

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE  
POSTPARTUM DEPRESYON ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**108308**

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

HAZIRLAYAN  
MELEK BÜYÜKKOCA

108308

TEZ DANIŞMANI  
YARD. DOÇ. DR. SAMİYE METE

İZMİR-2001

# TEŐEKKÜR

Araştırma konumun seçilmesinden başlayarak,çalışma sũresince her aşamada beni, değerli katkılarıyla y¶nlediren , titizlikle ve iten ilgisiyle danışmanlığımı yapan, kendisiyle çalışmaktan bũyũk mutluluk duyduğum Sayın Hocam;  
**Yard.Doç.Dr. Samiye METE'ye,**

Çalışmamın istatistiklerinin yapılması aşamasında, değerli ¶nerileriyle beni y¶nlediren ve istatistik bilgilerimin gelişmesine katkıda bulunan Sayın Hocam;  
**Prof.Dr.Zuhal BAHAR'a,**

Her konuda maddi,manevi yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen ve benim en bũyũk desteğim olarak, her zaman yanında olan **Aileme,**

Tez sũresi boyunca çalışmamı başarı ile tamamlamam için bana destek olan **Arkadaşlarım,**

Çalışmamı hazırladığım sũre boyunca beni, iten ilgisiyle destekleyen Yũksek Hemşire **Gũlderen Demircan'a,**

Tezimin verilerinin Dokuz Eylũl Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlam ocuk Polikliniğinde toplanmasına olanak veren Dokuz Eylũl Üniversitesi **Hemşirelik Hizmetleri Mũdũrlũęine,**

Çalışmaya katılarak bana yardımcı olan tũm **annelere,**

Katkılarından dolayı teőekkũrlerimi sunuyorum.

**MELEK BũYũKKOCA**

**12. Y¶NEKRETTS KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**“Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki” isimli  
bu tez 12.06.2001 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.**



**Jüri Başkanı**

**Prof. Dr. Zuhâl Bahar**



**Jüri Üyesi**

**Yard. Doç. Dr. Samiye Mete**



**Jüri Üyesi**

**Doç. Dr. Günsel Başer**

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
İÇİNDEKİLER DİZİNİ-----	1
TABLolar DİZİNİ -----	3
GRAFİKLER DİZİNİ -----	5
ÖZET-----	6
ABSTRACT -----	7
<b>1. GİRİŞ</b>	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi-----	8
2.2. Araştırmanın Amacı-----	10
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Postpartum Dönemdeki Ruhsal Değişimler-----	11
2.1.1. Postpartum Dönemdeki Ruhsal Değişimlerin Tarihçesi -----	11
2.1.2. Annelik Hüznü -----	12
2.1.2.1. Belirtiler -----	13
2.1.2.2. Tedavi-----	13
2.1.3. Postpartum Depresyon -----	14
2.1.3.1. Postpartum Depresyonun Görülme Zamanı -----	14
2.1.3.2. Belirtiler-----	15
2.1.3.3. Risk Faktörleri -----	15
2.1.3.4. Etiyolojisi -----	18
2.1.3.5. Tanılama -----	20
2.1.3.6. Tedavi-----	21
2.1.4. Postpartum Psikoz-----	21
2.1.4.1. Belirtiler-----	21
2.1.4.2. Risk Grupları -----	22
2.1.4.3. Tedavi-----	22
2.2. Sosyal Destek Kavramı -----	22
2.2.1. Sosyal Desteğin Bileşenleri -----	23
2.2.2. Algılanan Sosyal Destek -----	24
2.3. Hemşirelik ve Postpartum Depresyon -----	26

**3. GEREÇ VE YÖNTEM**

3.1. Araştırmanın Şekli -----	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer-----	28
3.3. Araştırmanın Evreni -----	28
3.4. Araştırmanın Örneklemi -----	28
3.5. Verilerin Toplanması -----	29
3.5.1. Veri Toplama Araçları -----	29
3.5.1.1. Anne Tanıtım Formu-----	29
3.5.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği -----	29
3.5.1.3. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği -----	30
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması -----	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi-----	31
3.7. Araştırmanın Bağımlı, Bağımsız Değişkenleri-----	31
3.8. Süre ve Olanaklar -----	32

**4. BULGULAR**

4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri-----	33
4.2. Postpartum Depresyon ve Etkileyen Değişkenler Arasındaki İlişki -38	

**5. TARTIŞMA-----**

**6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

6.1. Sonuç -----	60
6.2. Öneriler -----	62

**7. KAYNAKLAR -----**

**8. EKLER**

EK 1: Anne Tanıtım Formu-----	68
EK 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-----	70
EK 3: Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği-----	71

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 1:</b> Araştırmaya Katılan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özellikleri-----	33
<b>Tablo 2:</b> Araştırmaya Katılan Çiftlerin Evlilik Özellikleri ve Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları-----	35
<b>Tablo 3:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Gebeliği İsteme ve Anneliğe Hazır Olma Durumlarına Göre Dağılımları-----	36
<b>Tablo 4:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Doğum Şekline Göre Dağılımları	36
<b>Tablo 5:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Doğumdan Sonra Yanında Yardımcı Olarak Kalan Olma Durumuna Göre Dağılımları-----	37
<b>Tablo 6:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılımları-----	37
<b>Tablo 7:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Yaş Grupları ile Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	39
<b>Tablo 8:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Eğitim Durumları ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	40
<b>Tablo 9:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Çalışma Durumları ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	41
<b>Tablo 10:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin, Eşlerinin Eğitim Durumları ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	42
<b>Tablo 11:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Gelir Durumları ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	43
<b>Tablo 12:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Evlenme Tipi ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	43
<b>Tablo 13:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Evlilik Yılı ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	44
<b>Tablo 14:</b> Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuk Sayılarına Göre Depresyon Puanlarının Dağılımları-----	44

<b>Tablo 15:</b>	Araştırmaya Katılan Annelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	45
<b>Tablo 16:</b>	Araştırmaya Katılan Annelerin Doğum Şekli ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları-----	46
<b>Tablo 17:</b>	Postpartum Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek ile Kaynakları Arasındaki İlişki-----	48
<b>Tablo 18:</b>	Araştırmaya Katılan Annelerin Depresyon Puanları ile Depresyon Puanlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi-----	49



## GRAFİKLER DİZİNİ

### Sayfa

<b>Grafik 1:</b>	Annelerin 4-8 Haftalık Postpartum Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları -----	38
<b>Grafik 2:</b>	Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları -----	40
<b>Grafik 3:</b>	Annelerin Mesleklerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları -----	41
<b>Grafik 4:</b>	Annelerin, Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları -----	42
<b>Grafik 5:</b>	Annelerin Evlenme Tiplerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları -----	43
<b>Grafik 6:</b>	Annelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları -----	44
<b>Grafik 7:</b>	Annelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları -----	45
<b>Grafik 8:</b>	Postpartum Depresyon ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki-----	47
<b>Grafik 9:</b>	Postpartum Depresyon ile Sosyal Desteğin Kaynakları Arasındaki İlişki -----	47



## ÖZET

Araştırma, algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Örneklemi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine bebeklerini getiren, postpartum 4-8 haftalık 300 anneden, oluşmuştur. Veri toplama araçları, çiftlerin tanıtım formu, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeğidir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, mann-whitney U testi, varyans analizi, korelasyon analizi, basit regresyon analizi ve logistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Değerlendirme sonuçlarına göre; annelerin postpartum depresyon puan ortalamaları  $10.70 \pm 4.85$  ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları  $61.40 \pm 16.44$  'dır. Annelerin yaşı, çalışma durumu, gelir durumları, evlilik yılı, çocuk sayısı, doğum şekli, doğumdan sonra yanında yardımcısının olup-olmaması, evde sürekli birlikte yaşadığı kişiler ile depresyon puanları arasında ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ). Annelerin eğitimleri, eşlerinin eğitimleri, meslekleri, evlenme tipleri, gebeliği isteme durumları, anneliğe hazır olma ve depresyon puanları arasında ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna paralel olarak regresyon analizi sonucunda ise, algılanan sosyal desteğin postpartum depresyon üzerinde %13'lük etkisinin olduğu saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelere ve araştırmacılara önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Postpartum, depresyon, algılanan sosyal destek, postpartum dönem, risk faktörleri, duygusal bozukluklar.

## ABSTRACT

This study was planned to determine the association between the perceived social support and postpartum depression.

Our group was consisted of 300 mothers admitted to Dokuz Eylül University Hospital healthy children outpatient clinic at postpartum 4-8 weeks. Data collection enstruments were Couples' Presentation Form, Perceived Social Support Scale, and Edinburg Postpartum Depression Scale. Datas were evaluated with percentage, importance of difference between two averages test, mann-whitney U test, variance analysis, correlation analysis, simple regression analysis and logistic regression analysis.

According to evaluation results; average postpartum depression point was  $10.70 \pm 4.85$  and average perceived social support point was  $61.40 \pm 16.44$ . We couldn't find an association between depression points and age, employment status, in conce, marriage years, number of children, type of delivery, whether she had support after delivery and number of persons in the house ( $p > 0.05$ ). There was an association between depression points and mother's education, partner's education, profession, marital status, readiness to maternity and wanting this pregnancy ( $p < 0.05$ ). In correlation analysis there was a negative significant association between postpartum depression and perceived social support ( $p < 0.01$ ). Regression showed that percerved social support had a 13% effect on postpartum depression.

These results, gave as some recommendations for nurses and investig

Key Words: Postpartum, depression, perceived social support, postpartum period, risk factors, emotional disorders.

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Gebelik ve doğum kadın için doğal bir yaşam olayıdır. Kadın, bu süreç boyunca oldukça yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır (1). Bu değişimler, kadını ve ailesini önemli ölçüde etkilemekte ve uyum yapmalarını gerektirmektedir (2,3,4).

Annelerin, postpartum dönemde diğer dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşadıkları bilinmektedir (1,4,5). Bu süreçte annelerde, ilk üç ayda on altı kez, ilk bir yılda ise beş kez daha fazla oranda nevrotik bozukluklar görülebilmektedir (5). Postpartum dönemde, görülen nevrotik bozukluklar, annelik hüznü, (postpartum blues), postpartum psikoz ve postpartum depresyon olarak üç gruba ayrılmaktadır.

Annelerin %50-80'ini etkileyen annelik hüznü, postpartum ilk bir haftada görülmeye başlar. Annelik rolüne uyum ile birlikte, biyolojik, hormonal değişiklikler ile ilgili ortaya çıkan hafif huzursuzluk, yorgunluk, uyumsuzluk, bir işe yoğunlaşamama ve ağlama krizleri ile belirgin bir tablodur. Annelik hüznü, geçici bir durum olarak kabul edilmektedir. Bir, iki hafta içinde herhangi bir müdahale olmadan geçer (1,5,6,7).

Postpartum psikoz annelerin %0.2'sini etkileyen oldukça ciddi bir durumdur. Hastaların %80'inde belirtiler ilk bir ay içinde görülmekte, en sık 3-14 günlerde yaşanmaktadır (7). Psikoz tablosunda, işitsel halüsinasyonlar, deliryum benzeri bulgular (bilincin sislenmesi, şaşkınlık, konfüzyon), kendine ve bebeğe zarar verme düşünceleri vardır (1,5,6,7).

Postpartum depresyon ise annelerin %5-25'ini, etkileyen bir sorundur (7). Kapsamlı ve ayrıntılı değerlendirme yöntemleriyle yapılan çalışmalarda postpartum depresyon yaygınlığı %6-16, postpartum depresyon sıklığı için %10-14 arasında değişen oranlar bulunmuştur (5). Başlangıç aşamasında genellikle belirti vermez. Postpartum 2-3. haftadan sonra başlar. Ancak başlangıç postpartum bir haftadan, iki yıla kadar uzayabilir (5,6,7).

Doğumun neden olduğu, heyecan, merak ve gerginlik, doğumu takip eden süreçte ortaya çıkan belirgin hormonal değişiklikler ve çocuk sahibi olmanın

yüklediği sorumluluklar göz önüne alındığında, kadının depresyon ile karşı karşıya kalması olasıdır. (8,9).

Postpartum depresyonda, ağlama krizleri, yetersizlik, bebeğin beslenmesine, sağlığına ilişkin şiddetli kaygı ve sıkıntı, iştah azlığı, uyku bozukluğu (uykuya dalma güçlüğü ve kabuslar) suçluluk duyguları gibi belirtiler vardır. Annelerde, ümitsizlik duyguları ve intihar düşüncesi görülebilmektedir (10,11). Postpartum depresyonun, kadın sağlığının yanı sıra çocuk ve aile sağlığına dolayısıyla toplum sağlığına olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir.

Annenin depresyonu, anne-bebek etkileşimine zarar vermektedir. Doğum sonrası ilk yılda, anneler bebeklerinin sosyal çevrelerini oluşturur. Bebeklerin, dış dünya ile ilgili deneyimlerinin kaynağı annedir. Bu nedenle anneler, bebeklerin duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimlerinde, önemli uyarı kaynağıdır (11). Depresyon geçiren annelerin, geçirmeyen annelere göre, bebeklerin gereksinimlerine, yanıt vermede daha isteksiz, mutsuz ve olumsuz tavırlar sergiledikleri görülmüştür (12).

Postpartum depresyon, anne-bebek etkileşiminin yanı sıra eşler arasında da evlilik krizi yaşanmasına neden olabilmektedir. Eşler arasında iletişim bozulabilir. Duygusal , fiziksel ayrılık oluşabilir. Eşler arasında sık sık tartışma, hatta fiziksel şiddet kullanımı görülebilir (10,13).

Görüldüğü gibi doğum yapan kadınlarda, postpartum depresyon gelişmesi tüm aile için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu kadar önemli bir sorun oluştuğundan sonra tedavisi güç ve zararları daha büyük olacaktır. (14). Oysa, depresyon oluşmadan tehlike sinyalleri fark edilip, depresyon oluşması engellenebilirse , annenin-bebeğin, ailenin korunması ve olası zararların en aza indirilmesi sağlanabilecektir .

Postpartum depresyonda, risk etmenlerinin önemli olduğu görüşüyle yapılan çalışmalarda, sekiz risk faktörünün önemli oranlarda etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Bunlar; prenatal depresyon öyküsü (%49-%51), bebek bakım stresi (%49-%48), yaşam stresi (%40-%36), sosyal destek eksikliği (%39-%37), annelik hüznü (%37-%35), prenatal anksiyete (36-%30), evlilikten memnuniyetsizlik (%37-%29), önceki depresyon öyküsüdür. (%29-%27) (15).

Postpartum depresyonda, risk faktörlerine yönelik üzerinde en çok çalışılmış konulardan birisi sosyal destek kavramıdır. İnsanların yaşamında önemli

bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir. Sosyal desteklerin, sevgi, şefkat, benlik saygısı bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fiziksel ve duygusal sağlığı doğrudan olumlu bir biçimde etkilediği düşünülmektedir. Sosyal destek, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcısıdır (5,15,16,17,18).

Annelerin, annelik rolünü geliştirmelerinde, sosyal desteğin önemli rolü vardır. Özellikle, kadına eşinin sağladığı duygusal destek azaldığında postpartum depresyon riskinin arttığı saptanmıştır (5,17,18). Annelere verilen sosyal destek ile, bebeğin sağlığı olumlu yönde etkilenir. Aynı zamanda annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusu artar ve depresyon görülme olasılığı da azalır (5,19).

Postpartum depresyonun, anne-bebek, aile ve gelecek kuşaklar üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde, gözardı edilmemesi gereken bir ruh sağlığı sorunu olduğu görülmektedir.

Önemli sonuçları olan bu ruh sağlığı sorunun önlenmesinde ve baş- edilmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, prenatal ve postpartum kliniklerde anneler ile birlikte. Bu süreçte, hemşireler sosyal destek eksikliği olan kadınları belirleyerek, postpartum depresyon riskini erken tanımlayabilirler. Hemşireler, bu durumdaki anneleri uzmanlara yönlendirerek anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rol oynayabilirler.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Postpartum depresyon, aile sağlığını etkileyen önemli bir sorundur. Yeni doğum yapan annelerin, yeterli sosyal destek alamamaları sonrasında postpartum depresyon gelişme riskinin arttığı düşünülmektedir.

