,5	29	82,9	p=0,184
Lohusalıkta ekonomik şiddete maruz kalma durumu					
Evet	3	9,7	1	2,9	x ² =1,343
Hayır	28	90,3	34	97,1	p=0,246

SS: standart sapma, * Normal dağılım göstermeyen veriler

4.2.2. EPDÖ bulguları

Katılımcıların EPDÖ puanları incelendiğinde gebelik dönemi ortalamasının 7,23 olduğu, gebelik sonrası dönemin ortalamasının 8,4 olduğu saptanmıştır. Gebelik dönemdeki kadınlarda en yüksek puan 15 olurken gebelik sonrası dönemdeki kadınlarda ise 23 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.15. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların EPDÖ puanları (nicel örneklem)

EPDÖ puanı	Gebelik dönemi	Gebelik sonrası dönem
Ortalama	7,23	8,4
Standart Sapma	±4,39	±6,01
Ortanca (%25-%75)	7,0(3-11)	7,0(4-11)

Katılımcıların EPDÖ toplam puanları ölçeğin kesme değerine göre incelendiğinde gebelik döneminde 7 (%22,6)kişi 12 ve üzeri puan alarak yüksek riskli kabul edilirken gebelik sonrası dönemdeki kadınlardan 7'si (%20) 12 ve üzeri puan almıştır ($X^2=0,066$, $p=0,798$).

Tablo 4.16. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların EPDÖ puanlarına göre karşılaştırılması

EPDÖ puanı	Gebelik dönemi		Gebelik sonrası dönem		İstatistik
	n	%	n	%	
Yüksek riskli	7	22,6	7	20,0	$x^2=0,066$
Düşük riskli	24	77,4	28	80,0	$p=0,798$

4.2.3.Sosyodemografik değişkenler ve EPDÖ skorları arasındaki ilişki

Sosyodemografik veriler ile EPDÖ skorları arasındaki korelasyon incelendiğinde anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Tablo 4.17. Sosyodemografik veri formu ve EPDÖ skorları arasındaki ilişki

Sosyodemografik veri	EPDÖ skorları	
Yaş	$r= 0,007$	$p=0,957$
Yaşadığı yer	$t=1,669$	$p=0,100$
Medeni durum	$t=-0,406$	$p=0,686$
Eğitim durumu	$r_s =0,059$	$p=0,638$
İş durumu	$kw=0,487$	$p=0,784$
Çocuk Sayısı	$r=0,057$	$p=0,652$
Toplam Gelir	$r_s=-,181$	$p=0,145$
Yaşadığı Kişiler	$kw=5,855$	$p=0,119$

r_s : Spearman korelasyonu, r : Pearson korelasyon, kw =kruskal-wallis korelasyon, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

4.2.4. Nicel görüşme formu sonuçları

Nicel görüşme formundaki sorular nitel veri analizindeki tema, alt tema ve kategoriler doğrultusunda oluşturulmuş olup tema ve alt temalara göre sorulara verilen yanıtların puanları aşağıdaki gibidir.

Bireysel faktörler temasında bulunan ruhsal/içsel faktörler alt temasın kapsamında yönlendirilen ‘daha önce yaşamış olduğunuz olumsuz deneyimler nedeniyle hastaneye gitmekten korkmak’ sorusu toplam 10 kişiden puan almış ve ortalama puanı 1,07. ‘o dönemde içinde bulunduğunuz mutsuzluk, keyifsizlik, enerjinizin az olması, umutsuzluk gibi duygulardan oluşan depresif tablo’ sorusu 27 kişi tarafından cevaplanmış ve ortalama 2,71 puan almış, ‘istenmeyen bir gebelik yaşıyor olmak’ sorusu ve 10 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,88 puan almış, ‘gebe kalma sürecinde zorluklar yaşamış olmak’ 11 kişi tarafından cevaplanmış ve ortalama 0,97 puan almış, ‘plansız bir gebelik yaşıyor olmak’ 12 kişiden cevaplanmış ve ortalama 1,24 puan almış olarak saptandı.

Bedensel engeller alt temasından yola çıkarak hazırlanan ‘gebelik süresince yaşanan kendinize ait ilave sağlık sorunlarınızın olması’ sorusu 15 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,05 puan almış, ‘doğum nedeniyle yaşanan sağlık sorunlarınızın olması (c/s, doğum komplikasyonları)’ sorusu 22 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,02 puan almış, ‘zorlu ve travmatik bir doğum yapmış olmak’ sorusu 23 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,53 puan almış, ‘gebelik sürecinde düşük riski yaşamış olmak’ 6 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,61 puan almış, ‘erken doğum yapmış olmak’ 5 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,44 puan almış olarak tespit edildi.

Ekonomik engeller alt teması göz önünde bulundurularak katılımcılara yönlendirilen ‘o dönemde sağlık sigortanızın olmaması’ 1 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,02 puan almış, ‘o dönemde maddi sıkıntılar yaşıyor olmanız’ 20 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,91 puan almış olarak saptandı.

Çevresel faktörler teması kapsamında bulunan eş ile ilgili engeller alt temasından yola çıkarak hazırlanan ‘o dönemde eşinizin çalışmıyor olması’ sorusu 4 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,33 puan almış, ‘o dönemde eşinizle ilişkinizde

sorunlar (kavga, ayrılık) yaşıyor olmak' sorusu 18 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,64 puan almış, 'o dönemde eşinizin sağlık sorunları yaşıyor olması' sorusu 3 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,11 puan almış, 'eşinizin eşlik eden alkol veya madde bağımlılığının olması' sorusu 3 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,29 puan almış, 'eşinizin gebelik ve doğum sonrası dönemde ilgisiz olması veya yetersiz destek göstermesi' sorusu 24 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,59 puan almış şekilde tespit edildi.

Çocuk ile ilgili engeller alt teması göz önünde bulundurularak hazırlanan 'diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok hareketli ve yaramaz olması' sorusu 16 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,64 puan almış, 'çocuğunuzun veya diğer çocuklarınızın sağlık sorunlarının olması' sorusu 12 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,24 puan almış, 'diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok fazla ilgi istemesi (kardeş kıskançlığı vs.)' sorusu 21 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,35 puan almış.

Ulaşım sorunları alt teması incelenerek hazırlanan 'perinatal psikiyatri polikliniğinin yerini bilmiyor olmak' sorusu 14 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,30 puan almış, 'perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracının kalabalık olması' sorusu 23 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,30 puan almış, 'perinatal psikiyatri polikliniğinin yaşadığınız konuma uzakta olması' sorusu 25 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,85 puan almış, 'perinatal psikiyatri polikliniğine gidecek özel aracınızın olmaması' sorusu 19 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,09 puan almış, 'perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracı güzergahının uzun ve karmaşık olması' sorusu 18 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,08 puan almış olarak saptandı.

Sosyokültürel faktörler temasında bulunan toplumsal cinsiyet rollerine bağlı engeller alt temasından yola çıkarak hazırlanan 'temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin yoğunluğu' sorusu 42 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 4,32 puan almış, 'temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin; toplumda kadının sorumluluğunda olması' sorusu 38 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 4,47 puan almış, 'ruhsal bir tedaviye başvurmanıza eşinizin onayının olmaması' sorusu 10 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,79 puan almış, 'günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal

sorunlarınızın önünde olması' sorusu 40 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 4,27 puan almış olarak tespit edildi.

Aile müdahalesi faktörü alt teması incelenerek hazırlanan 'ruhsal bir tedaviye başvurmanıza yakın çevrenizin onayının olmaması' sorusu 9 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,73 puan almış, 'aile büyüklerinin (kayınvalide, kayınpeder vb.) yönlendirici ve müdahaleci tutumları' sorusu 18 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,58 puan almış olarak gösterildi.

Yetersiz sosyal destek alt teması kapsamında yönlendirilen 'çocuğunuzu bırakabileceğiniz güvenilir bir yer olmaması' sorusu 28 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 3,02 puan almış, 'yakın çevrenizin yaşadığınız ruhsal sıkıntıları önemsiz görmesi' sorusu 28 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,97 puan almış, 'yakın çevrenizin sizi ruhsal bir yardım almanız yönünde yönlendirmemiş olması' sorusu 18 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,59 puan almış olarak tespit edildi.

Ruhsal sorunların toplumda önemsenmemesi alt temasından yola çıkarak hazırlanan 'ruhsal bir hastalığınız olmadığını düşünmek' sorusu 29 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,83 puan almış, 'gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal birtakım belirtiler yaşamayı olağan bulmanız' sorusu 40 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 3,71' puan almış, 'ruhsal hastalıkları diğer hastalıklar kadar önemli olmadığını düşünmek' sorusu 12 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,94 puan almış olarak saptandı.

Damgalama ile ilgili faktörler temasında bulunan kendi kendini damgalama alt teması incelenerek hazırlanan 'ruhsal bozuklukları kendinize yakıştıramamak' sorusu 18 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,64 puan almış, 'o dönemde bir ruhsal bozukluğunuz olduğunu kabul edememek' sorusu 10 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,67 puan almış olarak gösterildi.

Çevrenin damgalaması alt teması kapsamında yönlendirilen 'yakın çevrenizdeki kişilerin psikiyatrik bozuklukları olan bireylerle ilişkili olumsuz düşüncelerinin olması' sorusu 14 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,23 puan almış olarak tespit edildi.

İlaç ile ilgili ön yargılar alt teması incelenerek hazırlanan ‘emzirirken ilaç kullanırsam uyuklu olurum ve bebeğime bakamam korkusu’ sorusu 31 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 3,61 puan almış, ‘gebelikte ilaç kullanırsam bebeğime geçer ve olumsuz etkilenir korkusu’ sorusu 31 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 3,52 puan almış, ‘psikiyatri polikliniklerinde verilecek ilaçların şikayetleriniz üzerine etkili olmayacağını düşünmek’ sorusu 16 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,48 puan almış, ‘emzirirken ilaç kullanırsam bebeğime geçer ve yan etkisi olur korkusu’ sorusu 33 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 3,77 puan almış, ‘gebelik ve emzirme döneminde psikiyatrik tedavi görmenin ilaç kullanımı anlamına gelmesi’ sorusu 20 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,20 puan almış olarak gösterildi.

Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler temasında bulunan sağlık sistemi ile ilgili engeller alt temasından yola çıkarak hazırlanan ‘devlet hastanelerini tercih etmek istememek’ sorusu 4 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,18 puan almış, ‘hastanelerin kalabalık olması’ sorusu 27 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,71 puan almış, ‘o dönemde yoğun bir işte çalışıyor olmanız’ sorusu 1 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,02 puan almış, ‘ruhsal bir bozukluğun ne olduğunu ve belirtilerini bilmemek’ sorusu 17 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,30 puan almış, ‘o dönemde poliklinik başvurularında randevu bulamamak’ sorusu 28 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 3,18 puan almış, ‘perinatal dönemde psikiyatrik hastalarla özel olarak ilgilenen bir polikliniğin olduğunu bilmemek’ sorusu 21 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,02 puan almış, ‘hastaneye geldiğinizde çok uzun süre sıra beklemek zorunda kalmak’ sorusu 32 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 3,20 puan almış, ‘gebelik ve doğum sonrası dönemde hangi durumlarda psikiyatrik yardım almak için başvurulması gerektiğini bilmemek’ sorusu 24 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,27 puan almış, ‘daha önce muayene olduğunuz hekimlerin gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanılmaması gerektiğini söylemiş olması’ sorusu 17 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,80 puan almış, ‘çalıştığınız kurumdan izin alamamış olmanız’ sorusu 1 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,02 puan almış, ‘hastaneye geldiğinizde sağlık çalışanlarının grevlerine denk gelmiş olmanız’ sorusu 3 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,14 puan almış, ‘hastaneye geldiğinizde şiddet olaylarına tanık olmanız’ sorusu 3 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,32

puan almış, ‘ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerini çok önemli bulmamanız’ sorusu 12 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,18 puan almış,

Sağlık çalışanları ile ilgili engeller alt teması incelenerek hazırlanan ‘hastanede konu ile ilgili konuştuğumda yardımcı sağlık personelinin ilgisiz veya kaba tutumları’ sorusu 9 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,77 puan almış, ‘psikiyatristlerin gebelik ve doğum sonrası dönemde tedaviyi yönetecek yeterliliğe sahip olmadığını düşünmek’ sorusu 4 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,26 puan almış, ‘hastanede konu ile ilgili soru sorduğunuzda yardımcı sağlık personelinin eksik veya hatalı bilgi vermesi’ sorusu 9 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 0,94 puan almış, ‘ruh sağlığı taraması sırasında personelin gösterdiği ilgi ve yönlendirmeyi yetersiz bulmanız’ sorusu 12 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,18 puan almış olarak belirlendi.

Ölçek ile ilgili engeller alt temasında yer alan ‘ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerinde çıkan sonuçların önemini bilmemek’ sorusu 24 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 2,14 puan almış, ‘ruh sağlığınızı soran ve sizi yardım almaya yönlendiren sağlık taramalarının acelenizin olduğu ve telaşlı bir zamanınıza denk gelmesi’ sorusu 35 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 3,59 puan almış, ‘sağlık taramaları sırasında ruhsal sorunlarınızla ilgili sorulan soruları tam anlayamamış olmanız’ sorusu 13 kişi tarafından puanlanmış ve ortalama 1,06 puan almış olarak tespit edildi.

