



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

PERİNATAL DÖNEMDE PATERNAL DEPRESYON VE EVLİLİK UYUMU İLİŞKİSİ

DR. MEHMET NEDİM TIRAŞ

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ERSİN AKPINAR**

ADANA-2018



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

PERİNATAL DÖNEMDE PATERAL DEPRESYON VE EVLİLİK UYUMU İLİŞKİSİ

DR. MEHMET NEDİM TIRAŞ

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ERSİN AKPINAR**

**Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından
TTU-2017-8317 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ADANA-2018

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği eğitimime başladığım günden beri bilgi ve tecrübesini bizden esirgemeyen, ufkumuzun açılması için büyük bir özveri ile çalışan, tez çalışmamda büyük katkısı olan değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a çok teşekkür ederim.

Tezimin tamamlanmasında katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Nejat NARLI'ya, Doç. Dr. Selim BÜYÜKKURT'a, Doç. Dr. Mecit UNCU'ya, uzmanlık eğitimde büyük katkıları ve emekleri olan değerli hocalarım Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR, Prof. Dr. Esra SAATÇI, Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN ve Doç. Dr. Hatice KURDAK'a teşekkür ederim.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalının tüm araştırma görevlilerine ve personeline, projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu'na,

Her konuda beni destekleyen sevgili eşim Ferhan ÜNAL TIRAŞ'a ve bu süreçte aramıza katılan canım oğlum Efe TIRAŞ'a,

En derin duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet Nedim TIRAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ.....	IV
ŞEKİL LİSTESİ.....	V
KISALTMALAR.....	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Kavramı.....	3
2.2. Aile Sağlık İlişkisi.....	3
2.3. Anne Baba Olmak (Ebeveyn Roller)	4
2.4. Aile Gelişim Evreleri	6
2.5. Evlilik Uyumu	7
2.6. Depresyon	8
2.6.1. Giriş ve Tanım.....	8
2.6.2. Epidemiyoloji	13
2.6.3. Risk Faktörleri	14
2.6.4. Depresyonun Olumsuz Etkileri	14
2.6.5. Klinik.....	15
2.6.6. Tedavi	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklem Seçimi	22
3.2. Gerekli İzinlerin Alınması.....	22
3.3. Veri Toplama Araçları	22
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	23
3.3.2. Evlilikte Uyum Ölçeği.....	23
3.3.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	24
3.4. Verilerin Kodlanması ve Bilgisayar Ortamına Aktarılması.....	24
3.5. Verilerin İstatistikî Analizi.....	24

4. BULGULAR.....	26
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri.....	26
4.2. Evlilikte Uyum Ölçeğine Göre Katılımcıların Evlilik Uyumları ve Sosyodemografik Verilerle İlişkisi	28
4.3. Paternal Perinatal Depresyon ve Sosyodemografik Verilerle İlişkisi	34
4.4. Paternal Perinatal Depresyon ve Evlilik Uyumu İlişkisi.....	38
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	42
6.1. Sonuçlar.....	42
6.2. Öneriler	42
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER.....	55
8.1. Ek 1. Anket Onam Formu	55
8.2. Ek 2. Etik Kurul Onay Formu ve Gerekli İzinler.....	56
8.3. Ek 3. Anket Formları.....	58
9. ÖZGEÇMİŞ	64

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Sık kullanılan antidepresanlar.....	20
Tablo 2. Erkek ve kadınların yaş ortalamaları	26
Tablo 3. Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre çalışma durumları	26
Tablo 4. Çalışmaya katılanların gelir düzeylerine göre sayı ve yüzdeleri	26
Tablo 5. Erkek ve kadınların eğitim durumları	27
Tablo 6. Çalışmaya katılan kişilerin yaşadıkları yerler.....	27
Tablo 7. Çalışmaya katılan kişilerin evlenme şekilleri	27
Tablo 8. Çalışmaya katılan kişilerin eşleri ile akrabalık durumları	27
Tablo 9. Çalışmaya katılan kişilerin evlilikte uyum durumları	28
Tablo 10. Çalışmaya katılan kişilerin çalışma durumlarının evlilik uyumu ile ilişkisi	29
Tablo 11. Çalışmaya katılan kişilerin gelir düzeylerinin evlilik uyumu ile ilişkisi.....	29
Tablo 12. Çalışmaya katılan kişilerin eşlerinin çalışma durumların evlilik uyumu ile ilişkisi	30
Tablo 13. Çalışmaya katılan kişilerin yaşadığı bölge ile evlilik uyumu ilişkisi.....	30
Tablo 14. Eğitim düzeyi ve evlilikte uyum ilişkisi	30
Tablo 15. Eşin eğitim düzeyi ve evlilikte uyum ilişkisi	31
Tablo 16. Evlenme biçimi ve evlilik uyumu ilişkisi	31
Tablo 17. Akrabalık durumu ve evlilikte uyum ilişkisi	32
Tablo 18. Düşük, kürtaj, ölü doğum öyküsü ve evlilik uyumu	32
Tablo 19. Gebeliğin planlı olup olmama durumuna göre evlilik uyumu	33
Tablo 20. Eşlerin infertilite tedavisi alma durumlarına göre evlilik uyumları	33
Tablo 21. Evlilikte uyumlu ve uyumsuz grupların ortalama evlilik sürelerinin (ay) T testine göre karşılaştırması	33
Tablo 22. Eşlerin doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde olmasına göre erkeklerin evlilikte uyumları	34
Tablo 23. Çalışma durumu ve paternal perinatal depresyon	34
Tablo 24. Gelir düzeyi ile paternal depresyon ilişkisi.....	34
Tablo 25. Eşin çalışma durumu ve paternal depresyon.....	35
Tablo 26. Yaşanılan bölge ve paternal depresyon	35
Tablo 27. Eğitim düzeyi ve paternal depresyon.....	35
Tablo 28. Paternal depresyon ve evlenme biçimi	35
Tablo 29. Paternal depresyon ve düşük, kürtaj, ölü doğum öyküsü.....	36
Tablo 30. Paternal depresyon ve gebeliğin plan durumu	36
Tablo 31. Eşlerin infertilite tedavisi alıp almama durumlarına göre paternal depresyon.....	36
Tablo 32. Paternal depresyon ve çoğul gebelik	37
Tablo 33. Doğum öncesi ve doğum sonrası paternal depresyon.....	37
Tablo 34. Paternal depresyon ve psikiyatrik tedavi	37
Tablo 35. Kronik hastalık ve paternal depresyon.....	37
Tablo 36. Paternal depresyon ve evlilik uyumu ilişkisi	38

ŞEKİL LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Anneliğe geçiş süreci.....	5
Şekil 2. Sekiz aşamanın her birinde geçirilen zamanın uzunluğu ile aile yaşam döngüsü.....	7
Şekil 3. Depresif bozuklukların tedavisinde ana ilkeler.....	19
Şekil 4. Çalışmaya katılan kişilerin daha önceki psikiyatrik tedavi yküsü	28

KISALTMALAR

DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EPDS	: Edinburgh Postnatal Depression Scale
EPSs	: Early Parenting Services
EUÖ	: Evlilikte Uyum Ölçeği
PPD	: Paternal Postpartum Depression
PPND	: Paternal Perinatal Depression

ÖZET

Perinatal Dönemde Paternal Depresyon ve Evlilik Uyumu İlişkisi

Giriş ve Amaç: Perinatal dönem gebeliğin 20. haftasından doğum sonrası ilk 28 güne kadar olan süreyi tanımlamaktadır. Son yıllarda maternal perinatal depresyon üzerine çok fazla araştırma yapılmıştır. Bu durum depresyon, gebelik ve bebek arasındaki karmaşık etkileşime bağlı olabilir. Perinatal dönem anne için ruhsal sorunlar açısından riskli bir dönem olduğu kadar babalar için de bu durum geçerlidir. Biz bu çalışmada evlilik uyumu ile perinatal dönemdeki paternal depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak ve perinatal dönemin sadece annede duygusal değişikliklere neden olmayacağı, babanın da bu dönemde duygusal olarak sorunlar yaşayabileceği gerçeğinin birinci basamak hekimleri tarafından göz ardı edilmemesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini, 1 Şubat - 1 Haziran 2017 tarihleri arasında ilgili hastanelerin (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi ve Adana Metro Hastanesi) Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran 20. gebelik haftasından doğuma kadar olan süredeki gebelerin eşleri ile ilgili hastanelerin (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi ve Metro Hastanesi) Yenidoğan Polikliniklerine başvuran yenidoğan bebeklerin babaları oluşturmaktadır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği uygulandı. Veriler SPSS programına girilerek önemlilik testlerinde ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 234 kişi dâhil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $32,26 \pm 5.4$ (20-53) bulundu. Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında 16'sı (% 6,8) ilköğretim, 25'i (% 10,7) ortaokul, 90'ı (% 38,5) lise, 89'u (% 38,0) üniversite, 14'ü (% 6,0) yüksek lisans mezunuydu. Çalışmamıza katılan kişilere uyguladığımız evlilikte uyum ölçeğine göre uyum için Türkiye kesme puanı 43 olarak kabul edildi. Tüm grupta 39 (% 16,7) uyumsuz, 195 (% 83,3) uyumlu birey tespit ettik. Edinburgh Postpartum Ölçeğine göre çalışmamıza katılan 234 kişinin 30'unda (% 12,8) paternal perinatal depresyon tespit ettik. Katılımcıların evlilikte uyumları ile depresyon durumları karşılaştırıldığında, depresyonu olmayan 204 kişiden 27'si (% 13,2) uyumsuz iken 177'si (% 86,8) uyumluydu. Paternal perinatal depresyon tespit ettiğimiz 30 kişiden 12'si (% 40,0) uyumsuzken 18'i (% 60,0) uyumlu olarak bulunmuştur. Paternal perinatal depresyonu olan bireylerin, paternal depresyonu olmayan bireylere göre evlilik uyumlarının daha düşük olması çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$).

Sonuç: Perinatal dönem ebeveynler için sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç olduğu bir dönemdir. Birinci basamak hekimleri olarak paternal perinatal depresyon hakkında farkındalık kazanırsak, anne ve bebek izlemlerinde babaları da değerlendirme fırsatı yakalayabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Evlilik Uyumu, Erkek Sağlığı, Paternal Perinatal Depresyon

ABSTRACT

Relationship Between Paternal Depression and Marital Harmony In Perinatal Period

Background and Aim: Perinatal period defines the period between the 20th week of pregnancy and postnatal first 28 days. Several studies have been performed on maternal perinatal depression in recent years. This condition may be related to the complicated interaction between depression, pregnancy and infant. Perinatal period is a risky period for the father in terms of mental problems as much as the mother. In this study, our aim was to investigate the relationship between marital harmony and perinatal period paternal depression and to emphasize the role of family physician perinatal period does not causing emotional changes not only for the mother but for in fathers as well.

Material and Method: Husbands of the pregnant women admitting to the Gynecology and Obstetrics Outpatient Clinic of the two hospitals (Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital and Adana Metro Hospital) between February 1 and June 1 in 2017 and the fathers of neonates admitting to Neonatal Outpatient Clinic of two hospitals (Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital and Metro Hospital) formed the sampling of the research. Sociodemographic data form, Edinburgh Postpartum Depression Scale and Marital Harmony Scale were used. Data were installed in SPSS program and chi-square test was used for significance tests. Statistical significance was accepted as $p<0.05$.

Results: A total of 234 individuals were included in the research. Mean age of the participants was 32.26 ± 5.4 (20-53) years. Based on the education levels of the participants, 16 were graduated from elementary school (6.8%), 25 (10.7%) secondary school, 90 (38.5%) high school, 89 (38.0%) university and 14 (6.0%) were post graduates. Cutt-off tag Marital Harmony Scale was accepted as 43. We detected 39 (16.7%) incompatible and 195 (83.3%) compatible individuals. According to Edinburgh Postpartum Scale, we detected paternal perinatal depression in 30 out of 234 participants in our study. Marital harmony and depression were compared, 177 out of 204 (86.8%) individuals without depression were compatible while 27 (13.2%) were incompatible. While 12 out of 30 individuals(40.0%) with prevalence paternal perinatal depression were incompatible, 18 (60.0%) were compatible. Poor marital harmony in individuals with paternal perinatal depression was significantly increased compared to individuals without paternal depression. ($p<0.001$).

Conclusion: Perinatal period is a time when parents need more social support. As family physicians, we have to be aware of paternal perinatal depression.

Keywords: Male Health, Marital Harmony, Paternal Perinatal Depression, Family Medicine

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Depresyon 300 milyondan fazla insanın etkilendiği yaygın bir hastalıktır. Depresyon, normal ruh hali dalgalanmalarından ve günlük yaşamdaki zorluklara karşı kısa süren duygusal tepkilerden farklıdır. Özellikle uzun süreli ve şiddetli yoğunlukta depresyon ciddi bir sağlık durumu haline gelebilir. Bu, etkilenen kişinin işyerinde, okulda başarısızlığına ve ailesinin fakirleşmesine neden olabilir. En kötü ihtimalle, depresyon intihara yol açabilir. Her yıl 800 000 kişiye yakın insan intihar nedeniyle ölüyor. İntihar, 15-29 yaşlarındaki ölümlerin önde gelen ikinci nedenidir.¹

Hem erkeklerde hem de kadınlarda ebeveynliğe geçiş fiziksel, hormonal, nörokimyasal ve nörobiyolojik kaymaları içerir. Kimlik, temsiliyet ve bilince ilişkin değişiklikler psikolojik sıkıntıya karşı savunmasızlığın artmasına yol açabilir.² Bir ebeveyndeki bulanım diğer aile bireylerinin genel iyilik halleri üzerinde derin etkileri olabilir. Anne ya da babası depresyon geçirmiş olan çocuklar ve gençler daha fazla duygusal ve davranışsal sorunlar yaşıyorlar ya da daha sıklıkla major depresyondan muzdarip oluyorlar.³ Babanın mental sağlığı annenin sağlığı, doğum sonuçları ve bebeğin gelişimi üzerinde önemli etkilere sahiptir. Perinatal dönemde paternal depresyon prevalansını önemsememe riski yüksektir. Bu risk, esas olarak depresyonun cinsiyete özgü semptomlarını araştırmaya odaklanmış spesifik değerlendirme ölçeklerinin olmamasından kaynaklanmaktadır.⁴

Aile kavram olarak geniş bir alana sahiptir. Farklı şekillerde tanımlanabilir. Aile, üyeler arasındaki ilişkiler ve etkileşim yönünden sosyal bir grup, sosyal ve ekonomik yönüyle bir birlik; sosyal yaşamın temel göstergelerinden biri olarak bir örgüt; üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve yürütülmesi için sistemli kuralları bulunan sosyal bir kurum olarak tanımlanabilir.⁵ Aile hayatında değişen durumlar ve olaylar karşısında eşlerin birbirlerinin beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri ve değişen koşullara uyum sağlamalarına evlilik uyumu denir.⁶ Evliliklerin iyilik halleri toplumun iyi oluşlarına dair bir temeldir. Toplumun sağlıklı olabilmesi öncelikle kişilerin sonra çiftlerin veya aile içindeki bireylerin birbirleriyle iyi oluşları üzerinden inşa edilmektedir.⁷ Uyumlu bir evlilik ilişkisi eşlerin evlilikten sağladığı doyumu ve evlilik mutluluğunu etkilerken, aile hayatındaki diğer problemlerle birlikte gittikçe zorlaşan

hayat koşulları karşısında eşlerin psikolojik sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir.⁸ Evlilik uyumu iyi bir ailenin, toplumun ve dolayısıyla geleceğin n koşuludur.