Bu bilgiler doğrultusunda, araştırma algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Postpartum Dönemdeki Duygusal Değişimler:

Postpartum period: Doğumun sonuçlanmasıyla başlayan ve gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkmasıyla sona eren süreçtir. Gebelikte meydana gelen değişikliklerin geriye dönmesi için geçen süre 6-8 haftadır. Ortalama 6 hafta olarak kabul edilir (2,3,26 )

Postpartum dönemde, annede genital organlar gebelik öncesi durumuna dönerken, endokrin sistemde de artan östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal düzeylerine iner.(3,5).Bu dönemde fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra, anne yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir süreç yaşar. Anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebek ile iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebek ile ilgili sorunlarla başetmek zorundadır. Birçok kadın, gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlar. Ancak uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir.(27)

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygusal sorunların sınırları çok net belirlenmemiştir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, postpartum duygusal değişimlerin; belirtilerine, özelliklerine, tedavilerine, prognozlarına göre tanımlanarak annelik hüznü (maternity blues) postpartum depresyon, postpartum psikoz olmak üzere başlıca üç grupta toplandıkları görülmüştür (1,3,6,28).

#### 2.1.1. Postpartum Dönemdeki Duygusal Değişimlerin Tarihçesi

Postpartum dönemde oluşan duygusal sorunların, diğer duygusal sorunlardan ayrılan pek çok özelliği vardır. Bu farklılığı ilk olarak 1858'te peripartum duygusal hastalıklar üzerinde çalışan Fransız doktor Louis Victor Marce tarafından tanımlandı. Marce, postpartum duygusal bozuklukların belirtilerinin ve bulgularının değişken olduğunu, remisyon gösterdiğini ve alevlenmelerle sürdüğünü belirtti. Gebelik boyunca, kadın anatomisinde ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin duygusal bozuklukların oluşmasında etkili olduğunu ileri sürdü. Ancak fiziksel ve psikolojik yakınmalar arasındaki ilişkiyi tanımlayamadı. Endokrin sistemin ana hatlarının belirlenmesinden 25 yıl önce öldü (4,25).

19. yy sonlarında ve 20. yy başlarında pek çok araştırmacı, doğumla ilgili duygusal bozukluklar konusunda birçok ayrıntıyı belirleyip, yeni bilgiler sağladılar. Psikiyatristler, yeni bilgilerin ışığında, postpartum duygusal bozuklukları tanımlamaya ve sınıflandırmaya çalıştılar. Ancak, postpartum hastalar çok yaygın ve değişken bulgulara sahiptirler. Bu durum sınıflamada engel oluşturdu. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952'de onaylanan DSM-I'de önerilen çözüm postpartum ve benzeri terimlerin terminalojiden çıkarılması ve doğumdan sonra oluşan rahatsızlıkların baskın olan bulgu veya sendroma göre isimlendirilip sınıflandırılmasıydı (4,6).

Bunun sonucunda, postpartum duygusal bozukluklar konusunda bilgi ilerlemesi yavaşladı. Çoğu doktor, özellikle obstetri ve psikiyatri alanında çalışanlar, doğumun sizofreni ve nevroz gibi gizli hastalıkları ortaya çıkardığına inandı.(6)

Böylece 20. yüzyılın sonlarına kadar, postpartum duygusal bozukluğu olan anneler, diğer fonksiyonel bozukluğu olan kadınlarla aynı tedaviyi aldılar. Bu durum 1980'de Ian Brockington, İngiltere'de postpartum duygusal bozukluklar üzerine bir konferans verinceye kadar sürdü. Bu konferans tüm dünyada ilgi uyandırarak yeni bir oluşumu başlattı. Uluslararası bir organizasyon olan "Marce Society" kuruldu. Postpartum duygusal bozukluklar üzerinde yeni araştırmalar yapılmaya böylelikle başlandı. (6,25)

Elde edilen yeni bilgiler ışığında, Amerikan Psikiyatri Birliği 1994'te DSM-IV ile duygu durum bozuklukları tanı kategorisine "postpartum başlangıç" belirleyicisini koymayı kabul etti. (29).

### **2.1.2. Annelik Hüzünü (Maternity Blues)**

Annelik hüznü, (Maternity Blues); literatürde, bebek hüznü, (baby blues), postpartum hüznü (postpartum blues), annelik (maternity), annelik melankolisi (maternity melancholy) gibi kavramlarla da ifade edilebilmektedir (7,12,30).

Annelik hüznü, normal postpartum değişiklikler olarak kabul edilmektedir. Annelerin %50-80'inde görülmektedir (1,6,7,12).

Belirtilerin hangi günler ortaya çıkıp, ne zaman en ciddi dereceye ulaştığı konusu hala belirsizdir. Örneğin, Handley, Dunn Waldron ve Baker (1980), postpartum 1. haftada annelik hüznünün pik yapmadığını savunurken, Stein

(1980) postpartum 4-6. günlerde ağlama, başağrısı, sıkıntı, konfüzyon ve huzursuzluk artışı bildirilmiştir (1,7,12,30).

Beck, Reynould ve Rutowski (1992) ABD'de yaptıkları çalışmada postpartum 4. günde annelik hüznü yaşayanların oranı %65 iken, postpartum 7. günde bu oranın %50'ye düştüğü saptanmıştır (12).

#### **2.1.2.1.Belirtiler**

Genellikle postpartum 2-4. günlerde ortaya çıkıp, bir iki hafta içinde geçen bazı belirtilerle özelleşmiştir. Aralıklı olarak hafif şiddette, uyku bozukluğu (%70), ağlama (%66), hafif şiddette yorgunluk (%54), sıkıntı (%51), baş ağrısı (%35), bir işe yoğunlaşamama (%29), endişe (%21) görülmektedir. Annenin özellikle kendisinin ve çocuğunun sağlığı konusundaki endişeleri artmış durumdadır (6,7,30).

Ülkemizde annelik hüznü ile yapılmış çok az sayı da çalışma bulunmaktadır. Ersoy'un (1993) vaginal yolla doğum yapan 100 anne üzerinde yaptığı çalışmada, postpartum 2. ve 5. günlerde annelerin duygusal durumlarını incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre, postpartum 2. günde annelerin özellikle yorgun (%70), uykusuz (%65), aşırı hassas (%56), oldukları 5. günde ise yorgun (%57) ve aşırı hassas (%54) oldukları saptanmıştır. Bulgulara göre, postpartum duygusal ifadelerin 2. ve 5. gün arasında anlamlı bir fark gösterdiği ve 5. güne doğru duygusal ifadelerin yoğunluğunun hafiflediği belirlenmiştir (31).

Bazı araştırmaların sonucunda, annelik hüznü ne kadar şiddetli ise, daha sonra oluşabilecek postpartum depresyon riskinin de o kadar büyük olduğu bulunmuştur (1,12,15). Annelik hüznü, depresyon ve psikozun birbirini izleyen süreçler olduğuna ilişkin görüşlerde bulunmaktadır (6,32).

#### **2.1.2.2.Tedavi**

Annelik hüznü, genellikle iki hafta içinde iyileşir. Belirtilerin şiddeti azalarak kaybolur. Psikoterapik ilaca gereksinim duyulmaz. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde geçmediyse, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır (33,34).

Annelik hüznü, normal postpartum dönemde alışılmış bir durum olduğu için klinik önemi tam anlaşılamamıştır. Bu nedenle, müdahalede geç kalınıp depresyona dönüşmesi engellenemeyebilir. Bu amaçla anneler taburcu olurken, hastanede, taburcu olduktan sonra, ev ziyaretleri ile evde postpartum duygusal



reaksiyonlar konusunda bilgilendirilmelidir. Annelik hüznünü yaşayan anneler, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, nasıl başedecekleri konusunda yönlendirilmelidir. Bebek bakımı ve yenidoğan sağlığına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Emosyonel destek ve bilgilendirme gibi psikoterapik girişimler bu süreci aşmada yararlı olur (27,28,35).

### **2.1.3. Postpartum Depresyon:**

Postpartum depresyonun yaygınlığını (prevalans) saptamak amacıyla yapılan araştırmaların bazılarının depresyonun tanısal değerlendirilmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanması, birbiri ile çelişen verilerin elde edilmesine neden olmuştur (5,7). Postpartum dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik gibi) depresyonda da görülen belirtiler olduğu, yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (5,36,37).

Hastaların, doğumdan sonraki farklı zaman dilimlerinde değerlendirilmeleri, çalışmalarda kullanılan tanısal ölçütlerin farklı, örneklem gruplarının küçük olması da birbirleri ile çelişen sonuçların bulunmasında etkilidir (5,30,36,37).

Kapsamlı ve ayrıntılı değerlendirme yöntemleri ile yapılan çalışmalarda, postpartum depresyon yaygınlığı (prevalans) için %6-16, postpartum depresyon sıklığı için (insidans) %10-15 arasında değişen oranlar bulunmuştur (5,27,28,38).

Ülkemizde, postpartum depresyon görülme oranı ile ilgili yapılmış yeterince çalışma bulunamamıştır. Vural ve Akkuzu'nun (1999) normal vaginal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlığını inceledikleri çalışmada, 90 anne Beck Depresyon Envanteri ile incelenmiştir. Çalışma sonucunda annelerin %21.2'sinde depresyon saptanmıştır (10).

ABD'de (1992) postpartum 3. ayda depresyon insidansının en az %10, en çok %26 olduğu bildirilmektedir (12,14).

#### **2.1.3.1. Postpartum Depresyonun Görülme Zamanı**

Postpartum depresyonun başlangıç aşamasında genellikle belirti vermez. Yaklaşık 2/3'ü ilk iki hafta içinde başlar. Postpartum depresyon annelerin %80'inde ilk 6 hafta içinde başlar. Haftalar, aylar içinde yavaşça artar. Bir plato oluşturur veya iyileşir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği bildirilmektedir (1,5,6,).

Cox ve arkadaşlarının çalışmasında (1993), postpartum ilk beş haftadaki annelerde depresyon görülme oranı kontrol grubuyla (aynı yaştaki doğum yapmamış kadınlar) karşılaştırılmıştır. 232 anne ile yapılan araştırma sonuçlarına göre, postpartum ilk beş hafta içinde depresyonun başlama oranı 3 kat daha fazla bulunmuştur (25,53)

Beck ve arkadaşlarının (1992), 49 primipar anneyi postpartum 1.6 ve 12. haftalarda inceledikleri çalışmada, annelerin sadece 1'i, 1. haftada ciddi depresyon yaşarken 6. haftada tüm primiparların %15.4'ü orta derecede depresyon geçirmiştir. 12. haftada ise %16.5'lik bölümünde depresif belirtiler bulunmuştur (12).

### **2.1.3.2.Belirtiler:**

Sıklıkla bedensel yakınmalar, özellikle aşırı yorgunluk vardır. Belirli bir neden olmaksızın ağlama, uyuyamama, bir işe yoğunlaşamama, beslenme bozuklukları (iştah artması ya da azalması), irritabilite, yalnız kalma korkusu, suçluluk duyguları, umutsuzluk, özkıyım düşünceleri, ağır anksiyete, panik ataklar, obsesif düşünme ve kompulsif davranışlar, aktivitelerden zevk alamama, bebeğin beslenmesi ve uykusu ile ilgili endişeler, ağır depresyon durumunda, bebeği öldürmeye ilişkin düşünceler görülür (5,7,9,27).

1967 yılında 54 kişi üzerinde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre postpartum depresyonda görülen belirtiler şöyledir. Bir işe yoğunlaşamama (%93), ilgi kaybı (%89), somatik yakınmalar (%74), irritabilite (%67), umutsuzluk duygusu (%61), uykusuzluk (%59), sürekli yorgunluk hissi (%57), ağlama (%50), intihar düşünceleri (%41), suçluluk (%28) (5).

### **2.1.3.3.Risk faktörleri:**

Postpartum depresyona yatkın anneleri; erken tanılamak ve sağaltım girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu sorun ile mücadelede ilk adım postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk faktörlerini bilmek ve risk altındaki anneleri yakından izlemektir (1,14,36,40).

Postpartum depresyonun görülme zamanı, annelerin doğumdan sonra sağlık kuruluşundan çıktıkları, zamanda (postpartum 4-6 hafta sonra) olmaktadır. Annelerin evde oldukları bu dönemde belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılamamanın yapılamaması olasıdır. Bu nedenle risk faktörlerinin çok iyi bilinmesi,

annenin ve ailenin bu konuda öncelikle hastanede, taburculuk sonrası ise ev ziyaretleri ile bilgilendirilmeleri çok önemlidir.

Risk faktörlerini belirlemeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak yapılan çalışmalar, içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in (1996) araştırmasıdır. Beck ,postpartum depresyon öngöstergelerini araştıran (1974-1994 arasında yapılan) 56 çalışmayı incelenmiştir. Araştırmaların meta analizi sonucunda postpartum depresyonun ön göstergeleri olan sekiz faktör belirlenmiştir. Bu faktörler ve postpartum depresyon oluşturma oranları şöyledir.

Prenatal depresyon	%51-%49
Bebek bakım stresi	%49-%48
Yaşam stresi	%40-%36
Sosyal destek eksikliği	%39-%37
Annelik hüznü	%37-%35
Prenatal anksiyete	%36-%30
Evlilikten memnuniyetsizlik	%37-%29
Önceki depresyon öyküsü	%29-%27

**Prenatal depresyon:** Gebelikteki depresyonun, postpartum depresyon için en önemli risk faktörü olduğu görülmektedir. Prenatal depresyon; gebeliğin herhangi bir trimestrında ortaya çıkabilir.

**Bebek bakım stresi:** Bebeğin, sağlık, beslenme, uyku ve bakımı ile ilgili stresli olayları ifade eder. Bebek davranışları da (huzursuzluk, kolay ağlama, uykusuzluk) buna katkıda bulunur (11,15). Bebeğin özürlü doğmasının, postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olabileceği dikkate alınmalıdır. Ayrıca, bazı geleneksel-kapalı toplumlarda bebeğin cinsiyetine yönelik beklenti ve değer yargılarının da depresyon gelişimi açısından önemli bir stres kaynağı olabileceğine ilişkin birçok klinik gözlem vardır (1,7).

Tekin ve arkadaşlarının (1996), yenidoğan sağlığının postpartum depresyon ve emzirme tutumuna etkisini inceledikleri çalışmalarda, bebekleri düşük doğum ağırlıklı (2500 gram ↓ olan) ve yoğun bakım ünitesinde kalan annelerin, sağlıklı bebeği olan annelere göre daha çok depresyon yaşadıkları bulunmuştur (8).

Vural ve Akkuzu'nun (1999) 100 primipar anne ile yaptıkları çalışmada, bebek bakımı ile ilgili sorun yaşayan annelerin (%34.4), depresyon düzeylerine bakıldığında, %35.4'ünde Beck Depresyon Envanterine göre depresyon saptanmıştır (10).

**Yaşam Stresi:** Gebelik ve postpartum dönemde yaşanan stresli olayları kapsar. Annenin yaşadığı her olayın oluşturduğu stres miktarı, yaşam stresini oluşturur. Örneğin; hastalıklar, mesleki değişiklikler, ölüm, parasal sorunlar, kazalar vb. (4,15). Yapılan çalışmalarda gebelikte ve postpartum dönemde, önemli yaşam olayları deneyimi geçiren annelerde, postpartum depresyon yaşama oranının daha çok olduğu saptanmıştır (16,42).

**Sosyal Destek Eksikliği:** Sosyal destek hem araç desteğini (örnek: bebek bakımına destek, ev işlerine yardım) hem de emosyonel (duygusal) desteği kapsar. Kadının sosyal ilişki miktarı, (eş, aile, arkadaşlar) bunlara yakınlığı, görüşme sıklığı, kişisel sorunlarını paylaşabildiği kişi sayısı gibi sosyal çevresini içeren sosyal ilişki yapısını kapsar.

Cutrona ve Troutman'a göre (1986), sosyal destek öncelikle kadının annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu arttırarak depresyonu önlemektedir. Doğumdan sonraki farklı dönemlerde, farklı risk etmenlerinin etkili olduğu sosyal destek ve yaşam olayları gibi özgül değişkenlerin yalnızca belirli bir populasyon için risk oluşturduğu yönünde de görüşler vardır (16,19,43).

**Annelik hüznü:** Postpartum 2-4. günlerde ortaya çıkıp 1-10 gün süren davranış değişiklikleridir. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda, postpartum depresyon riskinin de büyük olduğu saptanmıştır (12,14,15).