Katılımcıların nicel görüşme formundaki sorulara verdiği ortalama, maksimum ve minimum puanlar en yüksek puan alan sorudan en az puan alana doğru sıralanmış şekilde aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 4.18. Nicel görüşme formu puanları

Nicel görüşme formu soruları	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (%25-%75)	Tema
52-Temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin; toplumda kadının sorumluluğunda olması	4,47	4,44	3,5(0-10)	SKF
24-Temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin yoğunluğu	4,32	3,98	4,5(0-8)	SKF
30-Günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal sorunlarınızın önünde olması	4,27	3,99	5(0-8)	SKF

Tablo 4.18. Nicel görüşme formu puanları(devam)

58-Emzirirken ilaç kullanırsam bebeğime geçer ve yan etkisi olur korkusu	3,77	4,22	0,5(0,8)	DF
31-Gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal birtakım belirtiler yaşamayı olağan bulmanız	3,71	3,57	3(0-7)	BF
34- Ruh sağlığınıza soran ve sizi yardım almaya yönlendiren sağlık taramalarının acelenizin olduğu ve telaşlı bir zamanınıza denk gelmesi	3,59	3,99	2(0-7)	SSF
33-Gebelikte ilaç kullanırsam bebeğime geçer ve olumsuz etkilenir korkusu	3,52	4,14	0(0-8)	DF
38-Hastaneye geldiğinizde çok uzun süre sıra beklemek zorunda kalmak	3,20	3,76	0(0-7)	SSF
35-O dönemde poliklinik başvurularında randevu bulamamak	3,18	4,09	0(0-7,25)	SSF
4-Çocuğunuzu bırakabileceğiniz güvenilir bir yer olmaması	3,02	3,99	0(0-6,25)	SKF
5-Yakın çevrenizin yaşadığınız ruhsal sıkıntıları önemsiz görmesi	2,97	3,81	0(0-7)	SKF
50-Perinatal psikiyatri polikliniğinin yaşadığınız konuma uzakta olması	2,85	4,04	0(0-7,25)	ÇF
20-Ruhsal bir hastalığınız olmadığını düşünmek	2,83	3,71	0(0-6)	BF
8-Hastanelerin kalabalık olması	2,71	3,69	0(0-6)	SSF
2-O dönemde içinde bulunduğunuz mutsuzluk, keyifsizlik, enerjinizin az olması, umutsuzluk gibi duygulardan oluşan depresif tablo	2,71	3,66	0(0-6)	BF
62-Eşinizin gebelik ve doğum sonrası dönemde ilgisiz olması veya yetersiz destek göstermesi	2,59	3,81	0(0-5,25)	ÇF
12-Zorlu ve travmatik bir doğum yapmış olmak	2,53	3,86	0(0-6,25)	BF
46-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok fazla ilgi istemesi (kardeş kıskançlığı vs.)	2,35	3,76	0(0-5,25)	ÇF
25-Perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracının kalabalık olması	2,30	3,48	0(0-5)	ÇF
48-Gebelik ve doğum sonrası dönemde hangi durumlarda psikiyatrik yardım almak için başvurulması gerektiğini bilmemek	2,27	3,23	0(0-5)	SSF
41-Gebelik ve emzirme döneminde psikiyatrik tedavi görmenin ilaç kullanımı anlamına gelmesi	2,20	3,78	0(0-3,25)	DF
28-Ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerinde çıkan sonuçların önemini bilmemek	2,14	3,20	0(0-5)	SSF
51-Perinatal psikiyatri polikliniğine gidecek özel aracınızın olmaması	2,09	3,68	0(0-3,25)	ÇF
53-Perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracı güzergahının uzun ve karmaşık olması	2,08	3,65	0(0-5)	ÇF

Tablo 4.18. Nicel görüşme formu puanları(devam)

14-Doğum nedeniyle yaşanan sağlık sorunlarınızın olması (c/s, doğum komplikasyonları)	2,02	3,23	0(0-4,25)	BF
37-Perinatal dönemde psikiyatrik hastalarla özel olarak ilgilenen bir polikliniğin olduğunu bilmemek	2,02	3,46	0(0-3,25)	SSF
54-O dönemde maddi sıkıntılar yaşıyor olmanız	1,91	3,25	0(0-4)	BF
56- Daha önce muayene olduğunuz hekimlerin gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanılmaması gerektiğini söylemiş olması	1,80	3,62	0(0-1)	SSF
3-Ruhsal bozuklukları kendinize yakıştıramamak	1,64	3,19	0(0-1)	DF
15-O dönemde eşinizle ilişkinizde sorunlar (kavga, ayrılık) yaşıyor olmak	1,64	3,17	0(0-2)	ÇF
21-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok hareketli ve yaramaz olması	1,64	3,26	0(0-0,25)	ÇF
26-Yakın çevrenizin sizi ruhsal bir yardım almanız yönünde yönlendirmemiş olması	1,59	3,01	0(0-2,25)	SKF
19-Aile büyüklerinin (kayınvalide, kayınpeder vb.) yönlendirici ve müdahaleci tutumları	1,58	3,15	0(0-1)	SKF
42-Psikiyatri polikliniklerinde verilecek ilaçların şikayetleriniz üzerine etkili olmayacağını düşünmek	1,48	3,03	0(0-0,25)	DF
10-Perinatal psikiyatri polikliniğinin yerini bilmiyor olmak	1,30	2,87	0(0-0)	ÇF
18- Ruhsal bir bozukluğun ne olduğunu ve belirtilerini bilmemek	1,30	2,60	0(0-1)	SSF
44- Çocuğunuzun veya diğer çocuklarınızın sağlık sorunlarının olması	1,27	3,03	0(0-0)	ÇF
39- Plansız bir gebelik yaşıyor olmak	1,24	2,94	0(0-0)	BF
32-Yakın çevrenizdeki kişilerin psikiyatrik bozuklukları olan bireylerle ilişkili olumsuz düşüncelerinin olması	1,23	2,77	0(0-0)	DF
59-Ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerini çok önemli bulmamanız	1,18	2,72	0(0-0)	SSF
61-Ruh sağlığı taraması sırasında personelin gösterdiği ilgi ve yönlendirmeyi yetersiz bulmanız	1,18	2,68	0(0-0)	SSF
57-Sağlık taramaları sırasında ruhsal sorunlarınızla ilgili sorulan soruları tam anlayamamış olmanız	1,06	2,47	0(0-0)	SSF
11-Gebelik süresince yaşanan kendinize ait ilave sağlık sorunlarınızın olması	1,05	2,36	0(0-0)	BF
1-Daha önce yaşamış olduğunuz olumsuz deneyimler nedeniyle hastaneye gitmekten korkmak	1,02	2,68	0(0-0)	BF
9-Gebe kalma sürecinde zorluklar yaşamış olmak	,97	2,59	0(0-0)	BF

Tablo 4.18. Nicel görüşme formu puanları(devam)

45-Hastanede konu ile ilgili soru sorduğunuzda yardımcı sağlık personelinin eksik veya hatalı bilgi vermesi	,94	2,53	0(0-0)	SSF
40- Ruhsal hastalıkları diğer hastalıklar kadar önemli olmadığını düşünmek	,94	2,28	0(0-0)	SKF
7-İstenmeyen bir gebelik yaşıyor olmak	,88	2,47	0(0-0)	BF
27-Ruhsal bir tedaviye başvurmanıza eşinizin onayının olmaması	,79	2,19	0(0-0)	SKF
22- Hastanede konu ile ilgili konuştuğumda yardımcı sağlık personelinin ilgisiz veya kaba tutumları	,77	2,23	0(0-0)	SSF
60- Ruhsal bir tedaviye başvurmanıza yakın çevrenizin onayının olmaması	,73	2,16	0(0-0)	SKF
29- O dönemde bir ruhsal bozukluğunuz olduğunu kabul edememek	,67	1,82	0(0-0)	DF
49- Gebelik sürecinde düşük riski yaşamış olmak	,61	2,29	0(0-0)	BF
55- Erken doğum yapmış olmak	,44	1,79	0(0-0)	ÇF
13- O dönemde eşinizin çalışmıyor olması	,33	1,59	0(0-0)	ÇF
64-Hastaneye geldiğinizde şiddet olaylarına tanık olmanız	,32	1,72	0(0-0)	SSF
47-Eşinizin eşlik eden alkol veya madde bağımlılığının olması	,29	1,56	0(0-0)	ÇF
23-Psikiyatristlerin gebelik ve doğum sonrası dönemde tedaviyi yönetecek yeterliliğe sahip olmadığını düşünmek	,26	1,37	0(0-0)	SSF
6-Devlet hastanelerini tercih etmek istememek	,18	0,85	0(0-0)	SSF
65-Hastaneye geldiğinizde sağlık çalışanlarının grevlerine denk gelmiş olmanız	,14	0,87	0(0-0)	SSF
17-O dönemde eşinizin sağlık sorunları yaşıyor olması	,11	0,55	0(0-0)	ÇF
16-O dönemde yoğun bir işte çalışıyor olmanız	,02	0,12	0(0-0)	BF
43- O dönemde sağlık sigortanızın olmaması	,02	0,12	0(0-0)	BF
63-Çalıştığınız kurumdan izin alamamış olmanız	,02	0,12	0(0-0)	SSF

BF: Bireysel Faktörler, ÇF: Çevresel Faktörler, SKF: Sosyokültürel engeller, DF: Damgalama ile ilgili faktörler, SSE: Sağlık sunucuları ile ilgili faktörler

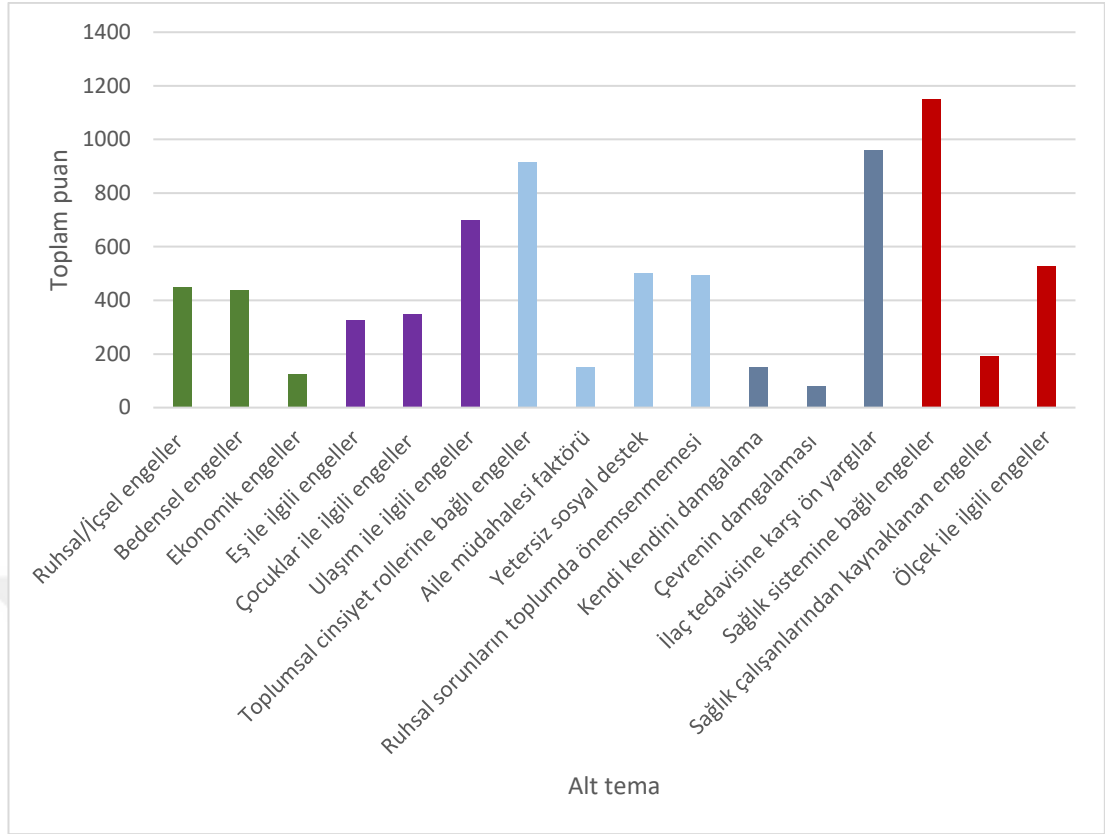
Nicel görüşme formundaki sorular temsil ettiği alt temalara göre sınıflandırılıp katılımcıların verdiği puanlar bu doğrultuda toplanıp en fazla etkiye sahip alt temalar tespit edilmiştir.

Bireysel faktörler arasında yer alan ruhsal/içsel faktörler 450 puan, bedensel engeller 438 puan ve ekonomik engeller 125 puan almıştır. Çevresel faktörler içinde eş ile ilgili engeller 327 puan, çocuk ile ilgili engeller 347 puan ve ulaşım ile ilgili engeller 701 puan almıştır. Sosyokültürel faktörler temasında toplumsal cinsiyet rollerine bağlı engeller 914 puan ile alt temalar arasında en yüksek 3. puanı alırken, yetersiz sosyal destek 500 puan ve ruhsal sorunların toplumda önemsenmemesi 495 puan almıştır. Damgalama ile ilgili faktörler temasında ilaca karşı ön yargı 962 puan ile alt temalar arasında en yüksek 2. puana ulaşmıştır. Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler ise sağlık sistemine bağlı engeller 1149 puan ile diğer tüm alt temalar arasında en yüksek değeri taşımaktadır.

Tablo 4.19. Nicel görüşme formu sorularının alt temalara göre toplam puanlarının analizi

Tema	Alt tema	Soru*	Sorulara Verilen Puanlar**	Toplam puan
Bireysel Faktörler	Ruhsal/içsel faktörler	1,2,7,9,39	67, 179, 58, 64, 82	450
	Bedensel engeller	11,14,12,49,55	69,133,167,40,29	438
	Ekonomik engeller	43,54	1,124	125
Çevresel faktörler	Eş ile ilgili engeller	13,15,17,47,62	22,108,7,19,171	327
	Çocuk ile ilgili engeller	21,44,46	108,84,155	347
	Ulaşım ile ilgili engeller	10,25,50,51,53	86,152,188,138,137	701
Sosyokültürel faktörler	Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı engeller	24,52,27,30	285,295,52,282	914
	Aile müdahalesi faktörü	19,60	104,48	152
	Yetersiz sosyal destek	4,5,26	199,196,105	500
	Ruhsal sorunların toplumda önemsenmemesi	20,31,40	187,245,62	495
Damgalama ile ilgili faktörler	Kendi kendini damgalama	3,29	108,44	152
	Çevrenin damgalaması	32	81	81
	İlaça karşı ön yargı	33,36,42,58,41	232,238,98,249,145	962
Sağlık sunucusu ile ilgili faktörler	Sağlık sistemine bağlı engeller	6,8,16,18,23,35, 37,38,63,64,65, 48,56	12,179,1,86,17,210, 133,211,1,21,9,150, 119	1149
	Sağlık çalışanlarından kaynaklanan engeller	22,45,61	51,62,78	191
	Ölçekle ilgili engeller	59,28,34,57	78,141,237,70	526

*Sorular ek-4'te yer almaktadır. **Her madde 10 üzerinden puanlandırılmıştır.



Şekil 4.2. Alt temaların toplam puanlarına göre bar grafiği

Katılımcıların nicel görüşme formundaki faktörlerden etkilenip etkilenmediği, puanlamadan bağımsız olarak "var/yok" şeklinde değerlendirildiğinde, en çok "evet" cevabını alan faktörün, 42 kişi (%63,6) ile sosyokültürel faktörler temasına ait "temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerinin yoğunluğu" olduğu belirlenmiştir. Bu faktörü, aynı tema altında yer alan 40 kişi (%60,6) ile "gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal birtakım belirtiler yaşamayı olağan bulmanız" ve 40 kişi (%60,6) ile "günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal sorunlarınızın önünde olması" faktörleri izlemiştir. Ayrıca, 38 kişi (%57,5) tarafından belirtilen "temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerinin toplumda kadının sorumluluğunda olması" faktörünün de sosyokültürel faktörler temasına ait olduğu görülmüştür.