Anne ve baba perinatal depresyon oranları incelenen populasyonun sosyoekonomik durumuna bağlı olarak, araştırmalar arasında farklılık göstermektedir.⁹ 43 araştırmanın ve 28000 kişinin katıldığı bir meta-analiz çalışmasında birinci trimester ile doğum sonrası ilk bir yıl periyodunda maternal depresyon oranı % 23,8 iken, paternal depresyon oranı % 10,4 bulunmuştur.¹⁰ Paternal depresyon ile maternal depresyon arasında sıklıkla maternal depresyonu takip eden bir paternal depresyonun olduğu güçlü bir ilişki vardır.⁹ Anne depresyonu babada depresif belirtilerin gelişmesinde güçlü bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Gerçekten de, depresyondan muzdarip kadının eşinde perinatal paternal depresyon prevalansı % 24-50 kadar yüksek olabilir.¹¹ Paternal perinatal depresyon da maternal perinatal depresyon için bir risk faktörüdür.^{12,13}

Biz bu çalışmada evlilik uyumu ile perinatal dönemdeki paternal depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak ve perinatal dönemin sadece annede duygusal değişiklikler yaratmayacağı, aileyi bir bütün olarak ele aldığımızda babanın da bu dönemde duygusal olarak sorunlar yaşayabileceği ve sosyal desteğe ihtiyaı olabileği konusunda farkındalığı arttırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Kavramı

Kültürlere göre tanımı değişse de aile, üyelerinin birbiriyle karşılıklı etkileşim içinde bulundukları birbirini sirküler şekilde etkiledikleri bir sistemdir. Yaygın olarak kabul edilen tanıma göre ise aile, birbirleri arasında doğum, evlilik veya evlat edinme yoluyla akrabalık bağı bulunan, birbirine biyolojik veya psikolojik açıdan bağlı iki veya daha fazla kişinin aynı çatı altında bir arada olmasıyla oluşan birlikteliktir.¹⁴

2.2. Aile Sağlık İlişkisi

Ailenin, üyelerinin sağlığı üzerinde altı temel etkisi bulunmaktadır.

i. Genetik Etkiler: Her birey, genotipi ile çevresi arasındaki etkileşimin bir ürünüdür. İnsan genomu hakkında son zamanlardaki gelişmeler, aile hekimlerinin genetik danışmanlık hakkında bilgi sahibi olmalarını ve bunun sonuçlarının anlamını hastalarla ailelere aktarabilmelerini daha önemli bir hale getirmiştir.

ii. Aile, Çocuk Gelişiminde Temel Bir Öneme Sahiptir: Aile işlevlerinde bozukluk ile çocuklardaki fiziksel ve davranışsal rahatsızlıklar arasında güçlü bir ilişki vardır.

iii. Bazı Aileler Hastalığa Karşı Diğerlerinden Daha Duyarlıdır: Ebeveynlerin duygusal stabilitesi ile ailenin hastalık oranları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ebeveynin biri ya da her ikisinin duygusal olarak stabil olmadığı ya da evlilikte anlaşmazlık yaşanan ailelerde hastalık oranları daha yüksektir. Ebeveynlerin psikolojik ve sosyal özellikleri, çocuklarının hastalık sıklığıyla, kendi hastalık sıklıklarından daha güçlü bir ilişki göstermiştir. Aşağıdaki durumlarda çocuklarda daha fazla hastalık görülmektedir:

- Ebeveynleri çatışmalardan kaçınma eğilimi gösterdiğinde
- Annelerinin aile dışındaki sosyal alanlara katılımı az olduğunda
- Ebeveynleri somatik şikâyetlere yatkın olduğunda
- Ebeveynlerinin sağlıklı hissetme durumları ortalamanın altında olduğunda
- Anneleri hasta rolünü kabul etmeye güçlü bir eğilim gösterdiğinde

- Ebeveynlerinin, eşlerinin yakınmaları hakkındaki bilgilerinde tutarsızlık olduğunda

iv. Enfeksiyon Hastalıkları Aile İçinde Yayılır: Virüs enfeksiyonlarının, indeks olgulardan diğer aile fertlerine güçlü bir yayılma eğilimleri vardır. Streptokok ve stafilokok enfeksiyonları, tüberküloz, zührevi hastalıklar, intestinal parazitler ve cilt enfeksiyonları aile enfeksiyonları ile ilgili bir listenin içinde mutlaka sayılmalıdır.

v. Yetişkinlerde Morbidite ve Mortaliteyi Etkileyen Aile Faktörleri: Eşlerinin kaybından sonraki ilk yılda mortalite anlamlı şekilde artmaktadır. Aile faktörleri yalnızca hastalığın oluşmasını değil, aynı zamanda tıbbi hizmetlerden yararlanılmasını da etkilemektedir. Hizmetlerden yararlanma aile stresi arttığı zamanlarda artmaktadır.

vi. Hastalıktan İyileşmede Aile Önemlidir: Aile desteği özellikle kronik hastalıklar ve sakatlıklar olmak üzere her türlü hastalığın sonucu için önemli bir faktördür.¹⁵

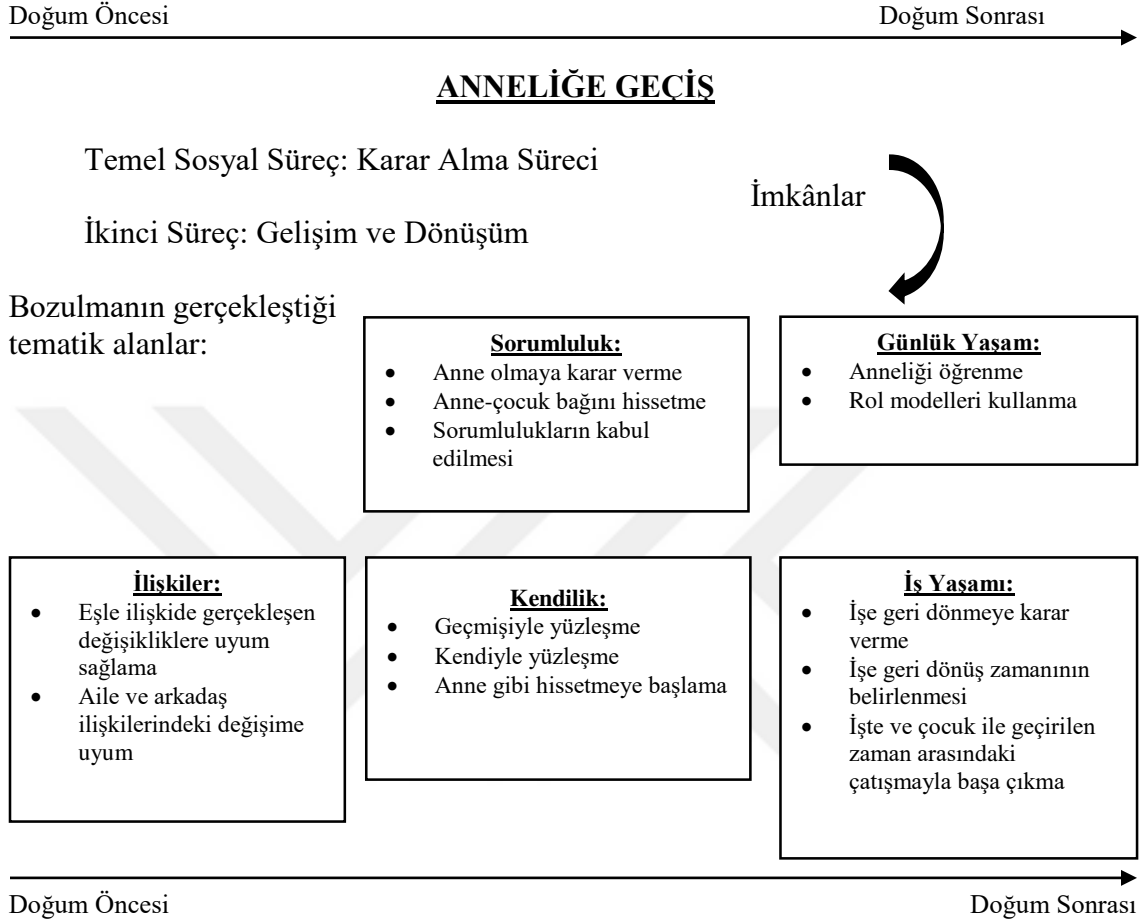
2.3. Anne Baba Olmak (Ebeveyn Roller)

Anne baba olma, insanın yaşamındaki en önemli kararlardan biridir ve bu kararda birçok faktör etkili olur. Yaş, etnik köken, sosyoekonomik düzey, cinsiyet rolleri, kişisel yeterlilik duygusu, kontrol odağı gibi bazı kişilik özellikleri ve cinselliğe ilişkin tutumlar, aile içi güç dengeleri, iletişime açıklık, eşler arası destek gibi faktörler bu karara etki eden psikososyal faktörlerdendir.¹⁶

Hem anneler hem de babalar için ebeveynliğe geçiş, sevinç ve şaşkınlık duygularını barındırır.^{17,18} Bununla birlikte; doğum gerçeği ve bebeğin ihtiyaçları, bu adaptasyon sürecinde ebeveynlerde yorgunluğa, karışıklığa ve strese neden olarak anksiyete ve depresyona zemin hazırlar. Annelerde postpartum depresyon, değersizlik duygusu, ilgi azalması, disfori, anksiyete, karar vermede güçlük ve bebek bakımının bozulması ile yeni doğan için optimal olmayan bir ortam yaratır.¹⁹ Depresyon gebelik sırasında kadınların % 25'ini, doğum sonrası ilk yılda % 10-15'ini etkiler. Gebeliği sırasında veya doğum sonrası birinci yılda depresyon görülen annelerin çocuklarının, semptom göstermeyen annelerin çocuklarına göre, 4 yaşına geldiğinde iki kat daha fazla duygusal-davranışsal sorunlar yaşadıkları gösterilmiştir.²⁰

Anneye ait özellikler, sosyal ve ailesel faktörler, kültürel yapı, eşin desteği, sağlık profesyonellerinin desteği ve benzeri birçok değişken gebeliğin algılanışını etkilemekte

ve bunun sonucunda anneliğe uyum ile birlikte annelik rolünün kabulünü etkilemektedir (Şekil 1).²¹



Şekil 1. Anneliğe geçiş süreci

Babalığa geçiş konusunda yapılan bilimsel araştırmalar anneliğe geçişe göre oldukça sınırlıdır.²² Ebeveyn olarak erkeklerle yapılan çalışmaların sonuçlarının çoğu, anne ve çocuk sağlığı ve gelişimi ile ilgili yapılan araştırmalardan elde edilmiştir.²³ Günümüzde erkeklerin babalığa geçiş döneminde psikolojik sıkıntı yaşayabileceği iyi bilinmektedir.⁹ Paternal perinatal depresyon (PPND) ile ilgili yapılan çalışmalar, annelik depresyonunda görülen kendini suçlama, endişe, keyifsizlik, öfke ve sinirlilik gibi semptomlar ile benzerlik göstermiştir.⁴ PPND'nin prediktörleri, öncesinde depresyon geçirmiş olmak, düşük gelirli olmak, zayıf sosyal destek, azalmış evlilik uyumu ve düşük ebeveyn yeterliliğidir.²⁴⁻²⁶ Depresif babaların diğer aile üyelerini de etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Babaları depresyon belirtileri gösteren infantlarda üç yaşlarında davranış sorunları sergileme olasılığı üç kat artış ve yedi

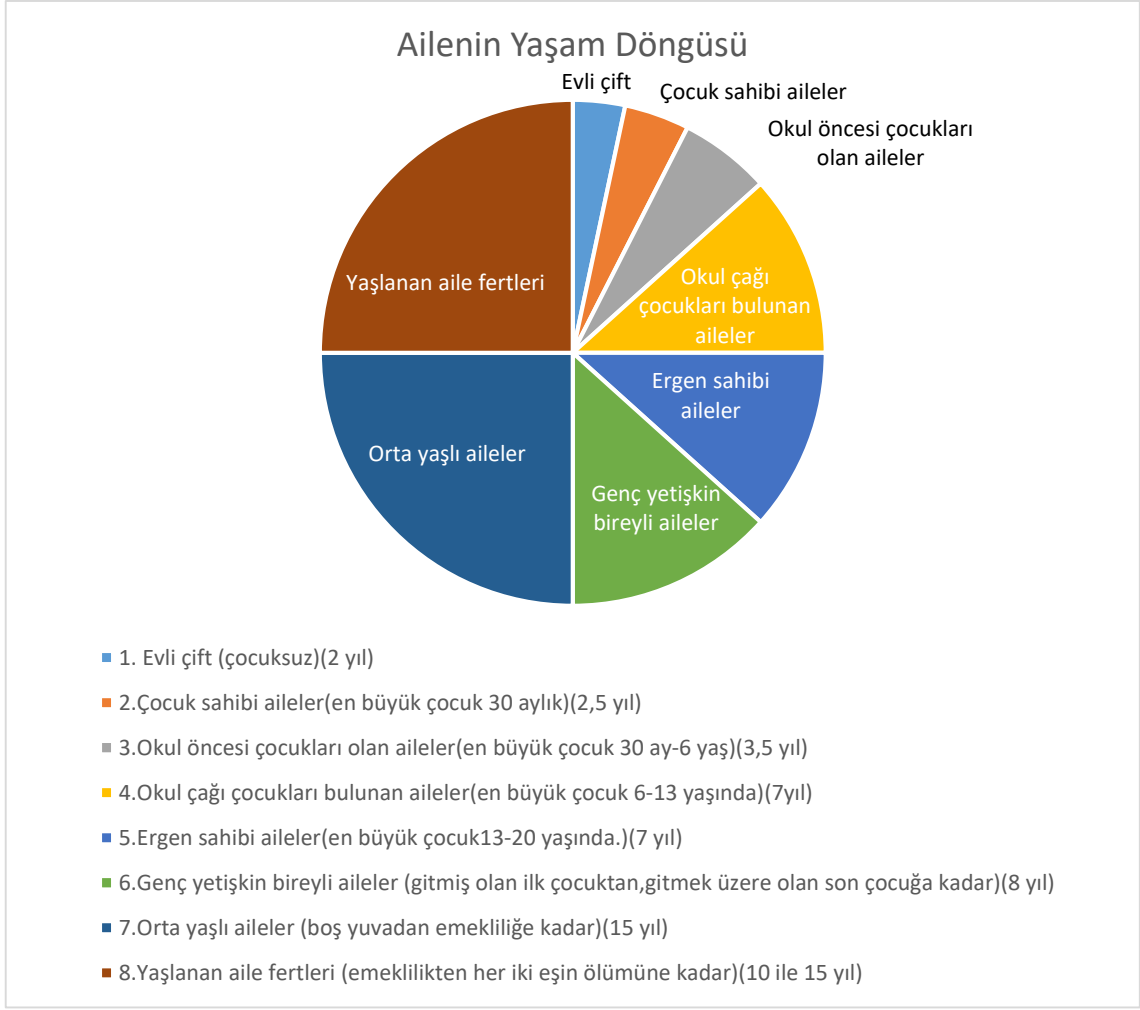
yaşında psikiyatrik tanı alma olasılığı iki kat daha yüksektir.^{27,28} Mental sağlığı bozulmuş bir baba, anneyi de etkileyerek ebeveynlik yeterliliklerinin azalmasına neden olabilir.²⁹ Psikoloji ve tıp literatüründe babaların depresyon açısından taranması çağrıları sıkça görülmektedir.³⁰⁻³²

Babaların değerlendirilmesinde ve destek almasındaki en önemli engel ebeveynliğin ilk yıllarında sağlık hizmetleri ile olan temas eksikliğidir.³³ Babalar bazı doğum öncesi poliklinik kontrollerine katılabilirler ve çoğu babalar doğumda bulunurlar fakat bu etkileşimlerin odağı anne ve bebektir.³⁴ Babalar rollerini anne için ikincil olarak algılayabilirler ve destek için bir ihtiyacı ifade etmeye gönülsüz olabilirler.³⁵ Doğum sonrası dönemde bebek bakımına ve sağlığına yönelik hizmetler verilirken, anne merkezde kalmak şartıyla bu hizmetlere babalar da dâhil edilebilir.³⁶⁻³⁸ Aile merkezli bakım ilkeleriyle uyumlu olarak ebeveynler ebeveynlikle ilgili bakım için başvuruda bulunduğu zamanlar bize her iki ebeveynin de zihinsel sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmek için fırsatlar sunar. Örneğin Avustralya’da erken ebeveynlik hizmetleri (EPSs) doğumdan anaokulu çağına kadar uzman ve çok disiplinli müdahale gerektiren karmaşık ebeveynlik zorlukları yaşayan çocukların ebeveynlerine destek sağlar.^{39,40}

Ailenin bir parçası olarak babalar da aile merkezli bakım kapsamında erken ebeveynlik hizmetleri ile mental yönden anneler gibi taranabilir.