Cooper ve arkadaşlarının (1988) yaptıkları bir çalışmada, antenatal dönemde seçilen 66 kadın, postpartum ilk 2 haftada günlük mizaç değişiklikleri yönünden değerlendirilmiştir. Bu anneler, postpartum 14 hafta boyunca izlenmiş ve 4 kez daha değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, annelik hüznünün postpartum depresyon ile anlamlı ölçüde yakın ilişkide olduğu ve depresyon için çok önemli bir öngösterge olabileceği bulunmuştur (30).

Beck ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları bir başka çalışmaya göre, postpartum dönemdeki annelerde 1,6 ve 12. postpartum haftalarda annelik hüznü ve postpartum depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçları göre,

postpartum 1. haftada annelik hüznü yaşayanlarda, postpartum 6. haftada depresyon yaşama arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (12).

**Prenatal Anksiyete:** Bu durum, gebelikte her bir trimestirda veya gebelik sonunda ortaya çıkabilir. Anksiyete, huzursuzluk, bir şüphe yada belirsiz bir tehdide dayanan korkuları içerir.

Ayrıca, premenstrel dönemde yaşanan irritabilite, anksiyete gibi duygudurum değişiklikleriyle perinatal dönemdeki duygusal sorunlar arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (5,6,14).

**Evlilikten memnuniyetsizlik:** Eşi ile evlilik sorunları yaşayan eş desteği alamayan ve zayıf evlilik ilişkileri olan kadınlarda postpartum depresyon açısından risk daha fazladır (1,14,15,44,45).

**Önceki depresyon öyküsü:** Anne gebeliğinden önce hayatının bir döneminde depresyonu yaşamışsa, postpartum dönem için risk altındadır. Bu konuda yapılan ileriye dönük (prospektif) çalışmalar, daha önceki yaşamlarında, psikotik tablo geçirmiş olan annelerin %58'inin hamilelik ve/veya postpartum dönemde ciddi duygusal bozukluklar gösterdiğini ortaya koymuştur (1,12,14,15). Postpartum depresyonlu kadınların %28'inde daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü bulunur. Bir postpartum depresyon sonrası, tekrar postpartum depresyon oluşma oranı %30-%100 (ortalama %50) oranındadır (29). Annenin birinci derece akrabalarında depresyon öyküsünün olması da önemli risk etmeni olarak tanımlanmaktadır (1,14).

#### **2.1.3.4. Etiyoloji**

##### **1. Biyolojik faktörler:**

Postpartum dönemde, annede ani ve hızlı birçok endokrin değişiklik olmaktadır. Birçok araştırmacı postpartum depresyonun etiyojisini araştırmak amacıyla bir dizi biyolojik değişkeni incelemiştir. Bu araştırmacılar, progesteron, östrogen, androjenler, kortizon gibi hormonların artma ya da azalmalarının etkilerini araştırmışlar ancak, östrogen ve progesteronun, postpartum dönemde ani düşmesi ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunamamıştır (6). Gebeliğin son üç ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir.(4,6)

Tiroksin düzeyi doğumdan sonra tiroid stimüle edici hormonun (TSH) azalmasıyla giderek düşer. Gebelik öncesi değerlerin altına inecek şekilde süren bu azalma bazı olgularda depresif belirtilerin gelişimine yol açabilir.

Hipotiroidizm ve miksödem de depresif belirtiler sık görülür. Kadınların bazılarında doğum sonrası dönemde hipotiroidizmin ortaya çıktığı, bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikörlerinin ölçümüyle önceden saptanabileceği bildirilmektedir (5,6).

Mallet ve arkadaşları (1995), hem tiroid hastalıklarında hem de depresyonda bilişsel işlevlerde bir bozulma olduğundan yola çıkarak yaptıkları çalışmada, postpartum depresyonda bilişsel işlevlerdeki bozulmanın tiroid işlevleri ve antikörlerinden bağımsız olarak ortaya çıktığını saptamışlardır (6).

Postpartum duygu-durum bozukluklarının fizyopatolojisinde, prolaktin, triptofen, betaendorfin, oksitosin ve bazı nörotransmitterler (dopamin, noradrenalin, seratonin) sorumlu tutulmuş ancak kesin bir sonuca ulaşılamamıştır (6,7).

**2. Psikososyal faktörler:** Doğum yapan kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın, psikiyatrik değişikliklerin annelerin bir bölümünde gelişmesi etiolojide, psikososyal faktörlerin gözönünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir.

Psikoanalitik kuram postpartum depresyon da bağımsız kendiliğin kaybı üzerinde durmaktadır. Gebeliğin sona ermesi, fetüsle ilgili yakınlığın kaybı olarak görülmekte, sevilen birinin kaybını hatırlatabilmektedir (6). Özellikle ilk doğumunu yapan kadınlar yoğun ambivalans ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam biçiminin, beden imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annenin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin istekleri, bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe yada kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik algısını içselleştirmede güçlük yaşamaktadır. Duygusal yönden desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların kendi bebekleri ile sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır (6,46).

Nicalson (1990), postpartum depresyonu açıklamada, iki model geliştirildiğini bildirmektedir. Klinik model; postpartum depresyonu bir hastalık, ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal modelde; doğumun bir yaşam olayı olduğu ve postpartum depresyonun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya

çıkacağı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler "bağımsız" kadın rolünden, "geleneksel" kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin kayıp ve değişikliklerin yaşanması, kadın üzerinde başedilmesi zor etkiler oluşturabilmektedir (1,6,25).

### **2.1.3.5.Tanımlama**

Postpartum depresyonu, doğru ve erken tanılamak hastalığın ilerlemesini engellemede ilk adımdır. Bu amaçla birçok çalışma yapılmıştır. Postpartum depresyonu inceleyen çalışmalarda, postpartum depresyona özgü bir ölçeğin kullanılmasının daha güvenilir sonuçlar ortaya çıkaracağı düşünülmüştür. Bu amaçla Cox ve ark (1987), Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeğini (EPDS) geliştirmişler ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. EPDS'nin zaman içerisinde depresif tablonun şiddetinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmış, farklı kültürlerde kullanılarak geçerlilik çalışması yapılmıştır. Postpartum dönemdeki annelerde rutin bir tarama aracı olarak kullanılabileceği bildirilmektedir (21,22,23,24). Ülkemizde de EPDS'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.(25)

Postpartum depresyonu, postpartum normal, uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebildiği, ancak enerji kaybı, duygu-durum bozukluğu belirtileri, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi-istek kaybı gibi belirtilerin ise yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır (5).

Postpartum depresyonun, postpartum olmayandan farklı yönleri şöyledir.(7)

- Postpartum depresyonda, daha fazla psikotik belirti görülür.
- Postpartum depresyon, akşamları daha kötüdür.
- Postpartum depresyonda, daha fazla konfüzyon olmaktadır.
- Postpartum depresyonun, süresi daha kısadır (ortalama 6-8 hafta)
- Postpartum depresyonda, daha az suisid (intihar) fikri vardır.
- Postpartum depresyonda, uykuya dalma güçlüğü şeklinde uykusuzluk görülür.

### **2.1.3.6.Tedavi**

Postpartum depresyonlu annelerin 2/3'ü bir yıl içinde iyileşmektedir. Postpartum depresyon ve postpartum psikoz riski bir yıla kadar sürebilmektedir. Bazı yayınlarda iki yıla kadar uzayabileceği bildirilmektedir (9,30,40).

Tedavide birinci ilke belirtilerin erken tanınması ve zaman geçikmeden sağaltıma başlanmasıdır. Erken tanı konulamazsa belirtiler kronikleşip, tedaviye dirençli duruma gelebilir. Riskli görülen annelerden ayrıntılı öykü alınması ve fiziki değerlendirme yapılması doğru tanıda yol gösterici olmaktadır (27,28).

Depresyonu olan bir annenin bebeği ile yeterince ilgilenemeyeceği düşüncesiyle, bebek bakımında anneye destek olunması sağlanmalıdır. Özellikle intihar riski olan annelerin hastanede yatırılarak tedavi edilmesi gereklidir (6,7,47).

### **2.1.4. Postpartum Psikoz:**

Postpartum psikoz kavramının yerine, puerperal psikoz, postpartum psikotik depresyon gibi terimler kullanılabilir (6,14,27,28).

Postpartum dönemde görülen en şiddetli bozukluktur. Semptomları açısından çok değişkendir. Bu nedenle postpartum psikozunu tanımlarken "mercûrial" kelimesi kullanılmaktadır. Mercûrial, civalı bir türlü yerinde duramayan değişken anlamındadır. Erken tanınmaz ve tedavi olmazsa tekrarlayabilir. Anne-bebek, aile ve toplum için yıkıcı sonuçlar doğurabilmektedir (3,30,34). Postpartum psikozlu kadınların %5'i intihar etmiş, %4'ü bebeğini öldürmüştür. (25).

Postpartum psikoz,sıklıkla 3-14. günlerde görülür. Hastaların %80'inde belirtiler ilk 1 ay içinde görülebilmektedir. Genellikle doğum sonrası 2-3 günlük belirtisiz period bulunmaktadır. Brockington ve arkadaşları postpartum psikozun doğum sonrasındaki 6. haftadan sonra ortaya çıkmadığını bildirmektedir (7).

Görülme sıklığı her 1000 doğuma 1-2 arasında bildirilmiştir (1,25,34).

#### **2.1.4.1.Belirtiler:**

Postpartum psikozda ilk önce, yorgunluk, uykusuzluk ve aşırı aktivite durumu gelişir. Ağlama nöbetleri ve duygusal değişkenlik olabilir. Daha sonra şüphecilik, dalgınlık, bebeğin sağlığına ilişkin obsesif düşünceler gelişebilir. Ağır psikoz durumlarında bebeğin kusurlu, anormal olduğuna ilişkin sanrısız düşünceler olabilir. Bu sanrısız düşünceler "gelecekteki acılardan çocuğu kurtarmak için" onu öldürme eğilimlerine yol açabilir. Anne, bebeğe zarar vermesini söyleyen komut halüsinasyonları duyabilir.(1,4,12,29)



**2.1.4.2.Risk Grupları:** Geçirilmiş psikoz öyküsü olan annelerde %40 oranında tekrarlayan postpartum psikoz oluşmaktadır. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda, primiparlarda, postpartum depresyon geçirenlerde risk fazladır (1,3,6)

**2.1.4.3.Tedavi:** Genellikle antipsikotikler tercih edilir. Antipsikotiklere yanıt alınmadığı durumlarda EKT uygulanabilir. Özellikle intihar ve bebeği öldürme düşüncesi olan annelerde anne ile bebeği ayırarak annenin hastanede tedavisi yapılmalıdır. Tedavi sonrasında anneler 6-12 ay boyunca gözlem altında tutulmalıdır. Tedavi alan postpartum psikozlu hastaların %95'i 2-3 ay içinde iyileşmektedir (1,3,6,25,42).

## **2.2.Sosyal Destek Kavramı**

Sosyal destek kavramı, ilk olarak 1960'lı yıllarda koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarla incelenmiş ve sağlıkla ilişkisi araştırılmıştır. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, stres ve strese bağlı hastalıklarda, sağlığa olumlu yönde etkilerinin bulunduğu ortaya konmuştur (18,19). 1970'lerin ortalarından itibaren bir başetme kaynağı olarak sosyal desteğin rolü büyük ilgi uyandırmıştır. Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda amaç, sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel semptomlara karşı kişiyi koruduğunu göstermek olmuştur (48).

Son yıllarda sosyal psikoloji araştırmalarının önemli bir bölümü, sosyal desteğin tanımı, ölçümü, işlevleri ve yaşam olaylarının stres verici etkisini tamponlayıcı rolü gibi konular üzerinde toplanmıştır (49).

Sosyal destek kavramı, konu ile ilgilenen araştırmacılar tarafından çeşitli biçimlerde tanımlanmıştır. Sosyal destek; genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi-manevi yardımdır (49,48). İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleridir (17).

Tanımlardaki farklılıklara karşın kavram; yardım faktörünü, (bilişsel, duygusal, araçsal) ve kişinin içinde bulunduğu sosyal ilişkiler sistemini içermektedir. Sosyal ilişkiler, sosyal ağı oluşturmaktadır. Sosyal ağ, kişi ile

çevresindeki diğer insanlar arasındaki bağları ve bu insanların birbiri ile olan ilişkilerinin ifade eder (48).

Sosyal ağı, değerlendirirken; büyüklük, (kişinin ilişkide bulunduğu insan sayısı) ilişkilerin sıklığı, sosyal bağların gücü, homojenite (sosyal ağ üyelerinin cinsiyet, yaş, ırk ve kültürel açıdan benzerliği), dağılım (üyelerin fizik açıdan yakın yada uzak oluşu), simetri (ilişkideki aktiflik yada pasiflik derecesi) gibi özellikler üzerinde durulmaktadır (48,49).

Bu değişkenler içinde üzerinde en fazla durulan özellik, ağın büyüklüğü olmuştur. Büyük bir ağın, sosyal destek kaynakları açısından zengin olacağı düşünülmüştür (50).

Sorias'ın (1988) araştırmasında, nevrotik depresyon tanısı almış 20 hasta ve 20 sağlıklı kontrol grubu ile çalışılmıştır. Araştırmada, sosyal ağ listesinden elde edilen sonuçlar incelendiğinde depresif hastaların sosyal ağındaki insan sayısı normallerden anlamlı şekilde daha az bulunmuştur (17).

Gabay'ın (1984), çalışmasında 84 annenin sosyal destek, çocuk yetiştirme stresi ve çocuklarla ilgili sorunlarla başa çıkma biçimleri incelenmiştir. Annenin sosyal destek düzeyi arttıkça, çocuk yetiştirme stresinin de anlamlı biçimde arttığı görülmüştür (19). Stokes'e göre sosyal destek ve sosyal ilişkiler arttıkça, bir noktadan sonra, çok sayıda ilişkinin getirdiği sorumluluk ve baskı nedeniyle zararlı olma olasılığı da artmaktadır (48).

Farklı görüşlere rağmen, geniş bir sosyal ağ içinde bulunan insan, (eş, evlat, ebeveyn, arkadaş ya da komşu gibi) birbirinden farklı roller sürdürür. Bu farklı yaşantılar içinde seviliyor, değerli bulunuyor, gerektiğinde yardım görüyorsa, kendini o denli mutlu ve güven içinde hisseder. Sosyal ilişkiler, kişinin kendine güvenini ve benlik saygısını artırarak yaşam güçlükleri ile başa çıkmada yardımcı olur. Bunun tersine sosyal ilişkiler yetersiz yada bozuk olduğunda, ruhsal bir hastalık geliştirme riskini arttıran, anksiyete, stres ve değersizlik duyguları daha sık yaşanır (18,51).

### **2.2.1.Sosyal Desteğin Bileşenleri:**

Sosyal kaynağın kişiye farklı tipte yardımlar sağladığı belirtilmiştir. Bunlar içinde üzerinde en fazla durulan; araçsal, duygusal ve zihinsel destek olmuştur.(49).

**Araçsal destek:(Maternal support):** Günlük sorumlulukların gerçekleştirilmesi için başkaları tarafından sağlanan eylem yada araçlardır. Örneğin: anne yorulduğu yada gücü tükendiğinde başka birisi geçici olarak bebeğin bakımını üstlenebilir.

**Duygusal destek: (Emotional support):** Kişinin sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel gereksinimlerinin karşılar. Örneğin: eşi ile anlaşmazlığa düşen ve güç durumda kalan bir kadın kendisini anlayışla dinleyen, seven ve hak veren bir insana gereksinim duyar. Empatik anlayışla, içtenlikle kendisini dinleyen birisi ile konuşmak, kadını rahatlatılabilir.

**Zihinsel destek: (Cognitive support):** Öneri ve bilgi verme, davranışlar konusunda geri bildirim gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesidir. Örneğin, yeni anne olmuş bir kadına, çocukları olan deneyimli bir arkadaşının, kendisini nelerin beklediğini anlatması yeni annenin stresini azaltmada yardımcı olabilir.

Sosyal destek işlevlerinin birbirleri ile iç içe olduğu görülmektedir. Bu nedenle, duygusal açıdan destekleyici bir ilişkide aynı zamanda maddi ve zihinsel destekte bulunur. Sosyal bir ağ içinde bulunan kişi, farklı kişilerden farklı destekler alarak sorunlarını çözmeye çalışır (18,49).