Tablo 4.20. Nicel görüşme formu sorularının evet ve hayır cevaplarına göre analizi

Nicel görüşme formu soruları	Cevap	Oran (%)	Tema
1-Daha önce yaşamış olduğunuz olumsuz deneyimler nedeniyle hastaneye gitmekten korkmak	Evet	10 15,1	BF
	Hayır	56 84,9	
2-O dönemde içinde bulunduğunuz mutsuzluk, keyifsizlik, enerjinizin az olması, umutsuzluk gibi duygulardan oluşan depresif tablo	Evet	27 40,9	BF
	Hayır	39 59,1	

Tablo 4.20. Nicel görüşme formu sorularının evet ve hayır cevaplarına göre analizi

3-Ruhsal bozuklukları kendinize yakıştıramamak	Evet	18	27,2	DF
	Hayır	48	72,8	
4-Çocuğunuzu bırakabileceğiniz güvenilir bir yer olmaması	Evet	28	42,4	SKF
	Hayır	38	57,6	
5-Yakın çevrenizin yaşadığınız ruhsal sıkıntıları önemsiz görmesi	Evet	28	42,4	SKF
	Hayır	38	57,6	
6-Devlet hastanelerini tercih etmek istememek	Evet	4	6,1	SSF
	Hayır	62	93,9	
7-İstenmeyen bir gebelik yaşıyor olmak	Evet	10	15,1	BF
	Hayır	56	84,9	
8-Hastanelerin kalabalık olması	Evet	27	40,9	SSF
	Hayır	39	59,1	
9-Gebe kalma sürecinde zorluklar yaşamış olmak	Evet	11	16,6	BF
	Hayır	66	83,4	
10-Perinatal psikiyatri polikliniğinin yerini bilmiyor olmak	Evet	14	21,2	ÇF
	Hayır	52	78,8	
11-Gebelik süresince yaşanan kendinize ait ilave sağlık sorunlarınızın olması	Evet	15	22,7	BF
	Hayır	51	77,3	
12-Zorlu ve travmatik bir doğum yapmış olmak	Evet	23	34,8	BF
	Hayır	43	65,2	
13-O dönemde eşinizin çalışmıyor olması	Evet	4	6,1	ÇF
	Hayır	62	93,6	
14-Doğum nedeniyle yaşanan sağlık sorunlarınızın olması (c/s, doğum komplikasyonları)	Evet	22	33,3	BF
	Hayır	44	66,7	
15-O dönemde eşinizle ilişkinizde sorunlar (kavga, ayrılık) yaşıyor olmak	Evet	18	27,2	ÇF
	Hayır	48	72,8	
16-O dönemde yoğun bir işte çalışıyor olmanız	Evet	1	1,5	SSF
	Hayır	65	98,5	
17-O dönemde eşinizin sağlık sorunları yaşıyor olması	Evet	3	4,5	ÇF
	Hayır	63	95,5	
18-Ruhsal bir bozukluğun ne olduğunu ve belirtilerini bilmemek	Evet	17	25,7	SSF
	Hayır	49	74,3	
19-Aile büyüklerinin (kayınvalide, kayınpeder vb.) yönlendirici ve müdahaleci tutumları	Evet	18	27,2	SKF
	Hayır	48	72,8	
20-Ruhsal bir hastalığınız olmadığını düşünmek	Evet	29	43,9	SKF
	Hayır	37	56,1	
21-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok hareketli ve yaramaz olması	Evet	16	24,2	ÇF
	Hayır	56	75,8	
22-Hastanede konu ile ilgili konuştuğumda yardımcı sağlık personelinin ilgisiz veya kaba tutumları	Evet	9	13,6	SSF
	Hayır	57	86,4	
23-Psikiyatristlerin gebelik ve doğum sonrası dönemde tedaviyi yönetecek yeterliliğe sahip olmadığını düşünmek	Evet	4	6,1	SSF
	Hayır	62	93,6	
24-Temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin yoğunluğu*	Evet	42	63,6	SKF
	Hayır	24	36,4	
25- Perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracının kalabalık olması	Evet	23	34,8	ÇF
	Hayır	43	65,2	
26-Yakın çevrenizin sizi ruhsal bir yardım almanız yönünde yönlendirmemiş olması	Evet	18	27,2	SKF
	Hayır	48	72,8	
27-Ruhsal bir tedaviye başvurmanıza eşinizin onayının olmaması	Evet	10	15,1	SKF
	Hayır	56	84,9	
28-Ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerinde çıkan sonuçların önemini bilmemek*	Evet	24	26,3	SSF
	Hayır	42	73,7	
29-O dönemde bir ruhsal bozukluğunuz olduğunu kabul edememek	Evet	10	15,1	DF
	Hayır	56	84,9	

Tablo 4.20. Nicel görüşme formu sorularının evet ve hayır cevaplarına göre analizi

30-Günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal sorunlarınızın önünde olması*	Evet	40	60,6	SKF
	Hayır	26	39,4	
31-Gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal birtakım belirtiler yaşamayı olağan bulmanız*	Evet	40	60,6	SKF
	Hayır	26	39,4	
32-Yakın çevrenizdeki kişilerin psikiyatrik bozuklukları olan bireylerle ilişkili olumsuz düşüncelerinin olması	Evet	14	21,2	DF
	Hayır	52	78,8	
33-Gebelikte ilaç kullanırsam bebeğime geçer ve olumsuz etkilenir korkusu	Evet	32	48,4	DF
	Hayır	35	51,6	
34-Ruh sağlığınıza soran ve sizi yardım almaya yönlendiren sağlık taramalarının acelenizin olduğu ve telaşlı bir zamanınıza denk gelmesi*	Evet	35	53,0	SSF
	Hayır	31	47,0	
35-O dönemde poliklinik başvurularında randevu bulamamak	Evet	28	42,4	SSF
	Hayır	38	57,6	
36- Emzirirken ilaç kullanırsam uyku olurum ve bebeğime bakamam korkusu	Evet	31	46,9	DF
	Hayır	35	53,1	
37-Perinatal dönemde psikiyatrik hastalarla özel olarak ilgilenen bir polikliniğin olduğunu bilmemek	Evet	21	31,8	SSF
	Hayır	45	68,2	
38-Hastaneye geldiğinizde çok uzun süre sıra beklemek zorunda kalmak	Evet	32	48,4	SSF
	Hayır	34	51,6	
39-Plansız bir gebelik yaşıyor olmak	Evet	12	18,1	BF
	Hayır	54	81,9	
40-Ruhsal hastalıkları diğer hastalıklar kadar önemli olmadığını düşünmek	Evet	12	18,1	SKF
	Hayır	54	81,9	
41-Gebelik ve emzirme döneminde psikiyatrik tedavi görmenin ilaç kullanımı anlamına gelmesi	Evet	20	30,3	DF
	Hayır	46	69,7	
42-Psikiyatri polikliniklerinde verilecek ilaçların şikayetleriniz üzerine etkili olmayacağını düşünmek	Evet	16	24,2	DF
	Hayır	50	75,8	
43-O dönemde sağlık sigortanızın olmaması	Evet	1	1,5	BF
	Hayır	65	98,5	
44-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın sağlık sorunlarının olması	Evet	12	18,1	ÇF
	Hayır	54	81,9	
45-Hastanede konu ile ilgili soru sorduğunuzda yardımcı sağlık personelinin eksik veya hatalı bilgi vermesi	Evet	9	13,6	SSF
	Hayır	57	86,4	
46-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok fazla ilgi istemesi (kardeş kıskançlığı vs.)	Evet	21	31,8	ÇF
	Hayır	45	68,2	
47-Eşinizin eşlik eden alkol veya madde bağımlılığının olması	Evet	3	4,5	ÇF
	Hayır	63	95,5	
48-Gebelik ve doğum sonrası dönemde hangi durumlarda psikiyatrik yardım almak için başvurulması gerektiğini bilmemek	Evet	24	36,3	SSF
	Hayır	42	93,7	
49-Gebelik sürecinde düşük riski yaşamış olmak	Evet	6	9,1	BF
	Hayır	60	90,9	
50-Perinatal psikiyatri polikliniğinin yaşadığınız konuma uzakta olması	Evet	25	37,8	ÇF
	Hayır	41	62,1	
51-Perinatal psikiyatri polikliniğine gidecek özel aracınızın olmaması	Evet	19	28,7	ÇF
	Hayır	47	71,3	
52-Temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin; toplumda kadının sorumluluğunda olması*	Evet	38	57,5	SKF
	Hayır	28	42,5	
53-Perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracı güzergahının uzun ve karmaşık olması	Evet	18	27,2	ÇF
	Hayır	48	72,8	
54-O dönemde maddi sıkıntılar yaşıyor olmanız	Evet	21	31,8	BF
	Hayır	45	68,2	
55-Erken doğum yapmış olmak	Evet	5	7,5	BF
	Hayır	61	92,5	
56-Daha önce muayene olduğunuz hekimlerin gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanılmaması gerektiğini söylemiş olması	Evet	17	25,7	SSF
	Hayır	49	74,3	

Tablo 4.20. Nicel görüşme formu sorularının evet ve hayır cevaplarına göre analizi

57-Sağlık taramaları sırasında ruhsal sorunlarınızla ilgili sorulan soruları tam anlayamamış olmanız	Evet	13	19,6	SSF
	Hayır	53	80,4	
58- Emzirirken ilaç kullanırsam bebeğime geçer ve yan etkisi olur korkusu*	Evet	33	50,0	DF
	Hayır	33	50,0	
59-Ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerini çok önemli bulmamanız	Evet	12	18,1	SSF
	Hayır	54	81,9	
60-Ruhsal bir tedaviye başvurmanıza yakın çevrenizin onayının olmaması	Evet	9	13,6	SKF
	Hayır	57	86,4	
61-Ruh sağlığı taraması sırasında personelin gösterdiği ilgi ve yönlendirmeyi yetersiz bulmanız	Evet	12	18,1	SSF
	Hayır	54	81,9	
62-Eşinizin gebelik ve doğum sonrası dönemde ilgisiz olması veya yetersiz destek göstermesi	Evet	24	36,3	ÇF
	Hayır	42	63,7	
63-Çalıştığınız kurumdan izin alamamış olmanız	Evet	1	1,5	SSF
	Hayır	65	98,5	
64-Hastaneye geldiğinizde şiddet olaylarına tanık olmanız	Evet	3	4,5	SSF
	Hayır	63	95,5	
65-Hastaneye geldiğinizde sağlık çalışanlarının grevlerine denk gelmiş olmanız	Evet	3	4,5	SSF
	Hayır	63	95,5	

*%50 ve üzerinde evet cevabı alan sorular. BF: Bireysel Faktörler, ÇF: Çevresel Faktörler, SKF: Sosyokültürel engeller, DF: Damgalama ile ilgili faktörler, SSE: Sağlık sunucuları ile ilgili faktörler

4.2.5. EPDÖ skorları ve nicel görüşme formu arasındaki ilişki

EPDÖ ile nicel görüşme formundaki her bir sorunun korelasyonu incelendiğinde, sosyokültürel faktörler temasında bulunan faktörler ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. “Çocuğunuzu bırakabileceğiniz güvenilir bir yer olmaması” ($r_s=0,323$, $p=0,02$) ve “yakın çevrenizin yaşadığınız ruhsal sıkıntıları önemsiz görmesi” ($r_s=0,323$, $p=0,008$) soruları ile pozitif orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Benzer şekilde, “temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerinin yoğunluğu” ($r_s=0,431$, $p=0,00$), “günlük yaşam telaşesinin ruhsal sorunlarınızın önünde olması” ($r_s=0,562$, $p=0,00$) ve “ev işlerinin toplumda kadının sorumluluğunda olması” ($r_s=0,545$, $p=0,00$) soruları da pozitif yönde orta düzeyde korelasyon göstermiştir. Ayrıca, çevresel faktörler temasında bulunan “eşinizin gebelik ve doğum sonrası dönemde ilgisiz olması veya yetersiz destek göstermesi” sorusu ile pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki ($r_s=0,490$, $p=0,00$) tespit edilmiştir.

EPDÖ ile nicel görüşme formundaki bazı sorular arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. “Yakın çevrenizin sizi ruhsal bir yardım almanız yönünde yönlendirmemiş olması” sorusu ile pozitif yönde zayıf bir korelasyon ($r_s=0,290$, $p=0,018$), “gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal birtakım belirtiler yaşamayı olağan bulmanız” sorusu ile pozitif yönde zayıf bir korelasyon ($r_s=0,296$, $p=0,016$)

tespit edilmiştir. ‘‘Emzirirken ilaç kullanırsam uykulu olurum ve bebeğime bakamam korkusu’’ sorusu ile pozitif yönde zayıf bir korelasyon ($r_s=0,297$, $p=0,016$), ‘‘psikiyatri polikliniklerinde verilecek ilaçların şikayetleriniz üzerine etkili olmayacağını düşünmek’’ sorusu ile pozitif yönde zayıf bir korelasyon ($r_s=0,255$, $p=0,038$) belirlenmiştir. Ayrıca, ‘‘o dönemde maddi sıkıntılar yaşıyor olmanız’’ ($r_s=0,315$, $p=0,010$) ve ‘‘daha önce muayene olduğunuz hekimlerin gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanılmaması gerektiğini söylemiş olması’’ ($r_s=0,247$, $p=0,046$) soruları ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Diğer sorularla anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 4.21. EPDÖ skorları ve nicel görüşme formu puanlarının birbiriyle korelasyonu

Nicel görüşme formu soruları	EPDÖ skorları	
	r_s	p
1-Daha önce yaşamış olduğunuz olumsuz deneyimler nedeniyle hastaneye gitmekten korkmak	0,006	0,965
2-O dönemde içinde bulunduğunuz mutsuzluk, keyifsizlik, enerjinizin az olması, umutsuzluk gibi duygulardan oluşan depresif tablo	0,118	0,347
3-Ruhsal bozuklukları kendinize yakıştıramamak	0,004	0,972
4- Çocuğunuzun bırakabileceğiniz güvenilir bir yer olmaması	0,372	0,002**
5-Yakın çevrenizin yaşadığınız ruhsal sıkıntıları önemsiz görmesi	0,323	0,008**
6-Devlet hastanelerini tercih etmek istememek	0,102	0,415
7-İstenmeyen bir gebelik yaşıyor olmak	,174	,163
8- Hastanelerin kalabalık olması	,096	,442
9-Gebe kalma sürecinde zorluklar yaşamış olmak	-,143	,251
10-Perinatal psikiyatri polikliniğinin yerini bilmiyor olmak	,012	,922
11-Gebelik süresince yaşanan kendinize ait ilave sağlık sorunlarınızın olması	-,002	,988
12-Zorlu ve travmatik bir doğum yapmış olmak	,179	,151
13- O dönemde eşinizin çalışmıyor olması	,161	,196
14-Doğum nedeniyle yaşanan sağlık sorunlarınızın olması (c/s, doğum komplikasyonları)	,190	,126
15-O dönemde eşinizle ilişkinizde sorunlar (kavga,ayrılık) yaşıyor olmak	,232	,060
16-O dönemde yoğun bir işte çalışıyor olmanız	-,108	,389
17-O dönemde eşinizin sağlık sorunları yaşıyor olması	,059	,638
18-Ruhsal bir bozukluğun ne olduğunu ve belirtilerini bilmemek	,160	,200