2.4. Aile Gelişim Evreleri

Bireyin gelişiminin yanı sıra aile döngüsünü anlamaya yönelik çabalar, hekimin hastaların karşılaştığı problemler hakkında iyi hipotezler kurmasına yardımcı olabilir. Duvall aile döngüsünün sekiz aşamalı bir şemasını geliştirmiştir (Şekil 2).⁴¹



Şekil 2. Sekiz aşamanın her birinde geçirilen zamanın uzunluğu ile aile yaşam döngüsü⁴¹

2.5. Evlilik Uyumu

Ailenin temelini evlilik oluşturur. Evlilik literatürde “iki yabancıların farklı değerler, farklı kültürlerle ve iki ayrı aile öyküsüyle bir araya geldikleri ve karşılıklı dayanışma; toplumsal onaylama sonucunda gerçekleşen bir sözleşme şeklinde toplumsal yasaklamaların tamamen dışında tutulan cinsel ihtiyaçların doyuma ulaştırıldığı bir kaynaşma ve kendilerini yeniden tanımladıkları toplumsal kural ve yasalarla şekillendirilmiş resmi, duygusal, davranışsal ve biyolojik yönleri olan bir sosyal sistem” olarak tanımlamaktadır.⁴²⁻⁴⁴ Evlilik uyumu, evliliğin her yönüyle özel olarak değerlendirilebilmesi olarak tanımlanmıştır. Evlilikte bireysel olarak isteklerin, beklentilerin, ihtiyaçların karşılama derecesi ve buna ilişkin algısı olarak düşünülmüştür.⁴⁵ Spanier’e göre evlilik uyumu ise farklı kişiliğe sahip eşlerin günlük yaşamın değişen koşullarına uymaları, yaşadıkları anlaşmazlıkları uzlaşma içinde

çözmeleri, birbirleriyle iyi iletişim içinde olup mutlu olmak ve ortak hedeflere ulaşmak için birbirlerini tamamlamalarıdır.⁴⁶ Belli bir zamanda, bir çiftin göstermiş olduğu toplam uyum, birçok farklı durumun dengede olması ve ilişkiyi etkileyen birçok ögenin bir araya gelmesi sonucu oluşur. Terman'ın 1938'de yayımlanan çalışmasına göre, evlilik uyumunu etkileyen etmenler şu şekildedir:⁴⁷

- Eşler arasında bulunan fikir birliği,
- Fikir ayrılığını düzeltmek için kullanılan yöntemler,
- Evli olmak sebebiyle duyulan memnuniyet veya pişmanlık,
- Evliliği devam ettirme veya ayrılma ya da boşanmanın değerlendirilmesi,
- Eşe karşı şikâyetlerin dillendirilme biçimi,
- Eşlerin evliliklerine ait doyumlarının öznel değerlendirilmesi,

Evlilikte uyum uzlaşma, uyma, problem çözme ve hedef belirleme gibi bilişsel süreçlerle ilgilidir. Bu bilişsel süreçlerin evlilik uyumunu nasıl etkilediğini açıklayan en kapsamlı yaklaşımlardan biri yükleme kuramıdır. Evlilik uyumlarını etkileyen bir değişken de kişilik özellikleridir. Kişilik özellikleri bir bireyi diğerinden ayıran ve kişinin tutarlı davranmasının nedeni olan biyolojik kökenli eğilimler olarak tanımlanmaktadır.⁴⁸ Pek çok ülkede hükümetlerin iş ve aile yaşamının uyumlaştırılma politikaları esnek istihdam, doğum sonrası izinleri ve bakım hizmetleri üzerine odaklanmaktadır. Bunun yanında doğum sonrası izinlerine ilişkin en temel tartışma, iznin annelik izni mi, yoksa çiftlerin her ikisini kapsayan biçimde ebeveyn izni olarak mı düzenleneceği hususundadır. Çalışan kadınların çocuk sahibi olma nedeniyle uzun süre iş yaşamından ayrı kalmalarını önleme ve babaların da ailevi sorumlulukları paylaşmasına imkân veren ev içi yükümlülüklerin eşit dağılımına katkı sağlama konusu önem arz etmektedir.⁴⁹

2.6. Depresyon

2.6.1. Giriş ve Tanım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “Sadece hasta olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlar.⁵⁰ Depresif bozukluğa klinik olarak önemli ve kalıcı düşük ruh hali olarak nitelendirilen tristimania (melankoli) da denir. Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre tüm dünyada yaklaşık 350 milyon insan depresyondan muzdariptir.^{51,52} Küresel olarak baktığımızda depresyon

engelliliğe, kaybolan yılların etkisiyle diğer hastalıklardan daha fazla neden olur. Yine engellilik ve ölüm bir araya getirildiğinde depresyon, kalp hastalığı, inme ve HIV gibi çok sayıda katilin dokuzuncu sıralamasında bulunur. Fakat dalgalanma göstermesi, etkili terapi eksikliği ve yetersiz mental sağlık kaynakları nedeniyle yaygın olarak teşhis ve tedavi edilmemiştir.⁵³

Depresyon diğer hastalıklar ile karşılaştırıldığında bireye özgüdür ve birçok faktör antidepresanların mutlak etkisini etkilemektedir.⁵⁴⁻⁵⁶ Majör depresyon, toplumun tüm kesimlerinde sıkça gözlenen, kronik seyir gösteren, yinelemelerle gidebilen, yeti kaybına yol açan önemli bir toplum sağlığı sorunudur.⁵⁷ Majör depresyon yaşam boyu yaygınlık oranı % 5 ile % 17 arasında değişmektedir.⁵⁸ Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yaptığı Hastalıkların Toplam Yüğü Çalışmasında (The Global Burden of Disease), depresyona bağlı yeti yitiminin ilk sırada yer aldığı ve bütün hastalıklara bağlı yeti yitimi ile geçen yılların % 12'sine denk geldiğini göstermiştir.⁵⁹ Ülkemizde yineleyici depresif bozukluk, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yürütülen 'Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi' sonuçlarına göre; yeti yitimine yol açma bakımından ilk sırada, hastalık yüğü sıralamasında dördüncü sırada yer almıştır.⁶⁰ Depresyon düşük benlik saygısı, motivasyon eksikliği, anhedoni, iştah kaybı, düşük enerji ve açıklanamayan huzursuzluğun bir arada olduğu yıkıcı bir hastalıktır.⁶¹

Depresyon başlığı altında tek bir hastalıktan değil, birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesinden söz etmekteyiz. Psikiyatrik bozukluklar değişik sınıflandırma sistemleri ile sınıflandırılırlar. Dünyada en fazla kabul görmüş sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Derneği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)'tir. DSM 5'e göre depresyon şu alt gruplar içerisinde değerlendirilmiştir.

- Yıkıcı duygudurum düzensizliği
- Majör depresif bozukluk
- Persistan depresif bozukluk
- Premenstrual disforik bozukluk
- Madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk
- Tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk
- Ayırt edilememiş depresif bozukluk

Depresyon deyince ilk akla gelen majör depresyondur. Diğer alt gruplar daha az ilgi odağı olmaktadır. DSM 5'e göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri;

- A.** Aşağıdakilerden en az 5'inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması (1. veya 2. kriter mutlaka bulunmalı)
1. Depresif duygudurum
 2. Anhedoni, ilgi-istek azalması
 3. İştah azalması ya da artması
 4. Uyku azalması ya da artması
 5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
 6. Enerji azalması, yorgunluk
 7. Suçluluk, değersizlik hissi
 8. Konsantrasyon güçlüğü
 9. İntihar eğilimi
- B.** İşlev kaybı vardır.
- C.** Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.
- D.** Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.
- E.** Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik nöbet yoktur.⁶²

DSM-5 ile DSM-4-TR arasında depresif bozukluklar bölümünde bazı değişiklikler yapılmıştır. DSM-4-TR' deki "Duygudurum Bozuklukları (Mood Disorder)" içerisinde yer alan "Depresif Bozukluklar" grubuna ilişkin ağacı ve DSM-5'teki "Depresif Bozukluklar" bölümüne ilişkin ağacı iki grubu karşılaştırmak için aşağıda veriyoruz

1. DSM-4-TR "Duygudurum Bozuklukları(Mood Disorders)" Bölümü İçerisindeki "Depresif Bozukluklar(Depressive Disorders) Ağacı:
 - Majör Depresif Bozukluk(Major Depressive Disorder)
 - Tek Atak (Single Episode)
 - Yineleyen ataklar (Recurrent)
 - Distimik Bozukluk (Dysthymic Disorder)
 - Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk (Depressive Disorder NOS).⁶³

2. DSM-5'teki "Depresif Bozukluklar (Depressive Disorders)" Bölümünün Ağacı

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu (Disruptive Mood Regulation Disorder)
- Majör Depresif Bozukluk (Major Depressive Disorder)
 - Tek Atak (Single Episode)
 - Ağır Olmayan (Mild)
 - Orta Derecede (Moderate)
 - Ağır (Severe)
 - Psikotik Özellikler Gösteren (With Psychotic Features)
 - Kısmi Yatışma Gösteren (In Partial Remission)
 - Tam Yatışma Gösteren (In Full Remission)
 - Belirsiz (Unspecified)
 - Yineleyici Ataklar (Recurrent)
 - Ağır Olmayan (Mild)
 - Orta Derecede (Moderate)
 - Ağır (Severe)
 - Psikotik Özellikler Gösteren (With Psychotic Features)
 - Kısmi Yatışma Gösteren (In Partial Remission)
 - Tam Yatışma Gösteren (In Full Remission)
 - Belirsiz (Unspecified)
- Süreğen Depresif Bozukluk (Distimi) (Persistent Depressive Disorder Dysthymia)
- Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu (Premenstrual Dysphoric Disorder)
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk (Substance/Medication-Induced Depressive Disorder)
- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk (Depressive Disorder Due to Another Medical Condition)
 - Depresif Özellikler Gösteren (With Depressive Features)

- Majör Depresif Atak Benzeri Özellikler Gösteren (With Major Depressive-like Episode)
- Mikst Özellikler Gösteren (With Mixed Features)
- Başka Bir Belirlenmiş Depresif Bozukluk (Other Specified Depressive Disorder)
- Belirlenmemiş Depresif Bozukluk (Unspecified Depressive Disorder).⁶²

“Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyeme Bozukluğu” özellikle çocuklarda “İki uçlu Bozukluk” tanılarının fazlaca konulmasını engellemek amacıyla DSM-5’e eklenmiştir. Yani bu bozukluğun eklenmesiyle eskiden “İki uçlu Bozukluk” tanısı alan çocukların bir bölümü artık “Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe” tanısı alacaktır. Bu tanı ancak 18 yaşına kadar olan çocuklara ve gençlere konulabilmektedir. “Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu” ise DSM-4-TR’de “Ekler-B” kısmında bulunuyordu. DSM-5’te oradan alınarak elkitabının içerisine yerleştirilmiştir. Aybaşı öncesi disforinin ayrı bir bozukluk olarak nitelendirilebileceğine ilişkin pek çok çalışma vardır. DSM-5’te “Distimik Bozukluğun” isminin “Süreğen Depresif Bozukluk” olarak değiştirilmesinin nedeni ise bozukluğu daha iyi betimliyor olmasıdır.

DSM-5’te “Majör Depresif Atakın” E Tanı Ölçütündeki “yastan sonra 2 ay” koşulu kaldırılmıştır. DSM-4-TR’de “Majör Depresif Atakın” E tanı ölçütü şöyledir: “Bu semptomlar yas ile daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.” DSM-5’te bu madde tümünden kaldırılmıştır. Değişikliğin gerekçesi olarak pek çok araştırma yas durumundaki belirtilerin 2 ay değil 1 sene ya da 2 sene sürebildiğini göstermiştir. Yani DSM-4-TR’deki 2 ay süresi, DSM-5’te uygun bulunmamaktadır. Yine araştırmalar kayıp yaşayan bireylerde majör depresyonun ortaya çıkma olasılığının daha fazla olduğunu göstermektedir. Ayrıca oluşan majör depresif tablonun tedavisi de hasta kayıp yaşamış olsun ya da olmasın aynı biçimde yapılmaktadır. Böylece DSM-5’te, 2 aylık yas süresinin işlevsel bir değerinin olmadığına kanaat getirilmiştir. DSM-5’in görüşüne göre, kişi yas içinde olsun ya da olmasın önemli olan onun içinde bulunduğu durumdur.⁶⁴

DSM-5 sınıflandırmasında daha önceleri DSM-4-TR sınıflandırmasında postpartum depresyon olarak ele alınan klinik tablonun aslında % 50 oranında gebelik döneminde başladığına dikkat çekilmiş ve bu belirleyici “postpartum başlangıçlı” yerine “peripartum başlangıçlı” olarak değiştirilmiştir.⁶²

2.6.2. Epidemiyoloji

Majör depresyon, rol işlevinde azalma, yaşam kalitesi, tıbbi morbidite ve mortaliteyle bağlantılı, sık görülen, ciddi, tekrarlayan bir bozukluktur.^{59,65} Dünya Sağlık Örgütü, depresyonu dünya genelinde engelliliğin önde gelen dördüncü nedeni olarak sıralamıştır ve 2020 yılına gelindiğinde, bu ikinci neden olabilir.^{66,67} Epidemiyolojik veriler bize tüm dünyada majör depresyonun yaygınlığı, seyri, sosyodemografik korelasyonları ve toplumsal maliyetleri hakkında bilgi vermektedir. Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, başlama yaşı ve seyir tahminleri hem maddi hem de metodolojik süreçler nedeniyle ülkeler arasında farklılık gösterse de tedavi edilmediğinde ya da yetersiz tedavi edildiğinde kronik tekrarlayan bir duruma dönme ihtimali yüksektir.

Majör depresyon ile ilgili geniş çaplı longitudinal çalışmalar bulunmaktadır ancak klinik araştırmalar, majör depresyon için tedavi arayışında olan kişilerin önemli bir kısmının kronik tekrarlayan bir hastalık seyrinin olduğunu göstermektedir.^{68,69} Yaşam boyu yaygınlığın yıllık yaygınlığın iki-üç katı olduğunu bulan topluluk araştırması bize yaşam boyu vakaların üçte biri ile bir buçukunun belirli bir yılda tekrarladığını göstermektedir. Bununla birlikte uzun dönemli longitudinal çalışmalar yaşam boyu majör depresif bozukluğu olan bazı insanların, kesitsel çalışmalarda depresyon öyküsü bildirmediğini göstermektedir.^{70,71}

Epidemiyolojik çalışmaların bazen majör depresif epizod üzerine bazen de majör depresif bozukluklar üzerine odaklanması dikkat çekicidir. Majör depresif epizod bipolar bozukluğun bir parçası olarak ortaya çıkan depresif olayları içerirken, majör depresif bozukluklar ise bipolar depresyonu içermez.⁷²

Weissmann ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada majör depresyonun uluslara göre tahmini ömür boyu yaygınlıkları karşılaştırılmış; Tayvan’da % 1,5, Beyrut’ta % 19,0, Batı Almanya’da ortalama % 9,2, Kanada’da ortalama % 9,6 bulunmuştur. Yıllık tahmini prevalansı ise Tayvan’da % 0,8, Yeni Zelanda’da % 5,8, Birleşik Devletler’de ortalama % 3,0 ve Paris’te % 4,5 olarak bulunmuştur.^{73,74} Daha sonra DSÖ tarafından

majör depresyonun uluslara göre tahmini ömür boyu yaygınlıkları karşılaştırılmış; Çekya'da % 1, Birleşik Devletler'de % 16,9, Kanada'da ortalama % 8,3 ve Şili'de % 9,0 olarak bulunmuştur.^{75,76} Yıllık tahmini prevalansı ise Çekya'da % 0,3, Birleşik Devletler'de % 10, Meksika'da ortalama % 4,5 ve Batı Almanya'da % 5,2 olarak bulunmuştur.⁷⁷

Tahmini yıllık sıklığın erkeklerde % 3,2 iken kadınlarda % 4,9 olduğu bildirilmiştir (78).

Küey ve Güleç tarafından Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmalar gözden geçirilmiştir. Tespit ettikleri sonuçlara göre:

- a) Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı % 10 dolayındadır.
- b) Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık % 20, suçluluk duygular gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük yaklaşık % 10 düzeyinde nokta prevalans hızlarına sahiptir.
- c) Kronik fiziksel hastalıklara sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeyde olup % 4-8,8 civarındadır.
- d) Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir.⁷⁹

2.6.3. Risk Faktörleri

1. Yaş: Birçok zihinsel rahatsızlığın çocukluk ya da ergenlik döneminde başlangıcı vardır ve genel nüfusta herhangi bir zihinsel rahatsızlığa maruz kalmanın ortalama başlangıç yaşı çoğu ülkede ergenlik çağındadır.⁸⁰

2. Cinsiyet: Epidemiyolojik çalışmaların neredeyse tamamında cinsiyet, yaş ve medeni durumun depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kadınlar erkekler ile karşılaştırıldığında iki kat artmış majör depresyon riski taşır.⁸¹

3. Medeni durum: Ayrılmış, boşanmış veya dul bireyler evli bireylere göre çok daha yüksek majör depresyon oranlarına sahiptir.^{82,83}

4. Sosyoekonomik ve kültürel faktörler: Düşük sosyoekonomik statü ile majör depresyon arasında zayıf ilişki vardır.⁷⁵

2.6.4. Depresyonun Olumsuz Etkileri

1. Eğitim: Çeşitli çalışmalar, erken başlangıçlı zihinsel rahatsızlıkların eğitimin sona ermesiyle bağlantılı olduğunu göstermektedir.⁸⁴⁻⁹¹

2. Evlenme yaşı ve istikrarı üzerine etkileri: Evlilik öncesi ruhsal bozuklukların evliliğe etkileri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Erken başlangıçlı ruhsal bozukluklar evlenme ihtimalini düşürmekle birlikte, bir dizi olumsuz sonuçla ilişkili olduğu bilinen erken yaşta evlenme (18 yaş öncesi) ihtimalini arttırabilir veya sosyal destek, ekonomik özgürlük gibi birtakım avantajları olduğu bilinen zamanında veya geç evlilikleri ise azaltabilir.⁹²⁻⁹⁴
3. İş kaybı: Depresyonun işsizlik ile ilişkili olduğu bilinmekle birlikte, bu ilişki üzerine yapılan araştırmaların çoğu depresyonun iş kaybı için bir risk faktörü olmasından çok, iş kaybının depresyon üzerindeki etkisini vurgulamıştır.⁹⁵
4. Kişisel başarı: Depresyon çeşitli yönleriyle iş performansını, evlilik kalitesini, maddi başarıyı etkileyebilir.
5. Evlilik işlevi: Evlilikteki memnuniyetsizlik ve anlaşmazlık depresif belirtiler ile güçlü bir şekilde ilişkilidir.^{96,97}
6. Ebeveyn işlevi: Hem maternal depresyonun hem de paternal depresyonun ebeveyn davranışları üzerinde negatif etkileri vardır.^{98,99}
7. Hastalık yükü: Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yaptığı Hastalıkların Toplam Yükü Çalışmasında (The Global Burden of Disease), depresyona bağlı yeti yitiminin ilk sırada yer aldığı ve bütün hastalıklara bağlı yeti yitimi ile geçen yılların % 12'sine denk geldiğini göstermiştir.⁵⁹

2.6.5. Klinik

Duygudurum bozuklukları, belirti ve araz kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan sendromlardır.¹⁰⁰ Duygudurum bozukluklarının klinik görünümünü belirleyen sendromlardan biri de depresyondur. Depresyon çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalmasını içerir.¹⁰¹ Depresyonda görülen klinik belirtiler şu şekilde özetlenebilir;