### **2.2.2.Algılanan Sosyal Destek**

Sosyal destek kavramı, aynı zamanda sosyal ilişkinin algılanış biçimi, yani sosyal ağın kişi üzerindeki bıraktığı etkiyle de yakından bağlantılı bulunmuştur. Heller'e göre: bir sosyal aktivite, bu aktivitenin alıcı kişi tarafından benlik saygısını zenginleştirici olarak algılanıyor yada stresle ilgili bir yardımı (duygusal yardım, zihinsel yeniden yapılandırma, araçsal yardım) sağlıyorsa, sosyal desteği içermektedir (48).

Algılanan sosyal destek, bir anlamda kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır (48,20).

Heller ve arkadaşlarına göre; sosyal aktivitenin kendisi değil, algılanış ve yorumlanış biçimi sağlığı korumaktadır. Bu araştırmacılara göre, sosyal destek, başa çıkma mekanizmaları ve sağlık arasındaki, ilişkiyi açıklayan kuramsal bir model geliştirmişlerdir. Bu modele göre, herhangi bir sosyal aktivitenin ya kişinin benlik saygısını arttırması, ya da stresle ilgili araçsal ya da bilişsel bir yardımı

içermesi gereklidir. Bu iki destek işlevinden benlik saygısını arttırıcı olanın, sağlık sonuçlarıyla doğrudan ilişkisi bulunmuştur. Desteğin diğer bileşeni olan, stresle ilgili kişiler arası yardımlar ise başa çıkma mekanizmaları ile aynı yönde çalışarak sağlığı dolaylı biçimde etkiler. Kişinin yakından bağlı olduğu insanlar, stres verici durumlarda sağladıkları araçsal yada zihinsel yardımlarla sorunun çözümüne aktif biçimde katılırlar. Ancak, başka insanlardan gelen pratik yardımlar empati ve anlayışla birlikteyse, ya da aynı zamanda kişinin benlik saygısını da zenginleştiriyorsa, kişinin yaşam sorunları ile daha kolay başa çıkabildiği görülmüştür (48,49,51,16).

Hall'in (1991) annenin depresif bulguların psiko-sosyal belirteçlerini incelediği çalışmasında sosyal kaynak azaldıkça, kronik stres düzeyinin yükseldiği görülmüştür. Aile ve arkadaş desteği olmayan anneler, kronik stresle başetmede kaçınma davranışını daha fazla kullanır. Bu yaklaşım stresi azaltmaya yönelik olmadığı için depresyonu arttırabilir. Sosyal kaynakları daha fazla olan anneler aktif davranışsal başetmeyi etkin olarak kullanırken, kaçınmayı daha az kullandıkları görülmüştür (44).

Gordon ve arkadaşlarının (1965) duygusal uyumdaki faktörleri incelediği çalışmasında prenatal dönemde "annelik rolü için" sosyal destek sağlanan ve psikolojik olarak hazırlanan annelerin yeni sorumluluklarına uyum sağlanması ve postpartum duygusal stresle baş etmesinde kontrol grubuna göre daha az sorun yaşadıkları görülmüştür (41).

Sosyal destekte, cinsiyet farklarını araştıran çalışmalarda, erkeklerin sosyalleşme sürecinde otonomi, kendine güven ve bağımsızlığa önem verdiklerine değinilerek, bu özelliklerin sosyal desteğin gelişimini ve kullanımını engelleyebileceği belirtilmektedir (48). Erkek rolüne özgü özelliklerin erkeklerin sorunları konusunda açıklama yapmasını ve sorunlar için yardım istemesini güçleştirdiği düşünülmektedir. Kadınların ise yapılan çalışmalar da algılanan sosyal destek ölçeklerinden daha yüksek puan almaları, kadınların sosyal desteğe daha fazla gereksinim duyduklarını göstermektedir (49,48,51,20).

Roy'un (1978) çalışan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınlarda gerek iş, gerekse aile ortamından aldığı sosyal destek düzeyi azaldıkça depresyon belirtilerinin arttığı görülmüştür (52).

Sosyal desteğin ruhsal bozuklukların oluşmasında koruyucu bir rol oynadığı görülmektedir. Ancak sosyal desteğin bileşenlerini, kişilik özelliklerinden bağımsız olarak değerlendirmek olanaksızdır. Sosyal destek, ancak sosyal ilişki yoluyla sağlanır. Bunun için de her şeyden önce kişinin insanlarla ilişki kurması ve bu ilişkileri sürdürme konusunda yeterli olmaları gerekir. Bu yeterlilik çevrenin değil, bireyin bir özelliğidir.

### **2.3. Hemşirelik ve Postpartum Depresyon**

Postpartum dönemde görülen depresyon, diğer yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlar doğurmaktadır (3,6,11). Postpartum depresyon yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir (9,27).

Bu nedenle;

Hemşirenin postpartum depresyonu,

- Önleme
- Erken tanı
- Tedavi de önemli sorunlulukları vardır

Postpartum depresyonu önlemede, prenatal dönemde hemşirelik önemli bir yere sahiptir. Postpartum depresyondan korunmada, hemşirelik; prenatal dönemde anneye ve aileye danışmanlık yapmayı içerir.

Gordon'un çalışmasında (1965), prenatal dönemdeki anneler için postpartum duygusal bozuklukları önleme amaçlı özel antenatal eğitim sınıfı oluşturulmuştur. Kontrol grubundaki annelere psikiyatristler tarafından tıbbi bilgi içeren eğitim verilirken, deney grubundaki annelere; psikiyatristin yanısıra, hemşire ve doğum uzmanları tarafından doğuma hazırlık eğitimi verilmiştir. Verilen eğitim; annelik sorumlulukları, doğumla birlikte gelecek yaşam değişimleri, anne-bebek etkileşimi, destek sistemlerinin farkında olma, kişisel bakımını sürdürmeye yönlendirme, gibi konuları içermiştir. Hemşire ve hekimden psiko-sosyal hazırlık eğitimi alan annelerin sadece %11'inde postpartum duygusal zorluklar oluşurken psikiyatristlerden eğitim alan gruptaki annelerin %17'sinde postpartum duygusal zorluklar oluşmuştur (41). Anneliğe hazırlanmada hemşirelerden rehberlik alan kadınların duygularını açıkça ifade edebildikleri, bebekleri ile sağlıklı etkileşimler kurdukları ve daha mutlu oldukları görülmüştür (35,41).

Hemşirenin sorumluluğunun olduğu diğer bir bölümde erken tanıdır. Hemşire, postpartum depresyon riskini, belirtilerini, iyi bilerek, postpartum depresyonu erken tanılamada önemli role sahiptir. Eğer annede postpartum depresyon gelişti ise hemşire tedavi aşamasında sağlık ekibinin önemli bir üyesi olarak annenin tedavisinde yer almaktadır.

Straub'un çalışmasında (1998), birinci basamak sağlık hizmetlerinde, pediatri ve doğum kliniklerinde çalışan hemşireler, aile hekimleri, çocuk ve doğum alanında çalışan hekimler ve psikolojik danışmanlardan oluşan postpartum destek gruplarının annenin ve ailenin bilinçlenmesi – başatmesinde etkin olduğu vurgulanmaktadır (63).

Beck postpartum depresyonlu annelere verilen hemşirelik bakımının, annelerin duygusal sorunlarını kabul etme ve bu sorunları ile baş etmelerinde etkili olduğunu belirlemiştir. Beck, hemşirenin postpartum depresyonlu annelere yaklaşımında; bilgi ve becerilerinin çok iyi olması gerektiğini vurgularken, bakımın sürekliliğinin de önemli olduğunu belirtmektedir (40).

Postpartum depresyon yaşayan anneler içinde buldukları bu durumu "kabus" olarak tanımlamaktadır (9,11). Annelerin yaşamlarının asla normale dönmeyeceği korkusu, suçluluk ve yetersizlik duyguları, obsesif düşünceleri vardır ve yaşam kaliteleri düşer (47). Postpartum depresyon yaşayan annelerin en büyük isteği, kendi bireysel özelliklerini, duygusal iyilik hallerini ve yaşam kontrollerini yeniden kazanabilmektir.

Bu durumda; annelerin yaşamlarındaki zorluklar ile başatmelerinde, onları yargılamadan kabul eden ve yeteneklerine inanan insanların olduğunu bilmeleri önemlidir. Hemşireler; annenin ve ailenin destek kaynaklarını belirleyerek bu kaynakların; kullanımı ve güçlendirilmesini sağlamalıdır. Hemşire, böylece annelerin, yalnız olmadıklarını bilmeleri sağlar. Ancak anneler dışarıdan yardım almakta isteksiz olabilir. Çünkü bu durumda çevrenin kendisini yetersiz bir anne olarak algılaması endişesini taşır. Bu nedenle, annelerin çevreden yardım almaları teşvik edilirken, aynı zamanda annenin güvenini kazanmakta çok önemlidir.

Görülmektedir ki; hemşireler annelerde postpartum depresyonu, önleme, erken tanılama ve başatme de, sağlık ekibi içinde vazgeçilmez bir yere sahiptir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, postpartum dönemdeki annelerde algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğinde yapılmıştır.

Sağlam Çocuk Polikliniği iki kısımdan oluşmaktadır. İlk girişteki bölümde bekleme salonu ve emzirme odası bulunmaktadır. İkinci bölümünde ,sekreterlik muayene ve öğretim üyelerinin odaları yer almaktadır. Muayene odalarının olduğu bölümde bir hemşire hafta içi 08-16 saatleri arasında çalışmaktadır.

Araştırma yeri olarak, sağlam çocuk polikliniği seçilmiştir. Bebeklerin hasta olmasının annelerin duygusal durumlarını etkileyeceği düşünülerek hasta çocuk polikliniği yerine , sağlam çocuk polikliniği araştırma yeri olarak seçilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine 15.07.2000-26.03.2001 tarihleri arasında başvuran 1127 postpartum 4-8 haftalık anne, araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örnekleme için 300 anneye ulaşılması planlanmıştır ve bu sayıya ulaşılmıştır. Postpartum depresyon annelerin % 5-25'ini etkileyen bir sorun olduğu için, depresyon riski olan annelerin örnekleme girme olasılığının olabildiği ve sonuçların değerlendirilebilmesi amacıyla örneklem sayısı 300 olarak planlanmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine 15.7.2000 –26.3.2001 tarihleri arasında başvuran, istenilen özelliklere sahip olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 300 anne , örnekleme oluşturmuştur.

Örnekleme alınan annelerde, prenatal dönemde tanısı konan psikiyatrik hastalığı olmaması, komplikasyonlu gebeliği olmaması, preterm ve postterm doğum yapmaması, doğum komplikasyonu olmaması, sağlıklı yeni doğana sahip

olması koşulu aranmıştır. Annelerin sosyal destek ve depresyon ölçeğini kendi kendilerine doldurabilmeleri için okuma yazma bilme koşulu aranmıştır.

Ayrıca gereğinde ulaşılabilmesi için İzmir dışında oturan anneler örnekleme alınmamıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma için gerekli verilerin toplanması amacıyla 3 form kullanılmıştır. 1.Form örnekleme alınan annelerin, sosyo-demografik özelliklerini belirleyen Tanıtım Formu, 2.Form annelerin algıladıkları sosyal desteği belirleyen Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği 3.Form depresyon riskini belirleyen Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği 'dir.

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

##### **3.5.1.1. Anne Tanıtım Formu**

Araştırma kapsamına alınan annelerin, sosyo-demografik özelliklerini tanımlamak amacıyla hazırlanmıştır. Formda yer alan sorular; annenin yaşı, yaş grubu, eğitimi, mesleği, işi (1,3,4,6,8 numaralı sorular), eşin; yaşı, eğitimi, mesleği, işi (2,5,7,9 numaralı sorular ), evlilik yılı (10. soru), ailenin gelir durumu (11.soru), çocuk sayısı (12.soru), doğum şekil (13.soru), gebeliği isteme ve anneliğe hazır hissetme (14,15 numaralı sorular), evlenme tipi (16.soru), doğumdan sonra yanında yardımcı olarak kalan birilerinin olup olmaması (17.soru), evde sürekli kimlerle yaşadığı (18.soru) nı öğrenmeye yönelik sorulardır (Ek 1).

##### **3.5.1.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS) 1988'de Zimet ve arkadaşları tarafından, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirilmesi amacıyla kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak geliştirilmiştir. MSPSS'nin üniversite öğrencilerinde güvenilirliği(Cronbach's alfa), 0.88 bulunmuştur.Hopkins Symptom Checklist'i ile yapılan korelasyon sonucunda geçerliliği kabul edilmiştir ( $r = -0.24, p < 0.001$ )(64).

Ülkemizde, MSPSS'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır.Güvenilirliği(Cronbach's alfa), üniversite öğrencilerinde 0.85, sağlık merkezine başvuranlarda 0.77, böbrek hastalarında 0.86, sağlıklı erişkinlerde 0.87, psikiyatri hastalarında 0.88 olarak bulunmuştur.



MSPSS ölçeğinin Beck Depresyon Envanteri ve Durumluluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği ile korelasyonları yapılarak geçerliliği kabul edilmiştir (20).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile (3,4,8 ve 11. maddeler), arkadaşlar (6,7,9 ve 12. maddeler) ve özel bir insandır (1,2,5 ve 10. maddeler). Her bir madde 1-7 arasında puanlanmıştır. Alt gruplardan alınabilecek en düşük puan 3 , en yüksek puan 24'tür. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ek 2).

### 3.5.1.3. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği 1987'de Cox tarafından İngiltere'de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyonu taramak üzere hazırlanmıştır. Ölçek bir kendini bildirim ölçeğidir. Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.87, iki yarım güvenilirliği 0.88, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif yordama değeri 0.83, negatif yordama değeri 0.78 bulunmuştur. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçek olarak hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. (21).

Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDDÖ) 1990'da Murray ve Corathers, 1998'de Lee ve arkadaşları, 1989'da Harris ve arkadaşları tarafından başka ölçeklerle karşılaştırmalı olarak kullanılmış, doğum sonrası dönemde annelerde depresyonu değerlendirme yönünden yeterli bulunmuştur (22,23,24).

Ülkemizde postpartum dönemde annelerde depresyon açısından tarama amaçlı bir ölçeğin bulunmaması nedeniyle Engindeniz tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (25). EDDÖ'nin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.79, iki yarım güvenilirliği, 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84 özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 bulunmuştur). E.D.D.Ö ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon  $r:0.7$ , ( $p<0.0001$ ) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. Bulunan değerlerin istatistiksel olarak hepsinin anlamlı olduğu saptanmıştır (25). Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Değerlendirmede; 1.2.4. maddeler 0,1,2,3 olarak puanlanırken,

3.5.6.7.8.9.10. maddeler 3,2,1,0 ters olarak biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmıştır. Bu puanın üzerinde, puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 'dur. (Ek 3).

### **3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Sağlam çocuk polikliniğine bebeklerini getiren annelere, muayene sonrasında araştırmacının kendisi tarafından, çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilerek karşılıklı görüşme yoluyla anne tanıtım formu uygulanmıştır.

Veri toplama araçlarından, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal destek ölçeği ve Edinburg Doğum Sonu Depresyon ölçeği annelere verilerek doldurmaları istenmiştir. Formların değerlendirilmesinden sonra, risk altında oldukları düşünülen (postpartum depresyon ölçeği puanı, 13 ve üstü olan) annelere telefonla ulaşılarak durumları hakkında bilgi verilmiş ve bir sağlık kuruluşuna başvurmaları için yönlendirilmiştir.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde; sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Annelerin; yaş grupları, eğitim durumları, eşin eğitim durumu ailenin gelir durumu, evlilik yılı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki, için tek yönlü varyans analizi, annelerin; yaş grupları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki için kruskal-walls varyans analizi, annelerin; çalışma durumu, evlenme tipi, çocuk sayısı, doğum şekli ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki için, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, anneliğe hazır olma durumları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki için, mann whitney-u testi, algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon arasındaki ilişki için korelasyon analizi, basit regresyon analizi, postpartum depresyonu etkileyen etmenlerin incelenmesi için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkeni, postpartum depresyon düzeyi olup, annelerin yaşı, eğitimi, mesleği, işi, eşin; eğitimi, yaşı, mesleği, işi, ailenin gelir durumu, evlilik yılı, çocuk sayısı, gebeliği isteme, anneliğe hazır olma, evlenme tipi, doğumdan sonra evde yardımcı olarak birilerinin kalması, evde sürekli yaşayan kişiler, annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

### **3.8. Süre ve Olanaklar**

Araştırmanın verileri 15 Temmuz 2000-26 Mart 2001 tarihleri arasında toplanmıştır.