Tablo 4.21. EPDÖ skorları ve nicel görüşme formu puanlarının birbiriyle korelasyonu (devam)

19-Aile büyüklerinin (kayınvalide,kayınpeder vb.) yönlendirici ve müdahaleci tutumları	,151	,227
20-Ruhsal bir hastalığınız olmadığını düşünmek	-,133	,289
21-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok hareketli ve yaramaz olması	,188	,130
22- Hastanede konu ile ilgili konuştuğumda yardımcı sağlık personelinin ilgisiz veya kaba tutumları	-,088	,483
23-Psikiyatristlerin gebelik ve doğum sonrası dönemde tedaviyi yönetecek yeterliliğe sahip olmadığını düşünmek	-,007	,959
24-Temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin yoğunluğu	,431	,000**
25-Perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracının kalabalık olması	,089	,477
26-Yakın çevrenizin sizi ruhsal bir yardım almanız yönünde yönlendirmemiş olması	,290	,018*
27-Ruhsal bir tedaviye başvurmanıza eşinizin onayının olmaması	,076	,543
28-Ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerinde çıkan sonuçların önemini bilmemek	,017	,893
29-O dönemde bir ruhsal bozukluğunuz olduğunu kabul edememek	-,033	,795
30-Günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal sorunlarınızın önünde olması	,562	,000**
31-Gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal birtakım belirtiler yaşamayı olağan bulmanız	,296	,016*
32-Yakın çevrenizdeki kişilerin psikiyatrik bozuklukları olan bireylerle ilişkili olumsuz düşüncelerinin olması	,141	,260
33-Gebelikte ilaç kullanırsam bebeğime geçer ve olumsuz etkilenir korkusu	,158	,204
34- Ruh sağlığınızı soran ve sizi yardım almaya yönlendiren sağlık taramalarının acelenizin olduğu ve telaşlı bir zamanınıza denk gelmesi	,228	,066
35-O dönemde poliklinik başvurularında randevu bulamamak	,200	,107
36-Emzirirken ilaç kullanırsam uyuklu olurum ve bebeğime bakamam korkusu	,297	,016*
37-Perinatal dönemde psikiyatrik hastalarla özel olarak ilgilenen bir polikliniğin olduğunu bilmemek	-,062	,619
38-Hastaneye geldiğinizde çok uzun süre sıra beklemek zorunda kalmak	,104	,407
39- Plansız bir gebelik yaşıyor olmak	,229	,065
40-Ruhsal hastalıkları diğer hastalıklar kadar önemli olmadığını düşünmek	,151	,226

Tablo 4.21. EPDÖ skorları ve nicel görüşme formu puanlarının birbiriyle korelasyonu (devam)

41-Gebelik ve emzirme döneminde psikiyatrik tedavi görmenin ilaç kullanımı anlamına gelmesi	,043	,729
42-Psikiyatri polikliniklerinde verilecek ilaçların şikayetleriniz üzerine etkili olmayacağını düşünmek	,255	,038*
43-O dönemde sağlık sigortanızın olmaması	-,108	,389
44-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın sağlık sorunlarının olması	-,153	,220
45-Hastanede konu ile ilgili soru sorduğunuzda yardımcı sağlık personelinin eksik veya hatalı bilgi vermesi	-,150	,229
46-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok fazla ilgi istemesi (kardeş kıskançlığı vs)	,168	,177
47-Eşinizin eşlik eden alkol veya madde bağımlılığının olması	,088	,485
48-Gebelik ve doğum sonrası dönemde hangi durumlarda psikiyatrik yardım almak için başvurulması gerektiğini bilmemek	,219	,078
49-Gebelik sürecinde düşük riski yaşamış olmak	,028	,823
50-Perinatal psikiyatri polikliniğinin yaşadığınız konuma uzakta olması	,182	,144
51-Perinatal psikiyatri polikliniğine gidecek özel aracınızın olmaması	,172	,168
52-Temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin; toplumda kadının sorumluluğunda olması	,545	,000**
53-Perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracı güzergahının uzun ve karmaşık olması	,181	,146
54-O dönemde maddi sıkıntılar yaşıyor olmanız	,315	,010*
55-Erken doğum yapmış olmak	,061	,624
56-Daha önce muayene olduğunuz hekimlerin gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanılmaması gerektiğini söylemiş olması	,247	,046*
57-Sağlık taramaları sırasında ruhsal sorunlarınızla ilgili sorulan soruları tam anlayamamış olmanız	-,205	,098
58-Emzirirken ilaç kullanırsam bebeğime geçer ve yan etkisi olur korkusu	,175	,159
59-Ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerini çok önemli bulmamanız	-,161	,196
60-Ruhsal bir tedaviye başvurmanıza yakın çevrenizin onayının olmaması	-,029	,819
61-Ruh sağlığı taraması sırasında personelin gösterdiği ilgi ve yönlendirmeyi yetersiz bulmanız	-,065	,607
62-Eşinizin gebelik ve doğum sonrası dönemde ilgisiz olması veya yetersiz destek göstermesi	,490	,000**
63-Çalıştığınız kurumdan izin alamamış olmanız	-,108	,389

Tablo 4.21. EPDÖ skorları ve nicel görüşme formu puanlarının birbiriyle korelasyonu (devam)

64-Hastaneye geldiğinizde şiddet olaylarına tanık olmanız	,016	,896
65-Hastaneye geldiğinizde sağlık çalışanlarının grevlerine denk gelmiş olmanız	,086	,492
r _s : Spearman korelasyon, *p<0,05, **p<0,01		

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada perinatal dönem depresyon hastalarının tedaviye başvurmalarının önündeki engeller nitel ve nicel çalışma yöntemi kullanarak aydınlatılmaya çalışıldı. Bu amaçla 20 katılımcı ile nitel görüşme yapıldı. 66 katılımcıya ise nitel veriler ışığında oluşturulan nicel görüşme formu uygulandı. Bu bölümde çalışmamızda elde ettiğimiz veriler literatürdeki verilere göre tartışıldı ve yorumlandı.

Perinatal depresyon oldukça önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Bu konudaki tedavi açığını tespit etmek amacıyla nitel, nicel veya karma yöntem kullanılarak birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmamızda nitel verilerin kısıtlı örnekleme ulaşması, nicel çalışmaların kadınların öznel deneyimlerini yansıtmaması nedeniyle oluşan sınırlılıkları aşmak amacıyla literatürdeki örneklerinden farklı olarak önce katılımcılar ile nitel görüşmeler yapılmış ardından ise tedaviye başvurmayan diğer kadınlara ile nitel veriler dikkate alınarak oluşturulan nicel görüşme formu uygulanmıştır.

Bu çalışmanın tartışması nitel ve nicel aşama için ayrı 2 başlık altında tartışılacaktır.

5.1. Nitel Aşama

Perinatal depresyonda tedaviye başvurunun önündeki engelleri anlamaya yönelik yapılan nitel görüşmeler sonucu bireysel faktörler, çevresel faktörler, sosyokültürel faktörler, damgalama ile ilgili faktörler ve sağlık sunucusu ile ilgili faktörler olmak üzere toplam 5 tema elde edilmiştir. Konu ile ilgili yapılan bir meta analizler ise sorunun tanınmaması, sağlık hizmeti deneyimi, ilaç kullanmak istememe, damgalama, bilgi eksikliği, finansal sorunlar, sosyal destek eksikliği temaları üzerinde durmuştur. (Hadfield ve ark., 2017; Sambrook Smith ve ark., 2019). Çalışmamızda bu başlıkların yanı sıra ek olarak bireysel, çevresel ve sosyokültürel faktörlerin de önemli diğer engeller olduğu tespit edilmiştir.

Ruhsal/işsel engeller alt teması başlığı altındaki hastane korkusu literatürden farklı bir bulgu olarak kadınların olumsuz hastane deneyimleri, doğum sırasında yaşadıkları travmatik anıların onlarda yarattığı ön yargılar ve hastaneye girdikleri zaman oluşan olumsuz duygular ile ilgiliydi.

Depresyon semptomları kategorisi yine literatürdeki tema ve kategorilerden farklı bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktaydı. Hastalığın semptomlarından olan umutsuzluk, çökkün duygudurum, motivasyon azlığı, isteksizlik gibi duygu ve düşüncelerin kadınların hastaneye başvuru süreçlerine olumsuz etkisi dikkat çekmekteydi. Aslında hastalığın kendi semptomları, hastalığın tedavi süreci için önemli bir engeldi. Kadınlar bu duygu ve düşünceleri isimlendirseler bile bunun bir hastalık ile ilişkili olabileceğini fark etmemişler veya bunu istememişlerdi. Daha önce yapılan araştırmalarda da kadınların yardım arayabilmesi için öncelikle farkındalığa sahip olması gerektiğinden bahsedilmektedir (Button ve ark., 2017; Abrams ve ark., 2009; Baldisserotto ve ark., 2020).

Kadınların bir kısmı yaşadığı duyguların geçici olduğu, hastalık olmadığı ve önemli bir sorun oluşmadığı ile ilgili düşünceleri mevcuttu. Bir çalışmada kadınların bu durumun 'hastalık' olarak ele alınmasının tedaviye başvuru süreçleri üzerinde negatif yönde bir etki yarattığı ile ilgili bulgular saptanmış olup çalışmamızdaki bulgularla örtüşmektedir (Hadfield ve Wittkowski, 2017; Goyal ve ark., 2015).

Kadınların tedaviye başvurmaları için ilk olarak yaşadıkları duyguyu, içinde bulundukları ruh halini anlamlandırmaları ve ardından buna çözüm aramaları gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada kişilerin perinatal ruhsal hastalıklar hakkında bilgisinin düşük olduğu ve belirtileri ve tedavi seçenekleri hakkında kısıtlı fikir sahibi oldukları ortaya konmuştur (Daehn ve ark., 2022). Bu durum sağlık okuryazarlığının düşük olması ile ilişkilendirilebilir. Batı Pasifik'te depresyon hastalarında yapılan bir araştırmada sağlık okuryazarlığının artması ile tedavi arama davranışının arttığı gösterilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada yaşadığı durumu biyolojik faktörlerle değil manevi faktörler ile açıklayan kadınların tedaviye başvuru olasılığı daha düşük tespit edilmiştir (Ho ve ark., 2018).

Ayrıca sağlık inanç modeline göre, insanların sağlık davranışında bulunması ve tedaviye başvurabilmesi için, hastalığa karşı hassasiyet ve ciddiyet algılarının, tedaviye ulaşmada karşılaşılabilecek engellerden daha ağır basması gerekmektedir (Glanz ve ark., 1990). Bu çalışma, kadınların perinatal depresyonun yol açabileceği sonuçları yeterince ciddi görmemeleri ve tedavinin fayda sağlayacağına dair

inançlarının düşük olması nedeniyle, randevu bulamama, sıra bekleme veya çocuklarını bırakma gibi engelleri göze almadıklarını ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak kadınların ruh sağlığı ve hastalıkları hakkındaki farkındalığı sağlamak, bu konularda okullarda veya sağlık merkezlerinde eğitimler vermek ve nihayetinde ruhsal sağlık okuryazarlığını artırmak tedaviye başvuru oranları üzerinde olumlu etkilere sebep olabilir.

Bedensel engeller alt temasında kadınların sahip olduğu hastalıklar ya da perinatal dönemde yaşadıkları sağlık problemleri nedeniyle hastaneye başvuramadıkları ele alınmıştır. Özellikle sezaryen ile doğum yapmanın herhangi bir batin operasyonu kadar ağırlı bir süreç olabileceği ve kadınların hayatlarını önemli derecede etkileyebileceği gözden kaçan bir faktördür.

Bu konunun doğrudan ele alındığı çalışmalar bulunmamakta ve konunun anlaşılabilmesi için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Anne sağlığı ile ilgili sağlık hizmetlerinin ve sosyal destek sistemlerinin artırılması, özellikle doğum sonrası erken dönemde telefon üzerinden, online veya gerekirse evde ruh sağlığı hizmeti verilmesinin bu konu üzerine faydası olabileceği düşünülmektedir.

Ekonomik engeller alt temasında kadınların maddi yetersizliklere sigorta sorunları yaşadıkları ve yol masraflarının bile onlar için mali bir yük olduğu ve psikiyatri polikliniğine bu sebeple başvurmadıkları tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalar da finansal sebeplerin kadınların tedaviye başvuru süreçlerini olumsuz yönde etkilediği ortaya koymuştur (Kopelman ve ark., 2008; Abrams ve ark., 2009; Thomas ve ark., 2014).

Eş ile ilgili engeller kategorisinde katılımcılar eşleri ile ilişkilerindeki sorunlar ve eşlerinin yetersiz desteği sebebiyle tedaviye başvuramadıklarını dile getirdiler. Bu bulgu literatürdeki bulgular ile uyumluydu (Thomas ve ark, 2014; Chan ve Levy, 2002). Yine bu kategori altında kadınlar eşlerinin madde kullanım bozukluğu olduğundan ve hem ilişkilerindeki sorunların hem de tüm ailenin yükünü üstlenmesinin bu süreci nasıl etkilediğinden bahsettiler. Yapılan bir çalışmada aslında madde kullanımı olan bir eşe sahip olmanın kadınlarda ruhsal sorunlara neden olduğu

ayrıca kadınları hem ekonomik hem de sosyal anlamda desteksiz hissettiklerinden bahsedilmektedir (Joolae ve ark., 2014).

Oldukça mühim bir toplum sağlığı sorunu olan madde kullanım bozukluğu kadınların hayatlarında önemli sonuçlara neden olmaktadır. Ekonomik sorunların yanı sıra, çocuk büyütme, ev işleri ve sosyal hayat konusunda desteksiz kalmakta ve tüm bunlar ruhsal sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Bunun yanında tedaviye başvurmalarına önemli bir engel teşkil etmektedir. Bu hususlar göz önünde bulundurularak sağlık politikalarının madde kullanım bozukluğunun tedavisi konusuna yönelmesinin yanı sıra bu sorunu yaşayan kişilerin eşlerine de sosyal destek sağlaması şart görünmektedir.

