

165237

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**POSTPARTUM DÖNEMDEKİ KADINLARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE
POSTPARTUM DEPRESYON**

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Tülay YILMAZ BİNGÖL

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Yrd. Doç. Dr. Havva TEL

ŞUBAT – 2005

SİVAS



“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre Hazırlanmıştır.”



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde değerli katkı ve yardımları ile beni destekleyen tez danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Havva TEL'e, çalışma verilerinin değerlendirmesinde bana rehberlik eden Sayın Yard. Doç.Dr. Ziyet ÇINAR'a ve çalışmaya katılan tüm annelere çok teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

I. GİRİŞ ve PROBLEMİN TANIMI.....	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	5
III. GENEL BİLGİLER	
3.1.Postpartum Dönem.....	6
3.1.2.Annelik Hüznü	7
3.1.3.Postpartum Depresyon.....	8
3.1.3.1.Postpartum Depresyon Belirtileri.....	8
3.1.3.2.Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı.....	9
3.1.3.3.Postpartum Depresyon Nedenleri.....	10
3.1.3.4.Postpartum Depresyonun Tedavisi.....	12
3.1.3.5.Postpartum Depresyon ve Hemşirelik.....	12
3.1.4.Postpartum Psikoz.....	14
3.2.Sosyal Destek.....	15
3.3.Postpartum Depresyon ve Sosyal Destek.....	16
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	
1.Araştırmanın Şekli.....	19
2.Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	19
3.Araştırmanın Evreni.....	19
4.Araştırmanın Örnekleme.....	19
5.Veri Toplama Araçları.....	20
6.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	21
7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
V. BULGULAR ve TARTIŞMALAR.....	22
VI. SONUÇLAR.....	46
VII. ÖNERİLER.....	49
VIII.ÖZET.....	50
SUMMARY.....	51
KAYNAKLAR.....	52
EKLER	

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1: Annelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri.....	22
Tablo 2: Annelerdeki Postpartum Depresyon Durumu	24
Tablo 3: Annelerin Yaşına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	27
Tablo 4: Annelerin Eğitim Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları	28
Tablo 5: Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	29
Tablo 6: Annelerin Evlilik Şekline Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	30
Tablo 7: Annelerin Doğum Sayısına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	31
Tablo 8: Annelerin Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları	32
Tablo 9: Annelerin Gebeliğinin Planlanma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	33
Tablo 10: Annelerin Doğum Şekline Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	34
Tablo 11: Doğum Sonrasında Annenin Yanında Kalan Bireylerin Yakınlık Derecesine Göre Dağılımları.....	35

Tablo 12: Annelerin Doğumdan Sonra Yanında Kalan Birisi Olma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	36
Tablo 13: Annelerin Doğumdan Sonra Yardıma Gereksinim Duydukları Alanlar.....	37
Tablo 14: Annelerin Doğum Sonrası Dönemde Yardım İhtiyacına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	38
Tablo 15: Annelerin Doğum Sonrası Dönemde Yardım Gereksiniminin Karşılanmasına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	39
Tablo 16: Annelerin Doğum Sonrası Ebe Ziyaretine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	40
Tablo 17: Annelerin Doğumdan Sonra Ebelerin Ev Ziyaretleri Sırasında Gereksinim Duyduğu Yardım Konuları.....	41
Tablo 18: Annelerin Doğumdan Sonra Ebe Ziyareti Beklentisine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	42
Tablo 19: Eşlerin Mesleklerine Göre Annelerin Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	43
Tablo 20: Annelerin Aile Tipine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	44
Tablo 21: Annelerin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları.....	45

1.GİRİŞ ve PROBLEMİN TANIMI

Postpartum dönem, doğumla başlayan ve gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkmasıyla sona eren, ortalama altı-sekiz haftalık bir süreçtir (Gülşen 2001). Bu süreç anne için fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra, yeni rol ve sorumlulukların öğrenildiği zor bir dönemdir. Anne, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek ve bebek ile ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadır (Vural ve Akkuzu 1999). Birçok kadın, gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlamaktadır. Bazı kadınlarda ise bir yanda anne olma sorumluluğu, diğer yanda rolle ilgili duygular kadının ruhsal uyumunu bozabilmekte, uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir (May and Mahlmeister 1994).

Doğumdan sonraki ilk bir yılda kadınlar psikiyatrik hastalık açısından anlamlı düzeyde bir risk altındadır (Kırpınar 1995). Postpartum dönemde ortaya çıkan duygusal sorunlar belirtilerine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre üç başlık altında toplanmaktadır. Bunlar annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon ve postpartum psikozdur (Gülseren 1999).

Annelerin %50-80'ini etkileyen annelik hüznü, doğumdan sonraki 10 gün içinde görülmektedir (Vural ve Akkuzu 1999). Annelik hüznü, annelik rolüne uyum ile birlikte biyolojik, hormonal değişikliklerle ilgili olarak ortaya çıkan hafif huzursuzluk, yorgunluk, uyumsuzluk, bir işe yoğunlaşamama ve ağlama krizleri ile belirli bir tablodur. Annelik hüznü, geçici bir durum olarak kabul edilmekte olup, bir-iki hafta içinde herhangi bir müdahale olmadan düzelmektedir (Barbara 1995, Öncüoğlu 1997, Gülseren 1999).

Annelik hüznü uzarsa ya da belirtilerin şiddeti artarsa postpartum depresyon (PPD) gelişmektedir. Yeni doğum yapmış annelerin %10-20'sinde annelik hüznünün PPD'ye dönüştüğü belirtilmektedir (Brott 2003). Postpartum dönemde kadınların depresyon riski arttığından, postpartum dönem kadınların depresyon yönünden savunmasız olduğu bir dönemdir (Danacı ve ark. 2000). PPD "kontrol edilemeyen anksiyete atakları, suçluluk ve kapana kısılmış olma duygusu ile dolu canlı kabus" olarak tanımlanmaktadır (Beck 1993). PPD morbidite ve mortalite riski yüksek olan bir bozukluktur (Gülseren 1999, Leifer 2003). PPD yeni doğum yapmış her yedi anneden birini etkileyen çok yaygın görülen önemli bir toplum sağlığı sorunudur (www.essortment.com, Dünder 2002).

PPD genellikle doğumdan sonraki iki-sekiz haftalar içinde ortaya çıkmakta, en az iki hafta sürmekte ve birkaç ayda sona ermektedir. Tedavi görmeyen kadınlarda üç ay ile bir yıl arasında kendiliğinden düzelmektedir (Kara ve ark. 2001, Jones and Venis 2001, Türkistanlı ve ark. 2002). PPD'lu kadınların sonraki doğumlarını takiben %50 oranında depresyon epizodu yaşama olasılıkları vardır (Jones and Venis 2001). PPD doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde herhangi bir zamanda da görülebilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) depresyonun doğumdan sonraki dört hafta içinde görülebileceğini bildirmektedir (Vural ve Akkuzu 1999).

PPD yaşayan kadınlarda değişken ruh hali ve anne olarak yeni aktivitelere uyum sağlamada güçlükler, ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı zıt-karışık duygular görülmektedir. 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 görülmektedir. Ağır depresyon durumunda ise bebeği öldürmeye ilişkin düşüncelerde tabloya eklenmektedir (Jones and Venis 2001, Türkistanlı ve ark. 2002, Leifer 2003, Vieira 2003, www.essortment.com).

PPD görülme sıklığının %5 – 25 arasında değiştiği, genel görülme sıklığının %10 olduğu, kadınların %60'ının ilk depresyon atağı olduğu belirtilmektedir (Vieira 2003, Brott 2003). PPD ile ilgili çalışmalarda görülme sıklığının, Hindistan'da %23 (Patel ve ark. 2002), Dubai'de %18, İsrail'de %22,6 (Abu-Saleh Ghubash 1997), Santiago'da farklı sosyoekonomik düzeye sahip kadınlarda %36.7 (Jadresic and Araya 1995) gibi yüksek değerlerde olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise PPD prevalansının Edirne'de %40.4 (Ekuklu 2002), İzmir'de %29 (Türkistanlı ve ark. 2002), Samsun'da %23.1 (Sünter ve ark. 2002), Manisa'da kent merkezinde %19.8, gecekondu özelliği taşıyan bölgesinde %36.9 (Dündar 2002) olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar PPD prevalansının ülkemizde de önemli düzeyde olduğunu göstermektedir.

PPD'nun ortaya çıkmasında ani gelişen hormonal değişimler ve psikolojik stresin rol oynadığı düşünülmektedir. Doğum sonrası dönemde kadın üreme hormonlarının düzeyinin düştüğü, bu düşüşe neden olan değişikliklere uyum sağlama çabalarının ise depresyon etyolojisinde etkili olduğu düşünülmektedir (Kırkpınar 1995, Kruckman-Smith

2004). Ayrıca; geçirilmiş ruhsal sorunlar, istenmeyen gebelikler, eşler arasında yaşanan sorunlar, sosyal destek eksikliği, doğumda sağlık ekibinden destek alamama, doğum eyleminin uzaması, çocuğun doğumuyla ilgili mutsuz olaylar , stresli yaşam stili PPD'nun ortaya çıkmasında etkili faktörlerdir (Barbara 1995, Vural ve Akkuzu 1999). Yapılan bir araştırmada PPD için risk oluşturan durumlar; düşük gelir düzeyi, doğum öncesi ve sonrası dönemde yakın çevreden destek görememe düşük sosyoekonomik düzey, multiparite, örseleyici yaşam olayları ve anne yaşının küçük olması olarak sıralanmıştır (Dündar 2002).

PPD annenin çocuğuyla etkileşimini, diğer aile üyeleriyle ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Jones and Venis 2001, Leifer 2003). Doğum sonrası ilk yılda anneler bebeklerinin sosyal çevrelerini oluşturur. Bebeklerin dış dünya ile ilgili deneyimlerinin kaynağı annedir. Anneler, bebeklerin duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimlerinde önemli uyarı kaynağıdır (Beck1996). Depresyon yaşayan anneler depresyon yaşamayan annelere göre bebeklerinin gereksinimlerini karşılamada daha isteksiz, mutsuz ve olumsuz tavırlar sergilemektedirler (Beck and Reynoulds 1992). PPD anne-bebek etkileşiminin yanısıra eşler arasında da iletişim sorunlarına neden olmaktadır. Eşler arasında sık sık tartışma, duygusal veya fiziksel ayrılık görülebilmektedir (Vural ve Akkuzu 1999). Anne bebek ve aile üzerinde bu etkilerinin yanında PPD ekonomik yük getiren bir sağlık sorunudur. Petrou ve ark. (2002) PPD'nun ekonomik maliyetini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada PPD'lu kadınlarda anne çocuk bakım maliyetinin 2419.00 pound, PPD'u olmayan kadınlarda 2026.90 pound olduğunu saptamışlardır.

Postpartum depresyonun ortaya çıkmasında etkili faktörlerden biri de sosyal destek eksikliğidir. Sosyal destek bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanmaktadır (Sorias 1998). İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleridir. Sosyal destek sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı olumlu bir şekilde etkiler; zorluklarla başa çıkmada kişinin en önemli yardımcısıdır (Sorias 1998). Yapılan araştırmalara göre sosyal desteğin bozulması depresyon ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklara yakalanma riskini artırmaktadır (Sorias 1988, Beck 1996, Sorias 1998, Gülseren 1999). Annelerin, annelik rolünü geliştirmelerinde sosyal desteğin önemli etkileri vardır. Postpartum dönemdeki sosyal destek anneye yakın çevresi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal desteği içermektedir (Herbert

1994). Kadınlar ve aileleri, gebelik, doğum sırası ve sonrasında yeteri kadar sosyal destek alamadıkları zaman, annede işlev yetersizliği, çocuğun gelişiminde problemler, anne-çocuk ilişkisinde ve tüm ailenin görev dağılımında bozulmalar görülebilmektedir (www.postpartum.net). Kadına eşi tarafından sağlanan duygusal destek azaldığında PPD riskinin arttığı, sosyal desteğin artması ile PPD görülme olasılığının azaldığı saptanmıştır (Logston ve ark. 1994, Takeda ve ark. 1998). Sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme riskini azaltmakta ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Gülseren 1999).

PPD'nun anne-bebek, aile ve gelecek kuşaklar üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde gözardı edilmemesi gereken bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Önemli sonuçları olan bu ruh sağlığı sorununun önlenmesinde, erken tanı ve tedavisinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Doğum sonu dönemde annenin duruma uyum sağlamasında yakın çevre desteği ve profesyonel yardım yaşamsal önem taşımaktadır. Hemşireler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde, hastanelerde anneler ile yakın ilişkide olan sağlık ekibi üyeleridir. PPD birinci basamak sağlık hizmetlerinde erken tanı ile saptanarak tedavi edilebilecek bir sağlık sorunudur.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Postpartum depresyon, aile sağlığını etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Yeni doğum yapan annelerin yeterli sosyal destek alamamaları durumunda postpartum depresyon gelişme riskinin arttığı düşünölmektedir. Bu araştırma, postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve postpartum depresyonu belirlemek amacıyla yapılmıştır.