## 4.BULGULAR

Bu bölümde;

- Annelerin tanıtıcı özellikleri,
- Postpartum depresyon ve etkileyen değişkenler arasındaki ilişki ile ilgili bulgular yer almaktadır.

### 1. Araştırma Örnekleminin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		
Kadının Yaşı	Sayı	Yüzde
19 yaş ve altı	12	4.0
20-24 yaş	89	29.7
25-29 yaş	91	30.3
30-34 yaş	74	24.7
35-39 yaş	30	10.0
40 yaş ve ↑	4	1.3
Kadının Eğitim Durumu		
Okur-yazar	5	1.7
İlkokul mezunu	120	40.0
Ortaokul mezunu	18	6.0
Lise mezunu	79	26.3
Yüksekokulu mezunu	78	26.0
Kadının Çalışma Durumu		
Çalışıyor	100	33.3
Çalışmıyor	200	66.6
Kadının Mesleği		
İşçi	6	2.0
Memur	78	26.0
Serbest Meslek	16	5.3
Ev Hanımı	200	66.6
Erkeğin Yaşı		
19 yaş ve altı	1	0.3
20-24 yaş	16	5.3
25-29 yaş	102	34.0
30-34 yaş	101	33.6
35-39 yaş	56	18.6
40 yaş ve üstü	24	8.0

<b>Erkeğin Eğitimi</b>		
Okur yazar değil	1	0.3
Okur yazar	2	0.7
İlkokul mezun	85	28.3
Ortaokul mezunu	33	11.0
Lise mezunu	87	29.0
Yüksekokul mezunu	92	30.6
<b>Erkeğin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	297	99.0
Çalışmıyor	3	1.0
<b>Erkeğin Mesleği</b>		
İşçi	42	14.0
Memur	110	36.6
Serbest meslek	145	48.3
İşsiz	3	1.0
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>		
Gelirim giderimden az	137	45.6
Gelirim giderime eşit	106	35.3
Gelirim giderimden fazla	57	19.0
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan annelerin, yaş ortalaması  $27.3 \pm 5.07$  dir. Annelerin %29.7'si 20-24 yaş grubunda yer alırken, %30.3'ü, 25-29 yaş grubundadır.

Annelerin eğitim durumlarına bakıldığında %40' ının ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin, %66.6'sı ev hanımı, %26'sı ise memur olarak çalışmaktadır.

Araştırmada yer alan annelerin, eşlerinin yaş ortalaması  $31.5 \pm 5.32$  dir. Erkeklerin yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında, %34'ü, 25-29 yaş grubunda iken, %33.6'sı 30-34 yaş grubundadır.

Erkeklerin, %30.6'sı yüksekokul mezunu, %29'u ise lise mezunudur.

Araştırma kapsamındaki annelerin, eşlerinin %99'u bir işte çalışmaktadır.

Erkeklerin, %48.3'ü serbest meslek 'de çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan ailelerin gelir durumlarına bakıldığında %19'unun geliri giderinden fazladır.

**Tablo 2:** Araştırmaya Katılan iftlerin Evlilik zelliklerine ve ocuk Sayılarına Göre Dağılımları

Evlilik ve ocuk zellikleri		
Evlenme Tipi	Sayı	Yüzde
Görücü usulü	152	50.6
Anlaşarak	148	49.3
Evlilik Yılı		
1 ve altı	40	13.3
2-5 yıl	131	43.7
6-9 yıl	81	27.0
10 ve üstü	48	16.0
ocuk sayısı		
İlk	150	50.0
İki ve üstü	150	50.0
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan annelerin %50.6 sı görücü usulü ile evlenmiştir.

Annelerin evlilik yıllarına bakıldığında % 43.7'si , 2-5 yıllık evlidir . ocuk sayısı ile ilgili bulgulara bakıldığında %50'sinin ilk çocuğu iken, %50 sinin iki ve daha fazla sayıda çocuğu vardır.

**Tablo 3:** Araştırmaya Katılan Annelerin Gebeliği İsteme ve Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarına Göre Dağılımları

Özellikler		
Gebeliğin istenmesi	Sayı	Yüzde
İsteyerek gebe kaldım	238	79.3
İstemedenden gebe kaldım	42	14.0
İstemedenden gebe kaldım ama sonra istedim	20	6.6
Anneliğe hazır hissetme		
Evet hazırım	239	79.6
Hayır hazır değilim	61	20.3
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan annelerin,%79.3'ü isteyerek gebe kalmış,%6.6'sı ise istemedenden gebe kalmış ama sonra gebeliği istemiştir.

Annelerin%79.6'sı kendini anneliğe hazır hissettiğini ifade ederken,%20.3'ü anneliğe hazır olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 4:** Araştırmaya Katılan Annelerin Doğum Şekline Göre Dağılımları

Doğum Şekli	Sayı	Yüzde
Vaginal doğum	167	55.6
Sezaryan doğum	133	44.3
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan annelerin %55.6'sı vaginal yolla ,%44.3'ü sezaryan ile doğum yapmıştır.

**Tablo 5:** Araştırmaya katılan annelerin doğumdan sonra yanında, yardımcı olarak kalan olma durumuna göre dağılımları

<b>Doğumdan sonra yanında kalan</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Oldu	264	88.0
Olmadı	36	12.0
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan annelerin,%88'inin yanında doğumdan sonra kalan olmuştur.

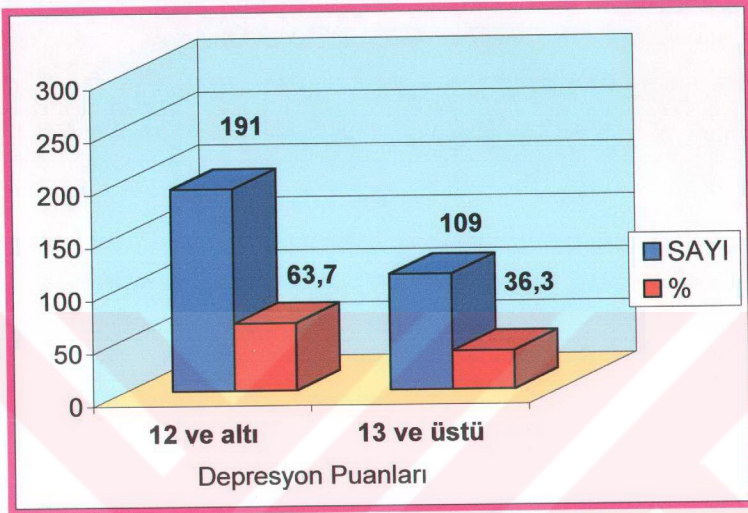
**Tablo 6:** Araştırmaya katılan annelerin birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımları

<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Tek başına	11	3.6
Eşim ve ben	272	90.6
Eşim ben ve eşimin ailesi	17	6.6
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Annelerin ,%90.6'sı eşi ile birlikte yaşamaktadır.



## 2. Depresyon puanı ve etkileyen değişkenler arasındaki ilişki



**Grafik 1:** Annelerin 4-8 haftalık Postpartum Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

Annelerin postpartum 4-8 haftalık depresyon düzeylerine bakıldığında %36,3'ünün 13 ve yukarı puan aldığı görülmektedir.

Annelerin postpartum 4-8 haftalar arasındaki depresyon puan ortalamaları  $10.70 \pm 4.85$  olarak saptanmıştır.

**Tablo 7:** Araştırmaya Katılan Annelerin Yaş Grupları ile Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

Yaş Grupları	Depresyon Puanları		n	
	$\bar{X}$	SS		
19 yaş ve altı	12.66±3.84		12	KW = 6.88 p>0.05
20-24 yaş	11.55±4.85		89	
25-29 yaş	10.16±4.84		91	
30-34 yaş	10.29±4.81		74	
35 yaş ve st	10.08±5.01		34	

Annelerin yaş grupları ile depresyon puanları arasında Kruskal-Wallis ile yapılan analizde istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ( KW:6.88 , p>0.05).

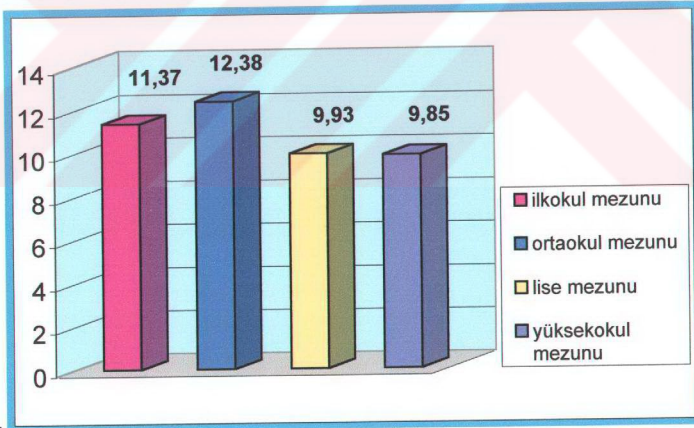
**Tablo 8:** Araştırmaya Katılan Annelerin Eğitim Durumları ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları(n=295\*)

Eğitim Durumları	Depresyon Puanları		n	
	$\bar{X}$	SS		
İlkokul mezunu	11.37±5.24		120	F=3.004
Ortaokul mezunu	12.38±3.66		18	p<0.05
Lise mezunu	9.93±4.65		79	
Yüksekokul mezunu	9.85±4.38		78	

\*okur yazar olan 5 anne analiz dışında bırakıldığı için örneklem sayısı 295'tir.

Annelerin eğitim durumları ile depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(F:3.004,p<0.05).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan LSD (Tukey's least- significant difference) testinde farklılığın lise ve üstü gruptan kaynaklandığı saptanmıştır( p<0.05 ).

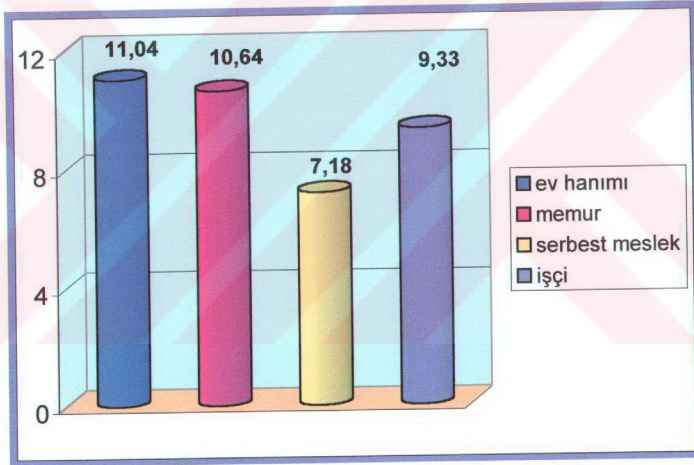


**Grafik 2:** Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları .

**Tablo 9** : Araştırmaya Katılan Annelerin Çalışma Durumları ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

Çalışma Durumu	Depresyon Puanı		n	
	$\bar{x}$	S.S		
Çalışıyor	10.01±4.61		100	t=1.748
Çalışmıyor	11.04±4.93		200	(p>0.05)

Araştırmaya katılan anneler arasında,çalışan ve çalışmayan anneler arasında depresyon puanları yönünden anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (t=1.748,p>0.05).



**Grafik 3:** Annelerin Mesleklerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı.\*

( \* = Gruplara düşen kişi sayılarının farklı olması nedeniyle istatistiksel analiz yapılmamıştır.)

**Tablo 10:** Araştırmaya Katılan Annelerin, Eşlerinin Eğitim Durumları ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları. (n=297\*)

Eşin Eğitim Durumu	Depresyon Puanları		n	
	$\bar{X}$	SS		
İlkokul mezunu	11.70±5.08		85	F=2.925
Ortaokul mezunu	11.63±4.50		33	p<0.05
Lise mezunu	10.06±4.99		87	
Yüksekokul mezunu	9.99±4.34		92	

\*Okur yazar olmayan 1kişi ve okur yazar olan 2 kişi analiz dışında bırakıldığı için örneklem sayısı 297'dir.

Annelerin eşlerinin eğitim durumları ve annelerin depresyon puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında fark bulunmuştur. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F=2.925, p<0.05).

Yapılan LSD testinde gruplar arasındaki farklılığın, ilkököl-lise mezunu, ilkököl- yüksek okul mezunu grupları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).



**Grafik 4:** Annelerin, Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları

**Tablo 11:** Araştırmaya Katılan Annelerin Gelir Durumları ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

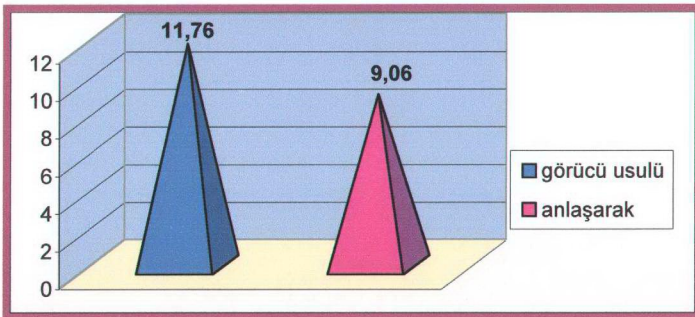
Gelir Durumları	Depresyon Puanları		n	
	$\bar{X}$	SS		
Gelirim giderimden az	11.33±5.32		137	F=2.246
Gelirim giderime eşit	10.26±4.68		106	p>0.05
Gelirim giderimden fazla	9.98±3.72		57	

Annelerin gelir düzeyleri ve depresyon puanlarına göre dağılımlarında gelir düzeyi ile depresyon puanı arasında anlamlı fark bulunamamıştır(F=2.246, p>0.05).

**Tablo 12:** Araştırmaya Katılan Annelerin Evlenme Tipi ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

Evlenme Tipi	Depresyon Puanı		n	
	$\bar{X}$	S.S		
Görücü usulü	11.76±5.09		152	t=3.939
Anlaşarak	9.60±4.43		148	(p<0.05)

Araştırmaya katılan annelerden ,eşleri ile anlaşarak evlenenlerin depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(t=3.939, p<0.05).



**Grafik 5:** Annelerin Evlenme Tiplerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları

**Tablo 13:** Araştırmaya Katılan Annelerin Evlilik Yılı ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

Evlilik Yılı	Depresyon Puanları		n	
	$\bar{X}$	SS		
1 yıl ve altı	10.47±5.06		40	F=2.134
2-5 yıl	10.12±5.10		131	p>0.05
6-9 yıl	10.88±4.60		81	
10 ve üstü	12.14±4.12		48	

Annelerin evlilik yılları ve depresyon puanları arasında fark yoktur (F=2.134,p>0.05).

**Tablo 14:** Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuk Sayılarına Göre Depresyon Puanlarının Dağılımları

Çocuk Sayısı	Depresyon Puanları		n	
	$\bar{X}$	SS		
İlk	10.86±4.61		150	t=0.594
İki ve üstü	10.53±5.08		150	p>0.05

Annelerin çocuk sayıları ile depresyon puanları arasında fark yoktur(t=0.594,p>0.05).



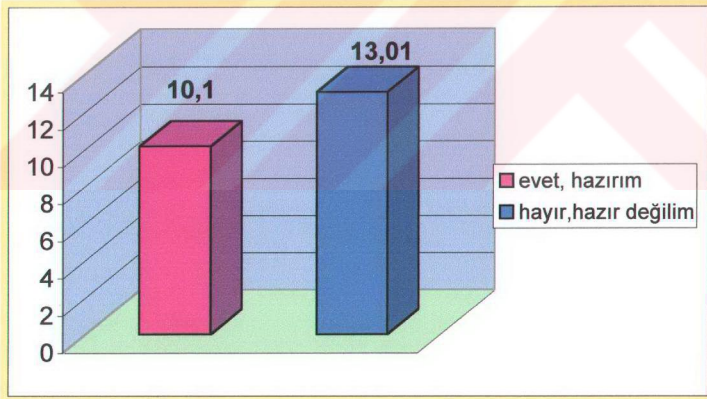
**Grafik 6:** Annelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları.\*

(\* = Gruplara düşen kişi sayılarının farklı olması nedeniyle istatistiksel analiz yapılmamıştır.)