Çocuklar ile ilgili engeller alt temasında kadınlar prematüre bebek sahibi olmaları, çocuklarının down sendromu, hidrosefali gibi tanılara sahip olması gibi sebeplerden bahsetmişlerdir. Bebeğin prematüre olması veya anomaliye sahip olması doğumdan sonraki süreçte yakın takip ve tedavi ihtiyacını da yanında getirir. Bu konunun kadınlar üzerine stresör etkisinin yanı sıra kadınların tüm ilgi ve dikkatini bebeğine vermesi de bu süreci olumsuz etkilemiş görünüyor. Ayrıca çok çocuklu kadınların onlarla ilgilenmekten bu konuya vakit ayıramadıkları tespit edilmiştir. Ülkemiz doğum sonrası bebek sağlık sorunları açısından gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır (Yurdakök, 2005). Önemli bir halk sağlığı sorunu olan bebek sağlığı, anne ruh sağlığı açısından da oldukça önemli etkilere sahip olabilir. Bu faktörün perinatal depresyon hastalarının tedavi süreçlerine etkisi üzerine henüz yeterli çalışma yapılmamış olup bu konun aydınlatılmaya ihtiyacı vardır.

Bir diğer alt tema ise ulaşım ile ilgili engellerdir. Kadınların polikliniğin yerini bilmiyor olması, özel araçlarının bulunmaması, konumun uzak olması önemli bir etken olmuştur. Ayrıca kadınlar gebeyken ya da yeni doğan bebekleri varken toplu taşıma araçlarına binmekten çekindiklerinden de bahsetmişlerdir. Ulaşım sorunları yapılan diğer çalışmalarda da önemli bir neden olarak sunulmaktadır (Hadfield ve ark., 2017; Sambrook Smith ve ark., 2019). Bu konuyu kadınların ekonomik durumu, eğitim seviyesi ve sosyal desteği ile değerlendirmek daha doğru olacaktır. Tüm bu faktörlerle birlikte düşünüldüğünde tedaviye erişim üzerine toplam etkisinin oldukça yüksek

olması beklenir. Tam da bu sebeple bu dönemdeki kadınların bebekleri ile hastanelere ulaşım sağlayabilmeleri için yeni sağlık uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı engeller alt temasında kadınların bir kısmı evdeki temizlik, ütü, yemek yapma gibi tüm işlerle tek başına ilgilendiklerinden söz etmişlerdir. Bazı kadınların tüm bu işleri tek başına yaptıkları ve eşleri yardım etmediği için kızgınlık duyarken bazılarının ise tüm bunları görev olarak gördüğü tespit edilmiştir. Çocuk bakımı rolünün ise tamamıyla kadının üstünde olduğu ortak bir kabul olarak görülmekteydi. Cinsiyet rollerinin özellikle kadınların hayatı üzerindeki bu belirleyici etkisi aynı zamanda onların ruh sağlığı üzerinde de önemli rol oynar ve depresyona karşı duyarlılığını artırır (Vafaei ve ark., 2016; Cano ve ark., 2020). Diğer taraftan toplumsal cinsiyet rolleri, ruhsal sağlığı ile ilgili tedavi arama ve tedaviye başvurma süreçleri üzerine de önemli etkilere sahiptir. Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde erkeksi normlara sahip erkeklerin yardım arama davranışının daha az olduğu ve depresyon için tedaviye başvurmalarına önemli bir engel teşkil ettiği tespit edilmiştir (Seidlerffe ve ark., 2016). Kadınlarla yapılan benzer çalışmalar bulunmamakla birlikte toplumsal cinsiyet rollerinin, kadınların depresyonu deneyimleme şekillerini ve tedaviye başvuru süreçlerini benzer şekilde etkilemiş olabileceğini ön görmek zor değildir. Bu sebeple bu konunun aydınlatılması adına daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı zamanda ruh sağlığı açısından tüm bu rol dağılımları konusunda toplumsal ve kültürel bir değişime ihtiyaç duyulmaktadır.

Katılımcılar aile müdahalesi faktörü alt temasında özellikle eşlerinin aileleri ile olan çatışmalı ilişkilerinden, çocuk bakımı, sosyal hayat, eş ile ilişkileri olmak üzere birçok şeye müdahale etmelerinden ve üzerlerinde hissettikleri baskıdan söz ettiler. Çevresindeki kişilerden çocuk bakımı, ev işleri konusunda yardım alamadıkları gibi duygusal anlamda da destek hissetmemelerinin psikiyatriye başvurusu süreçlerini olumsuz etkilediği tespit edildi. Bazı kadınlar çevresindeki kişilere psikiyatri polikliniğine yönlendirildiklerinden bahsettiklerini ama yakınlarının bu durumu önemsemediği ve tedavi almaları konusunda yönlendirmediğinden bahsetti. Bu bulgular daha önce yapılan çalışmalar ile benzerlik taşımaktadır (Thomas ve ark., 2014). Literatürden farklı olarak ülkemizde kayınvalide, kayınpeder kavramları aile dinamikleri açısından oldukça önemli bir role sahiptir. Katılımcılar bir kısmı eşinin

ailesi ile yaşadığını belirtmiştir. Haliyle eşinin ailesi kadınların karar verme aşamalarında oldukça fazla söz hakkına sahiptir. Bu sebeple onların nasıl düşüneceği kadınların tedaviye başvuru süreçlerini olumsuz etkilemiş görünüyor. Daha önce Çin’de yapılan bir çalışmada da kadınlar kayınvalidelerinin baskıcı tutumları sebebiyle sıkışmış hissettiklerinden, tedaviye başvurularını olumsuz etkilediğinden bahsetmişlerdir (Chan ve Levy, 2002). Tüm bunlar toplumsal farkındalık ve tedavi iş birliği çalışmalarında büyük aile yapısının ve kadının kendisinin yanı sıra yaşamında önemi olan yakın aile bireyleri ile iş birliği kurmanın önemini ortaya koymaktadır.

Bu temada kadınların çevresindeki insanların psikiyatrik hastalığı olan kişilere karşı olumsuz düşünceleri olduğu, onların gözünde ‘deli’ gibi görünmek istemediklerini bu sebeple psikiyatriye başvurmadıklarını tespit ettik. Bunun yanında kadınlar depresyon açısından riskli olabilecekleri söylendiğinde kendilerine karşı da olumsuz düşüncelere kapıldıklarından bahsettiler. Suçluluk, yetersizlik, şok olma katılımcıların en çok söz ettiği duygulardı. Tüm bu duygular toplumda psikiyatrik hastalıklara karşı damgalamanın kişiler tarafından ne kadar içselleştirildiğini göstermektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar da psikiyatrik hastalıklarla ilgili damgalamanın önemini destekler nitelikteydi (Baldisserotto ve ark., 2020; Goodman, 2009; Hadfield ve Wittkowski, 2017; Goyal ve ark., 2015; Thomas ve ark., 2014; Abrams ve ark., 2009; Sambrook Smith ve ark., 2019). Depresyon ve yardım arama davranışı üzerine yapılan bir çalışmada insanların yardım istemenin bir sorununuz olduğunu kabul etmek ve etiket almak anlamına geldiğini düşündüğü tespit edilmiştir (Doblyte ve Jimenez-Mejias, 2017). Yapılan başka bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalamanın tedavi ve yardım aramada büyük bir engel olduğu ortaya konmuştur (Clement ve ark., 2014).

Bir diğer önemli alt tema ise ilaç ile ilgili ön yargıydı. Kadınların hastaneye başvurduklarında ilaç tedavisi başlanacağını düşündükleri, ilacın yan etkisinden korktukları, ilacın işe yarayacağını düşünmedikleri ve ilacın gebelik ve emzirme döneminde bebeğe geçmesinden korktukları tespit edildi. Bu bulgu daha önce yapılan çalışmalarla paraleldi (Abrams ve ark., 2009; Ta Park ve ark., 2017).

Psikiyatrik hastalıklar ve ilaçlara karşı toplumda hatta hekimlerde bile oldukça fazla önyargı bulunmaktadır. Bu olumsuz düşüncelerin değiştirilebilmesi için ruhsal sorunlar, tanılar, tedavi seçenekleri, hastalıkların yaygınlığı, sebep ve sonuçları

hakkında toplumsal bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Ancak bu konudaki ön yargılar çözülebilirse insanların psikiyatri polikliniklerine başvurularının artacağı ve bireylerin ruhsal sorunları ile daha rahat yüzleşebilecekleri ön görülmektedir.

Sağlık sistemine bağlı engeller alt temasında kadınların çalışma koşulları ve izin alamamaları poliklinik başvurularında önemli bir etken olarak tespit edilmiştir. Kadın doğum kliniği için yeterince izin kullandıklarını dile getiren kadınlar kısıtlı izin haklarını psikiyatri için değil doğum sonrası dönemde bebekleri için kullanmak istiyor görünüyorlardı. Yine hastalık hakkında yeterli bilgilendirilmeme, randevu bulamama, hastanelerin kalabalık olması ve çok sıra bekleme kadınların başvuru süreçlerini etkilemiş olarak tespit edildi. Çalışmamızda her ne kadar kadınlara perinatal poliklinik için randevu oluşturulup yönlendirilse de katılımcılar bu randevuya gelemediklerini ve sonra da randevu bulamayacaklarını düşündüklerini dile getirdiler. Bu noktada randevu bulmakla ilgili bu yaygın algı kadınların randevu almaya hiç niyet etmediklerini düşündürmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da randevu bulmakta ve randevuya gitmekte zorluk başlığı altında bu konu ele alınmaktadır (Fonseca ve ark., 2015; Shivakumar ve ark., 2014). Tüm bu veriler doğrultusunda kadınların psikiyatri polikliniğine başvurularını artırabilmek için hastanelerdeki randevu sistemi, çalışan annelerin izin hakları, sağlık hizmetleri ve bilgilendirme sistemleri üzerinde değişiklikler yapılması gerekiyor.

Bir diğer önemli faktör ise ölçeğin uygulanma biçimi ile ilgiliydi. Bazı kadınlar ölçeği o an çok önemsemediklerini ve öylesine cevap verdiklerini dile getirdiler. Ölçeğin doğum tarihine yakın veya tam doğum yaptığı günlerde hastanede uygulanması sebebiyle bazı kadınlar soruları dikkatli bir şekilde cevaplayamadıklarından ve o dönemin heyecanı ile sorulara yüksek puan verdiklerinden bahsettiler. Tüm bu söylemler sorunun inkârı olabileceği gibi ölçeğin uygulanma biçimiyle ilgili sorunları işaret ediyor da olabilir. Daha önce yapılan çalışmalar EPDÖ'nün özgüllük ve duyarlılığının oldukça yüksek olduğunu gösterse de ölçeğin uygulanma zamanının 'aşırı teşhise' sebep olabileceği gösterilmiştir (Park ve Kim, 2023). Ayrıca kadınlar da ölçeğin tarama için yeterli olmadığını düşünebilmektedir (Sambrook Smith ve ark., 2019). Ölçeğin uygulanma biçiminin daha sonra yapılacak araştırmalar açısından göz önünde bulundurulması gereken bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Son olarak sağlık çalışanları ile ilgili engeller alt temasında sağlık çalışanların yetersiz bilgilendirmesi, kadınlarca ‘uygunsuz ve kaba’ olarak yorumlanan davranışları, yanlış yönlendirmeleri gibi faktörler tespit edildi. Bu bulgu daha önce yapılan çalışmalarla örtüşmekteydi (Button ve ark., 2017; Kopelman ve ark., 2008; Goyal ve ark., 2015). Sağlık alışanlarının bu dönemdeki kadınlara yaklaşımları tedaviye başvuru sürecinde önem taşıyor görünmektedir (Sambrook Smith ve ark., 2019). Yoğun alışma koşulları ve bölümler arası iletişim eksikliklerinin olması çalışanların hal ve tutumlarını etkiliyor olabilir. Bu konu ile ilgili sağlık çalışanlarının etkili iletişim eğitimi almaları, hastanelerde hastaları doğru yönlendirebilmek için sadece bu konuyla ilgilenen çalışanların olması bu konuda iyileştirme sağlayabilir görünüyor.

Sonuç olarak biyopsikososyal model perspektifinden bakıldığında, bireylerin sağlıklarını koruma veya tedavi olma gibi sağlık davranışlarını belirleyen tek faktör biyolojik etkenler değildir. Aynı semptomlardan rahatsız olan bir kişi tedaviye başvururken, bir diğer kişi bu semptomu önemsemeyip yok sayabilir. Bu davranış farkının nedeni, bireylerin biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal ve psikolojik etkenlerden de büyük ölçüde etkilenmesidir. Bu nedenle, sosyal destekten yoksun, psikiyatrik hastalıklara karşı önyargılı bir kültürde yaşayan ve ruhsal sorunlar yaşayan bir kadının tedaviye başvurmaması, yalnızca yapısal engellerle açıklanamaz (Engel, 1977a; Borrell-Carrio ve ark., 2004). Neticede, sağlık davranışları ve tedaviye başvurma kararları, biyolojik faktörlerin ötesinde, bireylerin sosyal ve psikolojik durumlarından da güçlü bir şekilde etkilenmektedir, bu da tedaviye erişimdeki engellerin çok boyutlu olduğunu göstermektedir.

5.2. Nicel Aşama

Çalışmamızda kontrol grubu bulunmaması sebebiyle sosyodemografik verilerin perinatal dönem depresyon açısından riskli olmayan kadınlar ile kıyaslaması yapılamamıştır. Fakat kent merkezinde yaşayanların, evli olanların, çalışmayanların, 1’den fazla çocuğu olanların ve 2 asgari ücretten az geliri olanların örneklemimizde daha fazla sayıda olup çoğunluğu oluşturduğu tespit edilmiştir. Daha önce Çin’de yapılan bir çalışma demografik özelliklerin, perinatal kadınların depresyon için yardım arama niyetleri üzerinde anlamlı bir belirleyici olmadığını bulmuştur (Huang ve ark., 2023). Yine yapılan başka bir çalışmada ise kadınların yaşının ve eğitim düzeyinin

tedaviye başvuruyu ön gördürücü değişkenler olmadığını göstermektedir (McGarry ve ark., 2009). Fakat çalışmamızdaki nitel bulgulardan yola çıkarak ek tıbbi hastalığı olan, sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlar için tedaviye başvuru süreçleri açısından önemli bir engel olduğu görülmektedir. Bu konunun aydınlatılabilmesi için yapılacak daha fazla sayıda nicel çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Katılımcıların EPDÖ skorları incelendiğinde %20'sinin perinatal depresyon açısından hala riskli olduğu tespit edildi. Bu bulgu daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu bir şekilde perinatal depresyonun tedavi edilmediği takdirde kalıcı olabileceğini ve EPDÖ skorlarının yüksek seyredeceğini göstermektedir (Underwood ve ark., 2016; Yazici ve ark., 2015).