Çökkün duygudurumu: Depresyonun temel özelliklerindendir. Çökkün duygudurumu (disfori) kendini kederli ve elemli hissetme, mutsuzluk, hüznün, moral bozukluğu, umutsuzluk, karamsarlık, kendini boşlukta hissetme, sıkıntı hissi ile karakterize olabilir ve devamlılık gösterir.¹⁰¹

İlgi azlığı ve anhedoni: Çökkün duygudurum ya da ilgi azlığından en az biri bulunmadıkça depresyondan söz edilemez. Hastanın çevresine ve işine olan ilgisi azalır, daha önce zevk alarak yaptığı etkinliklerden zevk alamaz hale gelir.¹⁰¹

Sıkıntı hissi, bunalı (anksiyete): Anksiyete depresyonun karakteristik bir özelliği olmamasına rağmen, klinik pratikte depresif duygudurumdan ve ilgi azlığından sonra üçüncü sıklıkta izlenir. Gerginlik, bulantı hissi, engellenmeye karşı tahammülsüzlük, unutkanlık ve sinirlilik artışı gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Bulantıya sıklıkla çarpıntı, ağız kuruluğu, terleme, karın ağrısı ve ishal gibi bedensel yakınmalar da eşlik eder. Bunalıtlı hastalarda baş ağrısı ve dönmesi de sıklıkla izlenir. Ağır depresyondaki yoğun bunalı kendini ajitasyon şeklinde gösterebilir ve klinik görünümüne hakim olabilir. Anksiyetesi fazla olan hastalarda tedavi yanıtı da düşük olmaktadır.¹⁰¹

Affektif anestezi: Ağır depresif hastalar aşırı acı verecek olaylara bile duygusal olarak tepki veremez hale gelebilirler.¹⁰¹

Bilişsel bozukluklar: Akut dönemde özellikle dikkati odaklama, bellek, bilgi işleme süreci ve yürütücü işlevlerde bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Tedaviye rağmen bilişsel belirtilerin devam edebildiği, kalıntı belirtiler olarak sürebildiği birçok çalışmada vurgulanmıştır.¹⁰¹

Düşünce süreci ve akışı: Düşünce akışındaki yavaşlama sonucu sorulara yanıt vermede zorluk ya da bazen yanıt verememe gözlenebilir. Bu zorluk halsizlik ya da dikkati odaklamadaki zorluktan kaynaklanmaktadır. Melankolik depresyonda daha ağır olarak mutizm de görülebilir.¹⁰¹

Suçluluk-değersizlik fikirleri: Depresyon hastalarının yarısından fazlasında gözlenebilir. Genellikle kendilerini suçlu hissedecekleri anılarını hatırlama eğilimindedirler. Bazı hastalarda suçluluk duyguları o kadar yoğundur ki kendini cezalandırma amaçlı intihara kalkışabilirler. Benlik saygılarındaki azalma sonucu değersizlik ve yetersizlik duyguları yaşarlar. Özellikle ağır depresyonda bu düşünceler hezeyan şeklinde izlenebilir.¹⁰¹

Olumsuz düşünceler: Depresif hastalarda, çevreyi, kendini ve geleceği olumsuz görme şeklinde olumsuz düşünceler olabilir. Hastalar yaşadıklarını olumsuz olarak algılar, bilişsel çarpıtmalarla bu düşüncelerini desteklerler.¹⁰¹

Umutsuzluk: Depresif hastalarda bulundukları dönem, şartlar ve özellikle de gelecekle ilgili umutsuzluk düşünceleri izlenir.¹⁰¹

Kararsızlık: Depresyonda düşünce süreci yavaşlaması ve olumsuz düşünceler sebebiyle karar vermede zorluk ya da karar verememe gözlenir. Depresyon döneminde olumsuz düşünceler, umutsuzluk ve karamsarlık gibi süreçler sonucu olaylara olumsuz yaklaşılır ve bu dönemde doğru karar verebilmek zorlaşır. Bu dönemde hastalara önemli kararlarını ertelemeleri önerilir.¹⁰¹

Hipokondriak uğraşlar ve ağrı: Hastaların yaklaşık % 25'inde hipokondriak uğraşlar görülebilir. Ayrıca hastaların % 63'ünde de baş, boyun, bel, ense ya da eklem ağrıları gibi ağrı şikâyetleri de olabilmektedir. Ağır depresyonlarda bu ağrı şikâyetleri somatik hezeyan niteliği de alabilir. Özellikle yaşlı hastalar depresif belirtiler yerine somatik yakınmalar ile başvurabilirler ve çoğu kez altta yatan depresyon atlanabilir (maskeli depresyon). Hipokondriak uğraşlar ne kadar yoğunsa hastalığın gidişi ve sonlanması da o kadar olumsuz etkilenir. Ağır tablolarda bağırsaklarının çürüdüğü, çalışmadığı şeklinde hipokondriak sanrılarının oluşturduğu kotard sendromu ortaya çıkabilir.¹⁰¹

Obsesif ruminasyonlar ve fobiler: Hastalar çeşitli alanlardaki takıntılı ve genelde kendilerinde suçluluk duyguları oluşturacak düşüncelerini takıntılı bir biçimde sürekli düşünür hale gelebilirler. Daha önceden var olan obsesif ya da fobik düşünceler de depresif dönemde artabilir.¹⁰¹

İntihar düşünceleri ve girişimleri: Depresif bozukluk intiharın en yüksek oranda görüldüğü psikiyatrik hastalıktır. Depresyonlu hastaların yaklaşık % 75'inde pasif ölüm düşünceleri ve intihar düşüncesi bulunur. Tamamlanmış intihar otopsi sonuçlarında da % 60 oranında depresif bozukluk belirtileri saptanmıştır. Özellikle melankolik depresyonlarda intihar oranı daha yüksektir. Depresif hastaların 1/3'ü girişimde bulunur ve % 10 kadarı ölümle sonuçlanır. Kadınlarda intihar girişimi daha fazla iken erkeklerde tamamlanmış intihar oranı daha fazladır.¹⁰¹

Konsantrasyon güçlüğü: Hastalar dikkatlerini toplamakta güçlük çekerler. Konsantrasyon güçlüğü düşünce yavaşlaması ve psikomotor yavaşlama nedeniyle olabileceği gibi bunlar bulunmadan da gözlenebilmektedir.¹⁰¹

Bellek bozukluğu: Unutkanlık ve hatırlamada güçlükler depresyonda sıkça gözlenir. Bellek bozukluğu hastalık şiddetiyle orantılıdır ve özellikle psikotik ile melankolik depresyonlarda daha sıktır. Ağır depresyonlarda ve yaşlı hastalarda bellek bozukluğu demansla karışabilir (psödodemans).¹⁰¹

Algı bozukluğu: Depresyonda nadiren de olsa sanrı ve varsanılar izlenebilir. Bunlarda genelde duygudurumla uyumludur ve suçlayıcı ya da intihara yönlendirici temalar içerir.¹⁰¹

Dikkat bozukluğu: Depresyonda gerek istemli gerekse de istemsiz dikkat azalır.¹⁰¹

Bedensel (Vejetatif Belirtiler):

Enerji azlığı: Depresyonda sıklıkla enerji azlığı, yorgunluk, halsizlik görülür. Açıklanamayan yorgunluk başlangıç belirtisi de olabilir. Bu belirtiler tedaviye zor yanıt vermekte ve bazı hastalarda kalıntı belirtiler olarak sürebilmektedir.¹⁰¹

İştah azlığı-kilo kaybı/İştah artışı-kilo alımı: Yaklaşık % 85 olguda iştah azalması kilo kaybı izlenirken, atipik depresyonda ise tersine iştah artışı ve kilo alımı izlenir. Yiyeceklerden tat alamazlar ve açlık hissetmezler. Depresyonda mide-bağırsak hareketleri de azalır ve kabızlık sıkça görülür.¹⁰¹

Cinsel istek kaybı: Depresyon başlangıç dönemlerinde belirir ve en geç düzelen belirtilerdendir. Ayrıca antidepresan ilaçlar da benzeri tablolara yol açabilir.¹⁰¹

Uyku düzensizlikleri: Depresyonda % 90 oranında insommia gözlenirken, % 6-36 oranında hipersommia bildirilmiştir. Polisomnografik kayıtlarda uykuya dalma süresinde uzama, tüm uyku süresinde azalma, uykuda sık bölünmeler ve erken uyanma, REM latansında kısalma, derin uykuda azalma ile REM uyku süresinde uzama sıkça gözlenmiştir. Özellikle atipik depresyonda hipersomnia gözlenir ve çoğunlukla iştah artışı ile birliktelik gösterir. Bu olgularda bipolarite açısından dikkatli olmak gereklidir.¹⁰¹

Sirkadien ritm bozuklukları: hem unipolar depresyonlarda hem de bipolar bozukluklarda sirkadien ritm bozuklukları sıkça izlenmektedir.¹⁰¹

Davranışsal belirtiler:

Psikomotor retardasyon: Depresif bozukluklarda özellikle de genç hastalarda sıkça izlenen bir tablodur. Psikotik özellikli ve melankolik tipte daha belirgindir ve çoğunlukla toplumsal geri çekilme eşlik eder.¹⁰¹

Psikomotor ajitasyon: Ajitasyon yaşanan sıkıntı ve bulantının motor dışı vurumudur. Anksiyeteli depresyonun % 46 vakada izlendiğinden söz edilmektedir. Ajite

depresyonlar kadınlarda ve yaşlılarda daha sık izlenir. Depresyonda yoğun anksiyete ve ajitasyon intihar içinde önemli bir risk faktörüdür.¹⁰¹

2.6.6. Tedavi

Daha önce de belirttiğimiz gibi depresyon sık görülen, tekrarlayan ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açan bir bozukluktur. Depresyona kişinin yaşamında yol açtığı bozulma açısından baktığımızda, hipertansiyon, diabetes mellitus, artrit, pulmoner, gastrointestinal sistem hastalıklarında ortaya çıkan bozulmadan daha fazla ve kalp hastalıklarıyla benzer düzeyde olduğu bildirilmiştir.¹⁰²

Tüm depresyon türlerinde, ilaç tedavisinin yanı sıra psikoterapilerde etkilidir. Her zaman iki tedavinin birlikte kullanılması sonucu etkinlik daha yüksek olmuştur. Hafif şiddetteki depresyonda yalnızca psikoterapi yeterli iken orta ve ağır şiddetli depresyonda antidepresan ilaç tedavisi gereklidir. Toplumda çok sık görülen bir hastalık olmasına rağmen özellikle birinci basamak tedavisinde başarısızlık yüksektir.¹⁰³

Depresif bozuklukların tedavisi öncelikle doğru tanı konulması ve tedavi amaçlarının belirlenmesini içerir. Bu amaçlar ve tedavide ilk hedefler aşağıda özetlenmiştir.

-
1. Tedavi amaçlarının belirlenmesi
 2. Uygun antidepresan ilaç seçimi
 3. Ek tıbbi bozuklukların değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi
 4. İntihar riskinin belirlenmesi
 5. Tedaviye uyumun sağlanması
 6. Tedavi gidişinin değerlendirilmesi
 7. Antidepresan ilaçların uygun doz ve süre kullanımının sağlanması
 8. Yan etkiler konusunda bilgilendirme
 9. Elde edilen tedavi yanıtının sürdürülmesi
 10. Psikoterapi gerekliliğinin değerlendirilmesi
-

Şekil 3. Depresif bozuklukların tedavisinde ana ilkeler

Tedavide akut ve sürdürüm dönem tedavisi olarak iki faz vardır. Akut dönem ortalama ilk 6-12 haftayı kapsar. Bu dönemde belirtilerin remisyonu ve önceki işlevselliğe dönüş amaçlanır. Bu dönemde hastayla işbirliğinin sağlanması, eğitim verilmesi, tedavi seçimi, hastanın güçlendirilmesi ve yanıtın değerlendirilmesi önemlidir. Sürdürüm fazı ise remisyonun ardından gelen 6 ay veya daha uzun süreyi kapsar, mevcut atağın alevlenmesi ya da tekrarlamasının önlenmesi amaçlanır. Bu

dönemde hastaya uzun süreli ilaç kullanımı konusunda eğitim verilmesi, yan etkilerin kontrolü ve işlevselliğin sağlanması gereklidir.¹⁰⁴

Hastalığın tedavisinde en önemli amaçlardan biride hastalığın yinelemesini engellemektir. Yinelemenin ve alevlenmelerin en önemli nedenlerinden biri yetersiz tedavidir. İlaç tedavisine yanıt belirti şiddetinde % 50 oranında azalma varsa başarılı olarak kabul edilmektedir.¹⁰⁵

Farmakoterapi:

Modern antidepresanlar etkinliğini büyük ölçüde sinir ileti ucunda serotonin miktarını arttırarak gösterirler. Serotonerjik ilaçlar arasında olan trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile trazodon depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde birinci basamak ajanlar olarak yer alırlar. Trazodonun klinik pratikteki değeri yaşlı hastalar tarafından iyi tolere edilmesidir.¹⁰⁵ Sık kullanılan antidepresanlar Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1. Sık kullanılan antidepresanlar

İlaç	Günlük doz aralığı(mg)	Reseptör afinitesi	Tedavi Uyarıları
Trisiklik Antidepresanlar			
Imipramine	75-300 mg	S 5 H α M	EKG çekin.
Amitriptyline	75-300 mg	S 5 H α M	Kan düzeyine göre tedavi dozunu ayarlayın
Nortriptyline	75-300 mg	N H α M	Nöropatik ağrının rahatlatılmasına yardımcı
Doxepin	50-300 mg	N 5 H α M	Nöropatik ağrının rahatlatılmasına yardımcı
SSRI			
Fluoxetine ^[*]	20-60 mg	S	Başlarken yavaş yavaş titre edin.
Sertraline	75-200 mg	S D	Keserken yavaş yavaş titre edin.
Paroxetine ^[*]	20-60 mg	S M ^[†]	Cinsel yan etkileri hafta sonlarında ara vererek;
Citalopram	20-60mg	S	bupropion SR 150 mg günlük ekleyerek; doz
Escitalopram	10-20 mg	S	azaltarak düzeltin
Mirtazapine	15-45 mg	5 H	1-Çok az cinsel yan etki görülmektedir 2-Düşük dozlar yüksek dozlardan daha az sedatize etmektedir 3- Kilo alımı sıkıtır.
Venlafaxine ^[*]	75-375 mg	S N ^[†]	1- Başlarken yavaş yavaş titre edin. 2- Keserken yavaş yavaş titre edin. 3- Cinsel yan etkileri hafta sonlarında ara vererek; bupropion SR 150 mg günlük ekleyerek; doz azaltarak düzeltin. 4-Kan basıncını arttırabilir.
Bupropion ^[*]	300-450mg	D	1-Nöbet geçiren hastalarda veya aktif yeme bozukluğu olanlarda kullanmaktan kaçının. 2-Cinsel yan etki sonucu yok.
Duloxetine	40-60 mg	S N	1-Aynı zamanda belli nöropatik ağrı problemleri için de endikedir.

SSRIs, selektif serotonin geri alım inhibitörleri; S, serotonin transporter; N, nörepinefrin transporter; D, dopamin transporter; 5, 5-hidroksitriptamin (serotonin)2α; M, muskarinik; α, α1-adrenoreseptör

*Geç salınlımlı formları mevcut. †Yüksek terapötik dozlarda.

Perinatal dönem ve paternal depresyon

Perinatal dönem gebeliğin 20. haftasından doğum sonrası ilk 28 güne kadar olan süreyi tanımlamaktadır.

Son yıllarda çocuk doğurma çağındaki kadınlarda depresyon üzerine çok fazla araştırma yapılmıştır. Bu durum depresyon, gebelik ve çocuk arasındaki karmaşık etkileşime bağlı olabilir.^{106,107} Postnatal maternal depresyon için tanımlanmış risk faktörleri, babalığa geçiş sürecinde erkekler için de potansiyel risk faktörleridir.⁹ Buna rağmen tanı için belirli bir ölçeğin olmaması, zaman problemleri ve örneklem yetersizlikleri gibi birçok değişken paternal postnatal depresyonun gerçek prevalansını bilmemize engel teşkil etmektedir. Batı ülkelerinde yapılan araştırmalarda paternal postpartum depresyon prevalansı % 1,2 ile % 25,5 arasında değişmektedir.¹⁰⁸⁻¹¹⁰

Paternal postpartum depresyon (PPD) için risk faktörleri; düşük sosyal sınıf, işsizlik, depresyon öyküsü ve eşinde de depresyon olmasıdır.^{9,111,112} Paternal postpartum depresyon 7 yaşına kadar olan çocuklarda, ebeveynlik davranışlarından ve annenin psikopatolojisinden bağımsız davranış problemlerine neden olabilir.^{28,113,114}

Paternal perinatal depresyon birçok nedenden ötürü acil olarak çözülmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur. Birincisi, dikkatler daha çok anne ve yenidoğana odaklandığı için paternal perinatal depresyon fark edilmiyor. İkincisi, erkeklerin depresyon için profesyonel bir yardım talep etme olasılığı daha azdır. Üçüncüsü, babanın ailede değişen rolü ile birlikte bebek bakımına daha fazla katılması, bebek ile duygusal bağ kurmasını kolaylaştırdığını gösteren literatür çalışmalarının gün geçtikçe artması, aile işlevinde erkek sağlığını daha önemli hale getirmektedir.^{115,116} Paternal perinatal depresyon bebeklik döneminden sonra da devam edebilir ve çocuğun ruhsal gelişimi için risk oluşturabilir.¹¹⁷

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Adana Metro Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran gebeliğin 20. Gebelik haftası ile doğum sonrası ilk 28 günlük bebeği olan kadınların eşlerinde ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan polikliniğine başvuran ilk 28 güne kadar bebeği olan kadınların eşlerinde perinatal dönemde paternal depresyon ile evlilik uyumu ilişkisinin değerlendirilmesini amaçlayan kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde (01.03.2017-30.06.2017) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Adana Metro Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran gebe kadınların eşleri ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan polikliniğine başvuran yenidoğan bebeği olan kadınların eşleri oluşturmaktadır. Çalışmaya anketi doldurabilecek fiziksel ve mental yeterliliğe sahip perinatal dönemdeki (gebeliğin 20. Gebelik haftası ile doğum sonrası ilk 28 gün) babalar dahil edilmiştir. Polikliniklere başvuran hastaların eşlerinden 250'si çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. 16 kişi anketleri eksik doldurduğu için çalışmaya 234 kişi dahil edilmiştir.