**Tablo 15:** Araştırmaya Katılan Annelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

Kendini Anneliğe Hazır Hissetme	Depresyon Puanı		n	
	$\bar{X}$	S.S		
Evet	10.10	±4.61	239	U=496,5
Hayır	13.01	±5.09	61	(p<0.05)

Araştırmada, yer alan annelerin kendilerini anneliğe hazır hissetme ve depresyon puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ,kendini hazır hisseden anneler ile hazır hissetmeyen anneler arasında fark bulunmuştur.Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır( U=496,5, p<0.05 ).



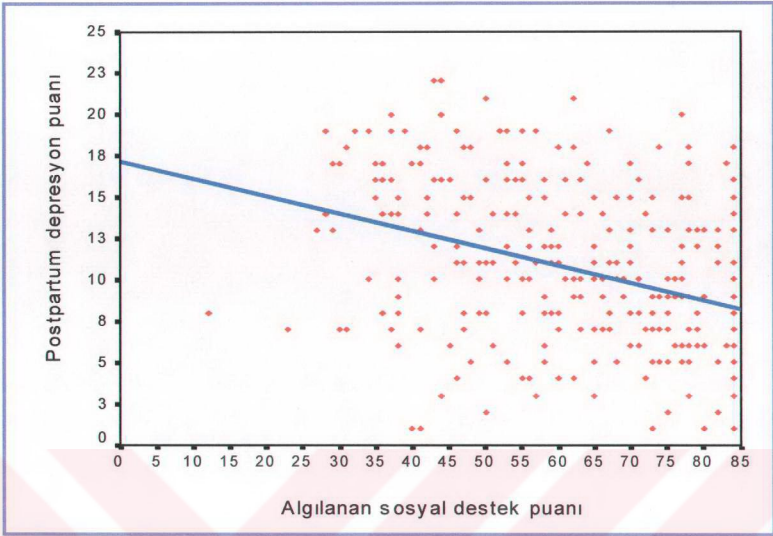
**Grafik 7:** Annelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları.



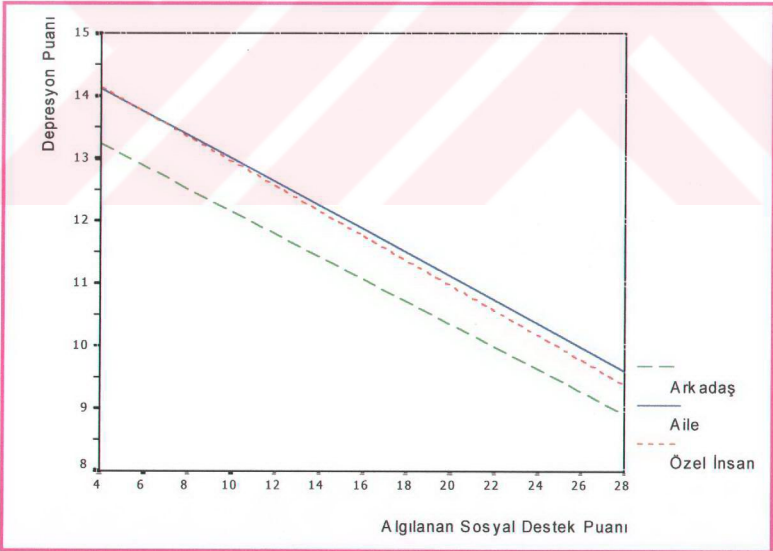
**Tablo 16:** Araştırmaya Katılan Annelerin Doğum Şekli ve Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

Doğum Şekli	Depresyon Puanı		n	
	$\bar{x}$	S.S		
Vaginal	11.01±4.86		167	t= 1.25
Sezaryan	10.30±4.85		133	(p>0.05)

Araştırmaya katılan annelerin doğum Şekli ile depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (t=1.25, p>0.05).



**Grafik 8:** Postpartum depresyon ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki



**Grafik 9:** Postpartum depresyon ile sosyal desteğin kaynakları arasındaki ilişki

**Tablo 17:** Postpartum Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek ile Kaynakları Arasındaki İlişki

	$\bar{X}$	SS	Korelasyon	Regresyon
Postpartum Depresyon Puanı	10.70±4.85		r= - 0.297	R <sup>2</sup> =%8.8
Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek Puanı	21.30±7.25		p<0.01	p<0.05 y=14.925-0.198•x <sub>1</sub>
Postpartum Depresyon Puanı	10.70±4.85		r= -0.240	R <sup>2</sup> =%6
Aileden Algılanan Sosyal Destek Puanı	22.17±6.18		p<0.01	p<0.05 y=14.867 – 0.188 •x <sub>2</sub>
Postpartum Depresyon Puanı	10.70±4.85		r= -0.283	R <sup>2</sup> = %8
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Puanı	18.02±7.63		p<0.01	p<0.05 y=13.944 – 0.180 •x <sub>3</sub>
Postpartum Depresyon Puanı	10.70±4.85		r= -0.377	R <sup>2</sup> =%13
Algılanan Sosyal Destek Puanı	61.40±16.44		p<0.01	p<0.05 y=17.153 – 0.105 •x

Annelerin postpartum depresyon düzeyi ile özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyi arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r= -0.297, p<0.01). Özel bir insandan algılanan sosyal destek puanı arttıkça, postpartum depresyon puanı düşmektedir.

Yapılan regresyon analizinde özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyi, postpartum depresyonu açıklamada %8.8 oranında etkili olmaktadır. Bu oran istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Aileden algılanan sosyal destek düzeyi ile postpartum depresyon düzeyi arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aileden alınan sosyal destek arttıkça depresyon puanı düşmektedir (r=-0.240, p<0.01). Yapılan regresyon analizinde, aileden alınan sosyal desteğin, postpartum depresyonu açıklama %6 oranında etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu oran istatistiksel olarak anlamlıdır (R<sup>2</sup>=%6, p<0.05).

Postpartum depresyon ile arkadaştan algılanan sosyal destek puanı arasında yapılan korelasyonda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-0.283 p<0.01) Arkadaştan alınan sosyal destek düzeyi arttıkça, postpartum

depresyon puanı düşmektedir. Yapılan regresyon analizinde arkadaştan alınan sosyal destek, postpartum depresyonu açıklamada %8 oranında etkinliğe sahiptir. Bu oran istatistiksel olarak anlamlıdır ( $R^2=8\%$ ,  $p<0.05$ ).

Annelerin genel olarak postpartum depresyon düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r= -0.377$   $p<0.01$ ). Annelerin algıladıkları sosyal destek arttıkça, depresyon puanları düşmektedir. Yapılan regresyon analizinde, Algılanan Sosyal Desteğin postpartum depresyonu açıklamada %13 oranında etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ( $R^2=13\%$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo 18:** Araştırmaya Katılan Annelerin Depresyon Puanları ile Depresyon Puanlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.

Etkileyen Etmenler	Gözlenen Depresyon Durumu	Model Tahmini		Yüzde	Toplam
		Depresyon Durumu			
		12 ve ↓	13 ve ↑		
Algılanan Sosyal Destek	12 ve ↓	<b>163</b>	28	%85	%69
	13 ve ↑	65	<b>44</b>	%40	
Algılanan Sosyal Destek, Anneliğe hazır olma	12 ve ↓	<b>166</b>	25	%87	%70
	13 ve ↑	65	<b>44</b>	%40	

Annelerin depresyon puan durumlarına, bağımsız değişkenlerin etkisini incelemek için yapılan Forward Stepwise Logistik Regresyon Analizinde SPSS 10.0 versiyonu kullanılmıştır.

Bilgisayara, postpartum depresyon düzeyi ile anlamlı ilişkileri bulunan bağımsız değişkenler; Eşin eğitim durumu, Annenin eğitim durumu, Evlenme tipi, Anneliğe hazır olma, Algılanan Sosyal Destek verildi. Buna göre, yapılan analizde, bilgisayar postpartum depresyon durumuna en güçlü etkisi olan iki, bağımsız değişkeni seçerek bir model oluşturulmuştur.

Oluşturulan modelin 1. basamağında algılanan sosyal destek puanı ile postpartum depresyon ilişkisi incelendi. Analiz sonucunda algılanan sosyal desteğin postpartum sonu depresyon ile ilişkisinin %69 oranında olduğu saptandı. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Modelin 2. basamağında, algılanan sosyal destek ve annenin anneliğe hazır olma durumu birlikte incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda bu iki bağımsız değişkenin, postpartum depresyonu açıklamada %70 oranında etkisinin olduğu saptandı. Bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).



## 5. TARTIŞMA

### ***Annelerin Depresyon Puanı Değerlendirmeleri;***

Annelerin depresyon puan düzeylerine baktığımızda %36.3'ününü 13 ve ↑ puan aldıkları görülmüştür (Grafik 1). EPDS'nin kesme noktası 13'tür. 13 ve ↑ puan anneler depresyon için risk grubu olarak kabul edilmektedir (25). Engindeniz'in ülkemizde yaptığı çalışmada, 13 ve ↑ puan alan annelerin oranı %25 dir (25). Yurt dışında EPDS kullanılarak yapılan çalışmalarda 13 ve ↑ puan alan annelerin oranı; Harris ve arkadaşlarının araştırmasında( 147 postpartum 6 haftalık annelerde) %15 (24), Cooper ve Murray'ın çalışmasında (674 postpartum 6 haftalık annelerde) %9, (55) Lane ve arkadaşlarının araştırmasında, ( 370 postpartum 6 haftalık annelerde) %11 (46) olarak bulunmuştur. Amerikan Psikiyatri Birliğinin verilerine göre, postpartum dışındaki depresyon için yaşam boyu yaygınlık oranı (prevalans) kadınlarda %26, erkeklerde %12 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde ise yapılan bir çalışmada depresyon için nokta yaygınlık hızının yaklaşık %10 dolayında olduğu belirtilmektedir (62). Araştırmadan elde edilen %36.3'lük oran postpartum depresyon ile ilgili yapılan diğer çalışmalara göre yüksek bir bulgudur.

### ***Yaş;***

Araştırmada 19 yaş ve altı annelerin (n=12), depresyon puan ortalamaları  $12.67 \pm 3.84$  iken 20-21 yaş grubunda  $11.55 \pm 4.85$  olarak bulunmuştur (Tablo 7). Diğer yaş gruplarının depresyon puan ortalamaları birbirine benzerdir. Bu bulgulara göre yapılan istatistiksel analizde, yaş grupları arasında, anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ). Engindeniz'in çalışmasında da annelerin yaşları ve depresyon puanları arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ) (25). Aderibigbe ve arkadaşlarının yaş ortalaması  $28.9 \pm 4.74$  olan 277 postpartum 6 haftalık annelerde yaptığı çalışmada, depresyon puanı ve yaş arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).(42). Literatürde anne yaşı ve depresyon puanı arasındaki ilişki anlamsız olmakla birlikte Kumar ve Rabson'un yaş ortalaması 28 olan, 119 anne ile yaptığı postpartum 1 yıllık izlem çalışmasında 30 yaş ve üstü annelerde depresyon puanı anlamlı olarak artış göstermiştir ( $p < 0.05$ ) (56). Çalışmada yaş grupları arasında depresyon açısından fark bulunmamakla birlikte, literatürde yer alan farklı

bulgulara bağlı olarak anne yaşının , postpartum depresyon için olası bir risk faktörü olup olmayacağını yorumlamak oldukça gücüdür.

### ***Eğitim Durumu:***

Araştırmaya katılan annelerin depresyon puanları ile eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Yapılan ileri analizde Lise ve yüksekokul mezunu annelerin depresyon puanlarının temel eğitim düzeyindeki (ilkokul-ortaokul mezunu ) annelere göre daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde Engindeniz'in çalışmasında annelerin eğitim durumları iki gruba ayrılarak (temel ve yüksek eğitim olmak üzere) yapılan istatistiksel analizde temel eğitim düzeyindeki annelerin depresyon puanları anlamı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (25). Aderibigbe ve arkadaşlarının, Nijeryalı kadınlarda postpartum emosyonel bozuklukları inceledikleri çalışmada, eğitim yılı 6 ve altı olan annelerin depresyon puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (42). Eğitim düzeyinin yükselmesiyle, kadının yaşamı üzerindeki etkinliği artmaktadır. Kendi kararlarını kendinin vermesi, yaşamını planlaması, daha iyi sosyal koşullara sahip olması, benlik saygısının yüksek olması, eğitim seviyesi ile ilişkilidir. Bunun sonucunda, eğitim düzeyi yüksek olan annelerin, doğumun ve bebeğin getirdiği duygusal zorlanmalarla baş etmede etkin yöntemler geliştirebildikleri söylenebilir. Bu sebeplerle depresyonun eğitim düzeyi yükselmesine bağlı daha düşük olması beklenebilir.

### ***Çalışma Durumu ve Meslek;***

Annelerin alışma durumlarına göre depresyon puanlarını incelediğimizde çalışmayan annelerin depresyon puan ortalamalarının göreceli olarak çalışan annelere göre daha yüksek olduğu ( $11.04\pm 4.93$ ) görölmektedir. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo9).

Annelerin meslekleri(alışma alanları) ile depresyon puanları arasında (gruplara düşen kişi sayılarının çok farklı olması nedeniyle ) istatistiksel analiz yapılmamasına karşın serbest meslek sahibi olan annelerin depresyon puanlarının, ev hanımı ve memur annelerin puanlarına göre daha düşük olduğu görölmektedir. (Grafik 3). Kelly ve Deakin'in çalışmasında da 100 kadın ile antenatal ve postpartum dönemde yapılan izlemde annelerin çalışma durumları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur( $p>0.05$ )(58). Çalışmayan anneler, ailelerine ve bebeklerine daha fazla zaman ayırabildikleri için

çocuk bakım problemlerini daha az yaşayabilirler. Ancak ev hanımı annelerin , çalışan annelere göre, sosyal ilişkileri ve sosyal çevreleri daha zayıf olabilir. Buna karşılık çalışan anneler çocuklarına daha az zaman ayırdıkları için çocuk bakım stresini daha fazla yaşayabilirler. Serbest meslek sahibi olan anneler, işçi ve memur olan annelere göre, belirli çalışma saatlerinin olmaması nedeniyle zaman kullanımında daha esnek olabilirler. Çalıştıkları için sosyal ilişkileri ve çevreden aldıkları destek daha fazla olabilir. Buna bağlı olarak çalışan annelerin depresyon açısından daha az risk taşıdıkları söylenebilir. Anneler bu araştırmanın yapıldığı süre içerisinde, henüz çalışmaya başlamamışlardır. Ancak memur ve işçi annelerin yakın zamanda çalışmaya geri dönecek olmaları depresyon puanlarının yükselmesinde etkili olabilir.

### ***Eşin Eğitim Durumu***

Eşi yüksekokul mezunu olan annelerin depresyon puan ortalaması  $9.99 \pm 4.34$  iken eşi ilkokul mezunu olan annelerin depresyon puan ortalamaları  $11.70 \pm 5.08$  bulunmuştur (Tablo 10). Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Bu bulguya göre, eşinin eğitim seviyesi yüksek olan annelerin eşlerinden daha çok destek aldıklarını, sosyal çevrelerinin daha iyi, yaşam koşullarının daha rahat olabilir. Bu sebeplerle ilişkili olarak annelerin depresyon puanları düşük olabilir.

### ***Gelir Durumu;***

Annelerin gelir durumlarını incelediğimizde, gelirim giderimden fazla ifadesini kullanan annelerin depresyon puan ortalamalarının ( $9.98 \pm 3.72$ ) göreceli olarak diğer gruplara göre daha düşük olduğu görülmektedir. (Tablo 11). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p < 0.05$ ). Hickey ve arkadaşlarının 749 anne ile postpartum 1-24 hafta arasında yaptıkları çalışmada, annelerin gelir durumları iyi-kötü olmak üzere iki gruba ayrılarak incelendiğinde iki grup arasında depresyon puanları açısından anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ) (57). Engindeniz'in yaptığı çalışma da postpartum 0-6 aylık anneler gelir durumları alt-orta-üst olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu çalışmada gruplar arasında depresyon puanı yönünden anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ). (25). Tablo 11'de görüldüğü gibi, annelerin gelir durumları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç literatürle uyumludur. Ancak çalışmada gruplara düşen kişi sayılarının farklı olmasının bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle yorum yapmak güçtür.