Nicel görüşme formunda en yüksek puanı alan 3 faktör 'temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin; toplumda kadının sorumluluğunda olması', 'temizlik, ütü, yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin yoğunluğu', 'günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal sorunlarınızın önünde olması' şeklinde saptanmıştır. Tüm bu faktörler sosyokültürel engeller teması altında yer almaktadır. Ayrıca 3 soru da kadınların aile içindeki cinsiyet rolleri ile ilişkilidir. Bu durum, katılımcıların perinatal psikiyatri polikliniğine başvurmamalarının en önemli nedenlerinden birinin, kültürel olarak sorumlu oldukları rollerin hepsine yetişmeye çalışırken kendi ruh sağlıklarını ihmal etmeleri olduğunu göstermektedir. Yapılan bir nicel çalışmada ise tedaviye başvurunun önündeki engellerden en yüksek puanı alan faktörler korku ve damgalama, yardım arama isteği, randevu alma araçları ve randevu bulma şeklinde tespit edilmiştir (Ford ve ark., 2019). Çalışmamızdaki bulgular bu yönü ile diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

Tüm bu bulgular kadınların toplumsal rollerinin onlar üzerinde büyük etkileri olduğunu göstermektedir. Tüm bu işlerden tek başına sorumlu olmaları gerektiği ile ilgili inançlar kendileri ile ilgili gerçekçi olmayan beklentilere girmelerine sebep olmaktadır. Ev işi, çocuk bakımı, yemek gibi işlerden birinin aksaması halinde yoğun suçluluk ve yetersizlik hissetmeleri hem depresyon için tetikleyici bir etki yararmakta hem de çökkün bir ruh hali içinde olmaları sebebiyle tekrar yoğun bir suçluluk ve utanç duymaktadırlar. Adeta kısır bir döngü içine giren kadınlar için bu durum ruh sağlıkları,

yardım arama davranışları ve tedaviye başvuru süreçleri için olumsuz sonuçlara neden olmaktadır.

Yapılan bir çalışmada erkeklere grup terapi seansları ile cinsiyet eşitsizliği hakkında bilgilendirilmiş ve ev içi işlere katılım ve çocuk bakımında eşit rol alma konusunda teşvik edilmiştir. Yapılan bu cinsiyet dönüştürücü müdahale ile perinatal dönemdeki kadınların kaygı ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarını azalttığı gösterilmiştir. (Raghavan ve ark., 2022). Bu sebeple bu konuyla ilgili toplumsal bilincin artırılması, erkeklerin de tüm bu işlere eşit oranda dahil edilmesi ve bu konuda toplum ruh sağlığı kapsamında eğitimler verilmesi hem depresyonun gelişmesini engelleyebilir hem de kadınların psikiyatri polikliniğine başvurusunu artırabilir görünmektedir.

Sonuç olarak bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda amaçlandığı gibi kültüre özgü gözden kaçan sebepler aydınlatılmaya çalışılmıştır. Bireysel, çevresel, damgalama ile ilgili faktörlerin yanı sıra sağlık sunucusuna bağlı engeller ve sosyokültürel engellerin perinatal psikiyatri polikliniğine başvuru sürecini nasıl etkilediği kapsamlı olarak incelenmiştir. Özellikle toplumsal cinsiyet rollerine bağlı engellerin bu süreç üzerinde önemli bir etkileri olduğu tespit edilmiştir.

Tüm bu bulgular ışığında perinatal depresyon çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Saptanan engellerin aşılabilmesi adına bu konu üzerine farkındalık ve hem risk altındaki kadınların yanı sıra sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde bu konuda eğitimler düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca perinatal depresyon ve ruh sağlığı üzerindeki damgalamayı ele alan halk sağlığı müdahaleleri gereklidir. Bu çalışma birinci basamak sağlık merkezlerinde perinatal depresyon taramaları, danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri üzerinde yeni düzenlemeler yapılmasının gerekliliğini işaret etmektedir. Kadınların daha fazla destek aldığını hissedebilmesi adına eşi ve yakın çevresinin de bu konu hakkında onlara özel eğitimler ile bilgilendirilmesi faydalı olacaktır. Kırsal bölgelerde yaşayan kadınların da ruh sağlığı hizmetleri alabilmesi için alt yapı ve teknoloji çalışmalarına ihtiyaç vardır. Sağlık kuruluşlarının perinatal depresyon tedavi ve takip protokollerini güncel literatüre uygun düzenlemeler ve multidisipliner yaklaşım ihtiyacı olabilir. Sonuç olarak bu hususlarda yapılacak düzenlemeler yalnızca anne ruh sağlığı üzerine olumlu etki yapmakla kalmayacak toplum sağlığı üzerine iyileştirici bir etki yaratacaktır.

7.KAYNAKLAR

- Abrams, Laura S, Dornig, Katrina, & Curran, Laura. (2009). Barriers to service use for postpartum depression symptoms among low-income ethnic minority mothers in the United States. *Qualitative health research*, 19(4), 535-551.
- Ankaralı, H., Cangür, Ş., ve Sungur, M. A. (2015). Formülsüz biyoistatistik. *İstanbul:BETİM*.
- Apter, G., Devouche, E., & Gratier, M. (2011). Perinatal mental health. *J Nerv Ment Dis*, 199(8), 575-577. doi:10.1097/NMD.0b013e318225f2f4
- Aydin, N., Inandi, T., Yigit, A., & Hodoglugil, N. N. (2004). Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(6), 483-486. doi:10.1007/s00127-004-0770-4
- Baldisserotto, M. L., Miranda Theme, M., Gomez, L. Y., & Dos Reis, T. B. Q. (2020). Barriers to Seeking and Accepting Treatment for Perinatal Depression: A Qualitative Study in Rio de Janeiro, Brazil. *Community Ment Health J*, 56(1), 99-106. doi:10.1007/s10597-019-00450-4
- Bales, M., Pambrun, E., Melchior, M., Glangeaud-Freudenthal, N. M., Charles, M. A., Verdoux, H., & Sutter-Dallay, A. L. (2015). Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *Eur Psychiatry*, 30(2), 322-328. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.11.004
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 103(4), 698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>Button, S., Thornton, A., Lee, S., Shakespeare, J., & Ayers, S. (2017). Seeking help for perinatal psychological

distress: a meta-synthesis of women's experiences. *Br J Gen Pract*, 67(663), e692-e699. doi:10.3399/bjgp17X692549

Cano, M. A., Rojas, P. , Ramirez-Ortiz, D. , Sanchez, M. . (2020). Depression and Gender Roles among Hispanic Immigrant Women: Examining Associations of Gender Egalitarianism, Marianismo, and Self-Silencing. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31.

Chan, S. W., Levy, V., Chung, T. K., & Lee, D. (2002). A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *J Adv Nurs*, 39(6), 571-579. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02326.x

Chan, Sally, & Levy, Valerie. (2004). Postnatal depression: A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 120-123.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F. (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1).

Creswell, J.W. (2013) Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782

Çillioğlu, S., Aksoy, M., Nursel, B., Yazıcı, E., Yuvacı Uslu, H., & Uçar, G. (2022). *Postpartum depresyonun taranması ve perinatal psikiyatri hizmetlerinde kurum katkısı: eğitim araştırma hastanesi örneği*. Paper presented at the Paper presented at the Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Paper presented at the Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya/Türkiye. .

Daehn, D., Rudolf, S., Pawils, S. *et al*. Perinatal mental health literacy: knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public – a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 574 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04865-y>Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., & White, D.

B. (2021). Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*, 30(2), 154-159. doi:10.1089/jwh.2020.8862

De Beauvoir, S. (1949/2011). *The Second Sex*. London: Vintage Books.

Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(7362), 472. doi:10.1136/bmj.325.7362.472

Doblyte, S., & Jimenez-Mejias, E. (2017). Understanding Help-Seeking Behavior in Depression: A Qualitative Synthesis of Patients' Experiences. *Qual Health Res*, 27(1), 100-113. doi:10.1177/1049732316681282

Drake, E., Howard, E., & Kinsey, E. (2014). Online screening and referral for postpartum depression: an exploratory study. *Community Ment Health J*, 50(3), 305-311. doi:10.1007/s10597-012-9573-3

Doğan, H. Ö., & Piyal, B. (2017). Gender related issues. *Turkish Journal of Public Health*, 15(2), 150-163. <https://doi.org/10.20518/tjph.341173>

Engindeniz, N. (1996). *Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması*.

Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Engel G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American journal of psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>.

Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2010). Prenatal depression effects and interventions: a review. *Infant Behav Dev*, 33(4), 409-418. doi:10.1016/j.infbeh.2010.04.005

Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic

and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31(12), 1177-1185. doi:10.1016/j.midw.2015.09.002

Ford, E., Roomi, H., Hugh, H., & van Marwijk, H. (2019). Understanding barriers to women seeking and receiving help for perinatal mental health problems in UK general practice: development of a questionnaire. *Prim Health Care Res Dev*, 20, e156. doi:10.1017/S1463423619000902

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106(5 Pt 1), 1071-1083. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

Geroge, D. (2011). SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference. *Pearson Education India*.

Gjerdingen, D., Crow, S., McGovern, P., Miner, M., & Center, B. (2009). Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med*, 7(1), 63-70. doi:10.1370/afm.933

Gjerdingen, D. K., & Yawn, B. P. (2007). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med*, 20(3), 280-288. doi:10.3122/jabfm.2007.03.060171

Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (Eds.). (1990). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Jossey-Bass/Wiley.

Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth*, 36(1), 60-69. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x

Goyal, D., Park, Van Ta, & McNiesh, Susan. (2015). Postpartum depression among Asian Indian mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40, 256-261.

Gözüm, S., & Çapık, C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanc Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(3), 230-237.

Hadfield, H., & Wittkowski, A. (2017). Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *J Midwifery Womens Health*, 62(6), 723-736. doi:10.1111/jmwh.12669

Hayden, J. (2009). *Introduction to health behavior theory*. Jones and Bartlett Publishers.

Ho, G. W. K., Bressington, D., Leung, S. F., Lam, K. K. C., Leung, A. Y. M., Molassiotis, A., Valimaki, M. (2018). Depression literacy and health-seeking attitudes in the Western Pacific region: a mixed-methods study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(10), 1039-1049. doi:10.1007/s00127-018-1538-6

Huang, S., Hu, Y., Fu, B., Tang, G., Chen, Z. (2023). Help-Seeking Intentions for Depression and Associated Factors among Chinese Perinatal Women: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Iturralde, E., Hsiao, C.A., Nkemere, L. *et al*. Engagement in perinatal depression treatment: a qualitative study of barriers across and within racial/ethnic groups. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 512 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03969-1>

Jones, A. (2019). Help Seeking in the Perinatal Period: A Review of Barriers and Facilitators. *Soc Work Public Health*, 34(7), 596-605. doi:10.1080/19371918.2019.1635947

Joolae, S., Fereidooni, Z., Seyed Fatemi, N., Meshkibaf, M. H., & Mirlashari, J. (2014). Exploring needs and expectations of spouses of addicted men in Iran: a qualitative study. *Glob J Health Sci*, 6(5), 132-141. doi:10.5539/gjhs.v6n5p132

Karacan, E., & Gökçe, S. (2020). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Kadın Sağlığı. *Sosyal Politika Ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 39-59.

Kaufman MR, Eschliman EL, Karver TS. Differentiating sex and gender in health research to achieve gender equity. *Bull World Health Organ*. 2023 Oct 1;101(10):666-

671. doi: 10.2471/BLT.22.289310. Epub 2023 Aug 17. PMID: 37772198; PMCID: PMC10523819.

Kimmel, M. C., Cox, E., Schiller, C., Gettes, E., & Meltzer-Brody, S. (2018). Pharmacologic Treatment of Perinatal Depression. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 45(3), 419-440. doi:10.1016/j.ogc.2018.04.007

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*, 82(11), 858-866. Retrieved from

Kopelman, R. C., Moel, J., Mertens, C., Stuart, S., Arndt, S., & O'Hara, M. W. (2008). Barriers to care for antenatal depression. *Psychiatr Serv*, 59(4), 429-432. doi:10.1176/ps.2008.59.4.429

Ladd, C., Rodriguez McCullough, N. A., & Carmaciu, C. (2017). Perinatal mental illness. *Sage Journals*, 10(11).

Lara-Cinisomo, S., Wisner, K. L., Burns, R. M., & Chaves-Gnecco, D. (2014). Perinatal depression treatment preferences among Latina mothers. *Qualitative health research*, 24(2), 232-241. <https://doi.org/10.1177/1049732313519866>

Leung, B. M., & Kaplan, B. J. (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link--a review of the literature. *J Am Diet Assoc*, 109(9), 1566-1575. doi:10.1016/j.jada.2009.06.368

Lewis, B. A., Gjerdingen, D. K., Avery, M. D., Guo, H., Sirard, J. R., Bonikowske, A. R., & Marcus, B. H. (2012). Examination of a telephone-based exercise intervention for the prevention of postpartum depression: design, methodology, and baseline data from The Healthy Mom study. *Contemp Clin Trials*, 33(6), 1150-1158. doi:10.1016/j.cct.2012.07.015

Lorber, J. (1994). *Paradoxes of Gender*. New Haven, CT: Yale University Press.

Maloni, J. A., Przeworski, A., & Damato, E. G. (2013). Web recruitment and internet use and preferences reported by women with postpartum depression after pregnancy complications. *Arch Psychiatr Nurs*, 27(2), 90-95. doi:10.1016/j.apnu.2012.12.001

Martínez-Paredes, J. F. (2017). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 8.

McGarry, J., Kim, H., Sheng, X., Egger, M. and Baksh, L. (2009), Postpartum Depression and Help-Seeking Behavior. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54: 50-56.

Meltzer-Brody, S. (2022). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 89-100.

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

Özvarış, Ş. B. (2015). Toplumsal cinsiyet, çalışma yaşamı ve kadın sağlığı. *TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi*, 15(56), 37-43.