3.2. Gerekli İzinlerin Alınması

Gönüllü olarak araştırmaya katılan kişilerden isimleriyle birlikte yazılı onam alındı (Ek 1).

Tıp Fakültesi Etik Kurulundan araştırmaya ile ilgili etik izin alındı (Ek 2).

Özel Adana Metro Hastanesi Başhekimliğinden araştırma için gerekli izin alındı (Ek 2).

Araştırma için Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'nden destek alındı.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanması amacıyla bir sosyodemografik bilgi formu ve iki anket formu kullanılmıştır. Birinci ölçek evlilikte uyum ölçeği (EUÖ) evlilik kalitesini

ölçmek için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. İkinci ölçek Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS), doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak hastanın yaşı, eşinin yaşı, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, yaşadığı yer, evlenme biçimi, eşi ile akrabalık durumu, çocuk sayısı, gebelik sayısı, gelir durumu gibi sosyodemografik değişkenleri sorgulayan 29 soruluk anket formudur.

3.3.2. Evlilikte Uyum Ölçeği

Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ), Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilmiş ve evlilik kalitesini ölçmek için oldukça yaygın olarak kullanılan bu ölçeğin Türkçe standardizasyonu Tutarel-Kışlak (1999) tarafından yapılmıştır.⁶ 15 maddeden oluşan EUÖ, hem genel evlilik doyumu ya da niteliğini ölçmekte, hem de aile bütçesi, duyguların ifadesi, arkadaşlar, cinsellik, toplumsal kurallar, yaşam felsefesi gibi çeşitli konularda anlaşma ya da anlaşamama ile ilişki tarzını (boş zaman, ev dışı etkinlikler, çatışma çözme, güven) değerlendirme olanağı sağlamaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 1-60 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı evlilikte uyumsuzluktan evlilikte uyumluluğa doğru artmaktadır (Ek 3).⁶ 43 ve üzeri puanlar uyumlu kabul edilmektedir. Ölçekte yapı geçerliliğinin saptanması amacıyla faktör analizi uygulanmış ve gerekli adımlar neticesinde varılan faktörlerden birinci faktör ilk 9 maddeden oluşmakta genel uyum ve duygu, cinsellik, toplumsal kurallar gibi durumlardaki anlaşmayla alakalıdır. İkinci faktöre bakacak olursak burada bulunan son 6 madde, boş zaman etkinlikleri, çatışma çözme, güven gibi ilişki tarzı belirleme maksatlardır.⁶ EUÖ'de güvenirlik belirlenmesi için, iç tutarlılık katsayısı, iki yarım test güvenirliği, test-tekrar test güvenirliği ve tüm katılımcılar için madde-test korelasyonu hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık (Cronbach Alpha) katsayısı 0,90'dır. Ölçeğin ilk ve son yarı olmak üzere birbirinden farklı iki puanlamayı kapsadığından numarası tek olan ve çift olan maddeler mukayese edilmiştir ve iki yarım test güvenirliği 0,84 olarak saptanmıştır. Test-tekrar test güvenirlik hesaplaması ise birbiriyle evli 36 kişi üzerinde

yapılmış, Ortalama 15 gün arayla ölçek tekrar uygulanmış ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı 0,57 olarak anlamlı bir netice vermiştir.⁶⁻⁴²

3.3.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve deneklere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3. 5. 6. 7. 8. 9. ve 10. Maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan 1. 2. 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye’ de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır. Özgün adı Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Türkçe formunun adı Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ). Türkçeye uyarlayanlar Nur Engindeniz, Levent Küey, Savaş Kültür.⁹⁻⁵⁰

3.4. Verilerin Kodlanması ve Bilgisayar Ortamına Aktarılması

Anketler toplandıktan sonra kodlama rehberi oluşturuldu. Excel programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılan veriler daha sonra analiz edilmek üzere SPSS programına aktarılarak analizler yapıldı.

3.5. Verilerin İstatistikî Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS v20 kullanıldı. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak, sürekli veriler ise ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde medyan ve minimum-maksimum) değerleri verilerek özetlenmiştir. Sürekli verilerin ortalamalarının iki grup arasında farklılık gösterip göstermediği Student t-testi ile belirlenmiştir. Kategorik verilerde ise gruplar arası oran farklılıkları Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler lojistik

regresyon analizine dâhil edilerek değerdendirmeler yapılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

Çalışmamıza katılmayı 250 kişi kabul etmiştir. 16 kişi anket formlarını eksik doldurduğu için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmamıza toplam 234 baba dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması 32,26 (20-53) iken eşlerinin yaş ortalaması 28,17 (18-45) olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Erkek ve kadınların yaş ortalamaları

Yaş	Ort±SS	Min-max
Erkekler	32,26±5,4	20-53
Kadınlar	28,17±4,9	18-45

Çalışmamıza katılan katılımcıların ve eşlerinin çalışma durumları incelendiğinde erkeklerin 227'si (% 97) herhangi bir işte çalıştığını belirtirken, 7 kişi (% 3) ise herhangi bir işte çalışmadığını belirtti. Kadınların 73'ü (% 31,2) herhangi bir işte çalışırken, 161'i (% 68,8) herhangi bir işte çalışmadığını belirtti (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre çalışma durumları

Cinsiyet	Herhangi bir işte çalışan sayı(%)	Herhangi bir işte çalışmayan sayı(%)
Erkek	227 (% 97)	7 (% 3)
Kadın	73 (% 31,2)	161 (% 68,8)

Çalışmamıza katılan erkeklerin ailelerinin aylık toplam gelir düzeyi 1500 TL'den az olan 30 (% 12,8) kişi, 1500-3000 TL arası 98 (% 41,9) kişi, 3000-6000 TL arası 75 (% 32,1) kişi, 6000 TL'den fazla olan 31 (% 13,2) kişi vardı (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışmaya katılanların gelir düzeylerine göre sayı ve yüzdeleri

Gelir Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
1500 TL' den az	30	12,8
1500-3000 TL arası	98	41,9
3000-6000 TL arası	75	32,1
6000 TL' den fazla	31	13,2
Toplam	234	100,0

Çalışmamıza katılan erkeklerin eğitim düzeylerine bakıldığında 16'sı (% 6,8) ilkokul, 25'i (% 10,7) ortaokul, 90'ı (% 38,5) lise, 89'u (% 38,0) üniversite, 14'ü (% 6,0)

6,0) yüksek lisans mezunuydu. Kadınların ise 23'ü (% 9,8) ilkokul, 27'si (% 11,5) ortaokul, 73'ü (% 31,2) lise, 94'ü (% 40,2) üniversite, 17'si (% 7,3) yüksek lisans mezunuydu (Tablo 5).

Tablo 5. Erkek ve kadınların eğitim durumları

Eğitim Düzeyi	Erkek Sayı (%)	Kadın Sayı (%)
İlkokul	16 (% 6,8)	23 (% 9,8)
Ortaokul	25 (% 10,7)	27 (% 11,5)
Lise	90 (% 38,5)	73 (% 31,2)
Üniversite	89 (% 38,0)	94 (% 40,2)
Yüksek Lisans	14 (% 6,0)	17 (% 7,3)
Toplam	234 (% 100)	234 (% 100)

Çalışmamıza katılan kişilerin 4'ü (% 1,7) kırsal bölgede, 30'u (% 12,8) ilçede, 200'ü (% 85,5) il merkezinde ikamet etmekteydi. (Tablo 6).

Tablo 6. Çalışmaya katılan kişilerin yaşadıkları yerler

Yaşanılan Yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kırsal bölge	4	1,7
İlçe	30	12,8
İl	200	85,5
Toplam	234	100

Çalışmamıza katılan kişilerin % 100'ü evli ve birlikte yaşadığını belirtti. Çalışmamıza katılan kişilerin 58'i (% 24,8) görücü usulü ile evlendiğini, 148'i (% 63,2) aşk evliliği yaptığını, 28'i (% 12) anlaşılarak evlendiğini belirtti (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışmaya katılan kişilerin evlenme şekilleri

Evlenme Şekli	Sayı (n)	Yüzde (%)
Görücü usulü	58	24,8
Aşk	148	63,2
Anlaşılarak	28	12
Toplam	234	100

Çalışmamıza katılan kişilerin 20'si (% 8,5) eşi ile akraba, 214'ü (% 91,5) akraba olmadığını belirtti (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışmaya katılan kişilerin eşleri ile akrabalık durumları

Akrabalık Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akraba	20	8,5
Akraba değil	214	91,5
Toplam	234	100

Çalışmamıza katılan kişilerin 11'i daha önce psikiyatrik bir tedavi gördüğünü belirtti. 223 kişi de daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavi almadığını belirtti (Şekil 4).



Şekil 4. Çalışmaya katılan kişilerin daha önceki psikiyatrik tedavi öyküsü

4.2. Evlilikte Uyum Ölçeğine Göre Katılımcıların Evlilik Uyumları ve Sosyodemografik Verilerle İlişkisi

Çalışmamıza katılan kişilere uyguladığımız evlilikte uyum ölçeğine göre uyum için Türkiye kesme puanı 43 olarak kabul edildi. Tüm grupta 39 (% 16,7) uyumsuz, 195 (% 83,3) uyumlu birey tespit edildi (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışmaya katılan kişilerin evlilikte uyum durumları

Evlilikte Uyum Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Uyumsuz	39	16,7
Uyumlu	195	83,3
Toplam	234	100

Çalışmamıza katılan kişilerin çalışma durumları ile evlilik uyumları incelendiğinde çalışan 227 kişiden 189'u (% 83,3) uyumlu, 38'i (% 16,7) uyumsuz olarak bulunmuştur. Çalışmayan 7 kişiden 6'sı (% 85,7) uyumlu, 1'i (% 14,3) uyumsuz

olarak bulunmuştur (Tablo 10). Herhangi bir işte çalışıp çalışmama durumu ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Çalışmaya katılan kişilerin çalışma durumlarının evlilik uyumu ile ilişkisi

Uyum Durumu	Çalışan		Çalışmayan		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	38	16,7	1	14,3	39	16,7
Uyumlu	189	83,3	6	85,7	195	83,3
Toplam	227	97,0**	7	3,0**	234	100

P>0,999, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Çalışmamıza katılan kişilerin gelir düzeylerini dört gruba ayırdık. Gelir düzeyi ile evlilik uyumları incelendiğinde gelir düzeyi 1500 ₺ den az 30 kişiden 2'si (% 6,7) uyumsuz, 28'i (% 93,3) uyumlu olarak bulunmuştur. Gelir düzeyi 1500-3000 ₺ arası olan 98 kişiden 13'ü (% 13,3) uyumsuz, 85'i (% 86,7) uyumlu bulunmuştur. Gelir düzeyi 3000-6000 ₺ arası olan 75 kişiden 12'si (% 16,0) uyumsuz, 63'ü (% 84,0) uyumlu bulunmuştur. Gelir düzeyi 6000 ₺ den fazla olan 31 kişiden 12'si (% 38,7) uyumsuz, 19'u (% 61,3) uyumlu bulunmuştur. (Tablo 11). Bu sonuçlara göre yapılan analizde evlilik uyumunun gelir düzeyi arttıkça azaldığı anlamlı olarak bulunmuştur. ($p<0,05$).

Tablo 11. Çalışmaya katılan kişilerin gelir düzeylerinin evlilik uyumu ile ilişkisi

Uyum Durumu	Gelir Düzeyi (₺)								Toplam	
	<1500 ₺		1500-3000 ₺		3000-6000 ₺		>6000 ₺			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	2	6,7	13	13,3	12	16,0	12	38,7	39	16,7
Uyumlu	28	93,3	85	86,7	63	84,0	19	61,3	195	83,3
Toplam	30	12,8**	98	41,9**	75	32,1**	31	13,2**	234	100

P:0,003, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi (Pearson Chi-Square)

Çalışmamıza katılan kişilerin evlilik uyumları ile eşlerinin çalışma durumları incelendiğinde eşi çalışan 73 kişiden 15'i (% 20,5) uyumsuz, 58'i (79,5) uyumlu olarak bulunmuştur. Eşi çalışmayan 161 kişiden 24'ü (% 14,9) uyumsuz, 137'si (% 85,1) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 12). Bu sonuçlara göre yapılan analizde eşin çalışma durumu ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Çalışmaya katılan kişilerin eşlerinin çalışma durumların evlilik uyumu ile ilişkisi

Uyum Durumu	Eşi Çalışan		Eşi Çalışmayan		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	15	20,5	24	14,9	39	16,7
Uyumlu	58	79,5	137	85,1	195	83,3
Toplam	73	31,2**	161	68,8**	234	100

P:0,283, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi (Pearson Chi-Square)

Çalışmamıza katılan kişilerin evlilik uyumları ile yaşadığı bölge incelendiğinde il merkezinde ikamet eden 200 kişiden 32'si (% 16) uyumsuz, 168'si (% 84) uyumlu olarak bulunmuştur. İlçede ikamet eden 30 kişiden 6'sı uyumsuz(% 20), 24'ü (% 80) uyumlu olarak bulunmuştur. Kırsal bölgede ikamet eden 4 kişiden 1'i (% 25) uyumsuz, 3'ü (% 75) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 13). Bu sonuçlara göre yapılan analizde ikamet edilen yer ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Çalışmaya katılan kişilerin yaşadığı bölge ile evlilik uyumu ilişkisi

Uyum Durumu	Yaşanılan bölge						Toplam	
	İl merkezi		İlçe		Kırsal Bölge			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	32	16	6	20	1	25	39	16,7
Uyumlu	168	84	24	80	3	75	195	83,3
Toplam	200	85,5**	30	12,8**	4	1,7**	234	100

P:0,777, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin evlilik uyumları ile eğitim düzeyleri incelendiğinde ilkokul mezunu 16 kişiden 2'si (% 12,5) uyumsuz, 14'ü (% 87,5) uyumlu olarak bulunmuştur. Ortaokul mezunu 25 kişiden 3'ü (% 12) uyumsuz, 22'si (% 88) uyumlu olarak bulunmuştur. Lise mezunu 90 kişiden 11'i (% 12,2) uyumsuz, 79'u (% 87,8) uyumlu olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu 89 kişiden 18'i (% 20,2) uyumsuz, 71'i (% 79,8) uyumlu olarak bulunmuştur. Yüksek lisans mezunu 14 kişiden 5'i (% 35,7) uyumsuz, 9'u (% 64,3) uyumlu olarak bulunmuştur. (Tablo 14). Bu sonuçlara göre yapılan analizde eğitim düzeyi ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Eğitim düzeyi ve evlilikte uyum ilişkisi

Uyum Durumu	Eğitim Düzeyi										Toplam	
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Yüksek Lisans			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	2	12,5	3	12	11	12,2	18	20,2	5	35,7	39	16,7
Uyumlu	14	87,5	22	88	79	87,8	71	79,8	9	64,3	195	83,3
Toplam	16	6,8**	25	10,7**	90	38,5**	89	38**	14	6**	234	100

P:0,175, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin evlilik uyumları ile eşlerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde ilkokul mezunu olan 23 kişiden 5'i (% 21,7) uyumsuz, 18'i (% 78,3) uyumlu olarak bulunmuştur. Ortaokul mezunu 27 kişiden 4'ü (% 14,8) uyumsuz, 23'ü (% 85,2) uyumlu olarak bulunmuştur. Lise mezunu 73 kişiden 11'i (% 15,1) uyumsuz, 62'si (% 84,9) uyumlu olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu 94 kişiden 14'ü (% 14,9) uyumsuz, 80'i (% 85,1) uyumlu olarak bulunmuştur. Yüksek lisans mezunu 17 kişiden 5'i (% 29,4) uyumsuz, 12'si (% 70,6) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 15). Bu sonuçlara göre yapılan analizde eşin eğitim düzeyi ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Eşin eğitim düzeyi ve evlilikte uyum ilişkisi

Uyum Durumu	Eşin Eğitim Düzeyi										Toplam	
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Yüksek Lisans			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	5	21,7	4	14,8	11	15,1	14	14,9	5	29,4	39	16,7
Uyumlu	18	78,3	23	85,2	62	84,9	80	85,1	12	70,6	195	83,3
Toplam	23	9,8**	27	11,5**	73	31,2**	94	40,2**	17	7,3**	234	100

P:0,587, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin evlenme biçimleri ile evlilik uyumları incelendiğinde görücü usulü evlenen 58 kişiden 12'si (% 20,7) uyumsuz, 46'sı (% 79,3) uyumlu olarak bulunmuştur. Aşk evliliği yaptığını belirten 148 kişiden 23'ü (% 15,5) uyumsuz, 125'i (% 84,5) uyumlu olarak bulunmuştur. Anlaşarak evlendiğini belirten 28 kişiden 4'ü (% 14,3) uyumsuz, 24'ü (% 85,7) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 16). Bu sonuçlara göre yapılan analizde evlenme biçimi ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Evlenme biçimi ve evlilik uyumu ilişkisi

Uyum Durumu	Evlenme Biçimleri						Toplam	
	Görücü usulü		Aşk evliliği		Anlaşarak			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	12	20,7	23	15,5	4	14,3	39	16,7
Uyumlu	46	79,3	125	84,5	24	85,7	195	83,3
Toplam	58	24,8**	148	63,2**	28	12,0**	234	100

P:0,630, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin eşleri ile akrabalık durumu ve evlilik uyumları incelendiğinde, eşi ile akraba olan 20 kişiden 6'sı (% 30) uyumsuz, 14'ü (% 70) uyumlu

olarak bulunmuştur. Akraba olmayan 214 kişiden 33'ü (% 15,4) uyumsuz, 181'i (% 84,6) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 17). Bu sonuçlara göre yapılan analizde akrabalık durumu ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Akrabalık durumu ve evlilikte uyum ilişkisi

Uyum Durumu	Akrabalık Durumu				Toplam	
	Akraba olmayan		Akraba olan			
	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	6	30	33	15,4	39	16,7
Uyumlu	14	70	181	84,6	195	83,3
Toplam	20	8,5**	214	91,5**	234	100

P:0,114, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Çalışmamıza katılan kişilerin eşlerinin düşük, kürtaj ya da ölü doğum yapmış olma durumu ile evlilik uyumları incelendiğinde; eşinin düşük, kürtaj ya da ölü doğum öyküsü olan 46 kişiden 37'si (% 80,4) uyumlu, 9'u (% 19,6) uyumsuz olarak bulunmuştur. Eşlerinde düşük, kürtaj ya da ölü doğum öyküsü olmayan 188 kişiden 158'i (% 84,0) uyumlu, 30'u (% 16,0) ise uyumsuz olarak bulunmuştur (Tablo 18). Bu sonuçlara göre yapılan analize göre düşük, kürtaj ya da ölü doğum öyküsü ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Düşük, kürtaj, ölü doğum öyküsü ve evlilik uyumu

Uyum Durumu	Düşük, Kürtaj, Ölü Doğum Öyküsü				Toplam	
	Var		Yok			
	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	9	19,6	30	16,0	39	16,7
Uyumlu	37	80,4	158	84,0	195	83,3
Toplam	46	19,7**	188	80,3**	234	100

P:0,556, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin eşlerinin gebelik durumlarının planlı olup olmama durumlarına göre evlilik uyumları incelendiğinde; eşinin gebeliğinin planlı olduğunu belirten 198 kişiden 28'i (% 14,1) uyumsuz iken 170'i (% 85,9) uyumlu olarak bulunmuştur. Eşinin gebeliğinin planlı olmadığını belirten 36 kişiden 11'i (% 30,6) uyumsuz, 25'i (% 69,4) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 19). Bu sonuçlara göre yapılan analizde eşlerinin gebeliğinin planlı olduğunu belirten grupta uyum oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 19. Gebeliğin planlı olup olmama durumuna göre evlilik uyumu

Uyum Durumu	Gebeliğin Planlı Olup Olmama Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır			
	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	28	14,1	11	30,6	39	16,7
Uyumlu	170	85,9	25	69,4	195	83,3
Toplam	198	84,6**	36	15,4**	234	100

P: 0,015, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin ya da eşlerinin infertilite tedavisi alıp almama durumlarına göre evlilik uyumları incelendiğinde; kendisinin veya eşinin infertilite tedavisi aldığını belirten 11 kişiden 1'i (% 9,1) uyumsuz iken 10'u (90,9) uyumlu olarak bulunmuştur. Eşi veya kendisinin infertilite tedavisi almadığını belirten 223 kişiden 38'i (% 17,0) uyumsuz, 185'i (% 83,0) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 20). Bu sonuçlara göre yapılan analizde eşlerin infertilite tedavisi alıp almama durumları ile evlilik uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Eşlerin infertilite tedavisi alma durumlarına göre evlilik uyumları

Uyum Durumu	Eşi veya Kendisi İnfertilite Tedavisi				Toplam	
	Alan		Almayan			
	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	1	9,1	38	17,0	39	16,7
Uyumlu	10	90,9	185	83,0	195	83,3
Toplam	11	4,7**	223	95,3**	234	100

P:0,696, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Evliliğinde uyumlu veya uyumsuz gruplar arasında evli olma süresi açısından anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır (Tablo 21) ($p>0,05$).

Tablo 21. Evlilikte uyumlu ve uyumsuz grupların ortalama evlilik sürelerinin(ay) T testine göre karşılaştırması

Evlilikte Uyum durumu	N	$\bar{X}$	S.S.	F	P
Uyumsuz	39	57,92	46,288	0,009	0,414
Uyumlu	195	50,85	49,919		

Çalışmaya katılan kişilerin eşlerinin gebelik ve doğum sonrası evlilikte uyumlarına baktığımızda; doğum öncesi 179 kişiden 36'sı (% 20,1) uyumsuzken 143'ü (% 79,9) uyumluydu. Doğum sonrası 55 kişiden 3'ü (% 5,5) uyumsuzken 52'si (% 94,5) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 22). Bu sonuçlara göre yapılan analizde erkeklerin evlilikte uyumları ile eşlerinin gebelik veya doğum sonrası dönemde olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 22. Eşlerin doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde olmasına göre erkeklerin evlilikte uyumları

Evlilikte Uyum Durumu	Doğum Öncesi		Doğum Sonrası		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	36	20,1	3	5,5	39	16,7
Uyumlu	143	79,9	52	94,5	195	83,3
Toplam	179	76,5**	55	23,5**	234	100

P:0,011, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

4.3. Paternal Perinatal Depresyon ve Sosyodemografik Verilerle İlişkisi

Katılımcıların çalışıp çalışmama durumlarına göre paternal depresyona baktığımızda; herhangi bir işte çalıştığını belirten 227 kişiden 29’unda (% 12,8) paternal depresyon tespit ettik. Herhangi bir işte çalışmadığını belirten 7 kişiden 1’inde (% 14,3) paternal depresyon tespit ettik (Tablo 23). Bu sonuçlara göre yapılan istatistiksel analizde çalışıp çalışmama durumu ile paternal perinatal depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23. Çalışma durumu ve paternal perinatal depresyon

Paternal Depresyon	Çalışan		Çalışmayan		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	29	12,8	1	14,3	30	12,8
Yok	198	87,2	6	85,7	234	87,2
Toplam	227	97,0**	7	3,0**	234	100

P>0,999, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Katılımcıların gelir düzeyine göre perinatal paternal depresyon karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 24) ($p>0,05$).

Tablo 24. Gelir düzeyi ile paternal depresyon ilişkisi

Paternal Depresyon	Gelir Düzeyi (₺)								Toplam	
	<1500 ₺		1500-3000 ₺		3000-6000 ₺		>6000 ₺		n	% *
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *		
Var	4	13,3	10	10,2	9	12,0	7	22,6	30	12,8
Yok	26	86,7	88	89,8	66	88,0	24	77,4	204	87,2
Toplam	30	12,8**	98	41,9**	75	32,1**	31	13,2**	234	100

P:0,348, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Eşleri çalışan katılımcılarda, eşi çalışmayan katılımcılara göre perinatal dönemde daha fazla paternal depresyon görülmesi istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 25) ($p<0,05$).

Tablo 25. Eşin çalışma durumu ve paternal depresyon

Paternal Depresyon	Eşi Çalışan		Eşi Çalışmayan		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	15	20,5	15	9,3	30	12,8
Yok	58	79,5	146	90,7	204	87,2
Toplam	73	31,2**	161	68,8**	234	100

P:0,017, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin yaşadığı bölge ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 26) ($p>0,05$).

Tablo 26. Yaşanılan bölge ve paternal depresyon

Paternal Depresyon	Yaşanılan bölge						Toplam	
	İl merkezi		İlçe		Kırsal Bölge			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Var	25	12,5	5	16,7	0	0	30	12,8
Yok	175	87,5	25	83,3	4	100	204	87,2
Toplam	200	85,5**	30	12,8**	4	1,7**	234	100

P:0,605, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerde eğitim düzeyi ile paternal perinatal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 27) ($p>0,05$).

Tablo 27. Eğitim düzeyi ve paternal depresyon

Paternal Depresyon	Eğitim Düzeyi										Toplam	
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Yüksek Lisans			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Var	4	24	2	8	10	11,1	12	13,5	2	14,3	30	12,8
Yok	12	75	23	92	80	88,9	77	86,5	12	85,7	204	87,2
Toplam	16	6,8**	25	10,7**	90	38,5**	89	38**	14	6**	234	100

P:0,568, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin evlenme biçimleri ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 28) ($p>0,05$).

Tablo 28. Paternal depresyon ve evlenme biçimi

Paternal Depresyon	Evlenme Biçimleri						Toplam	
	Görücü usulü		Aşk evliliği		Anlaşarak			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Var	9	15,5	16	10,8	5	17,9	30	12,8
Yok	49	84,5	132	89,2	23	82,1	204	87,2
Toplam	58	24,8**	148	63,2**	28	12,0**	234	100

P:0,461, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Çalışmaya katılan kişilerin eşlerinin daha önceden düşük, kürtaj, ölü doğum öyküsü olması ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 29) ($p>0,05$).

Tablo 29. Paternal depresyon ve düşük, kürtaj, ölü doğum öyküsü

Paternal Depresyon	Düşük, Kürtaj, Ölü Doğum Öyküsü				Toplam	
	Var		Yok			
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	10	21,7	20	10,6	30	12,8
Yok	36	78,3	168	89,4	204	87,2
Toplam	46	19,7**	188	80,3**	234	100

P>0,05, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Katılımcıların eşlerinin gebeliğinin planlı olup olmama durumları ile perinatal dönemde paternal depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 30) ($p>0,05$).

Tablo 30. Paternal depresyon ve gebeliğin plan durumu

Paternal Depresyon	Gebeliğin Planlı Olup Olmama Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır			
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	24	12,1	6	16,7	30	12,8
Yok	174	87,9	30	83,3	204	87,2
Toplam	198	84,6**	36	15,4**	234	100

P:0,425, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Fisher's Exact Test)

Çalışmaya katılan kişilerin eşlerinin veya kendilerinin infertilite tedavisi alıp almama durumu ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 31) ($p>0,05$).

Tablo 31. Eşlerin infertilite tedavisi alıp almama durumlarına göre paternal depresyon

Paternal Depresyon	Eşi veya Kendisi İnfertilite Tedavisi				Toplam	
	Alan		Almayan			
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	2	18,2	28	12,6	30	12,8
Yok	9	81,8	195	87,4	204	87,2
Toplam	11	4,7**	223	95,3**	234	100

P:0,637, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Fisher's Exact Test)

Çalışmamıza katılan kişilerin eşlerinin gebeliğin tekil veya çoğul olması ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 32) ($p>0,05$).

Tablo 32. Paternal depresyon ve çoğul gebelik

Paternal Depresyon	Tekil Gebelik		Çoğul Gebelik		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	28	12,6	2	20	30	12,8
Yok	196	87,4	8	80	204	87,2
Toplam	224	95,7**	10	4,3**	234	100

P:0,622, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Fisher's Exact Test)

Çalışmamıza katılan kişilerin eşlerinin gebeliği ve doğum sonrası dönemlerine göre depresyon oranlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 33) ($p>0,05$).

Tablo 33. Doğum öncesi ve doğum sonrası paternal depresyon

Paternal Depresyon	Doğum Öncesi		Doğum Sonrası		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	26	14,5	4	7,3	30	12,8
Yok	153	85,5	51	92,7	204	87,2
Toplam	179	76,5**	55	23,5**	234	100

P: 0,159, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü ile paternal depresyon durumu karşılaştırıldığında psikiyatrik tedavi öyküsü ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 34) ($p>0,05$).

Tablo 34. Paternal depresyon ve psikiyatrik tedavi

Paternal Depresyon	Psikiyatrik tedavi aldım		Psikiyatrik tedavi almadım		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	3	27,3	27	12,1	30	12,8
Yok	8	72,7	196	87,9	204	87,2
Toplam	11	4,7**	223	95,3**	234	100

P:0,154, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

Çalışmamıza katılan katılımcıların sürekli ilaç kullanmalarını gerektiren kronik hastalık varlığı ile paternal depresyon karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 35) ($p>0,05$).

Tablo 35. Kronik hastalık ve paternal depresyon

Paternal Depresyon	Kronik hastalığım var		Kronik hastalığım yok		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Var	2	16,7	28	12,6	30	12,8
Yok	10	83,3	194	87,4	204	87,2
Toplam	12	5,1**	222	94,9**	234	100

P:0,656, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

4.4. Paternal Perinatal Depresyon ve Evlilik Uyumu İlişkisi

Çalışmamıza katılan 234 kişinin 30'unda (% 12,8) perinatal paternal depresyon tespit ettik. Katılımcıların evlilikte uyumları ile depresyon durumları karşılaştırıldığında, depresyonu olmayan 204 kişiden 27'si (% 13,2) uyumsuz iken 177'si (% 86,8) uyumluydu. Perinatal paternal depresyon tespit ettiğimiz 30 kişiden 12'si (% 40,0) uyumsuzken 18'i (% 60,0) uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 36). Perinatal paternal depresyonu olan bireylerin, paternal depresyonu olmayan bireylere göre evlilik uyumlarının daha düşük olması çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

Tablo 36. Paternal depresyon ve evlilik uyumu ilişkisi

Evlilikte Uyum Durumu	Depresyon var		Depresyon yok		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% *
Uyumsuz	12	40	27	13,2	39	16,7
Uyumlu	18	60	177	86,8	195	83,3
Toplam	30	12,8**	204	87,2**	234	100

P<0,001, *=sütun yüzdesi, **=satır yüzdesi, (Pearson Chi-Square)

5. TARTIŞMA

Bir çocuğun doğumundan önceki ve sonraki dönem ebeveynler için yorucu ve zorlayıcı olabilir. Bu durum, çocuğu ve diğer ebeveyni olumsuz olarak etkileyebilecek ebeveyn depresyonuna neden olabilir.^{9,11,28,114,118} Bu çalışmada amacımız paternal perinatal depresyon ve evlilik uyumu ilişkisini incelemek ve paternal perinatal depresyon hakkında farkındalık oluşturmaktır.

Daha önce yapılan çalışmalara baktığımızda daha çok maternal postpartum depresyon ile ilgili olduğunu gördük. DSM 5'te ebeveyn depresyonu için antepartum ve postpartum kavramları yerine peripartum depresyon tanımı kullanılması önerildi. Gebelik ve sonrasında annede meydana gelen hormonal değişiklikler, stresör durumların varlığı, evlilik ilişkisinin zayıf olması, destek sistemlerinin yetersizliği, benlik saygısında düşme, beden imgesindeki değişiklikler, sosyokültürel düzey ile bireyin işindeki konumu gibi pek çok faktör maternal peripartum depresyon gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Ayrıca doğum öncesi depresyon veya anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, ailede herhangi bir duygudurum bozukluğu öyküsünün bulunması, postpartum depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, annelik hüznü, eğitim düzeyi, doğum sayısı, adolesan annelik, sezaryen doğumlar, sosyoekonomik durum, geniş aile ile yaşam, aile içi şiddet ve bebeğin istenme durumunun da annede postpartum depresyon gelişimini etkilediği belirtilmektedir.¹¹⁹⁻¹²¹

Aslında tüm bunlardan babanın da etkilenmemesi söz konusu olamaz. Babalar da antepartum ve postpartum dönem boyunca depresyon açısından risk altındadırlar.^{9,114,122-126} Bu dönemde anne ve bebeği merkeze almak kaydıyla babaya da odaklanırsak, babanın mental sağlık sorununa özgü biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönlerini anlamaya başlarız.¹²⁷⁻¹³³ Baba olma, çeşitli stres faktörleri ile ilişkilidir ve bu zaman zarfında ya da sonrasında depresyonun oluşması, yalnızca babalar için değil, aynı zamanda anneler ve çocuklar için de önemli olumsuz etkilere neden olabilir.^{113,134-136}

Ülkemizde paternal perinatal depresyon ile ilgili yapılmış çok fazla çalışma olmasa da Serkan ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada PPND prevalansı % 1,8 olarak bulunmuştur. Goodman'ın 2004 yılındaki sistematik derleme çalışmasında

PPND prevalansının % 1,2-25,5 arasında değiştiği ifade edilmiştir. Paulson ve Bazemore'un 2010 yılındaki prevalans çalışmasında paternal prenatal ve postpartum depresyonun prevalansı yaklaşık % 10,8 bulunmuştur. Gawlik ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada PPND prevalansı prenatal dönemde % 8-9 iken postnatal dönemde % 7-8 olarak bulunmuştur.¹³⁷ Cameron ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı uluslararası çalışmalarda ise PPND prevalansının % 8-13 arasında değiştiği ifade edilmiştir.¹³⁸ çalışmamıza toplam 234 kişi dâhil edilmiştir. Bizim alışmamızda da yukarıdaki çalışmalara benzer olarak paternal perinatal depresyon oranı % 12,8 olarak bulunmuştur.