### ***Evlenme Tipi;***

Araştırmaya katılan annelerden, anlaşarak evlenenlerin depresyon puan ortalamaları ( $9.60 \pm 4.43$ ), görücü usulü ile evlenen annelere göre ( $11.76 \pm 5.09$ ) daha düşüktür (Tablo 12). Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Beck'in postpartum depresyonunun öngöstergelerini incelediği çalışmasında evlilikteki uyumsuzluğun %37-%29 oranında depresyona etkisinin olduğu sonucu bulunmuştur (15). Cox ve arkadaşlarının bir yaşam olayı olan doğumun zorluklarını inceledikleri çalışmada, evlilikte uyumsuzluk sorunu yaşayan annelerin, postpartum depresyon düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (53).

Eşleri ile anlaşarak evlenen annelerin, eşlerini evlilik öncesinden tanımış olmalarına bağlı olarak daha uyumlu evlilik ilişkileri olduğu düşünülebilir. Bu çiftlerin sorumlulukları paylaşması, yaşamı birlikte planlaması, ortak ilgi alanlarının olması, cinsel uyum, çocuk sahibi olmaya birlikte karar vermeleri, iletişim sorunlarının daha az yaşanmasına ve evlilikte uyumun ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Buna göre; araştırmadaki annelerden, eşleri ile anlaşarak evlenenler, postpartum dönemde eşlerinden destek almaya bağlı olarak daha az duygusal sorun yaşayabilirler. Karşılaştıkları sorunları eşleri ile birlikte çözmeye daha etkin olabilirler. Görücü usulü ile evlenen annelerin, eşlerini daha önceden tanımamaya bağlı daha fazla uyum sorunu yaşabileceği söylenebilir. Buna bağlı olarak depresyon düzeylerinin daha yüksek olmasını beklenebilir.

### ***Evlilik Yılı;***

Araştırmaya katılan annelerde; 10 yıl ve daha fazla yıldır evli olanların depresyon puan ortalamaları ( $12.14 \pm 4.12$ ) diğer gruplardan yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ). Vural ve Akkuzu'nun 100 primipar anneyi postpartum 10. günde inceledikleri çalışmada annelerin depresyon düzeylerine evlilik yılının etkisi anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ ) (10). Evlilik yılı ile annelerin depresyon düzeyleri arasında ilişki olmadığı söylenebilir.

### ***Çocuk Sayısı;***

Araştırmada, ilk çocuğu olan anneler (primipar) ile iki ve daha fazla sayıda çocuğu olan (multipar) annelerin depresyon puanları benzerdir (Tablo 14). İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ). Engindeniz'in

çalışmasında primipar ve multipar annelerin depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (25). Aderibigbe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 68 primipar ve 94 multipar anne arasında, depresyon puanları açısından fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (42). Bu bulgulardan farklı olarak Kumar ve Rabson'un çalışmasında postpartum 1. yılda 38 primipar annenin %10'unda 39 multipar annenin %23'ünde postpartum depresyon saptanmıştır (56). Beck, postpartum depresyon gelişme riski olan kadınları tanımlamak için bir kontrol listesi geliştirmeyi amaçladığı çalışmasında, çocuk bakım stresinin annenin postpartum depresyon düzeyini %48-%49 oranında etkilediğini belirlemiştir (14). Primipar anneler kendini kanıtlama çabası ve tecrübesizliğin verdiği korku nedeniyle yoğun duygusal zorlanmalar yaşayabilirler. Kendilerini, çocuk bakımı konusunda bilgi azlığına ve tecrübesizliğe bağlı olarak yetersiz hissedebilirler. Bu durum annenin çocuk bakım stresini arttırabilir. Multipar annelerin ise, çocuk sayısının artmasına bağlı olarak çocuk bakım sorumluluğunu taşımada zorluklar yaşayabileceği düşünülebilir. Önceki çocuk / çocukların yaşının küçük olması, anne bakımına hala gereksinim duyuyor olmaları annenin çocuk bakım stresini arttırmada etkili olabilir. Literatürde yer alan farklı bulgulara bağlı olarak; annenin depresyon düzeyine, çocuk sayısından çok çocuk bakım stresinin etkili olduğu düşünülebilir.

#### ***Gebeliği İsteme ve Anneliğe Hazır Olma;***

İstatistiksel analiz yapılmamasına karşın ,çalışmada; gebeliği isteyen annelerin depresyon puan ortalamalarının ( $10.08\pm4.62$ ), gebeliği istemeyen ( $12.71\pm5.19$ ), gebeliği istemedim ama sonra kabullendim ( $13.75\pm4.67$ ) diyen annelere göre daha düşük olduğu görülmüştür. (Grafik 6). Braverman ve Roux, postpartum 120 anneyi depresyon riski açısından incelediği çalışmasında gebeliği istemeyen annelerin depresyon düzeylerini anlamlı olarak yüksek bulmuştur ( $p<0.05$ ) (36). Gebeliğin istenmesinin, annenin bebeğe ve annelik rolüne hazır olması ve oluşabilecek sorunlarla baş etme gücünü kendisinde bulması ile ilişkisinin olduğunu düşünülebilir. Buna bağlı olarak, annenin postpartum dönemdeki yaşam değişimlerine duygusal uyum sağlaması daha kolay olabilir.

Gebeliğin istenmesine paralel olarak, anneliğe hazır olduğunu ifade eden annelerin depresyon puan ortalamaları ( $10.10\pm4.61$ ) hazır olmadığını ifade eden

annelere göre (13.01±5.09) anlamlı olarak daha düşüktür (p<0.05) (Tablo 15). Bu bulgunun, beklenen bir sonuç olduğunu söylenebilir.

### ***Doğum Şekli;***

Araştırmamızda, vaginal yolla doğum yapan annelerin depresyon puan ortalamalarının (11.01±4.86), sezaryan ile doğum yapan annelerden (10.30±4.85) yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 16). Ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Literatürde, sezaryanlı doğumun, normal doğuma göre depresyon gelişiminde daha etkili olduğuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Whiffen ve arkadaşlarının çalışmasında doğum yöntemi 1. Vaginal doğum, 2. Forcepsli vaginal doğum, 3. İndüksiyonlu vaginal doğum, 4. Planlı sezaryanlı doğum, 5. Acil sezaryanlı doğum olmak üzere 5 ayrı gruba ayrılmıştır. Postpartum depresyon puanları ile doğum yöntemi arasında yapılan korelasyonda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r=83, p<0.05). Doğuma müdahale derecesi arttıkça, depresyon puanı artmaktadır (60). Hannah ve arkadaşlarının çalışmasında postpartum 6. haftadaki %11.5'lik depresyon oranına etki eden en önemli iki değişken, sezaryanlı doğum ve bebeği biberonla besleme olmuştur (32). Hickey ve arkadaşlarının doğum sonrası erken taburcu olmanın, postnatal depresyon riskini arttırdığını saptadıkları çalışmalarında erken taburcu olan annelerin, %36'sında depresyon geliştiği belirtilmektedir. Normal sürede taburcu olan annelerin %7.4'ünde depresyon gelişmiştir(57). Vaginal doğum, normal doğum yöntemi olmakla birlikte, ağırlı ve annenin aktif katılımını gerektiren bir eylemdir. Bu nedenle annenin doğum öncesi dönemde sağlık ekibi tarafından bilgilendirilmesi ve hazırlanması gerekmektedir. Doğuma hazır olmayan annelerin doğum eylemi sırasında yaşayacağı zorluklar ve olumsuz deneyimler doğumu anne için travmatize bir hale getirebilir. Buna paralel olarak annelerin doğum sırasında yaşadığı sıkıntılar postpartum depresyon gelişimi yönünden risk oluşturabilir. Bununla birlikte vaginal doğum yapan annelerin doğum sonrası iyileşmeleri sezaryanlı doğuma göre daha kısa sürede olmaktadır. Bu nedenle vaginal yolla doğum yapan anneler hastaneden daha kısa sürede (48 saatten az) sürede taburcu olmaktadır. Literatürdeki farklı bulgulara bağlı olarak doğum tipinin, annenin depresyon düzeyine olası bir risk faktörü olarak etkisinin olduğu söylenebilir.

### ***Postpartum Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki;***

Araştırmamızda; annelerin depresyon puanları ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında yapılan korelasyon analizinde anlamlı ilişki bulunmuştur . (r= -0.297, p<0.01) (Tablo 17). Bu bulguya göre, annelerin, algıladığı sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon puanı düşmektedir. Buna paralel olarak, yapılan regresyon analizinde algılanan sosyal desteğin, postpartum depresyon üzerinde %13 oranında etkili olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Araştırmamızda özel bir insandan algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon puanı arasında r= -0.297'lik bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.01). Yapılan regresyon analizinde ise annenin özel bir insandan algıladığı sosyal destek, depresyon düzeyini %8.8 oranında etkilemektedir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Araştırmaya katılan annelerin aileden algıladıkları sosyal destek ile depresyon puanı arasında anlamlı korelasyon ilişkisi bulunmuştur (r= -0.240, p<0.01). Bu ilişkiye paralel olarak yapılan ileri analizde, annelerin aileden algıladıkları sosyal desteğin postpartum depresyona %6 oranında etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Araştırmada yer alan annelerin, postpartum depresyon puanları ile, arkadaştan algıladıkları sosyal destek arasında r= -0.283 düzeyinde anlamlı bir ilişki vardır (p<0.01). Bu bulgu ile ilişkili olarak yapılan regresyon analizinde, annelerin arkadaştan algıladıkları sosyal desteğin R<sup>2</sup>=%8 oranında depresyona etkisinin olduğu saptanmıştır. Sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Annenin algıladığı sosyal destek; özel bir insan, aile ve arkadaş olmak üzere üç gruptan oluşmaktadır. Görülmektedir ki; literatürle de uyumlu olarak algılanan sosyal destek postpartum depresyonu etkilemektedir. Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, depresyon puanı düşmektedir. Ülkemizde Engindeniz'in postpartum dönemdeki annelerde depresyonu incelediği çalışmasında, sosyal desteği yetersiz olan grubun daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05)(25). Warheit'in çalışmasında, bireyin yaşamında bir kriz oluştuğunda kişinin, ilk savunma hattının, psikolojik ve fizyolojik yapısı olduğu vurgulanmaktadır.(62). Warheit yaşanan olayların ve başatmenin depresyon üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında, sosyal kaynak varlığının, yaşamsal krizlerin etkisini azaltarak depresyon gelişimine

engel olduğu belirtilmektedir. Çalışmada, sosyal kaynak varlığının depresyon üzerine %12 oranında etkili olduğu saptanmıştır (62). Doğum, kadın için doğal bir yaşam olayı olmakla birlikte, beraberinde getirdiği değişimler nedeniyle kriz yaşantısı da olabilmektedir. Değişimlere (annelik rolü, sorumlulukların artması, ilgi ve aktivitelere ayrılan zamanın azalması gibi) kolaylıkla uyum sağlayan annelerde doğum normal bir yaşam olayı olarak kabul görülürken, uyum sağlayamayan annelerde duygusal zorlanmalar oluşmaktadır. Buna bağlı olarak kişi, sorun ile baş etmede bireysel olarak etkili olamazsa, çevredeki destek kaynaklarına yönelmektedir. Bu amaçla sosyal ağ içindeki en yakın kişilerden (eş, aile, komşu, arkadaş) yardım istenir. Bu kaynaklardan verilen destek yetersizse ya da yeterince algılanamıyorsa sorunun çözümü için sosyal ağ içerisindeki uzak ilişkileri olan kişilerden yardım beklenir (akrabalar, işveren, öğretmen gibi). Sorun hala devam ediyorsa, profesyonel kişi ve kuruluşlardan yardım istenir (Sağlık ekibi üyeleri, hastaneler). Burada da çözüm bulunamazsa kişi, kültürel kökenli inanç ve değerlere yönelir. Yaşanan krizle ilişkili olarak birey, gereksinimlerini karşılamak için aynı anda tüm kaynakları aramayı ve tamamlayıcı şekilde kullanmayı öğrenir. Doğum olayında da bu süreç izlenir. Anne doğumun getirdiği yenilikleri kabullenme de ve uyum sağlamakta sorun yaşarsa, çözüm için sosyal çevresinden destek bekler. Kadına en yakın olan sosyal ağ üyelerinden (aile, arkadaş, eş, komşu) verilen destek, annenin beklentilerine cevap verecek düzeyde sağlanıyorsa, (algılanan sosyal destek) annenin uyumu ve başatması kolaylaşır. Görülmektedir ki; literatürle de uyumlu olarak algılanan sosyal destek postpartum depresyonu etkilemektedir. Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, depresyon puanı düşmektedir.

### ***Annelerin Depresyon Puanları ile Depresyon Puanlarını Etkileyen Etmenler;***

Araştırmaya katılan annelerin depresyon puanlarına en güçlü etkisi olan iki bağımsız değişken Forward Stepwise Logistik Regresyon Analizi ile belirlendi. Buna göre algılanan sosyal desteğin, depresyon puanı 12 ve ↓ olan annelerde %85, 13 ve ↑ olan annelerde %40 ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Genel olarak ise, Algılanan Sosyal desteğin, %69 oranında postpartum depresyonla ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 18).

Analizin 2. aşamasında, Algılanan Sosyal Destek ve Anneliğe hazır olma birlikte incelendi. Buna göre 12 ve ↓ depresyon puanı alanlarda, %87, 13 ve ↑ puan alanlarda %40, ve genel olarak %70 oranında algılanan sosyal destek – anneliğe hazır olma ile postpartum depresyon arasında ilişki saptanmıştır (Tablo 18). Hall ve arkadaşlarının çalışmasında, sosyal desteği az ve sosyal ilişkileri zayıf olan annelerde, stres ve depresyon düzeyinin arttığı vurgulanmaktadır. Çalışmada sosyal desteğin niceliğinden çok niteliğinin (algılanan sosyal destek) depresif semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Nitelsiz sosyal ilişkilerin anneler tarafından sosyal destek olarak algılanmadığı ve postpartum depresyon gelişiminde etkisi olamayacağı vurgulanmaktadır. Hall ve arkadaşları aile ilişkilerinin kötü olması, yakın arkadaş ilişkisinin yetersiz olması ve olması ve günlük stresin fazlalığı ile, postpartum depresyon arasında %42'lik bir ilişki bulunmuştur (44).

Araştırma sonuçlarına göre ; postpartum depresyon üzerine en çok etkisi olan iki değişken toplam %70 oranında etki göstermektedir(Tablo18). Bu oran yüksek olmakla birlikte açıklanamayan %30'luk bir oran vardır. Burada anneye ait farklı değişkenlerin (biyolojik etkenler, kişilik özellikleri, geçmiş yaşantıların etkisi, kişiler arası ilişkilerinin özelliği, sosyokültürel özellikler gibi) etkisinin olabileceği düşünülebilir. Ayrıca sosyal destek kaynakları, kadının benlik saygısını arttırabilir. Buna bağlı olarak annenin postpartum depresyon düzeyi düşebilir. Benlik saygısı fazla olan annenin kendine güveninin artmasıyla, sorunlarla başetmede etkin rol oynaması ve güçlü olduğunu bilmesi, duygusal uyumunu kolaylaştırır. Buna bağlı olarak postpartum depresyona karşı dirençli olması beklenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

- Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 27'dir. %40'ı ilkokul mezunu, %66'sı ev hanımıdır. Eşlerinin yaş ortalaması 31'dir. %30'u ilkokul mezunu %99'u bir işte çalışmaktadır. Ailelerin %45'inin geliri giderinden azdır (Tablo 1).
- Annelerin %43'ünün evlilik yılı 2-5 yıl arasındadır %50'sinin ilk çocuğudur (Tablo 2).
- Araştırmada yer alan annelerin %77'si isteyerek gebe kalmıştır (Tablo 3).
- Çalışmada annelerin %54.4'ü vaginal doğum yapmıştır (Tablo 4).
- Annelerin %86'sının yanında doğumdan sonra yardımcı olarak kalan birileri olmuştur (Tablo 5).
- Çalışmadaki ailelerinin %88'i çekirdek aile tipindedir (Tablo 6).
- Annelerin 4-8 haftalık postpartum depresyon düzeylerinde %36.3'ünün puanı risk grubu olarak kabul edilen 13 ve  $\uparrow$  bulunmuştur (Grafik 1).
- Araştırmada annelerin yaşı ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).
- Annelerin eğitim durumları ile depresyon puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde yüksek öğrenim düzeyinde eğitime sahip annelerin depresyon puanları, temel eğitim düzeyindeki annelere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 8).
- Annelerin çalışma durumu ile depresyon puanı arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamsızdır.(Tablo 9).
- Annelerin eşlerinin eğitim durumları, gelir durumları, evlilik yılı, çocuk sayıları ile depresyon puanları arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 10,11,13,14).
- Annelerin evlenme tipi ile depresyon puanı arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Görücü usulü ile evlenenlerin depresyon puanları ( $\bar{x}=11.76\pm 5.09$ ), anlaşarak evlenenlerden ( $\bar{x}=9.60\pm 4.43$ ) daha yüksektir (Tablo 12).
- Annelerin kendilerini anneliğe hazır hissetme ile depresyon puanları arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p<0.05$ ). (Tablo 15).

- Annelerin doğum Şekli ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).
- Annelerin, sosyal desteği oluŐturan kaynaklar ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Özel insan desteğinin %8.8, aile desteğinin %6, arkadaş desteğinin %8 ve algılanan sosyal desteğin %13 düzeyinde postpartum depresyon ile ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu oranlar istatiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 17).
- Annelerin postpartum depresyon düzeyine en güçlü etkisi olan iki , bağımsız değişken saptanmıştır. Algılanan Sosyal Destek ve Anneliğe Hazır Olma . Bu iki ,değişkenin birlikte, depresyonu aÇıklamada %70 oranında etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 18.)





## 6.2. Öneriler

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar ışığı altında hemşireler ve araştırmacılar için şunlar önerilebilir .

### Hemşireler İçin Öneriler;

- Annelerin, doğum öncesi dönemde, sosyal destek düzeyleri ve postpartum depresyon için risk durumları değerlendirilerek, aile, eş ve yakın çevre ile işbirliği yapılması, var olan güçlerin geliştirilmesi için yönlendirilmeleri,
- Annelerin ve ailenin doğum sonrası hastaneden taburcu olmadan önce, postpartum duygusal reaksiyonlar ve belirtileri konusunda bilgilendirilmeleri ve sağlık kuruluşlarına başvurma konusunda yönlendirilmeleri,
- Gebelikte ve postpartum dönemde risk altında olduğu düşünülen annelerin, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler ile iş birliği yapılarak ev ziyaretleri ile izlemlerinin yapılması.
- Klinikte EPDS ölçeği kullanarak risk durumu değerlendirilen annelerden, 13 ve üstü puan alanların hekime yönlendirilerek, tanılamalarının yapılmasının sağlanması,

### Araştırmacı İçin Öneriler;

- Annelerin, postpartum depresyon riski ve sosyal destek durumlarını inceleyen çalışmaların gebelik dönemini de kapsayacak şekilde planlanması,
- Postpartum depresyon risk faktörlerine yönelik araştırmaların her bir değişkeni inceleyerek I.basamaktaki evreni temsil eden örneklem ile değerlendirilmeleri,.
- Postpartum dönemdeki annelerin, postpartum depresyonun görülme süresinin bir yıla kadar uzayabilmesi nedeniyle(5,6,7) postpartum bir yılın sonuna kadar süren izlem çalışmaları ile değerlendirilmeleri, önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Özkan, S. (1993). "Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi" Roche yayınları. İstanbul sy: 201-213.
2. Taşkın, L. (1994). "Anne Sağlığı Hemşireliği", Ankara sy: 60-64
3. Pernoll L.M., (1994) "Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis Tedavi" Cilt II. Barış kitabevi , sy: 1403-1412.
4. Kaplan, Hl., Sadock, B.J. (1998). "Snopsis of Psychiatry" 8. Edition By Moss Publishing Co.sy: 27-28.
5. Gülseren, L. (1999). "Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme" Türk Psikiyatri Dergisi 10(1) sy: 58-67.
6. Kaplan, HJ., Sadocks B.J.(1995). "Comprehensive Texbook of Psychiatry / VI." Vol: 1,. sy: 1059-1066.
7. Eltutan, H. Öncüoğlu C.(1997)"Kadınlara Özgü Psikiyatrik Bozukluklar" Depresyon Dergisi 2(3) ,sy: 74-80.
8. Ekizler, H. (1996). "Yenidoğan Sağlığının Postpartum Depresyon ve Emzirme Tutumuna Etkisinin İncelenmesi" Hemşirelik Bülteni Cilt 10 sy: 39 sy: 15-26.
9. Leonard, L.G (1998). "Depression and Anxiety Disorders During Multiple Pregnancy and Parenthood ".JOGNN Vol: 27 No: 3 sy: 329-336.
- 10.Vural, G., Akkuzu, G. (1999), "Normal Vaginal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi" Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.Cilt: 1 sayı:3 sy:33-37.
- 11.Beck, C.T. (1996) "Postpartum Depressed Mothers Experiences İnteracting with Their Children" , Nursing Research Vol: 45, No: 2 sy: 98-104.
- 12.Beck, C.T. Reynolds, M.A. (1992). "Maternity Blues and Postpartum Depression. " JOGNN Vol: 21, No: 4 sy: 287-293.
- 13.Meigan, M. (1999). "Living With Postpartum Depression. The Father's Experience" MCN, Vol: 24, No: 4 sy: 202-208.
- 14.Beck, C.T. (1998). "A Checklist to İdentify Women at Risk for Developing Postpartum Depression" . JOGNN Vol: 27, No: 1 sy: 39-45.
- 15.Beck, C.T. (1996) "A Meta Analysis of Predictors of Postpartum Depression" Nursing Research .Vol: 45 No: 5 sy: 297-303.

16. Hall, A.L. (1996) "Self Esteem as a mediator of the Effects of Stressors and Social Resources on Depressive Symptom in Postpartum Mothers ." Nursing Research. Vol: 45, No: 4 sy: 231- 238.
17. Sorias, O. (1998) "Sosyal Desteklerin Ruhsal Sağlığı Koruyucu Etkisinin Depresyonlu ve Sağlıklı Kontrollerde Araştırılması". Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi Cilt: 27, Sayı: 3, sy: 1033-1038.
18. Sorias, O. (1998) "Sosyal Destekler ve Ruh Sağlığı" Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi Cilt: 27 Sayı: 1, sy: 359-363.
19. Gabay, R. (1984) "Annelerin Sosyal Destek, Çocuk Yetiştirme Stresi ve Çocukla İlgili Sorunlarla Başa Çıkma Biçimlerinin İncelenmesi." İzmir Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
20. Eker, D. Arkar, H. (1995) "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktor Yapısı Geçerlilik ve Güvenilirliği" Türk Psikoloji Dergisi Sayı: 10, Cilt: 34 sy: 45-55.
21. Cox J.L., Holden J.M. Sagovsky R (1987)." Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale." "British Journal of Psychiatry. 150 sy: 782-786.
22. Murray L. Corathers, A.D (1990). "The Validation of the Edinburg Post-natal Depression Scale on a Community Sample. " British Journal of Psychiatry. 157 sy: 288-290.
23. Lee, D.T.S. ve ark (1998). "Validation at the Chinese version of the Edinburg Postnatal Depression Scale" British Journal of Psychiatry 172, sy: 433-437.
24. Harris, B. Huckle, P. (1989) "The Use of Rating Scale to Identity Post-natal Depression " British Journal of Psychiatry. 154, sy: 813-817.
25. Engindeniz, N. (1996) "Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenlilik Çalışması" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi . İzmir.
26. Çoşkun, A. (1996) "Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı" Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 11, sy: 104, İstanbul.
27. May, A.K., Mahlmeister, R.L. (1994). "Maternal and Neonatal Nursing" J.L. Lipincott Company sy: 870-874.
28. Garri T.M., Mc Kinney ,E.S., Murray, S.S (1998). "Foundations of Maternal-Newborn Nursing" Second Edition sy: 805-809.

29. Koroğlu, E. (1994) "DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı" Hekimler Yayın Birliği 4. Baskı sy: 509-510.
30. Cooper, P. Campbell, E. (1988). "Non-Psychotic Psychiatric Disorder After Childbirth" British Journal of Psychiatry. 152, sy: 799-806.
31. Ersoy, M. (1993) "Loğusalık döneminde annenin yaşadığı duygusal dalgalanmalar ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ". Yayımlanmamış yüksek lisans tezi .İstanbul.
32. Hannah, A. Adams, D., Lee A. (1992). "Links between early post-partum mood and postnatal depression" British Journal of Psychiatry. 160 sy: 777-780.
33. Farman, N; Videbeck, P.I (2000). "Postpartum depression: Identification of women at risk" BJOG 107 (10) sy: 1210-1217.
34. Wise, G.M, Rundel, J.R. (1997) "Konsültasyon psikiyatrisi" Compos Mentis Yayınları, Ankara , sy: 181-182.
35. Tablot. P., (1998) "Postnatal depression" BMJ. No: 317 sy: 1658.
36. Braverman, J. Roux, J.F. (1978). "Screening for the patient at risk for postpartum depression" Obstetrics and Gynecology. Vol: 52 No: 6, sy: 731-736.
37. Beck, C.T. (1993) "Screening Methods for Postpartum Depression" JOGNN. Vol: 24, No: 4, sy: 309-312.
38. Georgiopoulos A.M, Bryon TL (1999). "Population based screening for postpartum depression" Obstet-Gynecol: 93 (5) sy: 653-657.
39. Nott, P.N. (1987), "Extent, Timing and Persistence of Emotional Disorders following Childbirth" British Journal of Psychiatry 151 sy: 523-527.
40. Beck, C.T. (1995). "Perceptions of Nurses Caring by Mothers Experiencing Postpartum Depression" JOGNN ,Vol: 24, No: 9 sy: 819-825.
41. Gordon, R. (1965). "Factors in Postpartum Emotional Adjustment" Obstetrics and Gynecology Vol: 25, No: 2 sy: 158-166.
42. Aderibigbe, Y.A, (1993). "Postnatal Emotional Disorders in Nigerian Women" British Journal of Psychiatry 163 sy: 645-650.
43. Logsdan, M.C. Birkimer JC, Usui WM. (2000) ."The link of social support and postpartum depressive symptoms in African-American women with low incomes" MCN 25(5) ,sy: 262-266.

44. Hall, L. (1991). "Psychosocial Predictors of Maternal Depressive Symptoms, Parenting Affitudes, and Child Behavior in Single-Parent Families. "Nursing Research" Vol: 40 No: 4 sy: 214-220.
45. Goerign, P. IV. Cancee, W.J (1992) "Marital Support and Recovery From Depression " British Journal of Psychiatry 160, sy: 76-82.
46. Lane, A. Keville, R. (1997). "Postnatal depression and elation among mothers and their partners, prevalans and predictors." British Journal of Psychiatry: 171, sy: 550-555.
47. Mc Jntosh J. (1993). "Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause" Journal of Advanced Nursing Vol: 18 sy: 178-184.
48. Sorias O (1988). "Sosyal desteğin Değerlendirilmesi II. toplumdan seğilmiş bir örneklemede, sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek" Psikoloji-Seminer Dergisi. E.. Edebiyat Fakültesi Yayınları Sayı: 5 sy: 23-33.
49. Sorias O. (1988). "Sosyal Destek Kavramı" Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Cilt: 27, Sayı: 1, sy: 353-357.
50. Sorias. O. (1988). "Sosyal desteğin değerlendirilmesi. I: Kullanılan lm araçlarının gözden geçirilmesi" Psikoloji-Seminer Dergisi. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları sayı: 6, sy: 16-22.
51. Ingham, J.G, Kreitman, B (1987) "Self-Appraisad Anxiety and Depression in Women" British Journal of Psychiatry 151, sy: 643-651.
52. Ray A. (1978). "Vulnerability Factors and Depression in Women" British Journal of Psychiatri. 133 , sy: 106-110.
53. Cox .J.L.,Murray D.(1995) "Childbirt:Life Event or start of a Long-Term Difficult? "British Journal of Psychiatri ,166,sy:595-600
54. Cox. J.L, Murray,D.(1993) "A Controlled Study of the Onset,Duration and Prevalance of Postnatal Depression"British Journal of Psychiatri ,166 sy:191-195
55. Cooper, P., Murray, L., (1995). "Course and Recurrence of Postpartum Depression". British Journal of Psychiatry 166 sy: 191-195.
56. Kumar, R., Rabson K.M. (1984). "Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women" British Journal of Psychiatri 144, sy: 39-47
57. Hickey, A.R., Boyce, P.M., (1997). "Early discharge and risk for postnatal depression" MJA. Vol: 167 sy: 244-247.

58. Kelly A. Deakin B. (1992). "Postnatal depression and antenatal morbidity" British Journal of Psychiatri 161 sy: 577-578.
59. Watson J.P., Elliot A.J. (1984). "Psychiatric Disorder in Pregnancy and the First Postnatal Year" British Journal of Psychiatri. 144 sy: 453-462.
60. Wiffen V. (1988). "Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivarible Study" Journal of Abnormal Psychology Vol: 97, No: 4, sy: 467-474.
61. Şahin, M. (1995). "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon". Türkiye Tıp Dergisi. Sayı: 3, Cilt: 2, sy: 15-63.
62. Warheit, G.J. (1979). "Life Events, Coping, Stress and Depressive Symptomatology" Am. J. Psychiatry 136: 4B, sy: 502-507.
63. Straub,H., (1998). "Proactive Nursing : The Evolution of a Task to Help Women with Postpartum Depression".MCN. Vol :23. No:5 sy:262,265.
64. Zimet, G.D. ,Dahlem, S., Farley, G.,(1988). "The Multimensional Scale Of Perceived Social Support ."Journal of Personality Assessment ,52(1), sy: 30-41

## **EK 1. Anne Tanıtım Formu**

Adınız, Soyadınız:

Anketin Doldurulduğu Tarih:

Telefon No:

Denek No:

Adres:

**1. Kaç yaşındasınız:**

**2. Eşinizin yaşı:**

**3. Yaş grubunuz:**

- a. 19 yaş ve altı
- b. 20-24 yaş
- c. 25-29 yaş
- d. 30-34 yaş
- e. 35-39 yaş
- f. 40 yaş ve üstü

**4. Eğitim durumunuz**

- a. Okur-yazar
- b. İlkokul mezunu
- c. Ortaokul mezunu
- d. Lise mezunu
- e. Yüksekokulu mezunu

**5. Eşinizin eğitim durumu**

- a. Okur-yazar değil
- b. Okur-yazar
- c. İlkokul mezunu
- d. Ortaokul mezunu
- e. Lise mezunu
- f. Yüksekokul mezunu

**6. Mesleğiniz:**

**7. Eşinizin mesleği:**

**8. İşiniz:**

**9. Eşinizin işi:**

**10. Kaç yıllık evlisiniz?**

**11.Ailenizi aylık geliri ile ilgili olarak aşağıdakilerden uygun olanı işaretleyiniz**

- a. Gelirim giderimden az
- b. Gelirim giderime eşit
- c. Gelirim giderimden fazla

**12. Çocuk sayınız**

- a. İlk
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5 ve ↑

**13.Doğum şekli**

- a. Vajinal
- b. Sezaryan

**14.İsteyerek mi gebe kaldınız?**

- a. Evet
- b. Hayır
- c. İsteyerek gebe kalmadım ama sonra istedim.

**15.Kendinizi anneliğe hazır hissediyor muydunuz?**

- Evet
- Hayır

**16. Evlenme tipiniz nedir?**

- a. Görücü usulü
- b. Anlaşarak
- c. Diğer

**17.Doğumdan bu yana sizinle birlikte kalan birileri oldu mu ?**

- Evet
- Hayır

**18.Evde sürekli kimlerle yaşıyorsunuz?**

- Eşim uzakta yalnız
- Eşim ve ben
- Eşim ben ve eşimin ailesi
- Diğer(Açıklayınız)



## EK 2: Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veririz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

### **EK 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği**

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

#### **Örnek:**

Kendimi mutlu hissediyorum

- Evet, her zaman
- Evet, çoğu zaman
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Bu, son hafta boyunca "Çoğu zaman kendimi mutlu hissediyorum" anlamına gelmektedir.

**Lütfen aşağıdaki soruları örnekte gösterildiği biçimde yanıtlayınız.**

**Son 7 gündür;**

**1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

**Son 7 gündür;**

**2. Geleceğe hevesle bakıyorum.**

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

**Son 7 gündür;**

**3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.**

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

**Son 7 gündür;**

**4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.**

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

**Son 7 gündür;**

**5. İyi bir nedenim olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.**

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok değil
- Hayır, hiçbir zaman

**Son 7 gündür;**

**6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.**

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

**Son 7 gündür;**

**7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.**

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

**Son 7 gündür;**

**8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.**

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

**Son 7 gündür;**

**9. Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.**

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

**Son 7 gündür;**

**10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.**

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

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**