Park, S. H., & Kim, J. I. (2023). Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*, 307(5), 1331-1345. doi:10.1007/s00404-022-06525-0

Pollard, T., & Hyatt, S. (Eds.). (1999). Sex, gender and health. Cambridge University Press

Raghavan, A., Satyanarayana, V. A., Fisher, J., Ganjekar, S., Shrivastav, M., Anand, S., Sethi, V., & Chandra, P. S. (2022). Gender Transformative Interventions for Perinatal Mental Health in Low and Middle Income Countries—A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12357. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912357>

Ride, J., & Lancsar, E. (2016). Women's Preferences for Treatment of Perinatal Depression and Anxiety: A Discrete Choice Experiment. *PLoS One*, 11(6), e0156629. doi:10.1371/journal.pone.0156629

Roddy Mitchell, A., Gordon, H., Lindquist, A., Walker, S. P., Homer, C. S. E., Middleton, A., Cluver, C. A., Tong, S., & Hastie, R. (2023). Prevalence of Perinatal

- Depression in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 80(5), 425–431. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0069>
- Sambrook Smith, M., Lawrence, V., Sadler, E., & Easter, A. (2019). Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ open*, 9(1), e024803. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024803>
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clin Psychol Rev*, 49, 106-118. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.002
- Sheeder, J., Kabir, K., & Stafford, B. (2009). Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life? *Pediatrics*, 123(6), e982-988. doi:10.1542/peds.2008-1160
- Shivakumar, G., Brandon, A. R., Johnson, N. L., & Freeman, M. P. (2014). Screening to Treatment: Obstacles and Predictors in Perinatal Depression (STOP-PPD) in the Dallas Healthy Start program. *Arch Womens Ment Health*, 17(6), 575-578. doi:10.1007/s00737-014-0438-3
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., . . . Pariente, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384(9956), 1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0
- Ta Park, V. M., Goyal, Deepika, Nguyen, Tung, Lien, Hong, & Rosidi, Denise. (2017). Postpartum traditions, mental health, and help-seeking considerations among Vietnamese American women: a mixed-methods pilot study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 44, 428-441.
- Thomas, L. J., Scharp, K. M., & Paxman, C. G. (2014). Stories of postpartum depression: exploring health constructs and help-seeking in mothers' talk. *Women & health*, 54(4), 373–387. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.896442>

Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E. R., & Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 19(5), 711-720. doi:10.1007/s00737-016-0629-1

Vafaei, A., Ahmed, T., Freire Ado, N., Zunzunegui, M. V., & Guerra, R. O. (2016). Depression, Sex and Gender Roles in Older Adult Populations: The International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLoS One*, 11(1), e0146867. doi:10.1371/journal.pone.0146867

Van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*, 87(5), 273-277. doi:10.3949/ccjm.87a.19054

Viveiros, C. J., & Darling, E. K. (2018). Barriers and facilitators of accessing perinatal mental health services: The perspectives of women receiving continuity of care midwifery. *Midwifery*, 65, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.018>

Viveiros, C. J., & Darling, E. K. (2019). Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: A scoping review. *Midwifery*, 70, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.011>

Webb, R., Uddin, N., Ford, E., Easter, A., Shakespeare, J., Roberts, N., Alderdice, F., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., Ayers, S., & MATRIx study team (2021). Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 8(6), 521–534. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30467-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30467-3) Yazici, E., Kirkan, T. S., Aslan, P. A., Aydin, N., &

Yazici, A. B. (2015). Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: high rates from a natural follow-up study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 405-411. doi:10.2147/NDT.S77194

Yurdakök, M. (2005). Dünyada ve ülkemizde çocuk sağlığı [Child health in the world and in Turkey]. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 203.

7. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-224503 – 60
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası

27.02.2023

Sayın Prof. Dr. Esra YAZICI

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 15.02.2023 tarih ve 60 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Perinatal Depresyonda Tedaviye Erişimin Önündeki Engeller - Nitel ve Nicel Bir İnceleme**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
27.02.2023

İbu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doküman Kodu : BSEKANREZU Pin Kodu : 20603

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/etk-STB1&eD=BSEKANREZU&eS=224503>

Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağı: www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Hasan Konak
Unvan: Sürekli İyici



EK-2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ANNEYE AİT GENEL BİLGİLER

1-Adınız Soyadınız nedir?

2-Doğum tarihiniz nedir?.....

Yaş.....

3-Nerede yaşıyorsunuz? (İlçe) :

Kent merkezi ☐ Kırsal ☐

4-Medeni haliniz nedir?

Evli ☐ Bekar ☐ Eşi vefat etmiş ☐ Boşanmış ☐

5-Boyunuz: 6-Kilonuz:

8-Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐

İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐

Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐

Yüksek Lisans/Doktora mezunu ☐

9-Çalışma durumunuz nedir?

Ev hanımı ☐

Düzenli bir işte çalışıyorum ☐

Düzensiz olarak çalışıyorum ☐

10-Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Yalnız Eşim ☐ Eşim ve çocuklarım ☐

Eşim, çocuklarım ve eşimin ailesi ☐

Eşim, çocuklarım ve kendi ailem ☐

Diğer ☐

11-Evinizde sürekli yaşayan toplam kişi sayısı kaçtır?.....

12-Ailenizin toplam gelir düzeyi ne kadardır?

1 asgari ücret altı ☐ 3 asgari ücret ☐

1 asgari ücret ☐ 4 asgari ücret ☐

2 asgari ücret ☐ 4 asgari ücret üstü ☐

13-Düşükler, kürtaj, ölü doğum ve şimdiki gebelik dahil TOPLAM KAÇ GEBELİK geçirdiniz?

.....

14-Yaşayan kaç çocuğunuz var?

15.Daha önce ölü doğum yaşadınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse; kaç tane?.....

16.Daha önce düşük yaşadınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse; kaç tane?.....

17.Daha önce kürtaj yaşadınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse; kaç tane?.....

18-Halen devam eden kronik bir hastalığınız var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp yetmezliği ☐

Böbrek yetmezliği ☐ Tiroid rahatsızlığı ☐

Migren ☐ Kas, iskelet hastalığı ☐

Romatizmal hastalık ☐ Diğer ☐

19. Kronik tıbbi hastalığınız varsa günlük yaşamınızı olumsuz etkiliyor mu?

Evet ☐ Hayır ☐

20.Daha önce hiç sizi fiziksel, cinsel, duygusal açıdan etkileyen, sonradan da etkisinde kaldığınız travmatik bir olay yaşadınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Ölümcül hastalık tanısı aldım ☐

Hayati tehlike atlattığım bir kaza geçirdim ☐

Ailemden biri (ya da çok yakın arkadaşım)

kaza/cinayet/intihar sebebiyle vefat etti ☐

Cinsel istismar/tecavüze uğradım ☐

Çocukluğumda şiddete maruz kaldım ☐

Bıçakla/silahla saldırıya uğradım ☐

Biri saldırıya uğrarken tanık oldum ☐

SON GEBELİK VE EMZİRME

21-Bebeğinizin Doğum Tarihi/Doğum Haftası nedir?
..... /

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

22-Bebeğin Doğum Ağırlığı / Boyu nedir?

..... /

23-Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

Kız Erkek

24-En son gebeliğinizi nasıl tanımlarsınız?

Planlı gebelik

Plansız(sürpriz) istenen gebelik

Hem plansız hem istenmeyen gebelik

25-Gebelik için herhangi bir tıbbi tedavi aldınız mı?
(Tüp bebek, aşılama vb.)

Evet ☐ Hayır ☐

26-Son gebeliğiniz süresince gebelik takiplerine
düzenli gidebildiniz mi?

Evet ☐ Hayır ☐

Evet ise (tahmini) kaç kez gittiniz?

27- Son gebeliğinizde doğuma kadarki süreçte bebekle
ilgili bilinen bir sağlık sorunu oluştu mu?

Evet Hayır

Evet ise belirtiniz:

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Kardiyak malformasyon (kalp hastalığı) ☐

IUGR (gelişme geriliği) ☐

Erken doğum tehdidi ☐

Diğer ☐

28-Bebeğinizin doğumu nerede gerçekleşti ?

Evde /Sağlık Kuruluşu Dışında ☐

Kamu hastanesinde ☐

Özel Hastane /Sağlık Kuruluşunda ☐

29-Bebeğinizin doğumu hangi yolla gerçekleşti?

Normal Doğum ☐ Acil Sezeryan ile Doğum ☐

Planlı Sezeryan ile Doğum ☐

30-Bebeğinizin doğum sonrası herhangi bir sağlık
sorunu oldu mu?

Evet Hayır

Evet ise belirtiniz:

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Kardiyak malformasyon (kalp hastalığı)

Erken doğum

Düşük doğum ağırlığı

Küvözde kalma

Konvülsiyon (nöbet)

Persistan Pulmoner Hipertansiyon

Solunum sıkıntısı

Diğer

31-Bebeğinizin bakımında size en çok kim yardımcı
oluyor ?

Yardım almıyorum. ☐

Eşim ☐

Eşimin anne/babası ☐

Benim anne/babam ☐

Yardımcı çalışan ☐

32-Evin düzen ve temizliği için herhangi bir yardım
alıyor musunuz?

Evet ☐ Bazen ☐ Hayır ☐

33-Bebeğinizin bakımı konusunda bilgileri en çok
nereden sağlıyorsunuz?

Aile Büyüklükleri ☐ İnternet/Sosyal Medya ☐

Bebek Gelişim Kitapları ☐ Arkadaş ☐

Sağlık çalışanları (Ebe,Hemşire,Doktor) ☐

34- Günlük yaşantınızda sorunlarınızı rahatça
konuşabildiğiniz insanlar var mı?

Evet var ☐ Hayır yok ☐

Evetse kaç kişi

35-Son gebeliğiniz sırasında ortaya çıkan bir
hastalığınız oldu mu?(Birden fazla seçenek
işaretleyebilirsiniz.)

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Diyabet (Gebelikte Yüksek Şeker)

Hipertansiyon (Gebelikte Yüksek Tansiyon)

Gebelik Zehirlenmesi (Preeklampsisi)

Tiroid hastalığı (Guatr)

Migren

Plasenta Previa (Yanlış yerleşimli plasenta)

Plasenta Dekolmanı (plasantanın erken ayrılması)

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU	
Diğer (belirtiniz).....	Panik bozukluk (panik atak)
36- SON gebeliğiniz sürecinde psikiyatrik bir tanı aldınız mı?	Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı hastalığı) ☐
Evet ☐ Hayır ☐	Diğer
Tanı aldıysanız belirtiniz;	39- Gebeliğiniz sonrası dönemde (lohusalık dönemi) psikiyatrik bir tedavi aldınız mı?
Depresyon	Evet ☐ Hayır ☐
Şizofreni (psikoz)	Evetse belirtiniz;
Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu)	(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif)	Psikiyatrik ilaç tedavisi ☐
Panik bozukluk (panik atak)	EKT ☐
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı hastalığı) ☐	TMS ☐
Diğer	Psikoterapi ☐
37- SON gebeliğiniz süresince psikiyatrik bir tedavi aldınız mı?	40-Gebelik nedeniyle bıraktığınız bir psikiyatrik tedavi oldu mu?
Evet ☐ Hayır ☐	Evet ☐ Hayır ☐
Evetse belirtiniz;	41-Emzirme nedeniyle bıraktığınız bir psikiyatrik tedavi oldu mu?
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Evet ☐ Hayır ☐
Psikiyatrik ilaç tedavisi ☐	42-Son gebeliğiniz öncesinde sigara kullanıyor muydunuz?
EKT ☐	Hayır kullanmıyordum ☐
TMS ☐	Evet, bazen ☐
Psikoterapi ☐	Evet, hemen her gün ☐
38- Gebeliğiniz sonrası dönemde (lohusalık dönemi) psikiyatrik bir tanı aldınız mı?	43-Son gebeliğiniz süresince sigara kullandınız mı?
Evet ☐ Hayır ☐	Hayır kullanmadım ☐
Tanı aldıysanız belirtiniz;	Evet, bazen ☐
Depresyon	Evet, hemen her gün ☐
Şizofreni (psikoz)	44-Lohusalık döneminizde sigara kullanıyor musunuz?
Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu)	Hayır kullanmıyorum ☐
Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif)	Evet, bazen ☐ Evet, hemen her gün ☐
	ÖNCEKİ GEBELİK VE EMZİRME DÖNEMLERİ
	45-Daha ÖNCEKİ gebelikleriniz sırasında ortaya çıkan tıbbi bir hastalığınız oldu mu? (Son gebeliğinizi dahil etmeden yanıtlayınız.)
	Evet ☐ Hayır ☐

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU	
Evitse belirtiniz; (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.) Diyabet (Gebelikte Yüksek Şeker) Hipertansiyon (Gebelikte Yüksek Tansiyon) Gebelik Zehirlenmesi (Preeklampsi) Tiroid hastalığı (Guatr) Migren Plasenta Previa (Yanlış yerleşimli plasenta) Plasenta Dekolmanı (plasantanın erken ayrılması) Diğer (belirtiniz)..... 46- Daha ÖNCEKİ gebeliklerinizde, GEBELİK döneminde tanı aldığınız ruhsal rahatsızlığınız oldu mu ?(Son gebeliğinizi dahil etmeden yanıtlayınız.) Evet ☐ Hayır ☐ Tanı aldıysanız belirtiniz; Depresyon Şizofreni (psikoz) Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) Panik bozukluk (panik atak) Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı hastalığı) ☐ Diğer 47- Daha ÖNCEKİ gebeliklerinizde, GEBELİK döneminde psikiyatrik bir tedavi aldınız mı? (Son gebeliğinizi dahil etmeden yanıtlayınız.) Evet ☐ Hayır ☐ Evitse belirtiniz; (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) Psikiyatrik ilaç tedavisi ☐ EKT ☐ TMS ☐ Psikoterapi ☐ 48- Daha ÖNCEKİ gebeliklerinizde, LOHUSALIK döneminde tanı aldığınız ruhsal rahatsızlığınız oldu mu ?(Son gebeliğinizi dahil etmeden yanıtlayınız.) Evet ☐ Hayır ☐	Tanı aldıysanız belirtiniz; Depresyon Şizofreni (psikoz) Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) Panik bozukluk (panik atak) Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı hastalığı) Diğer 49- Daha ÖNCEKİ gebeliklerinizde, LOHUSALIK döneminde psikiyatrik bir tedavi aldınız mı? (Son gebeliğinizi dahil etmeden yanıtlayınız.) Evet ☐ Hayır ☐ Evitse belirtiniz; (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) Psikiyatrik ilaç tedavisi ☐ EKT ☐ TMS ☐ Psikoterapi ☐ 50- Daha ÖNCE gebelik ve lohusalık dönemi dışında tanı aldığınız ruhsal rahatsızlığınız oldu mu? Evet ☐ Hayır ☐ Tanı aldıysanız belirtiniz; Depresyon Şizofreni (psikoz) Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) Panik bozukluk (panik atak) Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı hastalığı) ☐ Diğer 51- Daha ÖNCE gebelik ve lohusalık dönemi dışında psikiyatrik bir tedavi aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐ Evitse belirtiniz; (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Psikiyatrik ilaç tedavisi ☐

EKT ☐

TMS ☐

Psikoterapi ☐

52-ÖNCEKİ gebeliğinizde bebeğinizin sağlık sorunu var mıydı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Solum sıkıntısı ☐

Kardiyak malformasyon (kalp hastalığı) ☐

Persistan pulmoner hipertansiyon ☐

IUGR (gelişme geriliği) ☐

Erken doğum ☐

Düşük doğum ağırlığı ☐

53.ÖNCEKİ gebeliğinizde bebeğinizin hastaneye yatması gereken sağlık sorunu oldu mu?