Çalışmamıza dâhil edilen kişilerin evlilik uyumlarına baktığımızda % 83,3' uyumlu olarak bulunmuştur. Gelir düzeyi ile evlilik uyumunu karşılaştırdığımızda gelir düzeyi arttıkk evlilik uyumunun azalması istatistiksel olarak anlamlıydı. Paternal perinatal depresyonu olan bireylerin, depresyonu olmayan bireylere göre evlilik uyumlarının daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Edward'ın 2010 yılında yapmış olduğu bir sistematik derleme çalışmasında paternal perinatal depresyon için risk faktörleri olarak depresyon öyküsü, finansal kaygılar ve düşük sosyal destek olarak belirtilmiştir. Bergström'un 2013 yılında yapmış olduğu bir çalışmada ise düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi, finansal kaygılar, zayıf partner ilişki kalitesi paternal perinatal depresyon için daha yüksek risk içermektedir. Ayrıca erken yaşta baba olmak da perinatal paternal depresyon için risk faktörlerindendir. Çalışmamızda sosyodemografik özelliklere göre paternal perinatal depresyona baktığımızda; herhangi bir işte çalıştığını belirten 227 kişiden 29'unda (% 12,8) paternal depresyon tespit ettik. Herhangi bir işte çalışmadığını belirten 7 kişiden 1'inde (% 14,3) paternal depresyon tespit ettik. Bu sonuçlara göre yapılan istatistiksel analizde çalışıp çalışmama durumu ile paternal perinatal depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların gelir düzeyine göre perinatal paternal depresyon karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan kişilerin yaşadığı bölge ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza dâhil edilen kişilerin eğitim düzeyleri ile paternal perinatal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Daha önce yapılan çalışmalarda sosyoekonomik ve kültürel düzey ile majör depresyon arasında zayıf ilişki bulunmuştur. Bizim alışmamızda da benzer olarak sosyoekonomik

ve kültürel düzey ile paternal perinatal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Eşleri çalışan katılımcılarda, eşi çalışmayan katılımcılara göre perinatal dönemde daha fazla paternal depresyon görülmesi istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0,05$). Bu anlamlılık ilerleyen zamanlarda babanın bebeğin bakımı ve yetiştirilmesi için duyduğu kaygıdan kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların eşlerinin gebeliğinin planlı olup olmama durumları ile perinatal dönemde paternal depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan kişilerin eşlerinin veya kendilerinin infertilite tedavisi alıp almama durumu ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza katılan kişilerin eşlerinin gebeliği sırasında ve doğum sonrası dönemlerine göre depresyon oranlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü ile paternal depresyon durumu karşılaştırıldığında psikiyatrik tedavi öyküsü ile paternal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza katılan katılımcıların sürekli ilaç kullanmalarını gerektiren kronik hastalık varlığı ile paternal depresyon karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki perinatal dönemde depresyon geçiren babaların çocuklarında sosyal, duygusal ve hatta dil gelişiminin gecikmesi gibi işlevsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Her ne kadar anneler perinatal dönemde daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duysalar da, bu dönemde babaların da sosyal desteğe ihtiyacı olabilir. Aileyi bir bütün olarak düşündüğümüzde herhangi bir ebeveynin diğerinden etkilenmemesi söz konusu olamaz.

Maternal perinatal depresyon, paternal perinatal depresyon için bir risk faktörüken aynı zamanda paternal perinatal depresyon da maternal perinatal depresyon için bir risk faktörüdür. Maternal perinatal depresyon için geçerli olan tüm risk faktörleri; depresyon öyküsü, finansal kaygılar, düşük sosyal destek, düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi, evlilik ilişkisinin zayıf olması, bebeğin bakımı ile ilgili kaybılar vb. aynı zamanda paternal perinatal depresyon içinde birer risk faktörleridir. Tüm bunları bilirsek aile hekimleri olarak perinatal dönemde anneyi ve bebeği merkeze almak kaydıyla babaya da odaklanırsak, babanın mental sağlık sorununa özgü biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönlerini anlamaya başlarız.

Anne ve çocuk izlemlerinde babayı da mental açıdan değerlendirmek aile hekimleri için bir fırsat olabilir. Aile hekimlerinde paternal perinatal depresyon hakkında farkındalık oluşturmak ailenin sağlığı açısından önemlidir. Perinatal dönemde anne ve çocuk sağlığına odaklanırken babalar ihmal ediliyor olabilir. Bu dönem ailenin tüm bireyleri için oldukça hassas bir dönemdir. Hem anneler hem de babalar bu dönemde daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar. Sonuç olarak perinatal dönemde sosyal olarak güçlendirilmiş ebeveynin çocukları, çocukluk dönemlerinde veya hayatlarının daha ileriki yıllarında daha az ruhsal sorun yaşayacaktır.

6.2. Öneriler

Depresyon tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon ile en çok birinci basamak hekimleri karşılaşmakta ve tedavi etmektedirler. Birinci basamak hekimleri olarak gebe ve bebek izlemleri ile anne ve bebeğe odaklanırken, babaların da

sosyal desteğe ihtiyacı olabileceğini akıldan çıkarmamak gerekmektedir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki perinatal dönemde babaları depresyon geçiren bebekler hayatlarının ileriki yıllarında daha çok ruhsal sorun yaşamaktadırlar. Benzer olarak annelerde de perinatal depresyon görülme riski artmaktadır. Her zaman aileyi bir bütün olarak değerlendirmeli ve sorunlara bu bakış açısı ile yaklaşmalıyız.

Gebe ve bebek izlemleri birinci basamak hekimleri için babanın da ruhsal açıdan değerlendirilmesi için bir fırsat olabilir. Perinatal paternal depresyonu değerlendirmek için standart bir ölçek henüz oluşturulmamıştır. Böyle bir ölçeğin geliştirilmesi ve perinatal dönemdeki babalara rutin olarak uygulanması % 12-13 gibi oldukça yüksek düzeyde görülen paternal perinatal depresyonu önleyecektir.



7. KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Depression. Fact Sheet. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>) 2017. Erişim tarihi: 03.08.2017.
2. **Vismara L, et al.** Perinatal Parenting Stress, Anxiety, and Depression Outcomes in First-Time Mothers and Fathers: A 3- to 6-Months Postpartum Follow-Up Study. *Front Psychol.* **2016**; 7(6):938.
3. **Jacob T, Johnson SL.** Sequential interactions in the parent-child communications of depressed fathers and depressed mothers. *Journal of Family Psychology*, **2001**; 15(1):38-52.
4. **Madsen SA, Juhl T.** Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *The Journal of Men's Health & Gender* **2007**; 4:26-31.
5. **Nirun N.** *Sistematik Sosyoloji Yönünden Aile ve Kültür*. Ankara: Atatürk Kültür Merkezi Yayınları. **1994**:17.
6. **Çakır S.** Evli bireylerin evlilik uyumlarının ana-babalarına bağlanma düzeyleri ve demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2008**.
7. **Stack S, Eshleman JR.** Marital status and happiness: A 17-nation study, **1998**.
8. **Sardoğan ME, Karahan TF.** Evli Bireylere Yönelik Bir İnsan İlişkileri Beceri Eğitimi Programı'nın Evli Bireylerin Evlilik Uyum Düzeylerine Etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2005**; 38(2):89-102.
9. **Paulson JF, Bazemore SD.** Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* **2010**; 303:1961-1969.
10. **Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T.** Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* **2005**; 106:1071-1083.
11. **Goodman JH.** Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs* **2004**; 45(1):26-35.
12. **Escriba-Aguir V, Artazcoz L.** Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health* **2011**; 65:320-326.
13. **Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH, Leiferman JA.** The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Arch Womens Ment Health* **2016**; 19:655-663.

14. **Gladding S.** Family Therapy. History, Theory and Practice. Pearson Education, Inc., Merrill Prentice Hall: New Jersey, **2002**.
15. **McWhinnie Y IR, Freeman T.** *The Family in Health and Disease*. TextBook Of Family Medicine, 3rd Ed., Oxford: University Press, **2009**; 221-230.
16. **Solmuş T.** *Kadınlık ve annelik psikolojisi*. Ankara: Nobel, **2012**.
17. **Henderson A, Harmon S, Newman H.** The price mothers pay, even when they are not buying it: mental health consequences of idealized motherhood. *Sex Roles*. **2016**; 74(11-12):512-526.
18. **Åsenhed L, Kilstam J, Alehagen S, Baggens C.** Becoming a father is an emotional roller coaster-an analysis of first-time fathers' blogs. *J Clin Nurs*. **2014**; 23(9-10):1309-1317.
19. **Beck CT.** Postpartum depression: it isn't just the blues. *AJN Am J Nurs*. **2006**; 106(5):40-50.
20. **Giallo R, Woolhouse H, Gartland D, Hiscock H, Brown S.** The emotional-behavioural functioning of children exposed to maternal depressive symptoms across pregnancy and early childhood: a prospective Australian pregnancy cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2015**; 24(10):1233-44.
21. **Nelson AM.** Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **2003**; 32(4):465-477.
22. **Bartlett EE.** The effects of fatherhood on the health of men: A review of the literature. *The Journal of Men's Health & Gender*, **2004**; 1:159-169.
23. **Bond MJ.** The missing link in MCH: Paternal involvement in pregnancy outcomes. *American Journal of Men's Health*, **2010**; 4:285-286.
24. **deMontigny F, Girard ME, Lacharite C, et al.** Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* **2013**; 150(1):44-49.
25. **Johansson M, Svensson I, Stenström U, et al.** Depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25 month after birth. *Journal of Child Health Care* **2016**; 21(1):65-73.
26. **Koh YW, Chui CY, Tang CSK, et al.** The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depression Research a Treat*. **2014**; 2014:12-32.
27. **Fletcher R, Feeman E, Garfield C, et al.** The effects of early paternal depression on children's development. *Medical Journal of Australia* **2011**; 195(11):685-689.

28. **Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, et al.** Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **2008**; 47(4):390-398.
29. **Rosand GMB, Slinning K, Eberhard-Gran M, et al.** Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health* **2011**; 11(1):1-12.
30. **Edward KL, Castle D, Mills C, et al.** An integrative review of paternal depression. *American Journal of Men's Health* **2015**; 9(1):26-34.
31. **Gutierrez-Galve L, Stein A, Hanington L, et al.** Paternal depression in the postnatal period and child development: mediators and moderators. *Pediatrics* **2015**; 135(2):339-347.
32. **Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, et al.** Paternal postpartum depression: What health care providers should know. *Journal of Pediatric Health Care* **2013**; 27(6):479-485.
33. **Schmied V, Donovan J, Kruske S, et al.** Commonalities and challenges: a review of Australian state and territory maternity and child health policies. *Contemporary Nurse* **2011**; 40(1):106-117.
34. **Rowe HJ, Holton S, Fisher JRW.** Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. *Australian Journal of Primary Health* **2013**; 19(1):46-52.
35. **Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, et al.** Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. **2017**; 17(1):45.
36. **Harrison T.** Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing* **2010**; 25:335-343.
37. **Shields L, Pratt J, Hunter J.** Family-centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing* **2006**; 15(10):1317-1323.
38. **Shields L, Zhou H, Pratt J, et al.** Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2012**; 10:8-11.
39. **AAPCH.** Australasian Association of Parenting and Child Health. Available at: <http://www.aapch.com.au/> (accessed 14 September 2017), **2016**.
40. **Fowler C, Schmied V, Dickinson M, et al.** Working with complexity: experiences of caring for mothers seeking residential parenting services in New South Wales, Australia. *Journal of Clinical Nursing* **2016**; 26(3-4):524-534.
41. **Duvall EM.** *Family Development*, 5th edn. Philadelphia, PA: Lippincott, **1977**.

42. **Tutarel-Kışlak Ş.** Evlilikte Uyum Ölçeğinin (EUÖ) güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, **1999**; 7(1):50-57.
43. **Ersanlı S, Kalkan M.** *Evlilik ilişkilerini geliştirme kuram ve uygulama*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2008**.
44. **Ateş R.** *Evlilikte ilk yıllar, çatışmalar ve “güç” kavramı*. H. Yavuzer (Ed.). *Evlilik Okulu İçinde*. İstanbul: Remzi Kitabevi, **2012**:114-124.
45. **Demiray Ö.** Evlilikte uyumun demografik özelliklere göre incelenmesi. Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, Diyarbakır, **2006**.
46. **Spanier GB.** Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, **1976**; 38(1):15-28.
47. **Kapuci O.** Evli Çiftlerin Evlilik Kalitesi ve Bağlanma Stillerinin Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, **2014**.
48. **Spotts EL, Lichtenstein P, Pedersen N, Neiderhiser JM, Hansson K, et al.** Personality and marital satisfaction, [Electronic Version], *European Journal of Personality*, **2005**; 19:205-227.
49. **Işığçok, Ö.** *XXI. Yüzyılda İstihdam ve İnsana Yakışır İş*, Ezgi Kitabevi, Bursa. **2005**:785.
50. **Gereklioğlu Ç, Başhan AG, Poçan İ.** Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst.* **2007**; 17:126-133.
51. **Smith K.** Mental health: a world of depression. *Nature* **2014**; 515:181.
52. **Dong B, Chen Z, Yin X, et al.** The efficacy of acupuncture for treating depression-related insomnia compared with a control group: a systematic review and meta-analysis. *Biomed Res Int* **2017**; 2017:96-148.
53. **Smith K.** Mental health: a world of depression. *Nature*. **2014**; 515(7526):181.
54. EMEA: Guideline on clinical investigation of medicinal products in the treatment of depression [EB/OL]. 2013. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2013/05/WC500143770.pdf Accessed on May 30, 2013.
55. **Ren Y, Zhu C, Wu J, et al.** Comparison between herbal medicine and fluoxetine for depression: asystematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med* **2015**; 23:674-84.
56. **Nutt D.** Help luck along to find psychiatric medicines. *Nature* **2014**; 515:165.

57. **Kaya B, Kaya M.** 1960'lerden günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, **2007**; 10(6):3-10.
58. **Akiskal HS.** Mood disorders: clinical features. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, B.J. Sadock and V.A. Sadock, Ed. 2009, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins **2009**:1693-733.
59. **Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, ve ark.** Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* **2004**; 184:386-392.
60. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, **2004**.
61. **Yan Y, Hao W, Ji Hu, Hailan H.** Lateral habenula in the pathophysiology of depression. *Curr Opin Neurobiol.* **2017**; 48:90-96.
62. **Amerikan Psikiyatri Birliğı.** DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliğı, Ankara, **2013**.
63. **Amerikan Psikiyatri Birliğı.** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı **1994**, Çev. Köroğlu E.
64. **American Psychiatric Association.** Major Depressive Disorder and the "Bereavement Exclusion" Fact Sheet. Erişim: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/dsm-5-fact-sheets>. Erişim tarihi 04.01.2018.
65. **Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA.** Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) Acta Psychiatr. *Scand.* **2004**; 110:208-214.
66. **Murray CJ, Lopez AD.** Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science.* **1996**; 274:740-743.
67. **Murray CJL, Lopez AD.** The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; Most comprehensive, **1996**.
68. **Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman AT.** Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr. Scand.* **2010**; 122:184-191.
69. **Torpey DC, Klein DN.** Chronic depression: update on classification and treatment. *Curr. Psychiatry Rep.* **2008**; 10:458-464.

70. **Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, et al.** How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol. Med.* **2010**; 40:899-909.
71. **Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Bulloch AG, D'Arcy C, Streiner DL.** Recall of recent and more remote depressive episodes in a prospective cohort study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2011**; 47(5):691-6.
72. **Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, et al.** Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch. Gen. Psychiatry.* **2011**; 68:241-251.
73. **Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, et al.** Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* **1996**; 276:293-299.
74. **Robins LN, Helzer JE, Croughan JL, Ratcliff KS.** National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch. Gen. Psychiatry.* **1981**; 38:381-389.
75. **Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Dragomericka E, et al.** The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* **2003**; 12:3-21.
76. **Kessler RC, Wittchen H-U, Abelson JM, McGonagle K, Schwarz N, et al.** Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* **1998**; 7:33-55.
77. **Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B.** Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* **2007**; 370:851-858.
78. **Ustün TB.** Cross-national epidemiology of depression and gender. *J Gend Specif Med* **2000**; 3:54-8.
79. **Küey L, Güleç C.** Depresyonunu epidemiyolojisi, Depresyon monograflar serisi-2., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **1993**; 53-68.
80. **Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB.** Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr. Opin. Psychiatry.* **2007**; 20:359-364.
81. **Van de Velde S, Bracke P, Levecque K.** Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc. Sci. Med.* **2010**; 71:305-313..
82. **Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Dragomericka E, et al.** The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* **2003**; 12:3-21.

83. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. **1996**; 276:293-299.
84. Breslau J, Lane M, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *J. Psychiatr. Res.* **2008**; 42:708-716.
85. Breslau J, Miller E, Joanie Chung WJ, Schweitzer JB. Childhood and adolescent onset psychiatric disorders, substance use, and failure to graduate high school on time. *J. Psychiatr. Res.* **2011**; 45:295-301.
86. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am. J. Psychiatry*. **1995**; 152:1026-1032.
87. Lee S, Tsang A, Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *Br. J. Psychiatry*. **2009**; 194:411-417.
88. McLeod JD. Childhood emotional and behavioral problems and educational attainment. *Am. Sociological Rev.* **2004**; 69:636-658.
89. Porche MV, Fortuna LR, Lin J, Alegria M. Childhood trauma and psychiatric disorders as correlates of school dropout in a national sample of young adults. *Child Dev.* **2011**; 82:982-998.
90. Vaughn MG, Wexler J, Beaver KM, Perron BE, Roberts G, Fu Q. Psychiatric correlates of behavioral indicators of school disengagement in the United States. *Psychiatr. Q.* **2011**; 82:191-206.
91. Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. **2001**; 40:1086-1093.
92. Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, et al. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr. Scand.* **2011**; 124:474-486.
93. Forthofer MS, Kessler RC, Story AL, Gotlib IH. The effects of psychiatric disorders on the probability and timing of first marriage. *J. Health Soc. Behav.* **1996**; 37:121-132.
94. Whisman MA, Tolejko N, Chatav Y. Social consequences of personality disorders: probability and timing of marriage and probability of marital disruption. *J. Pers. Disord.* **2007**; 21:690-695.
95. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu. Rev. Public Health.* **1996**; 17:449-465.
96. Mamun AA, Clavarino AM, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. Maternal depression and the quality of marital relationship: a 14-year prospective study. *J. Womens Health (Larchmt)* **2009**; 18:2023-2031.

97. Whisman MA, Tolejko N, Chatav Y. Social consequences of personality disorders: probability and timing of marriage and probability of marital disruption. *J. Pers. Disord.* **2007**; 21:690-695.
98. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* **2000**; 20:561-592.
99. Wilson S, Durbin CE. Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* **2010**; 30:167-180.
100. Rihmer Z, Angst J. *Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji*. In: Sadock B, Sadock V, eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi, **2007**;1575-1582 .
101. Işık E., Işık U., Taner Y. *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*; Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara, **2013**.
102. Wells KB, Hays RD, Burnam MA. Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid or free-foservice care. *J Am Med Assoc*, **1989**; 282:3298-3302.
103. Levenson JL. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing: Washington, **2005**.
104. Kennedy SH, Lam WR, Nutt DJ ve ark. (2004) Treating Depression Effectively. Applying Clinical Guidelines. Thomson Publishing, Hampshire, UK.
105. Katerndahl D, Ferrer RL. Knowledge about recommended treatment and management of major depressive disorder, panic disorder, and generalized anxiety disorder among family physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, **2004**; 6:147-151.
106. Sivolap YP. Serotonin neurotransmission and treatment options for depression. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. **2017**; 117(11):174-177.
107. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev.* **1999**; 106:458-490.
108. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. **1996**; 8:37-54.
109. Goodman DW, Ginsberg L, Weisler RH, et al. An interim analysis of the quality of life, effectiveness, safety and tolerability (Q.U.E.S.T.) evaluation of mixed amphetamine salts extended release in adults with ADHD. *CNS Spectr.* **2005**; 10(12):26-34.

- 110. Edmondson OJ, Psychogiou L, Vlachos H, et al.** Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord.* **2010**; 125:365-368.
- 111. Menselson T, Rehkopf DH, Kubzansky LD.** Depression among Latinos in the United States: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* **2008**; 76:355-366.
- 112. Roubinov DS, Luecken LJ, Crnic KA, Gonzales NA.** Postnatal depression in Mexican American fathers: demographic, cultural, and familial predictors. *J Affect Disord.* **2014**; 152-154:360-368.
- 113. Nath S, Psychogiou L, Kuyken W, et al.** The prevalence of depressive symptoms among fathers and associated risk factors during the first seven years of their child's life: findings from the millennium cohort study. *BMC Public Health.* **2016**; 16:509.
- 114. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA.** Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics.* **2006**; 118:659-668.
- 115. Ramchandani P, Stein A, Evans J, et al.** Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet.* **2005**; 365:2201-2205.
- 116. Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L, et al.** Detecting depression in men: a matter of guesswork. *Int J Mens Health.* **2002**; 1:259-280.
- 117. Dudley M, Roy K, Kelk N, et al.** Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *J Reprod Infant Psychol.* **2001**; 19:187-202.
- 118. Dougherty LR, Tolep MR, Smith VC, et al.** Early exposure to parental depression and parenting: associations with young offspring's stress physiology and oppositional behavior. *J Abnorm Child Psychol.* **2013**; 41:1299-1310.
- 119. Ramchandani, PG. et al.** The effects of pre- and postnatal depression in fathers: A natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **2008**; 49(10):1069-1078.
- 120. Arslantaş H, Ergin F, Akdolun Balkaya N.** Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* **2009**; 10(3):13-22.
- 121. Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH.** A comparative study of postnatal depression and its predictors in Taiwan and Mainland China. *Am J Obstet Gynecol.* **2003**; 189:1407-12.
- 122. Dankner R, Goldberg RP, Fisch RZ, Crum RM.** Cultural elements of postpartum depression: A study of 327 Jewish Jerusalem Women. *J Reprod Med.* **2000**; 45:2.

123. **Bielawska-Batorowicz E, Kossakowska-Petrycka K.** Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations. *J. Reprod. Infant Psychol.* **2006**; 24(1):21-29.
124. **Kim P, Swain JE.** Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry* **2007**; 4(2):35-47.
125. **Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B.** Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J. Affect. Disord.* **2000**; 60:75-85.
126. **Tuszynska-Bogucka W, Nawra K,** Paternal postnatal depression - a review. *Arch. Psychiatry Clin. Psychother.* **2014**; 2:61-69.
127. **Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J.** Correlates of antenatal and postnatal depression in fathers: a systematic review. *J. Affect. Disord.* **2011**; 130:358-377.
128. **Escribà-Agüir V, Artazcoz L.** Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J. Epidemiol. Community Health* **2011**; 65(4):320-326.
129. **Huang CC, Warner LA.** Relationship characteristics & depression among fathers with newborns. *Soc. Serv. Rev.* **2005**; 79:95-118.
130. **Kim P, Swain JE.** Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry* **2007**; 4(2):35-47.
131. **Letourneau NL, Dennis C, Benzies K, Duffett-Leger L, Stewart M, Tryphonopoulos PD, Watson W.** Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment. Health Nurs.* **2012**; 33(7):445-457.
132. **Letourneau N, Tryphonopoulos PD, Duffett-Leger L, Stewart M, Benzies K, Dennis C, Joschko J.** Support interventions needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *J. Perinat. Neonatal Nurs.* **2012**; 26:69-80.
133. **Storey A, Walsh C, Quinton R, Wynne-Edwards K.** Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evol. Hum. Behav.* **2000**; 21(2):79-95.
134. **Yargawa J, Leonardi-Bee J.** Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *J. Epidemiol. Community Health* **2015**; 69(6):604-661.
135. **Ramchandani PG, Psychogiou L, Vlachos H, Iles J, Sethna V, Netsi E, Lodder A.** Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depress Anxiety* **2011**; 28(6):471-477.
136. **Carro MG, Grant K, Gotlib IH, Compas BE.** Postpartum depression and child development: an investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Dev. Psychopathol.* **1993**; 5(4):567-579.

- 137. Jacob T, Johnson SL.** Parent-child interaction among depressed fathers and mothers: impact on child functioning. *J. Fam. Psychol.* **1997**; 11(4):391-409.
- 138. Gawlik S, Müller M, Hoffmann L, et al.** Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Arch Womens Ment Health.* **2014**; 17:49-56.
- 139. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM.** Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *J Affect Disord.* **2016**; 206:189-203.



8. EKLER

8.1. Ek 1: Anket Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Perinatal dönemde paternal depresyonun evlilik uyumu ile ilişkisinin araştırılması

Değerli katılımcı,

Perinatal dönemde paternal depresyonun evlilik uyumu ile ilişkisinin araştırılması için anket yapmaktayız. Bu anket 5-7 dakikanızı alacaktır. Tüm soruları cevaplandırmak önem arz etmektedir. Sonuçlar tamamen bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırmaya katılmamanız durumunda eşinizin veya bebeğinizin tedavi veya izleminde herhangi bir değişiklik olmayacak, herhangi bir ceza veya yaptırım uygulanmayacaktır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Dr. Mehmet Nedim TIRAŞ

Tel: 0322 - 3386060 /3087 dâhili

Yukarıdaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. İstedğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Doğum tarihi:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Hekimin Adı- Soyadı:

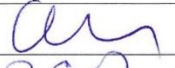
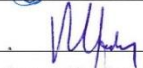
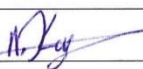
İmzası:

8.2. Ek 2: Etik Kurul Onay Formu ve Gerekli İzinler

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
60	13 Ocak 2017

KARAR NO 57- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Yenidoğan Bilim Dalı'nın, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın, Metro Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin bilimsel işbirliğiyle, Prof. Dr. Ersin Akpınar yönetiminde, Prof. Dr. Nejat Narlı'nın, Doç. Dr. Selim Büyükkurt'un, Doç. Dr. Macit Uncu'nun katkılarıyla, Araş. Gör. Dr. Mehmet Nedim Tıraş tarafından yürütülmesi öngörülen, "Peritaneal Dönemde Paternal Depresyonun Evlilik Uyumu ve İlişkinin Araştırılması" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22



30.01.2017

**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

SAYI :083/ 2017

‘Perinatal Dönemde Paternal Depresyonun Evlilik Uyumu ve İlişkisinin Araştırılması’ başlıklı Tıp’da Uzmanlık tez projesinin Hastanemizde gerçekleştirilmesinde bir sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr.Mecit UNCU
Mesul Müdür



8.3. Ek 3. Anket Formları

Sosyodemografik Veri Formu

- 1.Yaşınız:_____ 2. Eşinizin yaşı:_____
- 3.Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
- a. Evet _____(İşin sürekli, geçici veya part-time olup olmadığını belirtiniz.)
- b. Hayır
4. Ailenizin toplam aylık gelir düzeyi (sizin ve ailede çalışan diğer bireylerin):_____ TL
5. Eşiniz çalışıyor mu?
- a. Evet _____ (İşin sürekli, geçici veya part-time olup olmadığını belirtiniz.)
- b. Hayır
6. Yaşadığınız ev; a. Kira b. Kendi evi c. Diğer (lütfen belirtiniz)_____
7. **Ekonomik refah düzeyinizi** tanımlayan aşağıdaki en uygun olan rakamı işaretleyiniz.
- _____
- 1 (çok kötü) 2 (kötü) 3 (orta) 4 (iyi) 5 (çok iyi)
8. Şuanda yaşadığınız yer; a. İl b. İlçe c. Kırsal bölge
9. Eğitim düzeyinizi belirtiniz.
- a. İlkokul b. Ortaokul c. Lise d. Üniversite e. Yüksek Lisans f. Doktora
10. **Eşinizin** eğitim düzeyini belirtiniz.
- a. İlkokul b. Ortaokul c. Lise d. Üniversite e. Yüksek Lisans f. Doktora
11. Evlilik durumunuzu belirtiniz.
- a. Evli ve birlikte yaşıyor b. Evli ama ayrı yaşıyor
- c. Boşanmış d. Diğer (lütfen belirtiniz)_____
12. Evlenme biçiminizi belirtiniz. a. Görücü usulü b. Aşk evliliği
- c. Anlaşarak evlenme d. Diğer (lütfen belirtiniz)_____
13. Eşiniz ile akraba mısınız? a. Evet (akrabalık derecenizi yazınız)_____
- b. Hayır
14. Kaç yıldır evlisiniz: _____
15. Kaç çocuğunuz var: _____

16. Daha önce gebeliği var ise, eşinizin daha önceki doğum durumuyla ilgili sayıları aşağıya yazınız.

Gebelik sayısı:		Ölü doğum sayısı:		Düşük sayısı:		Kürtaj Kürtaj sayısı:	
------------------------	--	--------------------------	--	----------------------	--	------------------------------	--

17. Eşinizin gebeliği **planlı** bir gebelik miydi? a. Evet b. Hayır
18. Eşinizin gebeliği **istenen** bir gebelik miydi? a. Evet b. Hayır
19. Hamile kalmak için eşiniz ya da siz kısırlık tedavisi aldınız mı? a. Evet (lütfe açıklayınız)_____ b. Hayır
20. Eşiniz kaç haftalık hamile:_____ hafta (doğum sonrası ise bu soruyu cevaplamayınız)
21. Şimdiki gebelikte ikiz, üçüz veya daha fazla bebek bekleniyor mu? a. Evet (lütfe açıklayınız)_____ b. Hayır
22. Eşinizin şimdiki gebeliği sırasında bebeğinizde veya eşinizde önemli bir sağlık problemi oldu mu?
a. Evet (lütfe açıklayınız)_____ b. Hayır
23. Yeni doğan bebeğiniz kaç günlük:_____günlük (Doğum gerçekleşmiş ise cevaplayınız)
24. Bebeğinizin sağlık problemi var mı? a. Evet (lütfe açıklayınız)_____ b. Hayır (Doğum gerçekleşmiş ise cevaplayınız)
25. Eşinize yeteri kadar vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz? a. Evet
b. Hayır (lütfe açıklayınız)_____
26. Eşiniz ile ilişki düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

1 (çok kötü) 2 (kötü) 3 (orta) 4 (iyi) 5 (çok iyi)

27. Daha önce hiç psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü? a. Evet (lütfe açıklayınız)_____ b. Hayır
28. Eşiniz daha önce hiç psikiyatrik bir tedavi gördü mü? a. Evet (lütfe açıklayınız)_____ b. Hayır
29. Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?
a. Evet (lütfe açıklayınız)_____ b. Hayır
30. Bebeğinizin bakımı ve yetiştirilmesine yardımcı olmaya ne kadar isteklisiniz?
1 (Hiç isteksiz) 2 (Az İstekli) 3 (Orta)
4 (İstekli) 5 (Çok istekli)

Evlilikte Uyum Ölçeği

Aşağıda eşlerin evlilik ilişkileri ile ilgili 15 madde bulunmaktadır. Her maddeyi dikkatlice okuduktan sonra size uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız. İçten ve doğru verdiğiniz yanıtlar için teşekkür ederiz.

1) Ölçeğin birinci maddesinde, **evliliğinizdeki mutluluk düzeyini tüm yönleriyle iyi tanımladığını inandığınız sayıyı daire içine alınız.** Ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki sayı, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelendirilmiş bulunmaktadır.

1	2	3	4	5	6	7
Çok Mutsuz				Mutlu		Çok Mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi belirtiniz. Yukarıdaki ilk maddeyi atlamayınız.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımı z olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Hiç anlaşamayız
2) Aile bütçesini idare etme						
3) Boş zaman etkinlikleri						
4) Duyguların ifadesi						
5) Arkadaşlar						
6) Cinsel ilişkiler						
7) Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya uygun davranış)						
8) Yaşam felsefesi						
9) Eşin akrabaları ile anlaşma						

Lütfen aşağıdaki maddelerde evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabı işaretleyiniz.

- 10) Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle;
a. Erkeğin susması ile b. Kadının susması ile c. Karşılıklı anlaşmaya
varılarak sonuçlanır
- 11) Ev dışı faaliyetlerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?
a. Hepsini b. Bazılarını c. Çok azını d. Hiçbirini
- 12) Boş zamanlarınızda aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?
a. Dışarıda bir şeyler yapmayı b. Evde oturmayı
Eşinizle genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?
a. Dışarıda bir şeyler yapmayı b. Evde oturmayı
- 13) Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?
a. Sık sık b. Arada sırada c. Çok seyrek d. Hiçbir zaman
- 14) Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,
a. Aynı kişiyle evlenirdiniz b. Farklı kişiyle evlenirdiniz c. Hiç
evlenmezsiniz
- 15) Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?
a. Hemen hemen hiçbir zaman b. Nadiren c. Çoğu konularda d. Her
konuda

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Yakın zamanda bebeğiniz olacak veya 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.

1.Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

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

2.Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3.Bir şeyler kötüye gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

6.Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

- a.Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
- b.Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
- c.Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- d.Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum.

7.Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

8.Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

4.Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

9.Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- a.Evet, çoğu zaman
- b.Evet, oldukça sık
- c.Çok seyrek
- d.Hayır, asla

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

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

10.Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- a.Evet, oldukça sık
- b.Bazen
- c.Hemen hemen hiç
- d. Asla

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mehmet Nedim TIRAŞ
Doğum Yeri/Tarihi : OSMANİYE, 1987
Medeni Durumu : Evli
Adres : Yenibaraj Mah. 68061 Sok. Hasan Diker Apt. No:6
Kat:15/31 Seyhan / ADANA
Telefon : 0507 9611756
E posta : nedimtir@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp
Fakültesi
Görev Yerleri :
2011-2012 : Kastamonu Doğanyurt Toplum Sağlığı Merkezi
2013-2014 : Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
Anabilim Dalı
2015-2018 : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı
Dernek üyelikleri : Doğu Akdeniz Aile Hekimleri Derneği, ÇAHMED
Yabancı Diller : İngilizce