3.GENEL BİLGİLER

3.1.Postpartum Dönem

Doğum normal, fizyolojik bir süreç olmasına rağmen, ailenin tüm üyelerini etkileyen yeni stresli durumları da beraberinde getirmektedir. Postpartum dönemde tüm aile üyelerinin yaşanan değişimlere uyum yapması beklenmektedir (Gölbaşı 2003). Postpartum süreç doğal bir olgu olmasına karşın annede biyolojik ve psikososyal değişimlere neden olmakta, annenin yaşamında birçok normalden sapma durumları ortaya çıkabilmektedir (Ugarriza 2000, Türkistanlı ve ark 2002, Eserdağ 2003). Postpartum dönem duygu durum bozukluklarının ortaya çıkması ve yinelenmesinde de önemli risk etmenlerinden biridir (Gülşen 2001, Çetinkaya ve ark 2003).

Postpartum dönemde, anne birçok fizyolojik değişiklikler yaşar, ebeveynliğe geçiş, yeni roller ve sorumluluklar üstlenir (Vural ve Akkuzu 1999). Bu dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadırlar. Bu nedenle postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısı olabilmektedir (Vural ve Akkuzu 1999). Türkistanlı ve ark.'nın belirttiğine göre (2002), Sorias (1982) stres verici yaşam olaylarının etkilerini araştırdığı çalışmada 116 yaşam olayı arasında 'doğum yapma' olayının yedinci sırada yer alan stres verici bir yaşam olayı olduğunu saptamıştır.

Doğumdan sonraki ilk bir yıl kadınlar psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadır (Türkistanlı ve ark 2002, Kara ve ark 2001). Postpartum dönemde gelişen psikiyatrik bozukluklar; annelik hüznü, PPD ve postpartum psikoz olmak üzere başlıca üç başlık altında toplanmaktadır (Gülseren1999). Epidemiyolojik çalışmalar kadın yaşamındaki psikiyatrik hastalık riskinin doğumdan sonra üçüncü günden başlayarak 12 ay süresince en yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Shewan ve ark 1995, Kara ve ark 2001, Türkistanlı ve ark 2002, Sadıkoğlu 2003). Postpartum dönemde annelik hüznünden psikotik depresyona kadar değişen düzeyde bir depresif duygu durumu yaygın olarak görülmektedir (Gülşen 2001).

3.1.2. Annelik Hüzünü

Annelik hüzünü kavramı, literatürde postpartum blues, maternity blues, baby blues ve maternity melancholy olarak geçmektedir (Ugarriza 1992, Eserdağ 2003). Annelik hüzünü, normal postpartum değişiklikler arasında kabul edilmektedir. Doğum yapan kadınlarda görülme oranı % 50-80 arasında değişmektedir (Beck and Reynoulds 1992, Özkan 1993, Barbara 1995, Eltutan ve Öncüoğlu 1997). Annelik hüzününde belirtiler doğumdan sonra ilk 10 gün içinde görülmektedir. Annelik hüzünü genellikle doğum sonrası iki ve dördüncü günlerde kısa süren ağlamalarla başlar, üç ve yedinci günler arasında en şiddetli düzeye ulaşır (Öncüoğlu 1997, Vural ve Akkuzu 1999, Sadıkoğlu 2003). Beck, Reynould ve Rutowski (1992) ABD’de yaptıkları çalışmada postpartum dördüncü günde annelik hüzünü yaşayanların oranının %65, postpartum yedinci günde %50 olduğunu saptamışlardır. Annelik hüzünü yaşayan kadınlarda genellikle; uyku bozukluğu, anksiyete, kolay ağlama, başağrısı, huzursuzluk, iştahta değişiklik, endişe, hafif şiddette yorgunluk, aşırı hassasiyet görülür. Annenin kendisi ve çocuğunun sağlığı konusundaki endişeleri artar (Barbara 1995, Öncüoğlu 1997, Eltutan ve Öncüoğlu 1997, Sadıkoğlu 2003). Ülkemizde annelik hüzünü ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ersoy (1993) vaginal yolla doğum yapan 100 anne üzerinde yaptığı çalışmada, annelerin postpartum ikinci günde yorgun (%70), uykusuz (%65), aşırı hassas (%56) olduklarını; beşinci günde ise yorgun (%57), ve aşırı hassas (%54) olduklarını; postpartum duygusal ifadelerin iki ve beşinci gün arasında anlamlı bir fark gösterdiğini ve beşinci güne doğru duygusal ifadelerin yoğunluğunun hafiflediğini belirlemiştir. Annelik hüzünü, iki hafta ile üç ay içinde düzelir ve fonksiyonel etkisi düşük düzeydedir. Belirtiler sekel bırakmadan ve kendiliğinden düzeldiğinden bu dönemde empatik yaklaşım, açıklama yapma, destek verme yeterli ve etkin bir yaklaşımdır. Psikiyatrik konsültasyon ya da ilaç tedavisi gerekmez (Jeffery 1996). Annelik hüzününe ait belirtiler iki haftadan fazla sürer ve işlevsellikte azalma olursa doğum sonu depresyon düşünülmelidir (Öncüoğlu 1997).

3.1.3.Postpartum Depresyon

Kadın yaşamının bazı dönemlerinde depresyon riski artmaktadır. Postpartum dönem kadınların depresyon yönünden savunmasız olduğu ve depresyon riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (Danacı ve ark 2000, Jones and Venis 2001).

PPD'nun yaygınlığını saptamak amacıyla yapılan araştırmaların bazılarının depresyonun tanısai değerlendirilmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanması, birbiri ile çelişen verilerin elde edilmesine neden olmuştur (Eltutan ve Öncüoğlu 1997, Gülseren 1999). Postpartum dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik gibi) depresyonda da görülen belirtiler olduğu, yalnızca belirtilere odaklanan araştırmacıların yanıltıcı sonuçlara ulaşabileceği belirtilmektedir (Braverman and Roux 1978, Beck 1993, Gülseren 1999). Hastaların doğumdan sonraki farklı zaman dilimlerinde değerlendirilmesi, çalışmalarda kullanılan tanısai ölçütlerin farklı, örneklem gruplarının küçük olması da birbirleri ile çelişen sonuçların bulunmasında etkilidir (Braverman and Roux 1978, Cooper and Campbell 1988, Beck 1993, Gülseren 1999).

3.1.3.1.Postpartum Depresyonun Belirtileri

PPD'da kadınlarda değişken ruh hali ve anne olarak yeni aktivitelere uyum sağlamada güçlükler, ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı zıt-karışık duygular görülebilir. Ayrıca çökkün ruh hali, ilgi kaybı, yaptıklarından zevk alamama, günlük işleri yapamama, günlük işlere karşı isteksizlik, iştah kaybı ya da artışı, hemen her gün aşırı uyuma ya da uykusuzluk, sıkıntı, huzursuzluk, yerinde duramama, kendini yorgun, bitkin, halsiz, yalnız, değersiz, suçlu hissetme, dikkatini bir noktaya toplayamama, çabuk öfkelenme, nedensiz ağlama nöbetleri, çaresizlik, umutsuzluk gibi bulgulara rastlanmaktadır (Beck 1996, Jones and Venis 2001, Gülşen 2001, Türkistanlı ve ark 2002, Leifer 2003, Vieira2003, Sadıkoğlu 2003, Brott 2003, www.literaturtr.com.tr, www.essortment.com, www.canadianparents.com). PPD'u 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 görüldüğu saptanmıştır (Gülseren 1999).

PPD'un, postpartum olmayan depresyondan farklı yönleri şunlardır;

- PPD'da, daha fazla psikotik belirti görülür,
- PPD, akşamları daha kötüdür,
- PPD'da, daha fazla konfüzyon olmaktadır,
- PPD'un, süresi daha kısadır (ortalama altı-sekiz hafta),
- PPD'da, daha az suisid (intihar) düşüncesi vardır,
- PPD'da uykuya dalma güçlüğü şeklinde uykusuzluk görülür (Eltutan ve Öncüoğlu 1997).

PPD genellikle doğumdan sonraki ikinci-sekizinci haftalar içinde başlar, hafiften şiddetliye doğru haftalar ya da aylar içinde yavaş bir biçimde gelişir, en az iki hafta sürer ve sonra bir süre düz bir çizgi izler, genellikle birkaç ayda sona erer. Tedavi görmeyen kadınlarda da üç ay ile bir yıl arasında kendiliğinden düzelebilir (Kara ve ark 2001, Jones and Venis 2001, Türkistanlı ve ark 2002). Daha önce depresyon öyküsü olan ya da ailede depresyon öyküsü olan kadınlar, postpartum depresif atak geçirme açısından diğerlerine göre daha fazla risk taşımaktadır (Richards 1990, Jeffery 1996, Sadıkoğlu 2003).

PPD'lu kadınların %50'sinin sonraki doğumlarını takiben depresyon epizodları yaşama olasılıkları vardır (Jones and Venis 2001). PPD doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde her hangi bir zamanda görülebilmektedir. APA depresyonun doğumdan sonraki dört hafta içinde görülebileceğini bildirmektedir (Vural ve Akkuzu 1999). PPD yaşayan kadının intihar düşüncesi nedeniyle hastaneye yatma gereksinimi olabilir (Dawn and Gruen 1993).

3.1.3.2. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı

PPD morbidite ve mortalite riski yüksek olan bir bozukluktur (Gülseren 1999, Beck 1999, Leifer 2003). Yeni doğum yapmış her yedi kadından birini etkileyen, çok yaygın görülen önemli bir toplum sağlığı sorunudur (www.essortment.com, Dündar 2002). Kapsamlı ve ayrıntılı değerlendirme yöntemleri ile yapılan çalışmalarda PPD yaygınlığı için %6-16, PPD sıklığı için %10-15 arasında değişen oranlar bulunmuştur (May-Mahlmeister 1994, Garri ve ark. 1998, Gülseren 1999). Yapılan çalışmalarda PPD görülme sıklığının %5-25 arasında değiştiği, genel görülme sıklığının %10 olduğu belirtilmektedir (Vieira 2003, Brott 2003).

3.1.3.3. Postpartum Depresyonun Nedenleri

PPD'un nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte doğumdan sonra ani gelişen hormonal değişimler ve psikolojik stresin PPD'un ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Thurtle 1995, Eserdağ 2003). Postpartum dönemde annenin duygusal sorunlara yatkın olmasının nedenleri arasında doğum sonu dönemde görülen hormonal değişimler, geçirilmiş ruhsal sorunlar, istenmeyen gebelikler, eşler arasında yaşanan sorunlar, sosyal destek eksikliği, doğumda sağlık ekibinden destek alamama, stresli yaşam deneyimleri yer almaktadır (Vural ve Akkuzu 1999). PPD'un ortaya çıkmasında biyolojik, psikososyal faktörler ve antropolojik durumların etkisinin olduğu belirtilmektedir.

Biyolojik Faktörler: Doğumdan sonra progesteron, östrogen, kortizol, prolaktin ve endorfinler gibi çeşitli hormonların miktarlarında önemli değişiklikler olmaktadır. Doğum sonrası dönemde, kadın üreme hormonlarının düzeyinin düştüğü, bu düşüşe neden olan değişikliklere uyum sağlama çabalarının ise, depresyon etyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (Kırpınar 1995, Kruckman and Smith 2004). Kadın üreme hormonları olan östrogen ve progesteron, fetoplasental parçanın oluşturduğu mekanizma yoluyla 10 kat artar. Doğum sonrası plasenta atıldıktan sonra, östrogen ve progesteron seviyesi aniden düşer. Doğumdan sonra üçüncü günde östrogen ve progesteron seviyesi yaklaşık olarak hamilelik öncesi seviyeye iner (Kruckman and Smith 2004). Depresyon etyolojisinde önemli bir etkisi olan kortizol seviyesi ise gebeliğin son üç ayında yükselmekte, doğumdan sonra düşmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalara göre, doğumdan sonra çocuk emzirmenin azalması sonucu annelerde prolaktin hormonunun ani düşüşü ile doğum sonu depresyon arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (Walter 1997).

Psikososyal Faktörler: PPD etyolojisinde, endokrin ve biyokimyasal faktörlerin yanında psikososyal faktörlerin etkisi üzerinde de durulmaktadır. Psikoanalitik kuram PPD'da bireyin bağımsızlığının kaybı üzerinde durmaktadır. Gebeliğin sona ermesi, fetüsle ilgili yakınlığın kaybı olarak görülmekte, sevilen birinin kaybını hatırlatabilmektedir (Barbara 1995). Özellikle ilk kez doğum 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 ya da 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 olabilmektedir (Barbara 1995, Lane and Keville 1997).

PPD, klinik ve sosyal olmak üzere iki modelde açıklanmaktadır. Klinik model, PPD'nun bir hastalık ya da bozukluk olduğunu, sosyal model, doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve PPD'nun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığını kabul etmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için 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 baş edilmesi zor etkiler oluşturabilmektedir (Özkan 1993, Kaplan and Sadocks 1995, Engindeniz 1996).

PPD'nun ortaya çıkmasında zayıf aile ilişkileri, eşler arasında yaşanan problemler, sosyal destek eksikliği, yakın geçmişte deneyimlenen önemli yaşam olayları, istenmeyen gebelikler, doğum eyleminin uzunluğu, doğumda sağlık ekibinden destek alamama, çocuğun doğumuyla ilgili mutsuz olaylar, bebeğin özürle doğması, geçirilmiş ruhsal sorunlar, infertilite öyküsü, çocuklukta bozuk aile ilişkileri yaşama, menstruasyonla ilgili sorunlar, premenstrual sendrom öyküsü gibi durumların etkili faktörler olduğu düşünülmektedir (Barbara 1995, Öncüoğlu 1997, Özkan 1998, Kruckman and Smith 2004). PPD görülmesinde düşük gelir düzeyi, ilk annelik deneyimi, doğum ve doğum öncesi dönemde yakın çevreden destek görememe, multiparite, örseleyici yaşam olayları, anne yaşının küçük olması, annenin benlik saygısının düşük olması, gebelikte fazla kilo alma gibi durumların etkili olduğu belirtilmektedir (Thurtle 1995, Jenkin and Tiggemann 1997, Walter 1997, Dünder 2002, Kruckman and Smith 2004).

Antropolojik Görüşler: Antropolojik çalışmalar PPD'nun ortaya çıkmasında kültürel farkların ve bazı ritüellerin etkisi üzerinde durmaktadır. Bu çalışmalara göre, batılı olmayan kültürde, kırsal kesimde yaşayan ve geniş bir yardımcı (akraba) grubuna sahip annelerde batı toplumlarında depresyon olarak tanımlanan belirtilerin görülmediği görüşü savunulur (Öncüoğlu 1997, Kruckman and Smith 2004). Antropolojik görüşe göre annenin doğum sonrası dinlendirilmesi, ihtiyaçlarının çevresindeki yakınları, komşuları tarafından karşılanması, kadının kendini ve bebeğini güvende hissetmesine yardımcı olmakta ve postpartum depresyon olasılığının azalmasını sağlamaktadır.

Postpartum dönemde tüm aile üyeleri çocuğun doğumuna uyum sağlamaya çalışırken, annenin başa çıkma mekanizmalarındaki bir yetersizliğin sonucu olarak PPD

ortaya çıkmaktadır. Bu durum annenin çocuğuyla etkileşimini, diğer aile üyeleriyle ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Jones and Venis 2001, Leifer 2003). PPD saptanan kadınların bebeklerinin bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimlerinin olumsuz yönde etkilendiği, çocuklarda ise davranış bozukluklarının ortaya çıktığı saptanmıştır (Gülseren 1999, Gülşen 2001, Ekuklu 2002). Kırpınar'ın belirttiğine göre (1995), Stein ve ark. PPD yaşayan 49 anne ve çocuğu ile aynı sayıda PPD yaşamayan anne ve çocuğu ile yaptığı çalışmada PPD'lu grupta anne ve çocuk etkileşiminin niteliğinin düşük olduğunu saptamıştır. PPD saptanmış bir annenin bebeğine zarar verme riski yüksektir. Postpartum depresyon yaşayan annelerin %41'inin bebeğine zarar vermeye yönelik fikirler taşıdıkları belirtilmiştir (Barbara 1995).

3.1.3.4. Postpartum Depresyonun Tedavisi

PPD'nun tedavisinde, biyopsikososyal tedavi yaklaşımından yararlanılmaktadır. Tedavide antidepresan, antipsikotik ve anksiyolitik ilaçlar bireysel farklılıklara göre seçilmektedir. Çoğunlukla süt veren anneye ilaç tedavisi uygulanması konusunda kararsızlık yaşanmaktadır. Çünkü bu ilaçların çoğu anne sütüne karışmaktadır (Jermain 1995). Hafif depresyonlarda tedavi psikoterapi ve özellikle destekleyici yaklaşım ağırlıklıdır. Bireysel veya grup psikoterapisi kadınların annelik rolüyle ilgili çatışmalarını çözmelerinde yardımcı olmaktadır. PPD tedavi sürecinde annenin eğitilmesi ve aile desteğini en üst düzeye çıkarmak amacıyla ailenin tedaviye katılımı önemlidir (Kırpınar 1995, Jones and Venis 2001).

3.1.3.5. Postpartum Depresyon ve Hemşirelik

Doğum sonu dönem her ne kadar doğal bir süreç gibi görünse de anne, bebek ve aile için bazen stresli bir yaşam olayı olarak sağlık açısından risk taşımaktadır. Bu dönemde annenin duruma uyum sağlamasında yakın çevre desteği ve profesyonel yardım önem taşımaktadır. Burada hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Çünkü hemşireler hastanede, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde ve sağlık ocaklarında anne ile yakın ilişkide olan sağlık ekibi üyeleridir (Buldukoğlu ve Terakye 1990).

Hemşirenin, postpartum depresyonu önleme, erken tanı ve tedavi de önemli sorumlulukları vardır (Clark 2000). Doğum sonrası aileler yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel stresörlerle etkili bir şekilde baş edemediklerinde doğum ve ebeveyn olma

aile bireyleri için gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşımaktadır (Gölbaşı 2003). Doğum sonrası dönemde loğusa anne ve babanın sağlık personelinden iyi bir danışmanlık alması ve sosyal desteklerinden etkin yararlanması önemlidir. Bu nedenle toplum sağlığı hemşirelerinin verecekleri destek önemli bir işlevi yerine getirecektir.

Hemşirenin doğum öncesi ve sonrası bakım, eğitim, danışmanlık sorumluluğunun yanı sıra bireyin hafif ve orta düzeyde anksiyete yaşadığı problemleri çözmesinde, hastaya yardım sorumluluğu vardır (Buldukoğlu ve Terakye 1990, Lepper ve ark. 1994). Mauthner (1997) PPD'lu annelerin duygularını ve yaşadıkları zorlukları eşlerine, ailelerine, arkadaşlarına ya da sağlık profesyonellerine anlatamadıklarını ya da anlatmak istemediklerini belirtmiştir. Hemşireler annelerin duygularını ifade etmemelerinde kültürel etkilerin farkında olmalıdırlar. Annelik mutluluk, şefkat ve diğer olumlu duygularla özdeşleştirildiğinden, kadın olumsuz duygularından dolayı utanç duyabilir ve bu duygularını anlatmaktan korkabilir. Hemşireler, annelere yaşadıkları bu olumsuz duyguları anlatmaları için fırsat vermelidirler (Beck 1999).

PPD birinci basamak sağlık hizmetlerinde erken tanı ile saptanarak tedavi edilebilecek bir sağlık sorunudur. PPD erken tanımlanır ve uygun müdahale yapılırsa, PPD'un gelişimi önlenir (Clark 2000). Hemşire, postpartum depresyon yaşayan annenin fiziksel, psikososyal ve duygusal gereksinimlerini belirleyip güçlü yönlerini desteklemeli, yetersiz olduğu yönlerini geliştirmesine yardımcı olacak girişimlerde bulunmalıdır (Beck 1995). Bu nedenle PPD'da risk grubu olarak kabul edilen kadınların hem gebelik dönemi boyunca, hem de doğumdan sonra yakından izlenmeleri gerekmektedir (Gülseren 1999).

Annelerin yaşamlarındaki zorluklarla baş etmelerinde, onları yargılamadan kabul eden ve yeteneklerine inanan insanların olduğunu bilmeleri önemlidir. Ancak anneler dışarıdan yardım almakta isteksiz olabilirler. Çünkü bu durumda çevrenin kendisini yetersiz bir anne olarak algılaması endişesini taşır. Bu nedenle, annelerin çevreden yardım almaları teşvik edilirken, aynı zamanda annenin güvenini kazanmak da çok önemlidir. Hemşireler doğum sonrası dönemde yapacakları ev ziyaretleri ile hem annenin yeni duruma uyum sağlamasını, destek kaynaklarından yararlanmasını destekleyebilir; hem de doğum sonu depresyonu erken dönemde saptayarak bireyi yardım almaya yönlendirebilir.

3.1.4. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz kavramı literatürde puerperal psikoz, postpartum psikotik depresyon olarak kullanılmaktadır. Postpartum psikoz, doğum sonrası psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisidir (Kırpınar ve ark. 1996). Doğum sonrası psikoz 1000 doğumdan yaklaşık 1-2'sinde görülen nadir bir bozukluktur. Genellikle doğumu izleyen ilk birkaç hafta içinde ortaya çıkarak sıklıkla hastaneye başvuru ile sonuçlanır (Kırpınar ve ark. 1996). Belirtileri açısından çok değişkendir. Bu nedenle postpartum psikozu tanımlarken 'mercurial' kelimesi kullanılmaktadır. Mercurial, civalı, bir türlü yerinde duramayan değişken anlamındadır (Cooper and Campbell 1988, Wise and Rundel 1997). Postpartum psikoz yaşayan bir annede genellikle manik belirtiler vardır. Ajitasyon, huzursuzluk ve öforinin gözlemlendiği duygu durumunda değişkenlik, uyuyamama, ağlama nöbetleri, konfüzyon, sanrı, halüsinasyon, obsesyon görülür. Sanrılar varsa genellikle bebekle ilgilidir. Bu sanrısız düşünceler 'gelecekteki acılardan çocuğu kurtarmak için' onu öldürme eğilimlerine yol açabilir. Anne, bebeğe zarar vermesini söyleyen 'komut veren' sesler duyabilir. Obsesyonlar siktir ve genelde bebeğini öldürme veya zarar verme düşüncesi çevresinde odaklanır (Beck and Reynoulds 1992, Özkan 1993, Gülşen 2001). Postpartum psikoz belirtileri değişkenlik göstermektedir, erken tanınmaz ve tedavi olmazsa tekrarlayabilmektedir. Sonraki doğumlarda tekrarlama riski 1/3 oranındadır (Kırpınar ve ark. 1996, Gülşen 2001). Hastaneye psikiyatrik başvurular postpartum ilk ayda doğum öncesi döneme göre ortalama altı kat daha fazladır (Dawn and Gruen 1993). Postpartum psikozlar; majör depresyon başta olmak üzere manik ve şizoaffektif ataklar, kısa reaktif psikoz veya şizofrenik epizod olarak görülebilmektedir (Kırpınar ve ark. 1996, Öncüoğlu 1997).

Postpartum psikozun tedavisinde ya tek başına EKT, ya da EKT antipsikotik ilaçlarla birlikte uygulanabilir. Postpartum psikoz yaşayan anneler bebeklerine zarar vermek isteyebilirler, bu nedenle hastaneden kaçmalarını veya ani öfkelenmelerini önlemek gereklidir. Tedavide hasta ile birlikte aile terapisi de gereklidir (Kırpınar ve ark.1996, Gülşen 2001).

3.2.Sosyal Destek

Sosyal destek kavramı, ilk olarak 1960'lı yıllarda koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarda incelenmiş, sağlıkla ilişkisi araştırılmıştır. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin stres ve strese bağlı hastalıklarda, sağlığa olumlu yönde etkileri olduğu saptanmıştır (Sorias 1998). Sosyal destek bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi manevi yardım olarak tanımlanmaktadır (Sorias 1998). İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleridir (Sorias 1998).

Sosyal desteğin tanımlanması konusundaki yaklaşımlar iki temel başlık altında ele alınabilir.

1)Yapısal Yaklaşım: Sosyal destek kavramını niceliksel açıdan ele alan yaklaşımdır. Bu yaklaşımda sosyal destek yerine daha çok sosyal ağ terimi kullanılmıştır. Sosyal ağ genellikle kişinin bir grup insanla olan bağlarını ve grup içindeki ilişkilerini göstermek için kullanılır. Sosyal ilişkiler sosyal ağı oluşturmaktadır. Sosyal ağ değerlendirilirken büyüklük, sosyal bağların gücü, ilişkilerin sıklığı, dağılım (üyelerin fiziksel açıdan yakın ya da uzak oluşu), simetri (ilişkideki aktiflik ya da pasiflik düzeyi) ve homojenlik (sosyal ağ üyelerinin cinsiyet, yaş, ırk ve kültürel açıdan benzerliği) gibi niceliksel özellikler üzerinde durulmuştur (Cohen 1985).

2)İşlevsel Yaklaşım: Sosyal destek kavramını niteliksel açıdan ele alan yaklaşımdır. Bu yaklaşımda sosyal ağ kavramından farklı olarak sosyal destek kavramı ilişkinin sağladığı yardımlar açısından ele alınmıştır. Maddi destek, duygusal destek ve bilişsel destek üzerinde durulmuştur. Sosyal desteğin işlevleri birbirleriyle içiçedir. Bir ilişkide duygusal açıdan destek varsa, aynı zamanda zihinsel ve maddi desteğin de bulunması söz konusu olabilir (Banaz 1992). Bu değişkenler içinde üzerinde en fazla durulan özellik, ağın büyüklüğü olmuştur. Büyük bir ağın, sosyal destek kaynakları açısından zengin olacağı düşünülmüştür (Sorias 1988). Sorias (1998), nevrotik depresyon tanılı 20 hasta ve 20 sağlıklı kontrol grubu ile yaptığı çalışmada, depresif hastaların sosyal ağındaki insan sayısının sağlıklılardan anlamlı düzeyde az olduğunu bulmuştur.

Geniş bir sosyal ağ içinde bulunan insan (eş, evlat, ebeveyn, arkadaş, komşu) 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

çıkma da yardımcı olur. Bunun tersine sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuk olduğunda, ruhsal hastalık geliştirme riskini artıran anksiyete, stres ve değersizlik duyguları daha sık yaşanır (Ingham and Kreitman 1987, Sorias 1998). Sosyal kaynağın kişiye farklı tipte yardımlar sağladığı belirtilmiştir. Bunlar içinde araçsal, duygusal ve bilişsel destek üzerinde durulmuştur (Sorias 1988).

Araçsal destek (Maternal support): Günlük sorumlulukların gerçekleştirilmesi için başkaları tarafından sağlanan eylem ya da araçlardır. Örneğin, anne yorulduğu ya da 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 gereksinimlerini 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 rahatlatır.

Bilişsel 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 (Sorias 1988).

Sosyal destek işlevlerinin birbirleri ile iç içe olduğu görülmektedir. Bu nedenle, duygusal açıdan destekleyici bir ilişkide aynı zamanda maddi ve zihinsel destek bulunur. Sosyal bir ağ içinde bulunan kişi, farklı kişilerden farklı destekler alarak sorunlarını çözmeye çalışır (Sorias1988, Sorias 1998). Sosyal destek kavramı, sosyal ilişkinin algılanış biçimi ve sosyal ağın kişi üzerindeki bıraktığı etkiyle de yakından bağlantılı bulunmuştur. Sorias'ın belirttiğine göre (1988) Heller, bir sosyal aktivite, alıcı kişi tarafından benlik saygısını artırıyor, ya da stresle başa çıkmada yardım sağlıyorsa (duygusal yardım, bilişsel yeniden yapılanma, araçsal yardım) bu aktivitenin sosyal desteği içerdiğini vurgulamıştır.

3.3.Postpartum Depresyon ve Sosyal Destek

Son 20 yılda bilim adamları özellikle stresli yaşam olaylarıyla karşılaştığında ruhsal ve fiziksel sağlığı korumada, sosyal desteğin yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (Kruckman and Smith 2004). ABD'de 1970'lerde birçok araştırmacı sosyal desteğin bozulmasının depresyon ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklara yakalanma riskini artırdığını saptamıştır (Kruckman and Smith 2004). Roy (1978) çalışan kadınlar üzerinde yaptığı

çalışmada, kadınların iş veya aile ortamından aldığı sosyal destek düzeyi azaldıkça depresyon belirtilerinin arttığını saptamıştır.

Birçok araştırmacı doğum sonrası depresyona sosyal destek eksikliğinin neden olduğunu belirtmiştir. Kruckman ve Smith'in belirttiğine göre (2004) Nuckolls ve ark. (1972) olumlu psikososyal nitelik testinde yüksek puan alan annelerin 1/3'ünün doğum ile ilgili komplikasyonlar yaşadığını saptamış, O'Hara (1986) psikiyatrik hastalıkları önleyici olarak 'sırdaş' faktörünün önemini vurgulamıştır.

Sosyal destek PPD'un ortaya çıkmasında etkili faktörlerden biridir (Sorias 1998). Postpartum dönemdeki sosyal destek anneye yakın çevresi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal desteği içermektedir (Herbert 1994). Annenin bebeğe alışması yaklaşık üç ay sürmektedir, annelerin çoğunun bu dönemde yardım konusunda ailelerine güvendikleri görülmüştür. İlk kez anne olanlar doğumdan önce sık sık evin dışına çıkarken ya da bir işte çalışırken doğumun ardından sürekli evde kalmaktadırlar. Anne sosyalleşmek istese bile bebek yüzünden evden ayrılması kısıtlanmakta, arkadaşlarından gelen desteği kaybetmektedir. Bu durum kendisini yalnız hissetmesine neden olmaktadır (Herbert 1994). Kadınlar ve aileleri gebelik, doğum sırası ve sonrasında yeteri kadar sosyal destek alamadıkları zaman annede işlev yetersizliği, çocuğun gelişiminde problemler, anne-çocuk ilişkisinde ve tüm ailenin görev dağılımında bozulmalar görülebilmektedir (www.postpartum.net).

Postpartum dönemde kadınlarda destek ihtiyacı artmakta, kişiye özel desteğin özellikleri, kültürel yozlaşma ve aile ilişkilerinin zayıf olması depresyon riskini artırmaktadır (Cronenwett 1985, Martinez-Schallmoser 2003). Heh (2003) sosyal desteğin PPD'da bir tampon görevi yaptığını, uygun ve yeterli düzeydeki sosyal desteğin kadınların sıkıntılarının azalmasında ve yeni duruma daha iyi uyum sağlamasında önemli olduğunu belirtmiştir. Cutrona'ya (1986) göre, sosyal destek kadının annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyonu önlemektedir.

Doğum sonrası sosyal destekle ilgili yapılan çalışmalarda gebelik süresince ve doğum sonrası destekleyici yakın ilişkilerin annenin iyilik halini ve kontrol duygusunu artırdığı (Ray and Hodnett 2004), postpartum depresyon yaşayan kadınların stresli yaşam olaylarını fazla yaşadıkları ve doğum sonu eş desteğinin az olduğu (O'Hara 1986, Takeda ve ark 1998) saptanmıştır. Kadınların prenatal dönemde eşlerinden bekledikleri desteği postpartum dönemde göremedikleri durumlarda depresyon gelişiminin fazla olduğu, sosyal

desteğin artması ile PPD görülme olasılığının azaldığı belirtilmektedir (Logston ve ark 1994, Takeda ve ark 1998).

Sosyal desteğin ruhsal bozuklukların oluşmasında koruyucu bir rol oynadığı görülmektedir. Sosyal destek ancak sosyal ilişki yoluyla sağlandığından, bireyin insanlarla ilişki kurması ve bu ilişkileri sürdürme konusunda yeterli olması gerekir. Bu yeterlilik çevrenin değil bireyin bir özelliğidir.



4.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma postpartum dönemde kadınlarda algılanan sosyal destek ve postpartum depresyonu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma Aksaray Şammas Vehbi Ekecik Doğumevi Hastanesi'nde yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı Aksaray Şammas Vehbi Ekecik Doğumevi Hastanesi 145 yatak kapasitelidir. Hastanede 6 kadın doğum uzmanı, 46 ebe-hemşire, 30 ebe ve 13 hemşire çalışmaktadır. Hastanede hekim, ebeler ve hemşireler nöbet usulü çalışmaktadırlar. Hastanede kadın hastalıkları servisi, sezaryen servisi, ameliyathane ve içinde loğusa bölümünün de bulunduğu doğum salonu bulunmaktadır. Hastanede ayrıca gebe izlem polikliniği, jinekoloji polikliniği ve aile planlaması polikliniklerinde hizmet verilmektedir. Normal doğum sonrasında kadınlar aynı gün hastaneden taburcu edilmekte olup ortalama hastanede kalış süreleri üç ile dört saattir, sezaryen ile doğum yapan kadınlar durumlarına göre ortalama iki-üç gün yattıktan sonra taburcu edilmektedir. Hastanede annelere ebeler tarafından postpartum döneme ilişkin emzirme konusunda, anne sütünün önemi ve enfeksiyondan korunma konularında spontan eğitim verilmektedir.

3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Aksaray Şammas Vehbi Ekecik Doğumevi Hastanesi'nde doğum yapan postpartum dönem ikinci haftada olan tüm anneler oluşturmuştur.

4.Araştırmanın Ornekleme

Araştırmanın örneklemini 5 Nisan- 5 Temmuz 2004 tarihleri arasında Aksaray Şammas Vehbi Ekecik Doğumevi Hastanesi'nde doğum yapan, Aksaray il merkezinde oturan, en az ilkokul mezunu, sağlıklı bebeği olan, prenatal dönemde tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığı olmayan, miyadında ve komplikasyonsuz doğum yapmış olan, araştırmaya katılmayı kabul eden anneler oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Aksaray Şammas Vehbi Ekecik Doğumevi Hastanesi'nde 521 anne doğum yapmıştır. Bunlardan örneklem özelliğini karşılayan 328 anne çalışma grubunu oluşturmuştur.

5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında "Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır.

5.1. Bilgi Formu: Bilgi formu araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak (Mauthner 1997, Vural ve Akkuzu 1999, Dünder 2002, Leifer 2003) hazırlanmıştır. Bilgi formu PPD ile sosyo-demografik özellikler, sosyal destek gibi faktörlerin ilişkisini araştırmaya yönelik 14 açık uçlu, 6 kapalı uçlu olmak üzere 20 sorudan oluşmaktadır.

5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin öznel değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir (Zimet ve ark. 1988). ÇBASDÖ'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (Eker ve Arkar 1995). Ölçek 12 maddeden oluşmakta ve aile desteği (3,4,8,11), arkadaş desteği (6,7,9,12) ve özel birisinin desteği (1,2,5,10) olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır. Her bir madde 1-7 arasında puanlanmıştır. Alt gruplardan alınacak en düşük puan 3, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

5.3. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPPDÖ) : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği 1987 yılında Cox tarafından geliştirilmiştir. Ölçek kadınlarda doğum sonu depresyonu taramayı amaçlamaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Engindeniz tarafından yapılmıştır (Engindeniz 1996). Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede; 1.,2.,4. maddeler 0,1,2,3, olarak puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9.,10. maddeler 3,2,1,0 olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 12 olarak hesaplanmaktadır. Bu puanın üzerinde puan alan bireyler depresyon yönünden risk grubu olarak kabul edilmektedir.

6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri araçlarının uygulama aşamasında araştırmacı, Aksaray Şammas Vehbi Ekecik Doğumevi Hastanesi'nde doğum yapan ve örneklem özelliğini taşıyan kadınlarla doğumda sonra tanıştı. Araştırma hakkında açıklama yaptı. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan görüşme için randevu aldı. Belirlenen tarihte (postpartum ikinci haftada) anneyi evde ziyaret etti. Veri toplam araçlarını yüz-yüze görüşme yoluyla uyguladı. Depresyon yönünden risk grubunda olan kadınlar (EPPDÖ puanı 12'nin üzerinde olanlar) profesyonel yardım almaya yönlendirdi.

7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri SPSS (ver=10.0) programında değerlendirildi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımı, Korelasyon Analizi, Varyans Analizi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Students t test, Mann Whitney U testleri kullanıldı.

5.BULGULAR ve TARTIŞMA

Çalışmaya katılan annelerin yaşlarının 16-43 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 25.9 ± 5.02 olduğu, %39.9'unun 20-24 yaş grubunda olduğu, evlenme yaşlarının 12-34 arasında değiştiği, evlenme yaş ortalamasının 20.02 ± 3.14 olduğu, evlilik süresinin 1 ile 28 yıl arasında değiştiği, evlilik süresi ortalamasının 5.06 ± 4.70 olduğu, doğum sayısının bir ile yedi arasında değiştiği, doğum sayısı ortalamasının 1.86 ± 1.00 olduğu, yaşayan çocuk sayısının bir ile yedi arasında değiştiği, yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 1.80 ± 0.94 olduğu saptanmıştır. Annelerin eşlerinin yaşlarının 18-53 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 29.09 ± 5.29 olduğu, %39.0'unun 23-27 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Tablo 1: Annelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde
Annenin Yaşı		
15-19 yaş	39	11.9
20-24 yaş	131	39.9
25-29 yaş	90	27.4
30-34 yaş	49	14.9
35 yaş ve ↑	19	5.9
Annenin Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	194	59.1
Ortaokul mezunu	42	12.8
Lise mezunu	61	18.6
Yüksek okul mezunu	31	9.5
Çalışma Durumu		
Ev hanımı	294	89.6
Memur	30	9.1
Serbest	4	1.3
Evlilik yaşı		
12-16 yaş	25	7.6
17-21 yaş	219	66.8
22-26 yaş	69	21.0
27 yaş ve ↑	15	4.6
Evlilik Şekli		
İsteyerek evlenme	309	94.2
İstemeyerek evlenme	19	5.8
Evlilik Süresi		
1-4 yıl	188	57.3
5-9 yıl	84	25.6
10-14 yıl	40	12.2
15 yıl ve ↑	16	4.9

Tablo 1'in devamı

Doğum Sayısı		
1 doğum	149	45.4
2 doğum	103	31.4
3 doğum ve üzeri	76	23.2
Yaşayan Çocuk Sayısı		
1 çocuk	157	47.9
2 çocuk	100	30.5
3 çocuk ve üzeri	71	21.6
Gebeliğin İstenme Durumu		
İstenen	269	82.0
İstenmeyen	59	18.0
Doğum Şekli		
Vajinal doğum	239	72.9
Sezaryen doğum	89	27.1
Doğumdan Sonra Yanında Kalan Birileri		
Oldu	299	91.2
Olmadı	29	8.8
Doğum Sonrası Dönemde Yardım İhtiyacı		
Oldu	205	62.5
Olmadı	123	37.5
Doğumdan Sonra Ebe Ziyareti		
Oldu	22	6.7
Olmadı	306	93.3
Doğumdan Sonra Ebenin Ziyareti Beklentisi (n=308)		
Oldu	263	80.2
Olmadı	45	13.7
Eşin yaşı		
18-22 yaş	14	4.3
23-27 yaş	128	39.0
28-32 yaş	98	29.9
33-37 yaş	62	18.9
38 yaş ve ↑	26	7.9

Tablo 1'in devamı

Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	113	34.5
Ortaokul mezunu	52	15.9
Lise mezunu	107	32.5
Yüksek okul mezunu	56	17.1
Eşin Mesleği		
Memur	77	23.5
İşçi	107	32.6
Serbest	97	29.6
Diğer	47	14.3
Aile Tipi		
Çekirdek aile	216	65.9
Geniş aile	112	34.1
Ailedeki Bireyler		
Eş	87	26.5
Eş ve çocuklar	124	37.8
Diğer	117	35.7

Tablo 1'de anne babaların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin %59.1'inin ilkokul mezunu, %89.6'sının ev hanımı olduğu, annelerin %66.8'inin 17-21 yaş grubunda evlendiği, %94.2'sinin isteyerek evlendiği, %57.3'ünün bir ile dört yıl arasında evli olduğu, %45.4'ünün ilk doğumu olduğu, %47.9'unun bir yaşayan çocuğu olduğu, %82'sinin isteyerek gebe kaldığı, %72.9'unun vaginal yolla doğum yaptığı, %91.2'sinin doğumdan sonra yanında kalan birilerinin olduğu, %62.5'inin doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacı olduğu, %93.3'ne doğum sonrasında ebe ziyareti olmadığı, %80.2'sinin doğumdan sonra ebe ziyaretini istediği saptanmıştır. Eşlerinin %34.5'inin ilkokul mezunu, eşlerin %32.6'sının işçi olduğu saptanmıştır. Annelerin %65.9'unun çekirdek ailede ve %37.8'inin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 2: Annelerdeki Postpartum Depresyon Durumu

Postpartum Depresyon Puanı	Sayı	Yüzde
12 puan altı	230	70.1
12 puan ve üstü	98	29.9

Tablo 2’de annelerin postpartum depresyon durumları görülmektedir. Annelerin %29.9’nun postpartum depresyon yönünden riski altında olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda postpartum depresyonu; Ekuklu (2002) %40.4, Türkistanlı ve ark. (2002) %29, Sünter ve ark. (2002)%23.1 olarak saptamışlardır.

Çalışmada annelerin sosyal destek puanlarının 16-84 arasında değiştiği, sosyal destek puan ortalamasının $X = 65.39 \pm 13.27$ olduğu, postpartum depresyon puanlarının 0-26 arasında değiştiği, postpartum depresyon puan ortalamasının $X = 9.05 \pm 5.78$ olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan anne ve eşlerin sosyal destek ve postpartum depresyon düzeyleri sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında; annelerin yaşları ile algılanan sosyal destek düzeyi ($r=0.03$) ve postpartum depresyon düzeyi arasındaki ($r=-0.06$) ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu saptanmıştır.

Annenin evlenme yaşı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p<0.05$, $r=0.17$) olduğu, evlilik yaşı arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin arttığı, annenin evlenme yaşı ile postpartum depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$, $r = -0.15$), evlilik yaşı arttıkça depresyon puanının azaldığı saptanmıştır.

Eşin yaşı ile annenin algıladığı sosyal destek düzeyi ($p>0.05$, $r=0.04$) ve postpartum depresyon düzeyi ($p>0.05$, $r=-0.06$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, eşin eğitim durumu ile annelerin algıladığı sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Annenin doğum sayısı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönlü ($r=-0.19$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$), doğum sayısı arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin azaldığı, doğum sayısı ile postpartum depresyon puanı arasında pozitif yönde ($r=0.17$) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$), doğum sayısı arttıkça postpartum depresyon puanının da arttığı saptanmıştır.

Yaşayan çocuk sayısı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönlü ($r=-0.18$) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$), yaşayan çocuk sayısı arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin azaldığı, yaşayan çocuk sayısı ile postpartum depresyon puanı arasında pozitif yönde ($r=0.15$) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$), yaşayan çocuk sayısı arttıkça postpartum depresyon puanının da arttığı saptanmıştır.

Evlilik süresi ile algılanan sosyal destek ($r=-0.07$, $p>0.05$) ve postpartum depresyon ($r=0.02$, $p>0.05$) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Tablo 3: Annelerin Yaşına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Annenin Yaşı (n=328)	Sosyal Destek Puanı $\bar{X} \pm SS$	Depresyon Puanı $\bar{X} \pm SS$
15-19 yaş n=39	62.79±12.23	9.89±4.89
20-24 yaş n=131	65.30±12.89	9.16±5.61
25-29 yaş n=90	66.85±13.11	8.83±6.19
30-34 yaş n=49	65.48±13.32	8.48±5.59
35 yaş ve üstü n=19	64.26±18.23	9.10±7.30
	F=0.68 p > 0.05	F=0.36 p > 0.05

Tablo 3'te annelerin yaşa göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puan ortalamaları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin yaşı ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Engindeniz (1996) doğum yapan annelerle yaptığı çalışmasında annelerin yaşları ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir ($p>0.05$). Ekuklu ve ark. (2002) yaşı küçük olan annelerde postpartum depresyon puanının daha yüksek olduğunu, Hudson ve ark. (2000) yalnız ve desteksiz olan adölesan annelerde depresyon riskinin arttığını saptamışlardır.

Tablo 4: Annelerin Eğitim Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Annenin Eğitim Durumu (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İlkokul mezunu n=194	64.02±13.90	9.95±6.12
Ortaokul mezunu n=42	61.95±14.94	10.66±5.43
Lise mezunu n=61	69.39±9.90	6.45±3.90
Yüksekokul mezunu n=31	70.80±9.06	6.38±4.73
	F=5.40 p < 0.05	F=9.64 p < 0.05

Tablo 4’te annelerin eğitim durumuna göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin eğitim durumu ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), bu farkın ilkököl ve ortaokul eğitilmiş annelerden kaynaklandığı saptanmıştır. İlk ve ortaokul eğitilmiş annelerin algılanan sosyal destek puanlarının düşük, postpartum depresyon puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Lise ve yükseköğretim eğitilmiş annelerin ise algılanan sosyal destek puanlarının yüksek, postpartum depresyon puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçta eğitim arttıkça bireylerin kendini ifade etmesinin ve sosyal paylaşımlarının artmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Vural ve Akkuzu (1999) vaginal yolla ilk canlı doğumunu yapan annelerle yaptıkları çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile depresyon puanları arasında bir ilişki olmadığını saptamışlardır. Öncüoğlu (1997) postpartum depresyonun ortaya çıkmasında annenin eğitim seviyesinin etkili olmadığını belirtmektedir. Ekuklu ve ark. (2002) Edirne’de doğum yapan annelerle yaptıkları araştırmada annelerin eğitim düzeyi ile depresyon puanları arasında bir ilişki

olmadığını saptamışlardır. Dündar (2002) Manisa’da doğum yapan annelerle yaptığı araştırmada annelerin eğitim düzeyi ile postpartum depresyon puanları arasında bir ilişki olduğunu, eğitim seviyesi arttıkça postpartum depresyon puanının azaldığını saptamıştır. Engindeniz (1996) annelerin eğitim seviyesini temel eğitim ve yüksek eğitim olmak üzere iki gruba ayırarak yaptığı çalışmada, temel eğitim seviyesinde olan annelerin postpartum depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Aderibigbe (1993) Nijeryalı kadınlarla yaptığı çalışmada eğitim süresi altı yıl ve daha altında olan annelerin postpartum depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Eğitim seviyesinin yükselmesiyle, kadının kendi yaşamı üzerindeki etkinliği artmaktadır. Kendi kararlarını kendinin vermesi, yaşamını planlaması, daha iyi sosyal desteklere sahip olması, benlik saygısının yüksek olması eğitim seviyesi ile ilişkilidir.

Tablo 5: Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Annenin Mesleği (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Ev hanımı n = 294	64.74±13.48	9.30±5.83
Memur n = 30	70.93±9.24	6.83±4.81
Diğer n =4	71.75±14.17	7.75±6.29
	KW=7.64 p < 0.05	KW=5.42 p > 0.05

Tablo 5’te annelerin çalışma durumlarına göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin çalışma durumu ile algılanan sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0.05), bu farkın ev hanımlarından kaynaklandığı saptanmıştır. Annelerin çalışma durumu ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05), ancak ev hanımı annelerin depresyon puanlarının göreceli olarak diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmayan anneler, ailelerine ve

bebeklerine daha fazla zaman ayırabildikleri için bebek bakım problemlerini daha az yaşayabilirler. Ancak çalışma sonuçlarımızda görüldüğü gibi ev hanımı annelerin, çalışan annelere göre sosyal ilişkileri ve sosyal çevreleri daha zayıftır. Çalışan anneler çalıştıkları için sosyal ilişkileri ve çevreden aldıkları destek daha fazladır. Buna bağlı olarak çalışan annelerin postpartum depresyon açısından daha az risk taşıdıkları söylenebilir

Tablo 6: Annelerin Evlilik Şekline Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Evlilik Şekli (n=328)	Sosyal Destek Puanı $\bar{X} \pm SS$	Depresyon Puanı $\bar{X} \pm SS$
isteyerek evlenme n =309	65.83±12.80	9.09±0.33
istemeyerek evlenme n =19	58.31±18.36	8.42±5.28
	p=0.121 p > 0.05	p=0.719 p > 0.05

Tablo 6’da annelerin evlilik şekline göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Annelerin evlilik şekli ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Danacı ve ark. (2000) Manisa il merkezinde doğum yapan annelerle yaptıkları çalışmada annelerin eşleri ile olan ilişkilerinin iyi olmaması durumunda postpartum depresyon riskinin arttığını saptamıştır. Bu çalışmada isteyerek evlenenlerin, istemeyerek evlenenlere göre sosyal destek puanlarının göreceli olarak yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Annelerin Doğum Sayısına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Doğum Sayısı (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
1 doğum n = 149	66.55±12.45	8.42±5.47
2 doğum n=103	65.83±12.05	8.91±5.46
3 doğum ve ↑ n=76	62.53±15.90	10.48±6.58
	F=2.40 p> 0.05	F= 3.27 p < 0.05

Tablo 7’de annelerin doğum sayısına göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin doğum sayısı ile algılanan sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı ($p>0.05$), doğum sayısı ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), bu farkın üçten fazla doğum yapan annelerden kaynaklandığı, üçten fazla doğum yapan annelerin postpartum depresyon puanlarının ($X=10.48\pm6.58$) diğer annelerden yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: Annelerin Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Yaşayan Çocuk Sayısı (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
1 çocuk n=157	66.74±12.47	8.45±5.46
2 çocuk n=100	65.55±11.78	8.95±5.48
3 çocuk ve ↑ n=71	62.21±16.29	10.54±6.63
	F=2.89 p>0.05	F=3.28 p>0.05

Tablo 8’de annelerin yaşayan çocuk sayısına göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin çocuk sayısı ile algılanan sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı ($p>0.05$), çocuk sayısı ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), bu farkın üçten fazla çocuğu olan annelerden kaynaklandığı, üçten fazla çocuğu olan annelerin postpartum depresyon puanlarının ($X=10.54\pm 6.63$) diğer annelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Danacı ve ark. (2000) Manisa il merkezinde yaptıkları araştırmada annelerin çocuk sayılarının fazla olmasının postpartum depresyonun ortaya çıkmasında etkili faktörlerden birisi olduğunu saptamıştır. Dündar (2002) Manisa’da yaptığı araştırmada canlı doğum sayısı 1-2 olan annelerde postpartum depresyon prevalansını %30.5, canlı doğum sayısı 3-5 olan annelerde postpartum depresyon prevalansını %46.5 olarak saptamıştır.

Tablo 9: Annelerin Gebeliğinin Planlanma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Gebeliğın İstenme Durumu (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İsteyerek n = 269	66.64±12.63	8.53±5.58
İstemeyerek n = 59	59.71±14.68	11.44±6.14
	t= 3.70 p < 0.05	t= 3.55 p < 0.05

Tablo 9’da annelerin gebelik tercihinine göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annenin gebelik tercihi ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). İsteyerek gebe kalan annelerin sosyal destek puanlarının ($X=66.64\pm 12.63$) daha yüksek olduğu, postpartum depresyon puanlarının ($X=8.53\pm 5.58$) daha düşük olduğu saptanmıştır. Ekuklu ve ark. (2002) gebeliği istemeyen annelerde postpartum depresyon sıklığını %63.6 olarak saptamışlardır. Gebeliğın istenmemesinin postpartum depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Postpartum depresyon bebeğın istenmemesi, evli olmama, eşin bebeğın istememesi, düşük sosyoekonomik durum gibi nedenlere bağılı olarakta görülebilir (Barbara 1995, Özkan 1998).

Tablo 10: Annelerin Doğum Şekline Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Doğum Şekli (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Vaginal doğum n = 239	64.85±13.77	9.54±5.90
Sezaryen doğum n = 89	66.86±11.76	7.74±5.26
	t= 1.22 p > 0.05	t= 2.53 p < 0.05

Tablo 10'da annelerin doğum şekline göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Annelerin doğum şekli ile algılanan sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$), annenin doğum şekli ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Vaginal doğum yapan annelerin postpartum depresyon puanlarının ($\bar{X} = 9.54 \pm 5.90$) sezaryen ile doğum yapan annelerden ($\bar{X} = 7.74 \pm 5.26$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Doğum sonrası dönemde depresyonu araştıran birçok araştırmada sezaryen ile doğum yapan annelerin postpartum depresyon puanlarının yüksek olduğu ve sezaryenin postpartum depresyonun ortaya çıkmasında etkili bir faktör olduğu saptanmıştır (Kırpınar 1995, Barbara 1995, Vural ve Akkuzu 1999). Bu çalışmada vaginal doğum yapan annelerin postpartum depresyon puanlarının, sezaryen ile doğum yapanlardan daha yüksek çıkmasına örneklemdaki vaginal doğum yapan anne sayısının fazla olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 11: Doğum Sonrasında Annenin Yanında Kalan Bireylerin Yakınlık Derecesi

Yakınlık derecesi	Vajinal doğum(*) (n=212)		Sezaryen doğum(*) (n=87)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Birinci derece yakını	114	47.69	60	67.41
İkinci derece yakını	130	54.39	48	53.93
Üçüncü derece yakını	2	0.83	-	-

* Birden fazla ifade kullanılmıştır. Yüzdeler toplam n'e göre alınmıştır.

Tablo 11'de doğum sonrasında annenin yanında kalan bireylerin yakınlık derecesine göre dağılımları görülmektedir. Vajinal doğum yapan annelerin, %54.39'unun yanında ikinci derece yakınlarının, sezaryen ile doğum yapan annelerin %67.41'inin yanında birinci derece yakınlarının kaldığı saptanmıştır. Türkistanlı ve ark. (2002) 100 kadın üzerinde yaptığı çalışmada doğum yapan annelerin %44.2'sinin yanında birinci derece yakınının kaldığını saptamışlardır. Çalışmadaki bu sonuçta sezaryen ile doğum yapan annelerin ameliyat sonrasında bağımlılık düzeyi ve bakım gereksinimlerinin fazla olmasının etkili olduğu, bu nedenle birinci derece yakınlarının kaldığı düşünülmektedir.

Tablo 12: Annelerin Doğumdan Sonra Yanında Kalan Birisi Olma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Doğumdan Sonra Yanında Kalan Birisi Odluma Durumu (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet n = 299	66.59±12.22	8.49±5.36
Hayır n = 29	53.10±17.17	14.89±6.79
	t= 4.12 p < 0.05	t= 5.98 p < 0.05

Tablo 12’de annelerin doğumdan sonra yanında kalan birisinin olması durumuna göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin doğumdan sonra yanında birisinin kalma durumuna göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0.05$) olduğu saptanmıştır. Doğumdan sonra yanında yardım için birileri kalan annelerin sosyal destek puanlarının ($X = 66.59 \pm 12.22$) daha yüksek, postpartum depresyon puanlarının ($X = 8.49 \pm 5.36$) daha düşük olduğu saptanmıştır. Postpartum depresyonun görülmesinde annenin kendisini yalnız ve desteksiz hissetmesi ile bebeğe bakmanın akut stresini yaşamamasının etkili olduğu belirtilmektedir (Kırpınar 1995). Kırpınar’ın belirttiğine göre (1995), O’Hara ve Swain düşük sosyal desteğin postpartum depresyonun ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğunu saptamışlardır. Yoshida ve ark. (2001), Japonya’da uygulanan ‘Satogeri bunben’ adlı geleneksel uygulamanın postpartum depresyon üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Bu uygulamada, doğum yapan kadınlar postpartum dönemde ebeveynlerin evine giderek psikolojik ve fiziksel olarak bir dinlenme süreci yaşadıklarından, çalışmada bu geleneksel uygulamanın annenin depresyon riskini azalttığı saptanmıştır.

Tablo 13: Annelerin Doğumdan Sonra Yardıma Gereksinim Duydukları Alanlar

Yardım duyulan alanlar	Vaginal doğum (*) (n=126)		Sezaryen doğum (*) (n=80)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sıkıntı ve kaygı paylaşımı	53	42.06	29	36.25
İlgi gereksinimi (Hüzünlü hissetme-ağlama)	36	28.57	24	30.00
İletişim kurma-paylaşım gereksinimi	47	37.30	31	38.75
Uyku gereksinimi	8	6.34	26	32.50
Günlük işler	96	76.19	73	91.25
Bireysel bakım	86	68.25	78	97.50
Bebek bakımı	50	39.68	40	50.00

*Birden fazla ifade kullanılmıştır. Yüzdeler toplam n'e göre alınmıştır.

Tablo 13'de annelerin doğumdan sonra yardıma gereksinim duydukları alanlar görülmektedir. Araştırmaya katılan vaginal doğum yapan annelerin daha çok günlük işler (%76.19) duygu paylaşımı (%70.97) ve bireysel bakım (%68.25), sezaryen ile doğum yapan annelerin bireysel bakım (%97.50), günlük işler (%91.25) duygu paylaşımı (%66.25) ve bebek bakımında (%50) yardıma gereksinimi olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar sezaryen ile doğum yapan annelerin ameliyat sonrasında bağımlılık düzeyi ve bakım gereksinimlerinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 14: Annelerin Doğum Sonrası Dönemde Yardım İhtiyacına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Doğum Sonrası Dönemde Yardım İhtiyacı (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Oldu n = 205	64.02±14.50	9.54±6.22
Olmadı n =123	67.69±10.57	8.25±4.89
	t= 2.63 p < 0.05	t= 2.08 p < 0.05

Tablo 14’te annelerin doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacına göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Annelerin doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacı ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0.05$) olduğu saptanmıştır. Doğum sonrası dönemde yardıma ihtiyacı olan annelerin sosyal destek puanlarının daha düşük, postpartum depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon puanının azaldığı görülmektedir. Öncüoğlu (1997) aile ilişkileri zayıf olan annelerin doğum sonrasında yakınlarından aldığı desteğin düşük olmasının postpartum depresyon riskini arttırdığını saptamıştır. Martinez-Schallmoser ve ark. (2003) 66 multipar anne ile yaptıkları çalışmada zayıf aile ilişkilerinin postpartum depresyon riskini arttırdığını saptamışlardır.

Tablo 15: Annelerin Doğum Sonrası Dönemde Yardım Gereksiniminin Karşılanmasına Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Yardım Gereksinimi Karşılındı mı? (n=188)	Sosyal Destek Puanı $\bar{X} \pm SS$	Depresyon Puanı $\bar{X} \pm SS$
Evet karşılındı n =144	69.20±10.92	6.80±4.37
Kısmen karşılındı n =27	53.29±13.21	15.22±4.04
Hayır karşılanmadı n =17	57.11±15.52	14.05±6.19
	KW=37.05 p < 0.05	KW=61.11 p < 0.05

Tablo 15'te annelerin doğum sonrası dönemde yardım gereksiniminin karşılanmasına göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacının karşılanmasına göre algılanan sosyal destek ($p < 0.05$) ve postpartum depresyon ($p < 0.05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, yardım gereksinimi karşılanan annelerin algılanan sosyal destek puanlarının ($X = 69.20 \pm 10.92$) yüksek, postpartum depresyon puanların ($X = 6.80 \pm 4.37$) düşük olduğu saptanmıştır. Ray ve Hodnett (2004) postpartum dönemdeki annelerle yaptıkları çalışmada, annelerin sosyal desteklerinin artmasıyla depresyonun azaldığını saptamışlardır. Heh (2003) sosyal desteğin postpartum dönemdeki kadının sıkıntılarla baş etmesi ve yeni rollere uyum sağlamasına yardımcı olduğunu belirtmiştir. Forman (2001) postpartum dönemde psikolojik sorun yaşayan her üç anneden birinde sosyal izolasyon olduğunu, sosyal izolasyonla depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Tablo 16: Annelerin Doğum Sonrası Ebe Ziyaretine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Doğum Sonrası Ebe Ziyareti (n=326)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Oldu n = 22	65.31+9.81	9.09+4.67
Olmadı n =306	65.40+13.49	9.05+5.86
	p= 0.618 p > 0.05	p= 0.680 p > 0.05

Tablo 16’da annelerin doğum sonrası ebe ziyaretine göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Annelerin doğum sonrası ebe ziyaretine göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$). Ebein ziyaret ettiği ve etmediği annelerin algılanan sosyal destek ve depresyon puanlarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Bu sonuçta ülkemizde genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülen ev ziyaretlerinde sürekli ve kapsamlı izlem yapılmamasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 17: Annelerin Doğumdan Sonra Ebelerin Ev Ziyaretleri Sırasında Gereksinim Duyduğu Yardım Konuları

Gereksinim duyulan yardım	Vaginal doğum (*) (n=204)		Sezaryen doğum(*) (n=73)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bebek bakımı ve beslenmesine yönelik yardım	137	67.15	62	84.93
Bebek gelişimi, hastalıkları ve aşılarına yönelik yardım	200	98.03	72	98.63
Anne sağlığının ve rahatının sağlanmasına yönelik yardım	136	56.90	48	53.93

*Birden fazla ifade kullanılmıştır. Yüzdeler toplam n'e göre alınmıştır.

Tablo 17'de annelerin doğumdan sonra ebelerin ev ziyaretleri sırasında gereksinim duyduğu yardım konuları görülmektedir. Hem vaginal doğum (%98.03) hem de sezaryen doğum (%98.63) yapmış olan annelerin daha çok bebeğin gelişimi ve sağlığının sürdürülmesi konusunda yardıma gereksinim duydukları, sezaryenle doğum yapan annelerin (% 84.93) bebek bakımı ve beslenmesine yönelik yardım gereksinimlerinin vaginal doğum yapan annelerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Anneler doğum sonu dönemde bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadır (Vural ve Akkuzu 1999). Çalışmada da annelerin bebek bakımı ve sağlığını sürdürme konusunda yardıma gereksinim duydukları belirlenmiştir.

Tablo 18: Annelerin Doğumdan Sonra Ebe Ziyareti Beklentisine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Doğumdan Sonra Ebenin Ziyaret Etmesini (n=308)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Bekledi n=263	64.92+13.76	9.42+5.89
Beklemedi n=45	68.37+12.24	6.68+5.10
	t= 1.59 p > 0.05	t= 2.93 p < 0.05

Tablo 18’de annelerin doğumdan sonra ebe ziyareti beklentisine göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin doğumdan sonra ebe ziyareti beklentisine göre algılanan sosyal destek puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), ancak depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ebe ziyareti beklentisi olan annelerin postpartum depresyon puanlarının ($X=9.42\pm 5.89$) daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Postpartum dönemdeki annelerde postpartum depresyon tanısı ve tedavisinde primer bakım önemlidir (Gold 2002). Morell (2000) postpartum dönemdeki 623 anneye yaptığı çalışmada destekleyici sağlık hizmetinin depresyonu azaltmada etkili olduğunu saptamıştır. Gjerdingen’in (2003) yeni doğum yapan annelerle yaptığı çalışmada ilk altı hafta haftada bir kez, sonraki altı hafta iki haftada bir kez hemşireler tarafından ziyaretler yapılmış, ziyaretlerinde bebek bakımı ve sorunları gibi konularda rehberlik ve bilgilendirmenin yapıldığı annelerde EPPDÖ puan ortalaması %5.7, ziyaret yapılmayan annelerde %7.9 olduğunu saptamıştır.

Tablo 19: Eşlerin Mesleklerine Göre Annelerin Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Eşin Mesleği (n=328)	Annelerin Sosyal Destek Puanı	Annelerin Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Memur n =77	68.88±11.80	7.16±4.82
İşçi n =107	63.60±13.32	9.83±6.11
Serbest meslek n =97	66.24±14.00	8.76±5.81
Diğer n =47	62.02±12.72	11.00±5.59
	F=3.65 p < 0.05	F=5.43 p < 0.05

Tablo 19’da eşlerin mesleğine göre annelerin algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan babaların mesleklerine göre annelerin algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), bu farkın memur grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Eşi memur olan annelerin algılanan sosyal destek puanlarının daha yüksek ($X = 68.88 \pm 11.80$) postpartum depresyon puanlarının düşük ($X = 7.16 \pm 4.82$) olduğu saptanmıştır. Kara ve ark. (2001) eşin işsizliği ve düşük aile gelirinin postpartum depresyon gelişiminde etkili olduğunu saptamışlardır. Takeda ve ark. (1998) 300 postpartum anne ile yaptıkları çalışmada eş ve eşin ailesinden gelen duygusal desteğin yeterli olması durumunda depresyon seviyesinin düştüğünü, Türkistanlı ve ark. (2002) doğumdan sonra eşlerin anneye destek olması durumunda annelerin ruhsal durumunun daha iyiye yöneldiğini saptamışlardır.

Tablo 20: Annelerin Aile Tipine Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Aile Tipi (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çekirdek aile n = 216	65.84±12.77	8.74±5.79
Geniş aile n=112	64.54±14.20	9.66±5.74
	t=0.84 p > 0.05	t=1.36 p > 0.05

Tablo 20’de annelerin aile tipine göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Annelerin aile tipi ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Vural ve Akkuzu (1999) postpartum dönemde olan annelerle yaptıkları çalışmada annelerin aile yapısı ile postpartum depresyon arasında bir ilişki olmadığını saptamışlardır. Geniş ailede bulunan annelerin sosyal ağlarının fazla olmasına rağmen, çekirdek ve geniş ailelerin sosyal destek ve postpartum depresyon puanlarının birbirine yakın olması ilişkilerin niteliksel açıdan sağladığı yardımlar yönünden yetersiz olduğunu düşündürebilir.

Tablo 21: Annelerin Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Puanları

Birlikte Yaşanılan Kişiler (n=328)	Sosyal Destek Puanı	Depresyon Puanı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Eş n=87	67.54±11.57	7.87±5.24
Eş ve çocuklar n=124	64.84±13.44	9.28±6.06
Diğer n=117	64.39±14.16	9.70±5.78
	F=1.58 p > 0.05	F=2.66 p > 0.05

Tablo 21’de annelerin birlikte yaşadığı kişilere göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin birlikte yaşadığı kişilere göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Bu sonuç Vural ve Akkuzu’nun (1999) çalışma sonuçları ile paraleldir.

6.SONUÇLAR

1-Çalışmaya katılan annelerin yaşlarının 16-43 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 25.9 ± 5.02 olduğu, %39.9'unun 20-24 yaş grubunda, %59.1'inin ilkokul mezunu, %89.6'sının ev hanımı, %94.2'sinin isteyerek evlendiği, evlenme yaşlarının 12-34 arasında değiştiği, evlenme yaş ortalamasının 20.02 ± 3.14 , evlilik süresinin 1-28 yıl arasında değiştiği, evlilik süresi ortalamasının 5.06 ± 4.70 olduğu, doğum ve çocuk sayısının 1-7 arasında değiştiği, %82'sinin isteyerek gebe kaldığı, %72.9'unun vaginal yolla doğum yaptığı, %91.2'sinin yanında doğumdan sonra yardımcı olarak birilerinin kaldığı, %62.5'inin doğum sonrası dönemde yardıma ihtiyacı olduğu, 93.3'ünü doğum sonrası ebevizaret etmediği, %80.2'sinin doğumdan sonra ebevizaretini istediği babaların yaşlarının 18-53 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 29.09 ± 5.29 olduğu, %39.0'unun 23-27 yaş grubunda olduğu, %34.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %32.6'sının işçi olduğu (Tablo1), Annelerin %29.9'unun postpartum depresyon yönünden risk altında olduğu (Tablo2),

2-Annelerin eğitim durumu ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), İlk ve ortaokul eğitimli annelerin algılanan sosyal destek puanlarının düşük, postpartum depresyon puanlarının yüksek olduğu (Tablo 4), annelerin çalışma durumu ile algılanan sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), ev hanımı annelerin sosyal destek puanlarının düşük olduğu (Tablo 5),

3-Annelerin doğum sayısı ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), üçten fazla doğum yapan annelerin postpartum depresyon puanlarının ($X = 10.48 \pm 6.58$) diğer annelerden yüksek olduğu (Tablo 7), annelerin çocuk sayısı ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), üçten fazla çocuğu olan annelerin postpartum depresyon puanlarının ($X = 10.54 \pm 6.63$) diğer annelerden yüksek olduğu (Tablo 8),

4-Annelerin gebeliğinin planlanma durumuna göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), isteyerek gebe kalan annelerin sosyal destek puanlarının daha yüksek, postpartum depresyon puanlarının daha düşük olduğu (Tablo 9), annelerin doğum şekli ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), Vaginal

doğum yapan annelerin postpartum depresyon puanlarının ($X = 9.54 \pm 5.90$) sezaryen ile doğum yapan annelerden ($X = 7.74 \pm 5.26$) daha yüksek olduğu (Tablo 10),

5-Vaginal doğum yapan annelerin, %54.39'unun yanında ikinci derece yakınlarının, sezaryen ile doğum yapan annelerin %67.41'inin yanında birinci derece yakınlarının kaldığı (Tablo 11),

6-Annelerin doğumdan sonra yanında kalan birisi olma durumuna göre algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0.05$) olduğu, yanında yardım için birileri kalan annelerin sosyal destek puanlarının daha yüksek, postpartum depresyon puanlarının daha düşük olduğu (Tablo 12),

7-Vaginal doğum yapan annelerin daha çok günlük işler (%76.19), duygu paylaşımı (%70.97) ve bireysel bakım (%68.25), sezaryen ile doğum yapan annelerin bireysel bakım (%97.50), günlük işler (%91.25) duygu paylaşımı (%66.25) ve bebek bakımında (%50) yardıma gereksinimi olduğu (Tablo 13),

8-Annelerin doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacı ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), doğum sonrası dönemde yardıma ihtiyacı olan annelerin sosyal destek puanlarının daha düşük, postpartum depresyon puanlarının daha yüksek olduğu, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon puanının azaldığı (Tablo 14),

9-Annelerin doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacının karşılanmasına göre algılanan sosyal destek ($p < 0.05$) ve postpartum depresyon ($p < 0.05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, yardım gereksinimi karşılanan annelerin algılanan sosyal destek puanlarının yüksek, postpartum depresyon puanların düşük olduğu (Tablo 15),

10-Hem vaginal doğum (%98.03) hem de sezaryen doğum (%98.63) yapmış olan annelerin daha çok bebeğin gelişimi ve sağlığının sürdürülmesi konusunda yardıma gereksinim duydukları, sezaryenle doğum yapan annelerin (%84.93) bebek bakımı ve beslenmesine yönelik yardım gereksinimlerinin vaginal doğum yapan annelerden daha fazla olduğu (Tablo 17),

11-Annelerin doğumdan sonra ebe ziyareti beklentisi ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), ebe ziyareti beklentisi olan annelerin postpartum depresyon puanlarının ($X = 9.42 \pm 5.89$) daha yüksek olduğu (Tablo 18),

12-Eşlerin mesleklerine göre annelerin algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), eşi memur olan annelerin algılanan sosyal destek puanları yüksek, postpartum depresyon puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

13-Annelerin yaşı, evlilik şekli, doğumdan sonra ebe ziyareti olması, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 3,6,16,20,21).



7.ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

1-Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin gebelik ve postpartum dönemdeki annelerin sosyal destek düzeyleri ve postpartum depresyon için risk durumlarını değerlendirerek, eş, aile ve yakın çevre ile işbirliği yapması,

2-Doğum sonrası depresyonun görülmesinde etkili olan istenmeyen gebelikler, erken yaşta gebelikler, çok çocuk sahibi olma gibi durumların profesyonel destekle azaltılması,

3-Annelerin doğum sonu fiziksel, psikososyal ve duygusal gereksinimlerinin belirlenerek güçlü yönlerinin desteklenmesi, yetersiz yönlerini geliştirmelerine yardım edilmesi,

4-Anneler ve ailelerin doğumdan sonra taburcu olmadan önce, postpartum duygusal durumlar ve bunların belirtileri, belirtiler görülürse sağlık kuruluşlarına başvurmaları konusunda bilgilendirilmesi,

5-Postpartum dönemdeki annelerin, postpartum depresyon görülme süresinin bir yıla kadar uzayabilmesi nedeniyle doğum sonu bir yıl sonuna kadar sürekli izlem çalışmaları ile değerlendirilmeleri,

8.ÖZET

Bu araştırma; doğum sunu döneminde kadınlardaki algılanan sosyal destek ile postpartum depresyonu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın örneklemini, 5 Nisan-5 Temmuz 2004 tarihleri arasında Aksaray Şammas Vehbi Ekecik Doğumevi Hastanesi'nde doğum yapan, Aksaray il merkezinde oturan, postpartum ikinci haftada olan 328 anneden oluştu. Veri toplama araçları olarak "Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği" kullanıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, Korelasyon Analizi, Varyans Analizi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Students t test, Mann Whitney U testleri kullanıldı.

Değerlendirme sonuçlarında; annelerin %39.9'unun 20-24 yaş grubunda olduğu, %59.1'inin ilkokul mezunu, %89.6'sının ev hanımı, evlenme yaş ortalamasının 20.02 ± 3.14 , %94.2'sinin isteyerek evlendiği, %82'sinin isteyerek gebe kaldığı, %72.9'unun vaginal yolla doğum yaptığı, %91.2'sinin yanında doğumdan sonra birilerinin kaldığı, %62.5'inin doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacı olduğu, %93.3'nü doğum sonu ebenin ziyaret etmediği, %80.2'sinin doğumdan sonra ebenin ziyaret etmesini istediği, annelerin %65.9'unun çekirdek ailede yaşadığı, %37.8'inin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, eşlerin yaş ortalamasının 29.09 ± 5.29 olduğu, %34.5'inin ilkokul mezunu, %32.6'sının işçi olduğu belirlenmiştir.

Annelerin eğitimi, çalışma durumu, evlenme yaşı, gebelik tercihi, doğum sayısı, doğumdan sonra yanında kalan birisinin olması, doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacı olması, doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacının karşılanması durumu ve eşlerin mesleği ile algılanan sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır.

Annelerin eğitimi, evlenme yaşı, gebelik tercihi, doğum sayısı, doğum şekli, doğumdan sonra yanında kalan birisinin olması, doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacı olması, doğum sonrası dönemde yardım ihtiyacının karşılanması durumu, doğum sonrasında ebe ziyareti beklentisi ve eşlerin mesleği ile postpartum depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygun öneriler getirilmiştir.

SUMMARY

This study is prepared to point out the depression and social support of women at the postpartum period.

The examples were from the 328 mothers, at the second week of postpartum dated between 5 April and 5 July of 2004 at the Aksaray Şammas Vehbi Ekecik Birth Hospital in Aksaray city center. As data materials 'Knowledge form', 'Many sided social support measurement' and 'Edinburgh Postpartum depression measurement' are used. At the statistical values of percentage; Correlation Analysis, Variance analysis, Kruskal-Wallis Variance Analysis, Student's t test, Mann Whitney U tests are used.

As results; 39.9% mothers are between 20-24 ages, 59.1% educated from the primary school, 89.6% are housewives, the rate of marriage age 20 ± 3.14 , 94.2% wanted the marriage, 82% wanted pregnancy, 72.9% gave birth by the vagina, 91.2% had people after the birth, 62.5% needed help, 93.3% did not visit the nurse after the birth, 80.2% wanted the nurse to visit after the birth, 65.9% were nuclear families, 37.8% were living with their husbands and children, the averages of husbands were 29.09 ± 5.29 , 34.5% were educated from the school, and 32.6% were workers.

There was no meaningful statistical difference ($p < 0.05$) between the rates of taken social support, the jobs of the husbands, number of births, birth givings, marriage ages, and the education of the mothers.

The education of the mothers, marriage ages, birth givings, birth numbers, support after the birth, help needed after the birth help needed and status, nurse expectations and postpartum depression rates have a statistical meaningful difference as ($p < 0.05$). Suitable proposal is given according to the results.

KAYNAKLAR

- 1-Abu-Saleh Ghubash R (1997) The prevalance of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; trasculturel perspective, *Acta Psychiatry Scand*, 95(5):428-432.
- 2-Aderibigbe YA (1993) Postnatal emotional disorders in Nigerian women, *British Journal of Psychiatry*,163: 645-650.
- 3-Banaz M (1992) Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
- 4-Barbara L, Parry MD (1995) *Comprehensie textbook of psychiatry*, 4.Kaplan HI, Sadock Psychiatry, Williams Wilkins Company, USA, s1059-1066.
- 5-Beck CT, Reynoulds MA (1992) Maternity blues and postpartum depression, *Journal Obstetric Gynecol Neonatal Nursing*, 21(4):287-293.
- 6-Beck CT (1993) Screening methods for postpartum depression, *Journal Obstetric Gynecol Neonatal Nursing*, 24(4):309-312.
- 7-Beck CT (1995) Perceptions of nurses caring by mothers experiencing postpartum depression, *Journal Obstetric Gynecol Neonatal Nursing*, 24(9):819-825.
- 8-Beck CT (1996) Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children, *Nursing Research*, 45(2):98-104.
- 9-Beck CT (1999) Postpartum depression stopping the thief that steals motherhood, *Awhonn Lifelines*, 3(4): 41-44.
- 10-Braverman J, Roux JF (1978) Screening for the patient at risk for postpartum depression, *Obstetrics and Gynecolog*, 52(6): 731-736.
- 11-Brott A (2003) Postpartum Blues and Depression , What a Father Can Do? http://www.postpartum_blues_and_depression.
- 12-Buldukoğlu K, Terakye G (1990) Fiziksel yönden riskli gebelerin ruhsal yönden risk durumlarının belirlenmesi. 2.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri 12-14 Eylül. İzmir.s.707-717
- 13-Clark G (2000) Discussing emotional health in pregnancy: the edinburgh postnatal depression scale, *British Journal of Community Nursing*, 5(2):91-98.
- 14-Cohen S (1985) Stres, social support and buffering hypothesis, *Psychiatric Bulletin*, 98(2):310-357.
- 15-Cooper P, Campbell E (1988) Non-psychiatric psychiatric disorder after childbirt, *British Journal of Pstchiatry*, 799-806.

- 16-Cronenwett LR (1985) Network structure, social support and psychological outcomes of pregnancy, *Nursing Research*, 34(2):93-99.
- 17-Cutrona CE (1986) Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression, *Children Dev*, 57:1507-1518.
- 18-Çetinkaya Y, Cengiz N, Tuzcu A ve ark (2003) Afyon il merkezi'nde doğum sonrası depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 2.Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya.s.16.
- 19-Danacı A, Dinç G, Deveci A ve ark (2000) Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(3):204-211.
- 20-Dawn S, Gruen AC (1993) A group psychoterapy approach to postpartum depression, *International Journal of Group Psychoterapy*, 4(3):2.
- 21-Dünder P (2002) Yarı-Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevelansı ve Risk Faktörleri.
<http://www.dicle.edu.tr/halks/>
- 22-Eker D, Arkar H (1995) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı geçerlilik ve güvenilirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34):45-55.
- 23-Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M ve ark (2002) Edirne Merkez İlçede Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Bazı Etmenler.
<http://www.dicle.edu.tr/halks/>
- 24-Eltutan H, Öncüoğlu C (1997) Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar, *Depresyon Dergisi*, 2(3):74-80.
- 25-Engindeniz N (1996) Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- 26-Ersoy M (1993) Lohusalık Döneminde Annelerin Yaşadığı Duygusal Dalgalanmalar ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- 27-Eserdağ S (2003) Doğum Sonrası Depresyon. Hera Kadın Sağlığı Merkezi
<http://www.eserdag.com/depresyon>.
- 28-Forman ND, Videbech P (2001) Postpartum depression identification of women at risk, *British Journal of Gynecol*, 108(7):774-775.
- 29-Garri TM, McKinney ES, Murray SS (1998) Foundations of Maternal Newborn Nursing, Second Edition, s.805-809.

- 30-Gjerdingen D (2003) The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants, *The Journal of The American Board of Family Practice*, 16:372-382.
- 31-Gold LH (2002) Postpartum disorders in primary care: diagnosis and treatment, *Primer Care*, 29(1):27-41.
- 32-Gölbaşı Z (2003) Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik, *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi*, 7(2)
- 33-Gülseren L (1999) Doğum sonu depresyon bir gözden geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(1):58-67.
- 34-Gülşen G (2001) Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar.
<http://www.lokmancu.edu.tr/psychiatry/EGITIM/abdprog/smn-2001postpartum>
- 35-Heh SS (2003) Relationship between social support and postnatal depression, *Kaohsiung Journal of Medical Scientist*, 19(10):491-496.
- 36-Herbert P (1994) Support of first-time mothers in the three months after birth, *Nursing Times*, 15(90):36-37.
- 37-Hudson DB, Elek SM (2000) Depression, self-esteem, loneliness and social support among adolescent mothers participating in the new parents project, *Autumn*, 35(139):445-453.
- 38-Ingham JG, Kreitman B (1987) Self-appraised anxiety and depression in women, *British Journal of Psychiatry*, 151:643-651.
- 39-Jadresic E, Araya R (1995) Prevalance of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile-*Review Medical Children*, 123(6):649-699
- 40-Jeffery L (1996) Postpartum depressive disorders, *Journal Family Pract*, 43:17-24.
- 41-Jenkin W, Tiggemann M (1997) Psychological effects of weight retained after pregnancy, *Women&Health*, 25:89-98.
- 42-Jermain DM (1995) Treatment of postpartum depression, *American Pharmacy*, 35:33-38.
- 43-Jones HW, Venis JA (2001) Identification and classification of postpartum psychiatric disorders, *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service*, 39(12):23-30.
- 44-Kara B, Çakmaklı P, Nacak E (2001) Doğum Sonrası Depresyon.
<http://www.ttb.org.tr/STED/>.
- 44-Kırpınar İ (1995) Postpartum psikiyatrik bozukluklar, *Psychomed*, 1(3):94.

- 46-Kırpınar İ, Çayköylü A, Coşkun İ (1996) Postpartum psikoz gelişen kadınların demografik ve klinik özellikleri, *Psikiyatri ve Nöroloji Bilimleri Dergisi*, 9(2):35-39.
- 47-Kruckman L, Smith S (2004) An Introduction to Postpartum Illness.
<http://www.postpartum.net>
- 48-Lane A, Keville R (1997) Postnatal depression and elation among mothers and their partners, prevalence and predictors, *British Journal of Psychiatry*, 171:550-555.
- 49-Leifer GMA (2003) Postpartum Depression, Introduction to Maternity & Pediatric Nursing, Fourth Edition, Saunders, StLouis, s.248.
- 50-Lepper HS, DiMattea MR, Tinsley BJ (1994) Postpartum depression: how much do obstetric nurses and obstetricians know?, *Birth*, 21(3):149-154.
- 51-Logsdon MC, McBride AB, Birkimer JC (1994) Social support and postpartum depression, *Research Nursing Health*, 17(6):449-457.
- 52-Martinez-Schallmoser L, Tellen S, MacMullen NJ (2003) The effect of social support and acculturation on postpartum depression in mexican american women, *Journal of Transcultural Nursing*, 14(4):329-338.
- 53-Mauthner NS (1997) Postnatal depression: how can midwives help?, *Midwifery*, 13(4):163-171.
- 54-May AK, Mahlmeister RL (1994) Maternal and Neonatal Nursing. J.L. Lipincott Company. s.870-874.
- 55-Morell J, Spiby H (2000) Costs and effectiveness of community postnatal support workers, randomized controlled trial, *British Medical Journal*, 321:593-598.
- 56-O'Hara MW (1986) Social support, life events and depression during pregnancy the puerperium, *Archives General Psychiatry*, 43(6):569-573.
- 57-Öncüoğlu H (1997) Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar 2, *Depresyon Dergisi*, 2(3):74-81.
- 58-Özkan S (1993) Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche Yayınları. İstanbul. s.201-213.
- 59-Özkan S (1998) Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. Novartis A.Ş. İstanbul. s.36-49.
- 60-Patel V, Rodrigues M, DeSouza N (2002) Poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India, *American Journal of Psychiatry*, 159(1):43-47.

- 61-Petrou S, Cooper P, Murray L ve Ark. (2002) Economic costs of post-natal depression in a high-risk british cohort, *The British Journal of Psychiatry*, 181:505-512.
- 62-Ray KL, Hodnett ED (2004) Caregiver Support for Postpartum Depression, *The Cochrane Library*, Issue 1, Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.
- 63-Richards JP (1990) Postnatal depression: a review of recent literature, *British Journal of General Practice*, 40:472-476.
- 64-Roy A (1978) Vulnerability factors and depression in women, *British Journal of Psychiatry*, 133;106-110.
- 65-Sadıkoğlu G (2003) Kadınların Ruhsal Sorunları.
<http://www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr>
- 66-Shewan LM, Scoloveno MA, Weingorten CT (1995) Nursing Care of The Childbearing Family. Norwalk. Appleton-Lange. s.1132-1137.
- 67-Sorias O (1988) Sosyal desteđin deđerlendirilmesi 2 toplumdan sečilmiř bir örneklemede, sosyal ađın yapısal özellikleri ile algılanan destek, *Psikoloji Seminer Dergisi*. 5:23-33.
- 68-Sorias O (1988) Sosyal destek kavramı, *Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 27(1):353-357.
- 69-Sorias O (1998) Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması, *Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 27(3):1033-1038.
- 70-Sorias O (1998) Sosyal destekler ve ruh sağlığı, *Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 27(1):359-363.
- 71-Sünter AT, Güz H, Ordulu F ve ark (2002) Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevalansı ve Risk Faktörleri.
<http://www.dicle.edu.tr/halks/>
- 72-Takeda F, Miyaji F, Yamaguchi T ve ark (1998) Postpartum depression and social support, *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, Jun;45(6):564-571.
- 73-Thurtle V (1995) Postnatal depression: the relevance of sociological approaches, *Journal of Advanced Nursing*, 22:416-424.
- 74-Türkistanlı E, Pektaş İ, Dikici İ (2002) İzmir İli Bornova İlçesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Sonrası Depresyon Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.
<http://www.dicle.edu.tr/halks/>

- 75-Ugarriza DN (1992) Postpartum affective disorders: incidence and treatment, *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service*, 30(5):29-32.
- 76-Ugarriza DN (2000) Postpartum depression, *Journal of Psychosocial Nursing*, 38(12):44-51.
- 77-Vieira T (2003) Becomes Grief, *Awhonn Lifelines*, 6(6):506-513.
- 78-Vural G, Akkuzu G (1999) Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 3(1):33-38.
- 79-Walter VN (1997) Postpartum depression: a review for perinatal social workers, *Social Work Health Care*, 24(3-4):99-111.
- 80-Wise GM, Rundel JR (1997) Konsültasyon Psikiyatrisi. *Compos Mentis Yayınları*. Ankara. s.181-182.
- 81-Yoshida K, Yamashita H (2001) Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of “Satogeri Bunben”, *Pediatrics International*, 43(2):189-193.
- 82-Zimet GD, Dahlem S, Farley G (1988) Multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assesment*, 52(1):30-41.
- 83-<http://www.essoriment.com/in/women.pregnancy/index>.
- 84- <http://www.literaturtr.com/litweb/literatur/mak>.
- Lohusalık Hüznü ve Postpartum Depresyon (2001).
- 85-<http://www.canadianparents.com/storkheadquarters/index>.
- Postpatum Blues.
- 86-<http://www.postpartum.net>.
- Position Paper on Social Support, *Postpartum Support International*.

EKLER

EK 1. Bilgi formu

Adınız, Soyadınız:

Telefon No:

Adres:

1.Yaşınız:

2.Eşinizin yaşı:

3.Eğitim durumunuz:

4.Eşinizin eğitim durumu:

5.Mesleğiniz:

6.Eşinizin mesleği:

7.Aile tipiniz:

8.Birlikte yaşadığınız kişiler:

9.Evlilik yaşı:

10.İsteyerek mi evlendiniz?

Evet

Hayır

11.Kaç yıllık evlisiniz?

12.Kaç doğum yaptınız?

13.Yaşayan kaç çocuğunuz var?

14.Şimdiki gebeliğiniz istenen bir gebelik mi?

Evet

Hayır

15.Doğum şekliniz?

16.Doğum sonrasında evde yanınızda kalan birileri oldu mu?

Evet

Hayır

17.Doğum sonrasında kendi bakımınızı yürütmede yardıma ihtiyaç duydunuz mu?

Evet

Hayır

18.Yanıtınız evet ise ne tür bir yardıma gereksinim duydunuz? Açıklayınız.

19-Bu yardım sizin gereksiniminizi karşıladı mı? Açıklayınız

Evet

Hayır

Kısmen

20-Doğumdan sonra ebe sizi evde ziyaret etti mi?

Evet

Hayır

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 veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederimi 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 kederimi 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