Evet ☐ Hayır ☐

Yattıysa kaç gün hastanede kaldı?.....

EŞ VE AİLE İLE İLGİLİ BİLGİLER

54-Eşinizin doğum tarihi nedir?

55-Eşinizin eğitim durumu nedir?

Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐

İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐

Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐

Yüksek Lisans/Doktora mezunu ☐

56-Eşinizin çalışma durumu nedir?

İşsiz /Çalışmıyor ☐

Düzenli bir işte çalışıyor ☐

Düzensiz olarak çalışıyor ☐

57- Eşinizin fiziksel ya da kronik bir hastalığı var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp yetmezliği ☐

Böbrek yetmezliği ☐ Tiroid rahatsızlığı ☐ Migren ☐

Kas, iskelet hastalığı ☐

Romatizmal hastalık ☐ Diğer ☐.....

58- Eşinizin ek tıbbi hastalığı varsa günlük yaşamını olumsuz etkiliyor mu?

Evet ☐ Hayır ☐

59-Eşinizin ruhsal hastalığı var mı? (Depresyon, Panik Bozukluk, Psikoz v.b.)

Evet ☐ Hayır ☐

60- Eşinizin ruhsal hastalığı varsa günlük yaşamını olumsuz etkiliyor mu?

Evet ☐ Hayır ☐

61- Son gebelik ve lohusalık dönemini değerlendirdiğinizde eşiniz sigara içer mi?

Hayır kullanmıyor ☐

Evet, bazen ☐

Evet, hemen her gün ☐

62- Son gebelik ve lohusalık dönemini değerlendirdiğinizde eşiniz alkol kullanır mı?

Hayır kullanmıyor ☐

Evet, bazen ☐

Evet, hemen her gün ☐

63- Son gebelik ve lohusalık dönemini değerlendirdiğinizde eşiniz madde kullanır mı?

Hayır kullanmıyor ☐

Evet, bazen ☐

Evet, hemen her gün ☐

64.Eşinizle iletişiminiz ne kadar iyi diye sorduğumuzda 0'dan 10'a kadar puan verseniz kaç puan verirsiniz? (0 en kötü, 10 en iyi puan)

.....

65-Doğum sonrası eşinizin size olan duygusal desteğine 0'dan 10'a kadar puan verseniz kaç puan verirsiniz? (0 en kötü, 10 en iyi puan)

.....

66-Gebelik sürecinde şiddete maruz kaldınız mı?

Fiziksel ve cinsel şiddet : (İtme, yumruklama, tokat vurma, tutup fırlatma, boğma, sivri bir alet/bıçak vb. saplama, ateş etme, ilişkiye zorlama vb.)

Evet ☐ Hayır ☐

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Duygusal şiddet: (aşırı biçimde eleştirmek, tehdit etmek, aşağılamak, hakaret etmek, utandırmak, hiç iletişime geçmemek, başkalarıyla iletişimini engellemek, duygusal olarak ihmal etmek, yalan söylemek, küçümsemek, görmezden gelmek, kendi çıkarları için kullanmak)

Evet ☐ Hayır ☐

Ekonomik şiddet: : (Bütün parasal kontrolün eş tarafından kendi istekleri doğrultusunda kontrol edilmesi, paraya ulaşımın engellenmesi)

Evet ☐ Hayır ☐

67-Doğum sonrası süreçte şiddete maruz kaldınız mı?

Fiziksel şiddet: Evet ☐ Hayır ☐

Duygusal şiddet: Evet ☐ Hayır ☐

Ekonomik şiddet: Evet ☐ Hayır ☐

68-Ailede(Kan bağı ile bağlı olan) psikiyatrik hastalık tanısı almış olan var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evet ise belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Depresyon Şizofreni (psikoz)

Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu)

Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif)

Panik bozukluk (panik atak)

Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı hastalığı) ☐

Diğer

EK-3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek ~~okadar~~ değil
- ☐ Artık kesinlikle ~~okadar~~ değil
- ☐ Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3) ~~Bir şeyler~~ kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4) Nedeniz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- ☐ Hayır, hiç bir zaman
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

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

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ ~~Hayır, çok~~ sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- ☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

EK-3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) (devam)

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

Değerlendirme: Her maddenin puanlanması farklı biçimdedir. 1.,2.,4. maddeler 0,1,2,3 biçiminde puanlanırken 3.,5.,6.,7.,8.,9. Ve 10. maddeler 3,2,1 biçiminde puanlanır.

Ölçeğin kesme puanı 12 ve üzeridir.

EK-4: Nitel Görüşme Formu

Nitel Anket

Merhaba ben Dr.Kübra Akbulut

SEAH psikiyatri kliniğinde asistan hekim olarak görev yapmaktayım. Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon için yüksek riskli tespit edilen hastalarının konu hakkında bilgilendirilip polikliniğe yönlendirildikleri halde tedavi için hastaneye neden başvurmadıklarını anlamak amacıyla bir çalışma yürütmekteyim. Bu çalışmanın ileride yapılacak çalışmalara ve bu alanda çalışan doktorlara ışık tutacağına ümit ediyorum.

Bu çalışmada gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon açısından Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde tarama testi yapıp yüksek riskli tespit edilen kadınlarla görüşme yapıyorum. Görüşmedeki veriler sadece bu çalışmada kullanılacak ve kişisel veriler gizli tutulacaktır.

Görüşmenin ortalama 50 dakika süreceğini tahmin ediyorum. Sorunlar için önereceğiniz çözümleri görüşmenin sonunda söylerseniz sevinirim. İzin vererseniz görüşmeyi kaydetmek istiyorum. Bu şekilde hem zamanı daha iyi kullanabiliriz hem de sorulara vereceğiniz yanıtların kaydını daha ayrıntılı tutma fırsatı bulabilirim.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Eğer bana görüşme öncesinde sormak istediğiniz bir soru varsa yanıtlamak isterim. Yoksa izin vererseniz sorulara başlamak istiyorum.

Sorular;

Gebelik sürecinin başından başlamak istiyorum. Sizin için nasıl bir süreçti?

Gebeliğiniz sizin için nasıl bir deneyimdi?

Gebeliğiniz süresince hastaneye başvurdunuz? Başvurduysanız takip süreci nasıl geçti?

Sonrasında hastaneye başvurduğunuzda size depresyon açısından tarama testi yapıldı mı, hatırlıyor musunuz? Sonucu nasıl çıkmıştı?

Sonucuna göre sizinle bilgilendirme görüşmesi yapıldı mı? Sonrasında ne oldu?

Hastanemiz psikiyatri perinatal psikiyatri kliniğine yönlendirildiniz mi?

Polikliniğe yönlendirildikten sonra ne yaptınız? Bu konu hakkında neler düşündünüz?

1- Sistemde kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapılan ölçek sonrası tedavi için polikliniğe yönlendirildiğinizi görmekteyiz. Fakat müracaat olmamış görünüyor. Polikliniğe başvurmamanızın sebepleri neler?

a- Çevrenizdeki insanlara bu konudan bahsettiniz mi? Tepkileri ne oldu? Tepkileri size neler hissettirdi?

b- Gebeliğiniz süresince aile ve yakın çevrenizin size hal ve tutumları nasıldı? Bu süreçte kendinize vakit ayırmanız konusunda neler düşünüyorlardı?

c- Perinatal psikiyatri polikliniğine başvurma maliyeti hakkında neler biliyorsunuz? Tedaviye başvurmamanızda maddi kaygıların bir etkisi nasıl oldu?

EK-4: Nitel Görüşme Formu (devam)

2- Tedaviye başvurmamanızda hastanemiz psikiyatri perinatal kliniğine erişimin nasıl etkileri olduğunu düşünüyorsunuz?

a- Gebelik ve doğum sonrası dönem depresyon hastaları ile ilgilenen bir doktor bulmak ile ilgili fikirleriniz nelerdir?

b- Perinatal psikiyatri polikliniğinin yeri hakkında neler biliyorsunuz? Hastanemize ulaşım ve seyahat ile ilgili faktörlerin tedaviye başvurmamanız üzerine etkisi nedir?

c- Hastanelere randevu bulmak ve poliklinikte sıra beklemek ile ilgili düşünceleriniz nelerdir? Perinatal psikiyatri kliniğine nasıl randevu alacağınız ile ilgili bilgileriniz nelerdir?

3- Yaşadığınız gebelik ve doğum sonrası dönem depresyonu ile ilgili neler biliyorsunuz, biraz anlatır mısınız?

a- Bu durumun bir hastalık olduğunu ve sizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

b- Bu konu ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

c- Gebelik veya doğum sonrası dönemde ilaç kullanmanızın çocuğunuz ve sizin üzerinize ne tür etkileri olacağını düşünüyorsunuz? Bu düşünceleriniz tedaviye başvuru sürecinizi nasıl etkiledi?

4- Kadın doğum kliniğinde gebelik ve gebelik sonrası dönem depresyonu için yüksek riskli olduğunuz söylendiğinde neler hissettiniz?

a- Daha önce sizi etkileyen istemediğiniz sıkıntılı ve travmatik bir olay yaşadınız mı? Daha önceki gebeliklerinizde böyle bir olay yaşadınız mı? Yaşadıysanız bu süreçte nasıl bir etkisi oldu?

b- Doldurduğunuz ölçekte yüksek riskli çıkmanız ile ilgili kaygı hissettiniz mi? Neler düşündünüz? Kaygı hissettiyseniz tedaviye erişiminiz üzerine nasıl bir etkisi oldu?

c- Bu süreçte anneliğiniz ile ilgili yetersizlik utanç hissettiniz mi? Hissettiyseniz tedaviye erişiminiz üzerine etkileri ne oldu?

5- Bu dönemde bebek bakımı sebebiyle zamanınızın kısıtlı olması tedaviye başvurma motivasyonunuzu nasıl etkiledi?

6- Gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadınlara verilen sağlık hizmetleri hakkında neler biliyor ve düşünüyorsunuz?

a- Bu konuda kime ve nasıl başvuracağınız ile ilgili neler biliyorsunuz?

b- Sigorta ile ilgili problemler tedaviye erişiminiz üzerine etkili oldu mu?

7- Psikiyatrik hastalıklarla ilgili toplumda yanlış inanışlar olabiliyor. Siz neler düşünüyorsunuz bu konuda?

a- İnsanların sizin hakkınızda böyle düşünebilecek olması tedavi sürecinizi nasıl etkiledi?

7- Bu konu ile ilgili eklemek istediğiniz başka nedenler var mıdır?

EK-5: Nicel Görüşme Formu

Nicel Veri Formu

2021 yılında gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon için yüksek riskli tespit edilen hastalarının konu hakkında bilgilendirilip polikliniğe yönlendirildikleri halde tedavi için hastaneye neden başvurmadıklarını anlamak amacıyla bir çalışma yürütmekteyiz. Tıbbi kayıtların incelenmesi sonucu perinatal psikiyatri polikliniğine başvurmadığınızı tespit etmiş bulunmaktayız. Gebelik ve doğum sonrası dönemde psikiyatrik yardıma başvurmamanızda etkili olabilecek faktörler aşağıda sıralanmıştır. Sizin için geçerlilik düzeyini 0'dan (hiç) 10'a(çok) kadar puanlayınız.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-Daha önce yaşamış olduğunuz olumsuz deneyimler nedeniyle hastaneye gitmekten korkmak											
2- O dönemde içinde bulunduğunuz mutsuzluk, keyifsizlik, enerjinizin az olması, umutsuzluk gibi duygulardan oluşan depresif tablo											
3-Ruhsal bozuklukları kendinize yakıştıramamak											
4- Çocuğunuzu bırakabileceğiniz güvenilir bir yer olmaması											
5-Yakın çevrenizin yaşadığınız ruhsal sıkıntıları önemsiz görmesi											
6-Devlet hastanelerini tercih etmek istememek											
7-İstenmeyen bir gebelik yaşıyor olmak											
8- Hastanelerin kalabalık olması											
9-Gebe kalma sürecinde zorluklar yaşamış olmak											
10-Perinatal psikiyatri polikliniğinin yerini bilmiyor olmak											
11-Gebelik süresince yaşanan kendinize ait ilave sağlık sorunlarınızın olması											
12-Zorlu ve travmatik bir doğum yapmış olmak											
13- O dönemde eşinizin çalışmıyor olması											
14-Doğum nedeniyle yaşanan sağlık sorunlarınızın olması(c/s, doğum komplikasyonları)											
15-O dönemde eşinizle ilişkinizde sorunlar (kavga,ayrılık) yaşıyor olmak											
16-O dönemde yoğun bir işte çalışıyor olmanız											
17-O dönemde eşinizin sağlık sorunları yaşıyor olması											
18- Ruhsal bir bozukluğun ne olduğunu ve belirtilerini bilmemek											
19-Aile büyüklerinin (kayınvalide,kayınpeder vb.) yönlendirici ve müdahaleci tutumları											
20-Ruhsal bir hastalığınız olmadığını düşünmek											
21-Diğer çocuğunuzun/çocuklarınızın çok hareketli ve yaramaz olması											
22- Hastanede konu ile ilgili konuştuğumda yardımcı sağlık personelinin ilgisiz veya kaba tutumları											
23-Psikiyatristlerin gebelik ve doğum sonrası dönemde tedaviyi yönetecek yeterliliğe sahip olmadığını düşünmek											
24-Temizlik,ütü,yemek, çocuk bakımı gibi ev işlerin yoğunluğu											
25- Perinatal psikiyatri polikliniğine giderken toplu taşıma aracının kalabalık olması											
26-Yakın çevrenizin sizi ruhsal bir yardım almanız yönünde yönlendirmemiş olması											
27-Ruhsal bir tedaviye başvurmanıza eşinizin onayının olmaması											
28- Ruh sağlığı ile ilgili yapılan tarama anketlerinde çıkan sonuçların önemini bilmemek											
29- O dönemde bir ruhsal bozukluğunuz olduğunu kabul edememek											
30-Günlük yaşam telaşesinin sizin için ruhsal sorunlarınızın önünde olması											
31-Gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal bir takım belirtiler yaşamayı olağan bulmanız											

[illegible]

[illegible]

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Kübra	Soyadı	AKBULUT
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)	

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta