



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GÖÇMEN VE TÜRK KADINLARDA ALGILANAN  
SOSYAL DESTEĞİN POSTPARTUM DEPRESYON  
ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Cansu KARADENİZ**

**Samsun  
Haziran-2018**





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GÖÇMEN VE TÜRK KADINLARDA ALGILANAN  
SOSYAL DESTEĞİN POSTPARTUM DEPRESYON  
ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Cansu KARADENİZ**

**Danışman**

**Prof. Dr. Özen KULAKAÇ**

**Samsun  
Haziran-2018**

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cansu KARADENİZ tarafından Prof. Dr. Özen KULAKAÇ danışmanlığında hazırlanan 'Göçmen ve Türk Annelerde Algılanan Sosyal Desteğin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi' başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 29/06/2018 tarihinde yapılan sınav ile Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Nülüfer ERBİL, Ordu Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Özen KULAKAÇ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman)



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Esra TURAL BÜYÜK, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

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

**Prof. Dr. Ahmet UZUN**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam sürecince, tez konumun belirlenmesinden başlayarak çalışmanın her basamağında desteğini, bilgi ve deneyimini esirgemeyen Sayın Hocam; Prof. Dr. Özen KULAKAÇ' a,

Hayatımın her anında desteklerini benden hiç esirgemeyen ve her an yanımda olan sevgili aileme,

Türkçe veri toplama formunun Arapçaya dönüştürülmesi sürecinde profesyonel desteğini esirgemeyen Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi öğretim elemanı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ali YÜKSEK' e,

Verilerimin analizi süresince desteğini esirgemeyen Ondokuz Mayıs Üniversitesi Mühendislik Fakültesi öğretim elemanı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Naci MURAT' a,

Tezimin verilerinin Aile Sağlığı Merkezlerinde toplanmasına olanak veren Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğüne,

Katkılarından dolayı teşekkür ediyorum.

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.17.014 proje numarası ile desteklenmiştir.

## ÖZET

### GÖÇMEN VE TÜRK ANNELERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı Arap asıllı göçmen ve Türk annelerde algılanan sosyal desteğin postpartum depresyon (PPD) üzerine etkisini incelemektir.

**Materyal ve Metot:** Araştırma, Samsun ili Canik ve İlkadım ilçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde Eylül 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında, 0-12 aylık bebeğe sahip olan, 140 anneye yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Veriler, “Sosyodemografik Soru Formu”, “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nin Türkçe ve Arapça formları ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplamalar, aritmetik ortalama, Bağımsız Örnekler t testi, Mann-Whitney U (U) testi, İkili Lojistik Regresyon Analizi Geriye Doğru Eliminasyon Yöntemi, Pearson ve Spearman Korelasyon Katsayısı analizleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada elde edilen verilere göre Arap asıllı göçmen annelerde (%56,3) PPD görülme riski Türk annelerden (%29) 2 kat daha fazladır. Göçmen annelerin EDSDÖ puan ortalaması  $12,37 \pm 6,28$ , Türk annelerin EDSDÖ puan ortalaması  $8,81 \pm 5,48$  ve sosyal destek puan ortalaması göçmen annelerin  $50,70 \pm 19,27$ , Türk annelerin  $61,41 \pm 16,51$  olarak elde edilmiştir. Türk anneler için bağımsız risk faktörleri; anne yaşı, aylık gelir düzeyi, bebek yaşı parametreleri ve Arap anneler için bağımsız risk faktörleri; çocuk sayısı, eşin ücretli bir işte çalışma durumu ve gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme durumu parametreleri olarak belirlenmiştir. Her iki grup için de EDSDÖ ve sosyal destek genel puanı ve alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

**Sonuç:** Arap asıllı göçmen annelerde PPD görülme riskinin daha yüksek sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin anneleri antenatal dönemde PPD görülme riski açısından değerlendirilmesi ve risk faktörleri belirlenerek kültüre duyarlı bir bakım sunmaları önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Arap; Göç; Hemşirelik; Postpartum depresyon; Sosyal destek; Türk

**Cansu KARADENİZ Yüksek Lisans Tezi**  
**Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Haziran -2018**

## ABSTRACT

### THE IMPACT OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT ON POSTPARTUM DEPRESSION AMONG IMMIGRANT AND TURKISH WOMEN

**Aim:** The aim of this research is to examine the effect of perceived social support on postpartum depression (PPD) among Arab origin migrants and Turkish mothers.

**Material and Method:** The research, which was done between September 2017 and January 2018 in the Family Health Center of Canik and Ilkadım district in Samsun with 140 mothers who have 0-12-month-old baby, is a descriptive study. The data were collected by Turkish and Arabic forms of "Sociodemographic Questionnaire", "Edinburgh Postpartum Depression Scale" and "Multidimensional Perceived Social Support Scale". Percentage calculations, arithmetic mean, Independent samples t test, Mann-Whitney U (U) test, Binary Logistic Regression Analysis Backward Elimination Method, Pearson and Spearman Correlation Coefficient analysis were used the evaluation of the data.

**Results:** According to the results obtained in the research, the risk of PPD in Arab origin immigrant mothers (56.3%) is twice as high as that of Turkish mothers (29%). The mean EDPDS score of the immigrant mothers was  $12,37 \pm 6,28$ , the mean score of the Turkish mothers was  $8,81 \pm 5,48$  and the mean social support score was  $50,70 \pm 19,27$  for the immigrant mothers and  $61,41 \pm 16,51$  for the Turkish mothers. Maternal age, income, infant age parameters were found to be independent risk factors for Turkish mothers, and the number of children, working status of husband, the status of going to regular doctor during pregnancy were found as independent risk factors. There was a significant negative correlation was found between the EPDS and the general score and subscales of social support for both groups.

**Conclusion:** Arab-born migrant mothers were more likely to have PPD, and social support scores were lower. In the light of the results obtained, nurses may be advised to evaluate their mothers at antenatal period in terms of risk of PPD, and to present a culture-sensitive care by identifying risk factors.

**Keywords:** Arabian; migration; nursing; postpartum depression; social support; turk.

**Cansu KARADENİZ, Master Thesis  
Ondokuz Mayıs University - Samsun, June-2018**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ASM</b>	:	Aile Sağlığı Merkezi
<b>PPD</b>	:	Postpartum Depresyon
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package for Social Sciences
<b>IOM</b>	:	International Organization for Migration
<b>TÜİK</b>	:	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UN DESA</b>	:	United Nation Department of Economic and Social Affairs
<b>UNHCR</b>	:	United Nations High Commissioner for Refugees
<b>AFAD</b>	:	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
<b>APA</b>	:	American Psychological Association
<b>DSM</b>	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EDSDÖ</b>	:	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
<b>TGYONA</b>	:	Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırmaları
<b>ICS</b>	:	Interpersonal and Communication Skills
<b>WHO</b>	:	World Health Organization
<b>NANDA</b>	:	North American Nursing Diagnosis Association



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	7
1.3. Araştırmanın Soruları .....	7
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
2.1. Göç .....	8
2.1.1. Göç Terimleri .....	13
2.1.2. Göç Nedenleri.....	15
2.1.3. Göç ve Sağlık .....	16
2.2. Postpartum Dönem.....	16
2.2.1. Maternal Fizyolojik Değişiklikler .....	17
2.2.2. Psikolojik Değişiklikler .....	18
2.3. Maternal Psikolojik Değişimler .....	18
2.3.1. Postpartum Ruhsal Bozuklukların Tanısı .....	20
2.3.2. Annelik Hüznü.....	22
2.3.3. Postpartum Psikoz .....	23
2.4. Postpartum Depresyon .....	23
2.4.1. Postpartum Depresyon ve Kültür .....	27
2.5. Sosyal Destek .....	28
2.6. Postpartum Depresyonda Hemşirelik Değerlendirmesi .....	31
2.7. Postpartum Depresyonda Hemşirelik Bakımının Yönetimi .....	34
2.8. Göçmen Anneler için Kültürlerarası Hemşirelik Bakımı.....	35
<b>3.MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>43</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	43

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	43
3.3.1. Araştırmanın Evreni .....	43
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	43
3.3.3. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri .....	44
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	45
3.4.1. Bağımlı Değişkenler .....	45
3.4.2. Bağımsız Değişkenler .....	45
3.5.Verilerin Toplanması .....	46
3.5.1. Sosyodemografik Soru Formu .....	46
3.5.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği .....	46
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği .....	47
3.6. Ön Uygulama .....	48
3.7. İstatistiksel Değerlendirilme .....	48
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	48
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	49
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>50</b>
4.1. Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular .....	50
4.2. Uyuşma Göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular .	56
4.3. Katılımcıların Uyuşma Göre Doğum Sonrası Depresyon Risk Faktörleri .....	60
4.4. Uyuşma Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulguları .....	61
4.5. Katılımcıların Uyuşma Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Arasındaki İlişki .....	66
<b>5.TARTIŞMA</b> .....	<b>69</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>78</b>
6.1. Sonuçlar .....	78
6.2. Öneriler .....	79
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>81</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>91</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>110</b>

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çeşitli nedenlerden dolayı mekân değiştirme anlamına gelen göç, evrensel bir kavramdır ve insanlık tarihinin başlangıcından bu yana var olan bir olgudur. Göç, ekonomik, kültürel, sosyal ve siyasi nedenlerle gerçekleşen nüfus hareketi olup ortaya çıkmasına neden olan etkenler tüm insanlığı aynı şekilde etkilemektedir (Koçak ve Terzi, 2012). Hem maddi hem de manevi durumlarını iyileştirmek için farklı bölgelere göç eden kişi ve aileler için ‘göçmen’ terimi kullanılmaktadır (IOM, 2009).

İnsanların göç etme nedenleri oldukça çeşitlilik göstermektedir. Doğa olayları en önemli göç nedeni olarak görünse de sanayi devrimi ile birlikte ekonomik, siyasi ve sosyal nedenler en önemli etkenler olmuştur (Ekici ve Tuncel, 2015). Günümüzde savaş ve terör olayları, insanların kendi iradeleri dışında gerçekleşen toplu göçlere neden olmaktadır.

IOM (2015a) verilerine göre son 10 yılda dünya nüfusu içinde göçmenlerin yüzdesinde %0.4 (%2.9’dan %3.3’e) artış gözlenmiştir. Bu veriden hareketle göç istatistiklerine göre Dünya’da uluslararası göçmen sayısına bakacak olursak: 1975’te 90 milyon, 1985’te 113 milyon, 2000 yılında 172 milyon (UN DESA, 2015) ve 2015 yılında (IOM) en yüksek sayı olan 244 milyondur. Bugün her 41 kişiden biri göçmendir ve göçmenlerin %42 si kadındır. Üreme çağındaki göçmen kadınların yüzdesi ise 63,6’dır (IOM, 2017).

Türkiye son 15 yılda yoğun göç alan ülkelerden biridir (Çeri ve ark., 2015). TÜİK 2011 verilerine göre Türkiye nüfusu 74.724.269 olup bu nüfusun 2.420.181’ini 2010-2011 yıllarında göç edenler oluşturmuştur. Göç edenlerin 1.215.651’i kadındır. TÜİK 2015 verilerine göre ise Türkiye nüfusu 78 747 053 kişidir ve son dönemde 2.720.438 kişi göç etmiştir. Görüldüğü üzere nüfus son dönemde 4.022.784 kişi artmıştır ve bu artışın yalnız 1.302.346’sı Türkiye nüfus artışına bağlıdır. Diğer bir deyişle son beş yılda nüfus artışının 4’te 3’ü göçle gerçekleşmiştir. TÜİK 2018 verilerine göre 2017 yılında Türkiye nüfusu 80.810.525 tir ve 2016 yılına göre 995.654 kişi artmıştır. Ülkeye 2016-2017 yılları arasında göç eden kişi sayısı ise 2.684.820’dir. Görüldüğü üzere son dönemde gerçekleşen nüfus artışının 3’te 2’si göçle gerçekleşmiştir. Türkiye’nin nüfusunda artışa neden olan göç hareketleri, Suriye, Afganistan, Irak, İran, Somali gibi Arap asıllı ülkelere kaynaklanmaktadır (UNHCR, 2018). 9 Şubat 2017 tarihinde Türk yetkililerce

yapılan açıklamaya göre göçmenlerin büyük çoğunluğu (2.8 milyon) Suriyeli'dir. 2018 yılı Mayıs ayı itibari ile bu sayı neredeyse 2'ye katlanarak 5.650.327'ye ulaşmıştır. Göç alan illerden biri olan Samsun'da kayıt edilen Suriyeli göçmen sayısı 4.303 olup bu sayı il nüfusunun %0.45'ini oluşturmaktadır. Bu oran Karadeniz Bölgesindeki illerde elde edilen en yüksek oran olarak bildirilmektedir (Sinop %0.05, Ordu %0.11, Trabzon %0.39) (Göç İdaresi, 2018).

Evinden ayrılan Suriyelilerin %50,2'sinin kadın oluşu, göçmenliğin kadınlaştığı görüşünü destekler niteliktedir. Bu kadınların yüzde 23,7'si 18-59 yaş aralığında ve yüzde 67'si evlidir (AFAD, 2017). Bu veriden hareketle göç durumunda üremenin devam ettiği düşünüldüğünde bu kadınların üremenin yanı sıra sağlığı etkileyen göçle ilgili birçok sorunla karşı karşıya olduğu/olacağı apaçık bellidir. Dünya Bankası'nın verilerine göre 1960 ve 2014 yılları arasında Suriye'de doğurganlık 7.5'ten 3.0'a 2016'da ise 2.55'e düşmüştür. Türkiye'de doğurganlık 6.3'ten 2.1'e 2016'da ise 2.03'e düşmüştür (Worldbank, 2017). AFAD'ın bildirdiğine göre 2011-2014 yılları arasında Suriyeli kadınlar Türkiye'de toplam %66'sı 2013 yılında olmak üzere 11.249 doğum gerçekleştirmiştir (AFAD, 2014). Bu durumda bu grupta doğurganlık oranı 3.8'dir ve Suriye 2016 doğurganlık ortalamasından yüksektir. Anlaşıldığı üzere göçmek, üremenin ertelenmesi ya da durmasına neden olmadığı gibi göç edilen ülke doğurganlık oranlarının bile üzerine çıkmasına neden olmuştur. Çevre değişimine yaşayan göçmen kadınlar, sahip oldukları inanç, düşünce, alışkanlıklar, tutum ve davranışlarda değişikliklerle beraber gerilim, stres ve psikolojik travmalara maruz kalma ve yatkınlık artmaktadır (Karabey ve Bayram, 2017). Göç ile birlikte kadında üreme ile ilgili birçok sorunun sıklığında artış olmasına neden olacak şartların oluştuğu açıktır. Bu sorunlardan birisi de postpartum depresyondur.

Kadınlarda major depresyon görülme sıklığı %10-25 arasında değişmekte olup erkeklerden 1.5-3 kat daha fazladır. Gebelik ve doğumla birlikte kadınlarda depresyon görülme sıklığı artmaktadır (Falah-Hassani ve ark.,2015). Doğumun en sık görülen komplikasyonlarından biri olarak değerlendirilen postpartum depresyonun (PPD) başlama zamanını Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM V), postpartum dönemdeki ilk 4 hafta olarak işaret etmektedir. PPD'nin temel özelliği en az 2 hafta boyunca kişide yapılacak aktivitelere karşı isteksizlik veya depresif ruh halidir (APA, 2013). Beck'e

(2002) göre postpartum depresyon, doğumdan sonra dört hafta içerisinde başlayan ancak bir yıl içerisinde herhangi bir zamanda görülebilen non-psikotik majör depresyon bozukluğudur. Beck'in (2001) teorisinde postpartum depresyon risk faktörleri; prenatal depresyon, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stres, stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, prenatal anksiyete, evlilik doyumu, depresyon öyküsü, bebek huysuzluğu, annelik hüznü ve planlanmamış veya istenmeyen gebeliktir. Efe ve ark.(2009)'nın yaptığı bir çalışmada, Türk kadınları için PPD risk faktörleri, 35 yaş ve üstü grubu, ortaokul mezunu, ekonomik durumunu kötü olarak algılayan, geniş ailede yaşayan, çalışmakta olan ve sağlık personeli olma olarak tanımlanırken Arap kültürüne baktığımızda risk faktörü olarak boşanmış olma, çok eşlilik, alkol kullanımı, istenmeyen gebelik, istenmeyen çocuk, stresli yaşam koşulları, zayıf evlilik bağları, düşük eğitim seviyesi, çok çocuğa sahip olma gösterilmektedir (Ghubash ve Abou-Saleh 1997; Yehia ve ark., 2013). Göçmen kadınlar bu risk faktörlerinin birçoğunu taşımaktadırlar. Risk faktörleri içinden özellikle çocuk bakımına ilişkin yaşanan stres, stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, prenatal anksiyete postpartum depresyonla doğrudan ilişkilidir denilebilir.

Postpartum depresyonun görülme sıklığı toplumdan topluma değişiklik göstermektedir (Efe ve ark., 2009). Ülkelerin postpartum depresyon ortalamaları küçükten büyüğe doğru sıralandığında; Fransa'da %8.5, Hong Kong'da %16.1, Hindistan %32.4, Tayvan % 34.5, İtalya'da %38.1'tir (Halbreich ve Karkun 2006). Aynı çalışmada Türkiye ortalaması %29.8'dir. Arap kültüründe ise postpartum depresyon görülme sıklığının %10-37 olduğu belirtilmektedir (Yehia ve ark., 2013).

Ülkemizde, ulaşılabilen literatürde, göçmen anne ve postpartum depresyon üzerine yapılmış bir çalışma veya veriye rastlanmamıştır. Dünya'da göçmen annelerin çoğunlukta bulunduğu Kanada, Avustralya gibi ülkelerde PPD risk faktörlerini belirleme, PPD oranını sunma ve sistematik derleme üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur (Small ve ark., 2003;Sword ve ark., 2006;Collins ve ark., 2011;Brown-Bowers ve ark., 2015;Gannan ve ark., 2016;Dennis ve ark., 2017;Playfair ve ark., 2017). Yapılan bu çalışmalar PPD oranının göçmen annelerde yerli annelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Göçmen kadınlarda PPD görülme olasılığı yerli kadınlara göre iki kat daha fazladır. Örneğin, Arap kadınları arasında PPD görülme oranları %10-37 arasında

değişirken Avustralya, Kanada, Tayvan ve Amerika'da yaşayan göçmen annelerin PPD oranı %11.2-60 arasında değişmektedir (Alhasanat ve McComish, 2015).

Ülkemizde genel olarak psikolojik durumu ölçen bazı araştırma sonuçları bulunmaktadır. Batman ili örneklem alınarak yapılan bir çalışmada, Suriyeli erkek mültecilerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuş ve risk grubu içerisinde çocuklar, yaşlılar, gençler ve kadınların yer aldığı belirtilmiştir (Ceylan ve ark., 2015). Yapılan başka bir çalışmada özellikle zorunlu göçün ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve kadın göçmenlerin erkek göçmenlere göre daha fazla duygusal zorlanma yaşadığı ifade edilmektedir (Tuzcu ve Ilgaz, 2015). Bu sonuçlara bakılarak, gebelikte meydana gelen fizyolojik, biyokimyasal, hormonal değişikliklerin de etkisiyle göçmen annelerde PPD görülme oranının yüksek olması beklenebilir. Göçe eşlik eden sosyal destek eksikliği, göç ettiği ülkenin dilini ve kültürünü bilmeme, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük yaşama, düşük sosyoekonomik düzey, prenatal depresyon hikayesi, göç öncesi yaşanan kötü olaylar bu oranı artırabilecek diğer önemli risk faktörleri arasında sayılabilir (Alhasanat ve ark., 2017). AFAD'a (2014) göre kamp içinde kendilerinin veya yakınlarının psikolojik destek ihtiyacı olduğunu belirten kadınların oranı %55, kamp dışında ise %49'dur. Göçmen kadınların %65'i sağlık durumlarını zayıf-kötü olarak belirtmiş ve en sık görülen sağlık sorunları arasında da psikolojik ve jinekolojik yakınmalar olduğunu ifade etmişlerdir.

Doğum sonu dönemdeki iyi bakım, kadının doğum sonrası daha hızlı iyileşmesine ve annelik rolüne uyumunu kolaylaştırmasına dolayısıyla hem anne hem de bebeğin sağlığının sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır (Posmontier ve Horowitz, 2004). Ancak bu dönemdeki sosyal destek eksikliği postpartum depresyon gelişmesinde öncülük edebilir (Posmontier ve Horowitz, 2004; Öztürk ve ark., 2012). Burada sözü edilen sosyal destek terimi, sıkıntılı ve stresli bir durumda maddi veya manevi olarak kişinin yakın çevresinde bulunan insanlar tarafından sağlanan yardımdır (Sorias, 1992). Bazı toplumlarda, kültürel destek faktörlerinin güçlü olmasıyla postpartum depresyon görülme yaygınlığı düşmektedir (Bina, 2008). Diğer taraftan Japonya'da doğum sonu ağlamanın yasak olması ve kadının duygularını ifade etmesinin kısıtlanması ve cinsiyet olarak erkek çocuk tercihinin Arap ülkeleri, Türkiye, Hindistan, Çin, Tayvan, Kore ve Vietnam gibi bazı toplumlarda kültürel olarak yerleşmiş olması, postpartum depresyon görülme oranında artışa neden olmaktadır (Halbreich ve Karkun, 2006). Dolayısıyla

PPD'nin ortaya çıkmasında, kültürel inanışlar ve uygulamalar doğrudan etkilidir. Chien ve ark. (2012)'nin yaptığı bir çalışmada Tayvan'da yaşayan göçmen kadınların sosyal desteklerinin düşük olduğu ve buna bağlı olarak da postpartum depresyon görülme oranının arttığı bulunmuştur. Araştırmacılar sosyal desteğin artırılması ya da güçlendirilmesinin, Tayvan'da postpartum depresyon gelişmesini önleyeceğini belirtmişlerdir. Stuchbery ve ark. (1998) Arap kültüründe, Arap kadınların postnatal dönemde özellikle anne, eş, akrabaların duygusal desteklerine ihtiyaç duydukları belirtmektedir.

Postpartum depresyonun belirlenmemesi ve tedavi edilmemesi sonucu anne, bebek ve aile üzerinde bir takım istenmeyen değişiklikler görülmektedir. Bunlar; iştah değişiklikleri, aşırı endişe, çevreye ilgisizlik, bebekle ilgili aşırı kaygı veya bebeğe karşı ilgisizlik, emzirmede isteksizliktir. Aynı zamanda çocuğun istenmemesi, ailenin dağılması ve kişinin kendine/çocuğuna zarar vermesi gibi sonuçlarla da ortaya çıkabilir (Ferguson ve ark., 2002). Beck'e (2002) göre PPD, doğum sonrası dönemde bebeğine yöneltmesi gereken sevginin anneden çalınmasıdır ve tehlikeli bir durumdur. Kadının günlük aktivitelerini, bebeği ile iletişimini, aile ilişkilerini etkileyen bu durum anne ve bebek taburcu edilmeden önce ölçme araçları ile hastanede ya da evde bakıma yönelik izlemlerde başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları tarafından saptanabilir (Arslan ve ark., 2006).

Doğum sonu dönemde kadının vücudunda fizyolojik ve psikolojik birçok değişim meydana gelmektedir. Her kadın bu değişimle başarılı bir şekilde baş edememekte, bazılarında ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Oskay, 2016). Bu ruhsal sorunlar, kadına ve ailesine verdiği sonuç ile hafiften ciddiye doğru bir seyir izlemektedir. Burada önemli olan PPD'nin önlenmesidir. Sorun önlenemediyse anne-bebek bağı ve aile düzeni bozulmadan PPD erken tanılanmalı ve tedavi edilmelidir.

Toplumun ve kadınların birçoğu etiketlenmekten utandıkları için psikolojik rahatsızlıklarını saklamaktadırlar. Hemşirenin böyle bir durumda her kadına risk değerlendirmesi yapması ve her kadının kendine özgü belirti gösterdiğini bilip dikkatlice dinlemesi gerekmektedir. Beck (2006)'in aktardığına göre Sichel ve Driscoll postpartum dönemdeki ruhsal bozukluğu 'Deprem Teorisi' ile açıklamıştır. Onlara göre deprem yer kabuğunun içinde meydana gelen basınç değişikliği nedeni ile gerçekleşmektedir. Kadınlar için de stresli yaşam olayları ve hormonal değişiklikler beyin biyokimyasında var olan dengeyi bozmaktadır. Hemşirelerin deprem yani PPD gerçekleşmeden önce öncü

sarsıntıları değerlendirmesi ve tanılması gerekmektedir. Bu nedenle hemşire doğum yapmış kadını; genetik yapı, kadının yaşamı-stresörleri ve bunlara vermiş olduğu yanıt, üreme hormonlarının durumu ve risk faktörleri yönünden değerlendirmeli ve kadına beslenme, psikoterapi, dinlenme (uyku durumu), spirüalite ve egzersizi içeren bir bakım planlamalıdır (Beck ve Driscoll, 2006). Hemşire planlamış olduğu bakımın sürekliliğini sağlamak amacı ile kadının taburculuk sonrası izlemlerini sağlayıcı tedbirleri (telefonla izlem, ev ziyaretleri, hastaneye izleme çağırma, aile sağlığı elemanlarını bilgilendirme vb.) almalıdır.

Hemşireler, kadınlara bakım verirken en çok kültürü tanımama gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Göçmen kadınlarda kültürü tanımamaya göçmenlikle ilgili sorunlar, göçmene duyarlı olmayan ya da yetersiz olan sağlık politikaları ve sistemi ve dil sorunu da eklenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin giderek globalleşen dünyada ve son zamanlarda Türkiye’de kendilerini farklı kültürlere bakım verme konusunda geliştirmesi gerekmektedir (Alhasanat ve ark., 2017). Göçmen kadınlara PPD görülme riski açısından öz-bildirim anketleri uygulanabilir. Hemşireler bakımı ve kadının sağlığını güvence altına alacak şekilde sağlık bakım sisteminde yeni düzenlemeler yapılmasının öncüsü ve savunucusu olmalı, iletişim sıkıntısı yaşadıklarında çevirmen hizmeti talep etmelidirler. Bunun yanı sıra hemşireler sözlü ve sözsüz iletişim teknikleri açısından kendilerini geliştirmelidir (Alhasanat ve McComish, 2015). Hemşireler 23 farklı dile çevirisi Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği gibi ölçme araçlarını göçmen ve Türk kadınlarda PPD ve diğer birçok sorunun tanınmasında kullanabilirler (O’Mahony ve ark., 2012). Yapılan çalışma sonuçlarına göre göçmen kadınlar yeni geldikleri ülkelerde en çok sosyal desteğin eksikliğini hissetmektedirler. Hemşireler, göçmen kadınlar için destek gruplar oluşturulmasına ve kadının yalnızlığının paylaşılmasına öncülük edebilir, PPD’nin önlenmesine ve iyileştirilmesine katkıda bulunabilirler. Aynı zamanda hemşireler hassas grup içerisinde yer alan kadınlara ve daha da hassas bir grup olan göçmen kadınlara ulaşılabilir olduklarını davranışları ile göstermelidir. Bazı kültürlerde kadınlar PPD’yi bilmemektedir. Bu durumda hemşireler Türk ve göçmen kadınları PPD hakkında bilgilendirmelidir (Callister ve ark., 2011). Hemşirenin PPD’yi önlemeye ve kadınların sağlığını geliştirmeye yönelik belirlediği bakım uygulamaları kadının kültürüne uygun olmalıdır. Bu nedenle hemşireler kadının kültüre özgü sağlık inanç ve uygulamalarını bilmelidir. Leininger ve Purnell gibi hemşirelerin geliştirmiş olduğu



transkültürel hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgiler, hemşirelerin Türk ve Göçmen kadınların PPD değerlendirmesinde ve bakımında yol gösterici olacaktır. Hemşirelik eğitiminde kültürlerarası hemşirelik yaklaşımlarına ve PPD'ye yer verilmesi, hemşirelerin bu konuda farkındalıklarının artırılmasına ve kültüre özgü bakımın sunulmasına katkıda bulunacaktır (Öztürk ve ark., 2012). 2010 yılında Resmi Gazete'de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde hemşirelik hizmetlerinin kapsamı, hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları 'Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur' maddesi ile tanımlanmıştır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Hemşireler, sağlık sistemi içerisinde Türk ve göçmen kadınlar için destek grupları oluşturulmasına ve kadının yalnızlığının paylaşılmasına öncülük edebilecek, PPD'nin önlenmesine ve iyileştirilmesine katkıda bulunabilecek en iyi konuma sahiptir. Bu durumda başta birinci basamakta hizmet veren hemşireler olmak üzere hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu görüşten hareketle araştırmanın amacı verilerde belirtildiği üzere, sayıca fazla olan Arap asıllı göçmen ve Türk kadınlarda algılanan sosyal desteğin postpartum depresyon üzerine etkisini incelemektir.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

Bu amaç doğrultusunda yanıtlanmak istenen araştırmada soruları şunlardır:

1. Arap asıllı göçmen ve Türk kadınları arasında sosyal destek puanları açısından bir fark var mıdır?
2. Arap asıllı göçmen ve Türk kadınları arasında postpartum depresyon görülme sıklığında farklılık var mıdır?
3. Arap asıllı göçmen ve Türk kadınları arasında sosyal desteğin postpartum depresyon üzerine etkisi var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Göç

Göç, insanlık tarihi ile başlamıştır ve tek bir bilim dalına göre tanımını yapmak olası değildir (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu, 1998;Özcan, 2017). Göçün kelime anlamı; ekonomik, toplumsal ve siyasal sebeplerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye gitme, taşınma durumudur (TDK, 2018). En basit ifadelerle göç; belirli bir hedef doğrultusunda ya da belirli bir hedef olmaksızın herhangi bir yere yönelen coğrafi insan hareketidir (Güneş, 2012). Ancak göç kavramı sadece coğrafi bir değişiklik değil aynı zamanda göç edilen yerde kalma süresi, göç edilen yerin toplumsal yapısı, bireyin veya topluluğun göç kararını etkileyen nedenlerden etkilenmektedir. Göç hareketi gönüllü veya zorunlu, kısa veya uzun dönemli olabilmekte ve ülke içinde gerçekleşirse iç göç; ülkeler arasında gerçekleşirse dış göç veya uluslararası göç ifadeleri kullanılmaktadır (Aksoy, 2012). Göç türleri; zorunlu ve gönüllü göç, kontrollü, ilkel ve serbest göç, zorunlu veya zorlama göç, güdümlü göç (bireylerin kendi istemleri dışında yapılan göç) ve göçün akım yönüne göre kırdan-kıra, kentten-kıra, kentten-kente, kırdan-kente olabilir. Bu göç türlerinin oluşumunda göç veren-alan yerlerin itici ve çekici durumları rol oynamaktadır (Kurt, 2006). Göç hareketleri dinamik bir süreçtir. Göçün isteğe bağlı göç, zoraki göç, devamlı veya geçici göç, transit göç, illegal göç, aşamalı-aşamalı göç, zincirleme göç gibi birçok türünün olmasının yanı sıra (Topçu, 2006) uluslararası göç türleri; ilkel/basit göç, geçici göç, kalıcı göç, zorunlu göç, serbest (isteğe bağlı) göç, grup göçü, mülteci göçü, işçi göçü, beyin göçü, düzenli veya düzensiz göç şeklindedir (Naz, 2015).

20. yüzyılda ister ülke sınırları içerisinde ister ülkeler arasında göç hareketleri artmıştır. Göç hareketleri zamansal olarak sınırlı, tek yönlü veya daimi değildir. Uluslararası göçün yıllara göre dağılımı şu şekildedir (İçduygu ve ark., 2014):

- 1870-1918 İlk ciddi küreselleşme ve iş gücü göçü
- 1919-1945 “Etnik kıyım” hareketlerine bağlı, göç ve göçmenlerin göç ettikleri ülkelerde tehdit olarak görülmeye başlandığı göç
- 1946-1989 Soğuk savaş sonrası işgücü göçü- *İş gücü akımı nedeniyle 1970-2000 yılları arasında artan göç hareketi ile birlikte dünyada göçmen nüfus oranı %3 olarak bildirilmiştir.*
- 1989 sonrası küreselleşmeye bağlı göç ve sığınma durumlarında artış

Göç, bir toplumun siyasetini, kültürünü, değerlerini, yaşam şeklini etkilemektedir. Bir coğrafyacı göçü zaman ve mekan açısından ele alırken sosyologlar göç hareketi sonucu ortaya çıkan sonuçları, ekonomistler ise göçün ülkeler üzerinde oluşturmuş olduğu ekonomik etkileri ele almaktadır (Özcan, 2017). Çünkü göç olgusu sosyolojik olarak toplumsal cinsiyet, sınıf, etnisite, ırk, din gibi boyutlardan etkilenmektedir. Belirli bir etnik kökene sahip toplulukların göç etmesi, göç edenler arasından kadınların, çocukların ve yaşlıların göçten erkeklerden daha çok etkilenmesi bu duruma örnektir (Güneş, 2012). Sosyolojik açıdan göç, insanların gönüllü, gönülsüz, sosyal veya siyasi nedenlerden yaşamlarında meydana gelen mekan değişikliğidir ve bu değişikliğe bağlı olarak kişiler sosyal bir hareketlilik olarak sosyokültürel değişikliğe uğrarlar. Göç hareketlerine, zaman ve mekan şartlarına göre bazen savaşlar neden olurken bazen de dini faaliyetler ve siyasi uyuşmazlıklar neden olmaktadır (Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumu, 1998). Aynı zamanda göç etme nedenleri; iklim, ekonomi, eğitim kaynaklı ya da beyin göçü ve emekli göçü şeklinde olabilmektedir (Aksoy, 2012). Meşhur kavimler göçü, dünyanın kaderini değiştiren doğudan batıya gerçekleşen bir göç hareketidir ve bu hareket sonrasında Roma İmparatorluğu dağılmıştır (Çapan ve Güvenç, 2017). Amerika kıtasının keşfi ile Avrupa'dan bu kıtaya nüfusun yönelimi sonucu dünyanın güç haritasının ağırlık merkezi batıdan doğuya kaymıştır. Birinci ve İkinci Dünya Savaşları sonrasında göç hareketleri meydana gelmiştir. Sanayi devrimi ile birlikte ulaşım ve iletişimde meydana gelen gelişmeler ve İkinci Dünya Savaşı'nın etkisi ile Dünya hızlı bir iç göç ve kentleşme sürecine girmiştir (Kurt, 2006). Anlaşıldığı üzere göç olayı bir serüvendir ve göç olgusu sadece göç eden birey ya da toplumu değil aynı zamanda göç alan ve veren ülkeleri de etkilemektedir (Nişancı ve Aker, 2016). Küreselleşen dünya ile birlikte göç hareketliliği de artış göstermekte, göçün yönü de farklılaşmaktadır. Göç; göç veren, göç alan ve göçmen bireyden oluşan bir yapıdır ve sadece coğrafyadan etkilenmez. Ülkelerin sosyal, siyasal ve ekonomik yapısı da göçü etkiler. Örneğin; İngiltere siyasal, tarihsel ve ekonomik ilişkiler içinde bulunduğu İrlanda, Hindistan ve Pakistan'dan farklı yoğunlukta göç almıştır (İçduygu ve ark., 2014).

Göç olayını değerlendirirken ele alınması gereken parametreler; göç edilen yerin uzaklığı, göç edilen yerde kalınan süre göç edilen yerin ekonomik şartları, göç edilen yerin yönetim şekli, göç edilen yerdeki sosyal çevre, göç eden kişinin bireysel özellikleri ve etnik kimliği, göç edenlerin cinsiyetidir. En başta göçün yönünü belirleyen faktörlerin

ekonomi ve sosyal durumun iyi olması ve bunun yanı sıra eğitim olanakları olduğu ileri sürülmüştür. Ancak zaman ilerledikçe başka faktörlerin de göç etme kararını etkilediği görülmüştür (Özcan, 2017). Burada karşımıza göçün itici ve çekici faktörleri karşımıza çıkmaktadır. İtici faktörler, bireylerin memnun olmadığı durum nedeniyle mekan değişimine neden olurken; çekici faktörler bireylerin merak duygusu ile yeni yerler görmesini tetiklemektedir. Örneğin, gönüllü göç, kentin çekiciliğinden kaynaklanırken; zorunlu göç, kentin iticiliğinden kaynaklanabilmektedir (Yılmaz, 2008). Bir göç olayının 'zorunlu göç' olarak adlandırılması için 2 temel şart vardır: (1) ülkenin toplam nüfusunun en az yüzde 1'i tehlike altında olmalı; (2) yine en az 100 bin insan şartlar gereği veya zorla yaşadığı yerden ayrılmış olmalıdır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra gerçekleşen en büyük kitle göçü Suriye'den Dünya'ya yaşanmaktadır. Böylelikle 'mülteci', 'sığınmacı', 'zorunlu göç', 'göçmen' kavramları daha çok duyulur olmaya başlamıştır (Şimşek, 2017). Mülteci ve göçmen terimleri birbirinin yerine kullanılsa da aynı şey değildir.

Türkiye hem göç alan hem göç veren hem de transit ülke konumundadır. Cumhuriyet döneminde (1923-1950); etnik ve din temelli göç hareketlerinin etkisinde kalmıştır. Balkanlardan Türkiye'ye Müslüman nüfusun göç etmesi ile birlikte nüfusta bir homojenleşme görülmüştür. İkinci Dünya Savaşı sonrası (1950-1980); kırdan-kente göç hızlanmış ve yenilenmeye çalışan Avrupa'da iş gücü ihtiyacının doğması ile birlikte özellikle Almanya'ya iş gücü göçü yaşanmıştır. Aynı zamanda Türkiye, iklim özellikleri ve turizm açısından göç alan bir ülke konumuna gelmiştir. İç göç ve uluslararası göç olarak özellikle yaşanan terör ve savaş olaylarına bağlı olarak doğudan batıya, güneyden kuzeye göç yaşanmaktadır (Aksoy, 2012).

Uluslararası göç, bireylerin, toplulukların gelişmişlik düzeyi düşük ülkelerden gelişmiş ülkelere daha iyi koşullara ulaşmak için yaptıkları yer değiştirme hareketi olarak bilinmektedir. Ancak günümüzde bu tanım Orta Doğu ülkelerinde meydana gelen iç karışıklıklar nedeniyle gönüllülük esasından uzaklaşmaya başlamıştır (Çakır, 2017). UNHCR (2018) verilerine göre Suriye'den göç eden kişi sayısı 5.525.292'dir ve bunların 3.466.263'ü Türkiye'de mülteci olarak bulunmaktadır. Geriye kalan 2 milyon mülteci ise Mısır, Irak, Ürdün ve Lübnan'a göç etmiştir. Göçmenlerin %47,7'si kadındır ve kadınların %23'ü 18-59 yaş aralığındadır. Türkiye'deki göçmenlerin ise %45,9'u kadındır ve %22,4'ü 18-59 yaş aralığındadır.

İçerdiği zorluklara rağmen son yıllarda göç ve göç hareketlerindeki çeşitlilik artmakta, Castles ve Miller'e (2008) göre göçler kadınlaşmaktadır. Birleşmiş Milletlerin göçmen raporlarına bakıldığında göçmenlerin %80'ini kadınların ve çocukların oluşturduğu göze çarpmaktadır. 'Göçün kadınlaşması' ifadesi ile göç sürecine katılan kadın sayısının artması ve göç eden kişilerin yarısını oluşturması anlatılmaya çalışılmaktadır (Ulutaş ve Kalfa, 2009). IOM (2015b) verileri de bunu destekler niteliktedir. IOM (2015b) verilerine göre uluslararası göçmenlerin %48'ini kadınlar oluşturmaktadır (IOM, 2015b). Göç sırasında ve sonrasında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri sağlık sorunudur ve kadınlar ve çocuklar bu sorundan en fazla etkilenmektedir.

BM (2015) verilerine göre 2000 yılında göçmenlerin dünya nüfusuna oranı %2.8, 2010 yılında %3.2 ve 2013 yılında %3.2 olarak bildirilmiştir. Eğer 2050 yılına kadar, 2000-2010 yılları arasındaki kadar artış olursa 2050 yılında göçmen nüfus oranının %5.4 olacağı tahmin edilmektedir. UNHCR (2017) verilerine göre dünyadaki mülteci sayısı 22.5 milyondur. Zorla yerinden edilen insan sayısı 65.6 milyon, yurtsuz insan sayısı 10 milyon ve yeniden yerleştirilen göçmen sayısı 189 bindir. Bu göçmenlerin %55'i Suriye (5.5 milyon), Afganistan (2.5 milyon) ve Kuzey Sudan (1.4 milyon)'dan gelmektedir ve göçmenlere ev sahipliği yapan ülkeler arasında Türkiye (2.9 milyon) birinci sırada yer almaktadır. Pakistan, Lübnan ve İran sırası ile Türkiye'yi takip etmektedir. Arap Baharı ile birlikte Mart 2011'den itibaren 13.1 milyon Suriyeli yardıma muhtaç hale gelmiştir ve 6.1 milyonu göç etmek zorunda kalmıştır. Türkiye'ye 29 Nisan 2011 tarihinde gelen ilk kabile 252 kişidir. 30 Nisan 2013 tarihinde bu sayı 549.275 olmuştur. Kısa zamanda mülteci sayısının bu kadar artış göstermesinde Türkiye'nin sığınmacılara karşı uyguladığı 'açık kapı' politikası rol oynamıştır. Türkiye yaklaşık olarak 3.5 milyon mülteciye ev sahipliği yapmakta ve bu kadar yoğun göçü son 3 yılda yaşamaktadır. Bu yüzden sığınmacıların kabulü ve değerlendirilmesi konularında zorluklar yaşanmaktadır (Çakır, 2017).

Çoğu kez göçmenlere ev sahipliği yapan ülkenin bireyleri tarafından göç "suç", göçmen "suçlu" olarak nitelendirilmektedir ve mülteciler kendilerini güvende hissetmemektedir. Göç etmek zorunda olan insanlar göç edecekleri ülkelerde çalışma, barınma, sağlık, eğitim, diğer ülkelerle ilişki, ekonomik ve politik durum, coğrafi yakınlık, sosyal olarak destek alabilecekleri arkadaş ve ailenin olması gibi faktörlere

önem vermektedir. Ancak savaş ve çatışma ortamından kaçan sığınmacıların seçimle göç edilecek yerin seçimine ilişkin faktörleri gözetme şansları sınırlıdır ya da yoktur (Şimşek, 2017).

Mülteciler için; 1951 Birleşmiş Milletler Mültecilerin Durumuna İlişkin Cenevre Anlaşması ve mültecilerin hukuki statüsüne ilişkin 1967 protokolü mevcuttur. Türkiye 1967 protokolünü imzalamış ancak sadece Avrupa konseyine üye olan ülkelere mülteci statüsü vermiştir (Çakır, 2017). Türkiye 1968 yılından beri 1951 Cenevre sözleşmesine tabidir. Ancak Cenevre Sözleşmesinde sığınmacılar sığındıkları ülkede mülteci sözleşmesine sahip olmalarına rağmen Türkiye sadece Avrupa Konseyi üyesi ülke vatandaşlarını mülteci olarak kabul etmektedir. Suriyeli göçmenler Türkiye’de ‘geçici koruma’ kapsamında sığınmacı olarak kabul edilmektedir. Zorunlu göçe tabi tutulan tüm bireyler gibi onlar da fakirlik, kültürel farklılık, din, şiddete ve devlet baskısına maruz kalma, izole bir sosyal hayat, ayrımcılık gibi tehditlerle yüz yüze gelmektedir (Şimşek, 2017). Suriyelilerin devlet tarafından coğrafi kısıtlamaları kaldırılmadığı için insan hakları ve güvenlikleri ile ilgili engeller bulunmaktadır. Bu engeller geçici koruma altına alınan bireylerin kendilerini güvende hissetmeme, iş bulamama ve toplum tarafından dışlanma gibi sorunlarla baş etmelerini gerektirmektedir.

Ülke içi iskân ile ilgili olan mülteci ve sığınmacılar için Türkiye’de ilk genel düzenleyici belge 1934 yılında çıkan İskân Kanunu’dur (Dulkadir, 2017). 1994 İltica ve Sığınma Yönetmeliği ile ise Avrupa dışından gelen sığınmacılar mülteci olarak üçüncü bir ülke tarafından kabul edilene kadar ‘geçici koruma’ altına alınmaktadır. Geçici korumanın sınırları ve kapsamı belirgin olmadığı için 2014 yılında “Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu” yürürlüğe girmiştir. Bu konuda normalde mültecilere hukuki bir çerçeve sunulmasına rağmen yaşam koşulları ile ilgili çözüm önerileri yoktur. 20 Ekim 2014’te yasada yapılan değişiklikle beraber geçici koruma altında olan bireylere kimlik kartı verilmesi kararlaştırılmıştır. Bu kimlik belgesi ile bireyler sağlık, eğitim, çalışma, sosyal yardım ve hizmetlerden yararlanabilmektedir. 15 Ocak 2016 tarihinde Resmi Gazetede ‘Geçici Korunma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik’ yayımlanmıştır (Çakır, 2017). Kayıtsız olan göçmenler ise çalışma, eğitim hizmetinden yararlanamamaktadır. Sağlık hizmeti ise kısıtlıdır. Organ nakli, protez, hemodiyaliz ve kronik hastalıkların tedavisi devlet tarafından karşılanmamaktadır (Şimşek, 2017).

Mülteci ve sığınmacılar göç sürecinde yaşadıkları sorunların yanı sıra göç ettikleri ülkelerde de barınma, iş, eğitim, sağlık alanlarında birtakım sorunlar yaşamaktadır (Şimşek, 2017). Şimşek (2017)'e göre Suriyeli mültecilerin Türkiye'de yaşadığı zorluklar şunlardır:

- Statülerin belirsizliği
- İş bulamama
- Emek sömürsü
- Eğitime erişimin sınırlı olması
- Maruz kalınan ayrımcılık ve ırkçılık
- Sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşama

Uluslararası göç ile birlikte farklı kültürden insanların etkileşimi ortaya çıkmaktadır. Bu etkileşim eğer kültürlerarası uyum sağlanamazsa kaosa neden olabilir. Çünkü her insan kendi kültürüne uygun düşünce ile hareket etmek isteyecektir. Kültürlerarası iletişim bu aşamada önemlidir. Aslında kültür 'sessiz dil' olarak nitelendirilen bir iletişim şeklidir. Bu durumda her kültür benzer olduğu kadar kendine özgü ve farklı 'sessiz dil' özelliklerine sahiptir. Burada önemli olan kültürel uyumun sağlanması ve kültürlerarası iletişim engellerinin aşılmasıdır. Uluslararası göçle birlikte göç eden bireylerin yaşadığı önemli zorlukların başında 'Kültür Şoku' gelmektedir. 'Kültür Şoku' yeni bir kültür içerisinde nasıl davranılacağına bilinmemesinden ortaya çıkmaktadır. Savaş, iklim, ırkçı bir yaklaşım yüzünden göç etmek zorunda bırakılan bireyler için yeni kültüre uyum süreci kolay olmamaktadır. Burada önemli olan bireyi topluma katmak, kültüre uyumunu sağlamaktır. Bir kültüre alışmanın ilk yolu o kültürün dilini, maddi-manevi değerlerini ve davranış şekillerini öğrenmektir. Bu durumda kültürlerarası iletişim davranış biçimleri; saygı gösterme, bilgiye yönelme, empati kurma, görev rol tavırları, ilişkişel rol tavırları, etkileşim yöntemi, belirsizlik toleransı, etkileşim duruşuna ihtiyaç duyulmaktadır. Böylelikle kültürler arasındaki yabancılaşma ve farklılıklar tanınarak kültürlerin uyumu sağlanmış olacaktır (Aksoy, 2012).

### **2.1.1. Göç Terimleri**

Uluslararası Göç Örgütü'nün (IOM) Göç Terimleri Sözlüğüne göre, göç ile ilgili bazı terimler şöyledir (Çiçekçi, 2009):

**Tablo 1.** Göç terimleri sözlüğünde göç ile ilgili bazı terimler

<b>Bireysel Göç:</b> Kişilerin bireysel olarak veya aileleriyle birlikte göç ettiği durumlar.
<b>Çalışma amaçlı göç:</b> İstihdam amacıyla kişilerin anavatanlarından ayrılarak başka bir devlete gitmeleri.
<b>Çevresel Göçmen:</b> Bu terim hayatlarını ya da yaşam koşullarını ters bir şekilde etkileyen çevre koşullarında meydana gelen ani ya da aşamalı değişiklikler yüzünden mutad yerleşim yerlerini gerek geçici gerek daimi olarak terk etme zorunluluğu altından olan ya da terk etmek zorunda kalan ya da terk etmeyi tercih eden ve ülke içinde ya da ülke dışına hareket eden kişiler yada kişi gruplarını ifade etmek için kullanılır.
<b>Dairesel göç:</b> Ülkeler arasında geçici ya da kalıcı şekilde gerçekleşen akışkan insan hareketi
<b>Düzensiz göçmen:</b> Yasadışı giriş veya vizenin geçerlilik tarihinin sona ermesi yüzünden transit veya ev sahibi ülkede hukuki statüden yoksun kişi.
<b>Düzensiz göç:</b> Gönderen, transit ve alıcı ülkelerin düzenleme normlarının dışında gerçekleşen hareketler.
<b>Düzenli göç:</b> Menşei ülkeden çıkışı ve ev sahibi ülkeye seyahati, transit geçişi ve giriş düzenleyen kanun ve yönetmeliklere uygun olarak insanların olağan ikamet yerinden yeni bir ikamet yerine gitmeleri.
<b>Ekonomik göçmen:</b> Yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla kendi menşei ülkesinin dışına yerleşmek üzere mutad ikamet yerini terk eden kişi.
<b>Gizli göç:</b> Göç hukuku kurallarını çiğneyerek, gizli veya saklı şekilde gerçekleşen göç.
<b>Göç:</b> Uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirmek. Süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir.
<b>Göçmen:</b> Uluslararası düzeyde genel kabul gören bir göçmen tanımı bulunmamaktadır. Göçmen teriminin, 'kişisel rahatlık' amacıyla ve dışarıdan herhangi bir zorlama unsuru olmaksızın ilgili kişinin hür iradesiyle göç etmeye karar verdiği durumları kapsadığı kabul edilmektedir. Dolayısıyla bu terim, hem maddi ve sosyal durumlarını iyileştirmek hem de kendileri veya ailelerinin gelecekte beklentilerini arttırmak için başka bir ülkeye veya bölgeye göç eden kişi ve aile fertlerini kapsamaktadır.
<b>Göçmen akışı:</b> İstihdama erişmek veya belirli bir süre boyunca bir yere yerleşmek amacıyla bir ülkeye veya bir ülkeden giden veya gitme izni bulunan göçmen sayısı.
<b>Göçmen statüsü:</b> Ev sahibi ülkenin göç kanunlarına göre bir göçmene verilen statü.
<b>Göçün femininleşmesi:</b> Göç olgusu içine gittikçe artan kadın katılımı.
<b>İç göç:</b> Yeni bir ikamete sahip olmak amacıyla veya yeni bir ikametle sonuçlanacak şekilde insanların ülkenin bir bölgesinden başka bir bölgesinde göç etmeleri.
<b>Mülteci:</b> Irkı, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden haklı bir zulüm korkusu sebebiyle vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve söz konusu korku yüzünden ilgili ülkenin korunmasından yararlanmak istemeyen kişi.



**Tablo 1.** Göç terimleri sözlüğünde göç ile ilgili bazı terimler (Devamı)

<b>Sığınmacılar:</b> İlgili ulusal ya da uluslararası belgeler çerçevesinde bir ülkeye mülteci olarak kabul edilmek isteyen ve mültecilik statüsüne ilişkin yaptıkları başvurunun sonucunu bekleyen kişiler.
<b>Kendiliğinden gelişen göç:</b> Dışarıdan yardım almadan bir kişinin ya da grubun göç planlarını hazırlayıp o planı izlemesidir.
<b>Toplu göç:</b> Menşei ülke dışına (istisnai ve düzensiz) gruplar halinde hareket.
<b>Uluslararası göç:</b> Kişilerin geçici veya daimi olarak başka bir ülkeye yerleşmek üzere menşei ülkelerinden veya mutad olarak ikamet ettikleri ülkeden ayrılmaları.
<b>Ülkeden göç:</b> Yabancıların yerleşim amacıyla başka bir ülkeye gittikleri süreç.
<b>Zorla Göç:</b> Doğal ya da insan yapımı nedenlerden dolayı içerisinde yaşama ve refaha yönelik tehditleri de içeren bir zorlama unsuru bulunan göç hareketini tanımlamak için kullanılan genel terim.

Kaynak: Çiçekçi B. Göç Terimleri Sözlüğü. Cenevre: Uluslararası Göç Örgütü Yayınları.

[http://www.goc.gov.tr/files/files/goc\\_terimleri\\_sozlugu.pdf](http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_terimleri_sozlugu.pdf), 2009.

### 2.1.2. Göç Nedenleri

İnsanların göç etme nedenleri; ekonomik nedenler, savaş ve terör gibi siyasal nedenler, sosyokültürel nedenler, eğitim-sağlık nedenleri, ulaşım-iletişim nedenleri, doğa olayları ve emekli göçünü de içinde barındıran diğer nedenlerdir (Oral ve Çetinkaya, 2017). Yaygın göç etme nedenlerine bakacak olursak; savaşlar, doğal afetler, ekonomik krizler, ailevi konular olduğunu görülmektedir (Arabacı ve ark. 2016). Türkiye Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan TGYONA (2006)'ya göre kadın ve erkekler arasında en önemli göç etme nedeni ailevi sorunlar iken kadınlarda bireysel, erkeklerde ekonomik nedenler ikinci sırayı almaktadır. Ekonomik nedenler ve yoksulluk kadınların göç etme nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir. Bunun yanı sıra maddi olmayan bazı nedenler de göç kararını etkilemektedir. Bunlar; evlilikteki fikir ayrılıkları, fiziksel şiddet, mutsuz ve bozulmuş evlilikler ve boşanmanın zorluğudur (Kofman ve ark., 2000). Nedeni ne olursa olsun zorunlu göç insan için çok yönlü bir yaşamsal tehdit oluşturmaktadır. 2015 yılında 5,700 göçmenden fazlası göç sürecinde hayatını kaybetmiştir (IOM, 2015a). Hayatta kalmayı ve hedef ülkeye ulaşmayı başaran göçmenleri ise genellikle yoksulluk, işsizlik, kötü yaşam koşulları gibi olumsuz yaşam deneyimleri ve göç ettikleri toplumların negatif tutumu karşılayabilmektedir. Bu kişiler sosyal desteklerinin de eksik olması nedeniyle anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunları yaşamakta ve bu sorunların yaşanmasında, yaş, cinsiyet gibi demografik

özelliklerin, refakat durumu, kamp ortamı gibi çevresel etkenler rol oynamaktadır (Karabey ve Bayram, 2017).

### **2.1.3. Göç ve Sağlık**

Sağlık açısından göç eden kişiler, sosyal statü kaybı, yalnızlık, dil engeli, kültürel farklılıklar gibi birçok stresörle yüz yüze gelmektedirler. Bulaşıcı hastalıklar göçmenlerin en sık karşılaştığı sağlık sorunu olmakla beraber yetersiz beslenme (daha çok yağ ve karbonhidrat ağırlıklı beslenme), kötü hijyen koşulları, barınma problemleri de fiziksel rahatsızlıklardandır (Topçu, 2006). Göç edenler içerisinde kadınlar ek olarak aile planlaması hizmetleri eksikliği, istenmeyen gebelikler, kürtaj ve doğum komplikasyonları gibi üreme sağlığı soruları, bulaşıcı hastalıklar, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetle karşı karşıya kalmaktadırlar (Öztürk, 2017).

Türkiye'ye göç eden Suriyeli kadınların karşı karşıya gelmiş oldukları sorunlar arasında; barınma, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük ve psikososyal durumlar, istihdam sorunu, erkekler tarafından rahatsız edilme ve çok sayıda evlilik yapma yer almaktadır. Suriyeli kadınlarda savaş sırası travma ve savaş sonrası strese dayalı olarak psikolojik sorunlara rastlanmaktadır. Bu sorunların çözümü için AFAD tarafından sağlanan sağlık eğitimleri ve hizmetleri kapsamında, Ocak-Temmuz 2015 tarihleri arasında programlar düzenlenmiştir. Program içerikleri, şiddet, hijyen, psikolojik destek, üreme sağlığı, vücut fizyolojisi, cinsel sağlık, emzirme eğitimi ve Suriyeli sağlık personelinin Türk sağlık sistemi hakkında eğitilmesi şeklindedir (Barın, 2015).

### **2.2. Postpartum Dönem**

Postpartum dönem, hem kadın hem yenidoğan hem de aile için fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı, kadının bedeninin gebelik ve doğum öncesi durumuna dönmeye başladığı, plasentanın doğumundan sonra başlayan ve yaklaşık 6 hafta süren bir dönemdir. Diğer taraftan postpartum dönem, 'bebek doğduktan 1 yıl sonrasına kadar kadında meydana gelen her türlü değişikliği içerir' şeklinde de tanımlanabilmektedir (Ricci, 2009). Kadının deneyimlediği oldukça kapsamlı bu değişiklikler gebelik ve doğumun doğal süreçlerinin beklenen bir sonucu olmasına karşın kadını fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan hassas hale getirmektedir.

### 2.2.1. Maternal Fizyolojik Değişiklikler

Hamilelik boyunca anne vücudu büyüyen fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak için değişime uğramaktadır. Doğumdan sonra bütün vücut sistemlerinde doğum öncesi hale dönme için önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Fizyolojik değişikliklerin algılanma ve kabul edilme durumu kadının beden imgesi ve benlik saygısı üzerinde etkili olmaktadır. Son dönemde yapılan çalışmalar hormonal ve biyokimyasal süreçlerde gebelik, doğum ve lohusalık nedeniyle meydana gelen yüklü değişikliklerin kadının psikolojik durumunu hassas hale getirdiğini ve ruhsal rahatsızlıklara ciddi bir zemin oluşturduğuna işaret etmektedir (Ricci, 2009). Postpartum ruhsal bozuklukların etiyolojisinde, doğum sonu dönemde hormon seviyelerinde hızlı bir şekilde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimler rol oynamaktadır. İlk kez Victor Louis Marce, postpartum ruhsal bozukluğun patogenezinde doğum sonu meydana gelen fizyolojik değişimlerin önemli rol oynadığını ileri sürmüştür. Nitekim Cheryl Tetano Beck bu durumu depreme neden olabilecek “fay hattı” olarak tanımlamış, kolaylaştırıcı diğer faktörlerin- sosyal, ekonomik vb. etkisiyle “deprem” olarak nitelenen PPD’ye zemin hazırladığından söz etmiştir (Beck ve Driscoll, 2006).

**Hormonal faktörler:** Doğumdan 48 saat sonra östrojen, progesteron ve kortizol konsantrasyonları düşmektedir. Steroid yapıdaki bu hormonlar, postpartum ruhsal bozukluğun patogenezinde rol oynamaktadır. Bunlardan progesteron seviyesinin düşmesi, doğum sonu ruhsal bozukluk ile ilişkilendirilmektedir ve progesteron hormonunun yerine konulması tedavisinin doğum sonu ruhsal bozukluk üzerine yararlı bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (Beck ve Driscoll, 2006; O’hara ve McCabe, 2013).

Doğum sonrası östrojen seviyesi ile annelik hüznü ve PPD görülme riski arasındaki ilişki sıkça araştırılmıştır. Doğum sonu östrojen seviyesinin düşüklüğü doğum sonu ruhsal bozukluk ile sonuçlanabilir (Beck ve Driscoll, 2006). Doğum sonu dönemde östrojen seviyesinde meydana gelen ani düşüşün seratonin ve dopamin gibi nörotransmitter sistemler üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Östrojen, seratonin salgılanmasını uyarmakta ve bu durum PPD üzerinde koruyucu etkiye sahip olmaktadır. Östrojen seviyesindeki düşüşle birlikte seratonin seviyesinde de azalma meydana gelmekte ve doğum sonu dönemdeki kadında depresif semptomların görülmesine neden olmaktadır. Benzer şekilde östrojen seviyesindeki azalma beyindeki dopaminerjik yolda

fonksiyon bozukluğuna ve dolayısıyla depresif semptomlara yol açmaktadır (O'hara ve McCabe, 2013).

Kortizol seviyesi gebelik boyunca ve doğum anında oldukça yüksektir. Doğumdan sonra aniden düşmekte ve bazal seviyesine kademeli olarak gelmektedir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksında oluşabilecek herhangi bir bozukluk doğum sonu ruhsal bozuklukta rol oynayabilir (Beck ve Driscoll, 2006). Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksta meydana gelen bir bozukluk stres hormonlarının salınımını etkilemekte ve doğum sonrası dönemdeki kadında PPD görülme riskini artırmaktadır (O'hara ve McCabe, 2013).

Tiroid hormonları; tiroksin seviyesi gebelik boyunca yüksektir ve doğumdan sonra aniden düşmektedir. Sonuç olarak doğum sonu dönemde tiroid fonksiyon testinde anormallik meydana gelebilmekte ve doğum sonrası hipotiroidi oluşabilmektedir (Beck ve Driscoll, 2006). Hipotiroidi, ayrıca östrojen, seratonin, glikoz metabolizması üzerinde de etkiye sahip olduğu için depresyon görülme riskini artırmaktadır (Sylvén ve ark., 2013).

### **2.2.2. Psikolojik Değişiklikler**

Gebelik deneyimi ile başlayan değişiklik, doğum sonu dönemde aileye yeni bir bireyin katılması ile devam etmektedir. Ebeveyn olma yenidoğanın fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamayı içermekte ve anne olan kadın, baba olan erkeğe göre yaşamında daha çok değişiklik deneyimlemektedir.

### **2.3. Maternal Psikolojik Değişimler**

Kadın, doğum sonu dönemde anne olma, doğum sonu yaşanan fiziki rahatsızlıklar ve beden imajında meydana gelen değişimler gibi olayları deneyimlemektedir. 1960'ların ilk yarısında Reva Rubin, yeni bir rol olan annelik için 3 aşama tespit etmiştir. Rubin'in annelik rolü çerçevesi, çiçeği burnunda anne olarak yeni rolüne adapte olmaya çalışan kadının içerisinde bulunduğu gelişim sürecine yol gösterici olarak kullanılabilir. Bu gelişmenin olmaması durumunda annelik rolünün gelişimini engellenmiş olacaktır (Ricci, 2009).

Doğum sonu ruhsal bozuklukları tanımlayan ilk kişi Hipokrat olarak bilinmektedir. Ancak tarihte Hipokrat'ın tanımını yaptığı bu kavramın daha çok puerperal sepsis ile ilişkili deliryum olarak belirtilmiştir (Nalepka ve Coblentz, 1995;

Sadock ve Sadock, 2000; Friedman 2009; Foulkes, 2011). 1700 ve 1800'lere kadar doğumla ilgili ruhsal bozukluklardan neredeyse hiç söz edilmemiştir. Sadock ve Sadock (2000)'un belirttiğine göre Jean Esquirol, Napolyon Savaşları sırasında 1818 yılında 92 puerperal psikoz vakası hakkında ayrıntılı, niceliksel veri sağlayan ilk kişi olarak bilinmektedir. Postpartum ruhsal bozukluğun tanımını yapan ilk kişi Fransız doktor Victor Louis Marce'dı. 1856 yılında "Traite de la Falie des Femmes Enceintes" adlı kitabında hamilelik ve doğum sonu dönemle ilgili ruhsal bozukluk kavramlarına yer vermiştir. Ayrıca, doğum ile ilgili fizyolojik değişikliklerin annenin ruhsal durumunu etkilediğini ileri süren ilk kişi olarak bilinmektedir. Postpartum ruhsal bozukluk, 19.yy sonunda çoğu klinisyen tarafından bilinmesine rağmen bu bozukluğun daha hafif formları göz ardı edilmiştir. Sonuçta,1960 yılında annelik hüznü, 1970'lerde ise postpartum depresyon kavramları konuşulmaya başlanmıştır. Son zamanlarda ise doğum sonu dönem kadınlar için psikiyatrik hastalığın gelişmesi açısından riskli bir süre olarak tanımlanmaktadır (Sadock ve Sadock, 2000).

Postpartum ruhsal bozuklukların etiyolojisinde, doğum sonu dönemde meydana gelen fizyolojik ve psikososyal değişimler rol oynamaktadır. Faktörlerin çokluğu ve bunların etkileşimlerinin karmaşıklığı göz önüne alındığında doğum sonu dönem ruhsal bozukluklar için risk faktörlerini belirlemek oldukça zor olmaktadır (Sadock ve Sadock, 2000; Beck, 2001).

Yukarda açıklanan fizyolojik değişikliklere ek olarak doğum sonu dönemde ruhsal bozukluklar için temel risk grupları demografik değişkenler, psikososyal faktörler, psikiyatrik hastalık öyküsü olarak tanımlanabilir.

**Demografik Değişkenler:** Yaş, evlilik durumu, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum demografik değişkenlerdir ve birçok araştırmada annelik hüznü ve PPD için risk faktörü olarak demografik değişkenleri incelenmiştir (O'hara, 1995; Beck, 2001; Fergenson, 2002; Beck ve Driscoll, 2006; O'hara ve McCabe, 2013).

**Psikososyal faktörler:** Psikososyal değişkenler, doğum sonrası dönemde ruhsal bozukluğa hassasiyetin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bazı çalışmalar, postpartum ruhsal bozukluk için bireysel özellikler ve stresle baş etme şekilleri arasında bağ kurmaya çalışmıştır, bazı gruplarda gebelik boyunca yaşanan stresli yaşam olayları (göç stresli yaşam olayına örnek verilebilir) ve doğumun yaklaşmış olması PPD riskini artırmaktadır (Callister ve ark., 2011; Chien ve ark., 2012; O'Mahony ve ark., 2012;

Gannan ve ark., 2016; Dennis ve ark., 2017). Evlilik ilişkilerinde bozukluk, yetersiz sosyal destek PPD için önemli risk faktörleridir.

**Psikiyatrik hastalık öyküsü:** Postpartum ruhsal bozukluk ve kişisel duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığı arasında güçlü bir ilişki vardır. Benzer şekilde bir önceki gebelikte PPD öyküsü, bir sonraki gebelikte PPD görülme riskini %50 oranında artırmaktadır (Beck ve Driscoll, 2006). Ayrıca ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması ve premenstrüel dönemde huzursuzluk ve anksiyete gibi duygudurum bozukluklarının yaşanması da PPD görülme riskini artırabilmektedir. Anneler tarafından etiketlenme ve bebeklerinin alınması gibi riskleri içerdiği için psikolojik bozuklukların oldukça az bildirimini yapıldığı bilinmektedir (Aydın ve Tamam, 2006).

### **2.3.1. Postpartum Ruhsal Bozuklukların Tanısı**

Tanı koyma süreci, ruhsal bozuklukların ortaya çıkma oranlarını etkileyen kritik bir dönemdir. “Postpartum” olarak adlandırılan dönem için üzerinde anlaşılmaya varılmış belirli bir süre yoktur. Beck ve Driscoll (2006)’ün belirttiğine göre ACOG, postpartum dönemi doğumdan sonraki 6 hafta olarak tanımlarken APA, postpartum dönemi doğumdan sonraki ilk 4 hafta olarak tanımlar ve DSM-IV kriterlerine göre doğum sonu ruhsal bozukluklar, postpartum başlangıçlı olarak belirtilmiş ve belirtilerin doğumdan sonra ilk 4 hafta içerisinde açığa çıkması gerektiği bildirilmiştir. Sadock ve Sadock (2000)’un belirttiğine göre Marce Society (postpartum ruhsal bozukluklarla ilgilenen uluslararası bilimsel organizasyon) ‘doğum sonu ruhsal bozukluk, doğumdan sonra 1 yıl içerisinde herhangi bir zamanda meydana çıkar’ şeklinde tanımlamıştır. Beck ve Driscoll (2006)’e göre ise postpartum dönem doğumdan sonraki bir yıldır.

Birçok anne ve aile tarafından bebeğin aileye katılması istekle karşılanmaktadır. Çocuklar, ailelerin yaşamlarına genellikle büyük bir neşe ve eğlence getirmekte ve sıklıkla anneler için önemli bir yaşam kaynağı haline gelmektedir. Ne yazık ki bazı kadınlar için doğum sonrası dönem büyük zorluk ve duygusal sıkıntı zamanı olmaktadır. Duygusal sıkıntı sıklıkla depresyon olarak tanımlanmakta ve bir kadının annelik duygusundan yaşayacağı hazzı büyük ölçüde azaltmaktadır. Sadece kadını etkiliyor gibi görünen bu durum aslında kadınla birlikte bebeği, aileyi ve hatta arkadaşlarını da etkilemektedir. PPD, anne-bebek bağlanması ve bebekte temel güven gelişimi için tehdit oluşturabilmektedir (O’Hara, 1995).

PPD'si olan kadınlar yardım aramadan önce haftalarca hatta aylarca sessizlik içinde yaşamaktadır. Kadınlarda, utanma, düşük benlik saygısı, anne olmuş gibi hissedememe belirtileri gözlenmekte ve bu durum kadınlar tarafından duygusal olarak oldukça ağır olarak hissedilmektedir. Bu kadınlar yaşadıkları belirtilerin kendiliğinden iyileşmesini ummakta, mutlu olamadıkları ve bebeklerinde neşeyi deneyimleyemedikleri için genellikle kendilerini suçlamaktadırlar. Feminist bakış açısına göre bu durumun nedeni kültürel olarak bebeği olan kadının mutlu olması gerektiğine ilişkin yaygın inançtır (Aktaş, 2013). Doğum sonrası ruhsal bozukluklar, ne kadar erken tanılanırsa tedavi o kadar erken olmakta ve iyileşme süreci başlamaktadır (Beck ve Driscoll, 2006).

Doğum sonu dönemde meydana gelen bu ruhsal bozukluk çoğu zaman kişinin kendisi, ailesi ve sağlık çalışanları tarafından göz ardı edilmektedir. Postpartum ruhsal bozukluğa sahip olan kadınların 3'te 1'inden daha azı profesyonel yardım aramaktadır (Sadock ve Sadock, 2000). Doğum sonu ruhsal bozuklukların tanılanmasında sürekli ve düzenli yapılan değerlendirme süreci önemlidir. Bu sürecin en önemli basamağını kadının hikayesini dinlemek oluşturmaktadır. Unutulmaması gereken ilke, her hikayenin sahibine özgü olduğudur. Kadının yalnız söyledikleri değil kullandığı kelimeler, sessizliği, mimikleri, nefes alma şekli de değerlendirilmelidir. Değerlendirmede Sichel ve Driscoll (1999) tarafından ortaya konulan "Deprem Değerlendirme Modeli" kullanılabilir. Bu değerlendirme modeli depremin jeolojik olgusuna dayanmaktadır. Bilindiği üzere depremler, fay hattı üzerinde iç basıncın meydana gelmesi ve bu iç basıncı azaltmak için fay hattının kuvvetle patlaması üzerine meydana gelmektedir. Sonuç olarak yer kabuğunun yapısı bozulmakta ve üzerinde bir yıkım alanı oluşmaktadır. Sichel ve Driscoll beynin temel biyokimyasını yer kabuğunun altında yer alan fay hattına benzetmiştir. Stresli yaşam olayları (göç gibi) ve hormonal değişiklikler, beynin sahip olduğu eşsiz biyokimyasını bozmakta ve 'duygusal depresyon' meydana gelmektedir (Beck ve Driscoll, 2006).

Doğum sonu ruhsal bozukluklar, hafif şiddetten ciddiye doğru bir seyir izleyerek ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden kadının günlük yaşamı, doğum sonu ruhsal bozukluk belirtileri ve bu belirtilerin seviyeleri açısından takip edilmelidir. Doğum sonu ruhsal bozukluklar şiddet derecesine göre 3 grupta incelenebilir. (1)Annelik Hüzünü, (2)Postpartum Depresyon, (3)Postpartum Psikoz'dur. (O'Hara, 1995; Beck ve Driscoll, 2006; Ricci, 2009; Cunningham ve ark., 2015).

### 2.3.2. Annelik Hüznü

Annelik hüznü, yeni anne olmuş kadının doğumdan sonra çok sayıda duygu deneyimlemesi olarak tanımlanmaktadır. Eğlenceden üzüntüye, bilinçten konfüzyona, gülmeden ağlamaya, güvenden paniğe ruhsal durumda değişiklikler görülmekte ve yeni anne olan kadın, bu ruh değişiklikleri ile bir şeylerin yanlış gittiğini hissetmektedir. Annelik hüznü çoğunlukla geçicidir ve yeni anne olmuş kadınların %50-75'i annelik hüznünü deneyimlemektedir (Beck ve Driscoll, 2006). Annelik hüznü belirtileri, postpartum 4. veya 5. günlerde zirveye ulaşmakta, 10. günde normale dönmektedir (Ricci, 2009; Cunningham ve ark., 2015). Annelik hüznü belirtileri; anksiyete, çabuk öfkelenme, ağlama krizleri, ruh hali değişiklikleri, artmış duyarlılık hali, boğulma hissi, yorgunluk, uyku problemleridir (O'Hara, 1995; Beck ve Driscoll, 2006; Ricci, 2009; Cunningham ve ark., 2015).

Annelik hüznü, ilk defa 1952 yılında Moloney tarafından doğumdan sonra hafif bir depresyon "üçüncü gün depresyonu" olarak tanımlanmıştır. 10 yıl sonra Hamilton, annelik hüznünü "geçiş sendromu" olarak tanımlamıştır. Annelik hüznü kültürlerarası bir olgu olarak bilinmekte ve Beck ve Driscoll'in (2006) aktardığına göre, Amerika'da annelik hüznü prevalansı %65, Hong Kong'da %44, Fransa'da %49 ve Japonya'da %66'dır. Türkiye ve Arap ülkelerinde annelik hüznü prevalans çalışmalarına ulaşılamamıştır. Annelik hüznü zararsız gibi görünebilir ancak uzun süren annelik hüznü belirtileri sonrasında PPD görülme riskini %20 ve üzeri oranda artırmaktadır (Beck ve Driscoll, 2006; Ricci, 2009). Annelik hüznü aynı zamanda anne-bebek bağlanmasını da olumsuz olarak etkilemekte ve yüksek düzeyde anksiyeteye neden olmaktadır (Beck ve Driscoll, 2006).

Anneliğe geçiş yapan kadına yardım edilebilecek konular; ister vajinal ister sezaryen doğum olsun doğum sonrası dönemde yapıların iyileşmesi ve fiziksel durumun değerlendirilmesidir. Fiziksel bulguların yanı sıra annenin ruhsal sağlığının değerlendirilmesi de önemlidir. Annelik hüznünü deneyimleyen kadın, vücudunda meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişimleri normalleştirmeyi, beklenen beden değişikliklerini, laktasyonun fizyolojik ve psikomotor becerilerini, kendi öz bakımını yerine getirmeyi öğrenmelidir. Ancak birçok kadın, bilgi ve becerisini artıracak yeterli vaktinin olmadığını söylemektedir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak da kaos ve bozukluk duygusu ortaya çıkmaktadır. Ona göre bebek muhtaç durumdadır ve kadın



annelik görevini başaramayacağını hissetmektedir. Çalışan anneler için ise bebek sahibi olmak bir bağımlılık durumu olarak görülmektedir ve bu annelerin ailelerinden istedikleri yardım sosyal destek algılarını yükseltmek için oldukça önemlidir. Burada annelere iletilmesi gereken mesaj anneliğe geçişin bir son olmadığı aksine gebeliğin ve doğumun bitmesi ile yeni bir mücadelenin başlamış olduğudur.

Bu dönemde kadına bakım veren hemşirenin destek olma ve rehberlik etme görevleri vardır. Yeni anne olmuş kadın, duygularını ve deneyimlerini yazması için cesaretlendirilir ve kendisi gibi yeni anne olmuş kadınların oluşturduğu destek gruplarına katılması için desteklenir. Destek gruplarında önemli olan kadınların deneyimlemiş oldukları duygularını dürüst bir şekilde diğer annelerle paylaşmaları, yani ne kadar mükemmel bir anne olduklarından bahsetmemeleridir (Beck ve Driscoll, 2006).

### **2.3.3. Postpartum Psikoz**

Postpartum psikoz, annenin kendine ve bebeğe zarar verme oranının yüksek olduğu ruhsal bozuklukların en ciddi halidir (Beck ve Driscoll, 2006). Her 1000 doğumdan sonra yalnızca 1 veya 2 kadında ortaya çıkmakta ve doğumdan sonra 3 hafta içerisinde görülmektedir. Aşırı endişe hali, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, yorgunluk, depresyon, hipomani belirtileri ile birlikte anne, ağlamaklı, konfüze, suçluluk ve değersizlik duyguları ile meşguldür. Erken belirtileri depresyonla benzerlik göstermekte, ancak deliryum, halüsinasyon, kendine ve bebeğine karşı öfkeli olma, garip davranışlar, kendine ve bebeğine zarar verme düşünceleri ile depresyondan ayrılmaktadır (Ricci, 2009). Postpartum psikoz, kafa karışıklığı ve düşünce yapısında değişim nedeniyle diğer psikotik ataklardan farklıdır. Bu durumda kadınla iletişimi kurma ve sürdürme zor olabilir (Beck ve Driscoll, 2006).

Çoğu kadın postpartum psikoz tanısı ile hastanede yatabilir. Tedavi olarak; antipsikotik ilaçlar, bireysel psikoterapi ve destek grup terapisi kullanılmaktadır (Ricci, 2009). Psikozun bir sonraki gerçekleşecek olan doğumda görülme olasılığı yüksektir. Bu yüzden profilaksi olarak lityum kullanılabilir ve yüksek doz östrojen verilebilir (Beck ve Driscoll, 2006).

### **2.4. Postpartum Depresyon**

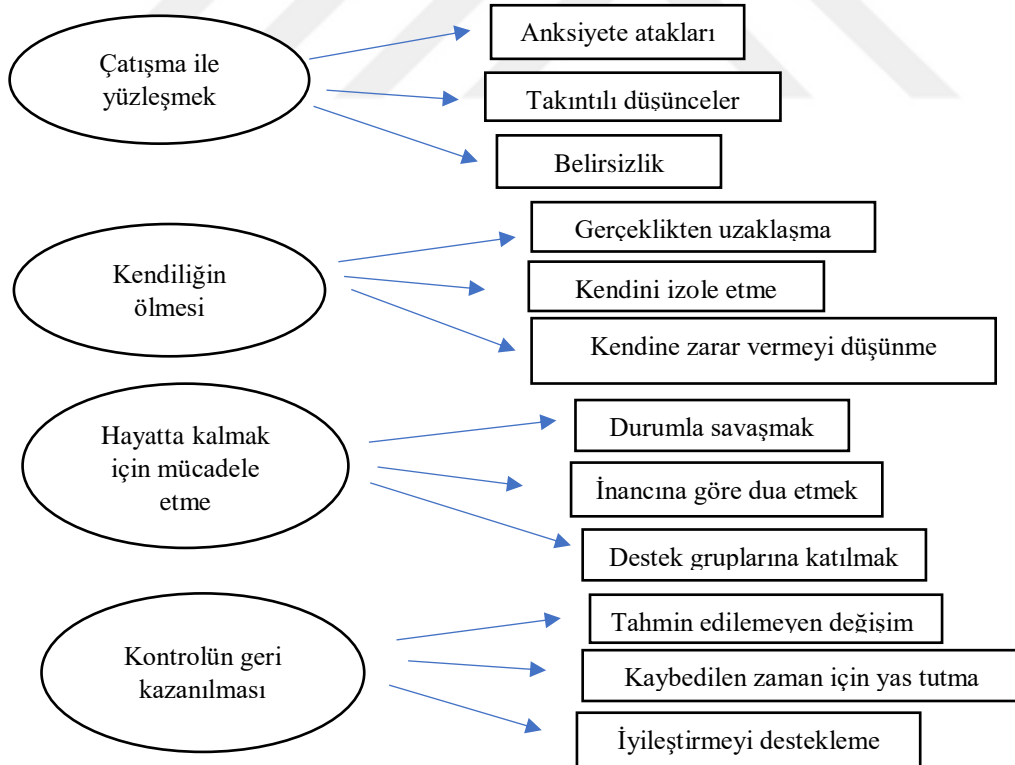
Depresyon, biyolojik, hormonal ve psikososyal faktörlere bağlı olarak kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (Ricci, 2009). Bir bebeğe sahip olma ve

anne olma psikolojik, fizyolojik, kültürel, ruhsal ve duygusal olarak hayatı değiştiren bir olaydır, diğer bir deyişle kadının dđnyası değişmektedir (Beck ve Driscoll, 2006). Annelik hđznđnđn belirtileri 6 hafta ve daha fazla devam ederse anne PPD açısından değerlendirilmelidir (Ricci, 2009). Anne olmuş kadına PPD tanısı koymak için DSM (APA), ICS (WHO) kriterleri kullanılmaktadır. DSM V kriterlerinde postpartum depresyon, depresyon bozuklukları içerisinde postpartum başlangıçlı olarak sunulmaktadır. Kadınlarda PPD belirtileri; disforik ruh hali, genel olarak yapılması hoşlanılan aktivitelerden zevk alamama, iştahta değişiklik, uykuda değişiklik, artmış veya azalmış motor davranışlar, suçluluk hissi veya kendi kendini yıpratma, konsantre olmada gđlđk yaşama ve intihar dđřđnceleridir (O'Hara, 1995).

Postpartum depresyon, doğum yapan kadınlarda yaklaşık olarak %10-15'inde gđrđlmektedir. Etiketleme riski ve 'postpartum dđnem' in zamansal tanımının farklı olması bu oranları etkilemektedir. APA (2013)' ya gđre postpartum dđnem, doğumdan sonraki 4 hafta olarak tanımlanmakta, ancak bu başlangıç tarihi PPD tanısının konulması için kısıtlı bir zaman olarak bildirilmektedir. PPD'nin ayrı bir tanılama sđreci yoktur, ortaya çıkması açısından kendine özgüdür yani ortaya çıkan belirtilerin postpartum başlangıçlı olması gerekmektedir. Beck ve Driscoll (2006)'ın aktardığına gđre, Goodman doğum sonrası depresyon ve depresif belirtilerin doğumdan sonraki bir yıl içerisinde ilk 6 ayda herhangi bir zamanda ortaya çıkabileceğini ileri sđrmüřtđr ve doğumdan sonraki ilk 6 ayda PPD prevalansını %9,1-38,2 olarak belirtmiştir. Amerika'da annelerin %35'i, Kanada'da %54'đ ve İsvet'te %13'đ doğumdan sonraki 6. ayda depresyon belirtileri gđstermektedir. Bu aşamada kadın için risk faktđrlerinin belirlenmesi ve PPD'nin belirleyicilerini bilmek önemlidir. Kadın, bebek ve aile için yıkıcı olan bu duygu durumu bozukluğuna en iyi mđdahale PPD'nin gerçekleşmesini önlemektir. Önlemek için ise doğum öncesi zaman en uygun zamandır, burada önemli olan mđdahalenin ne kadar erken olduğudur. Erken mđdahale için ise risk faktđrlerini bilmek ve belirlemek gerekmektedir (Beck ve Driscoll, 2006).

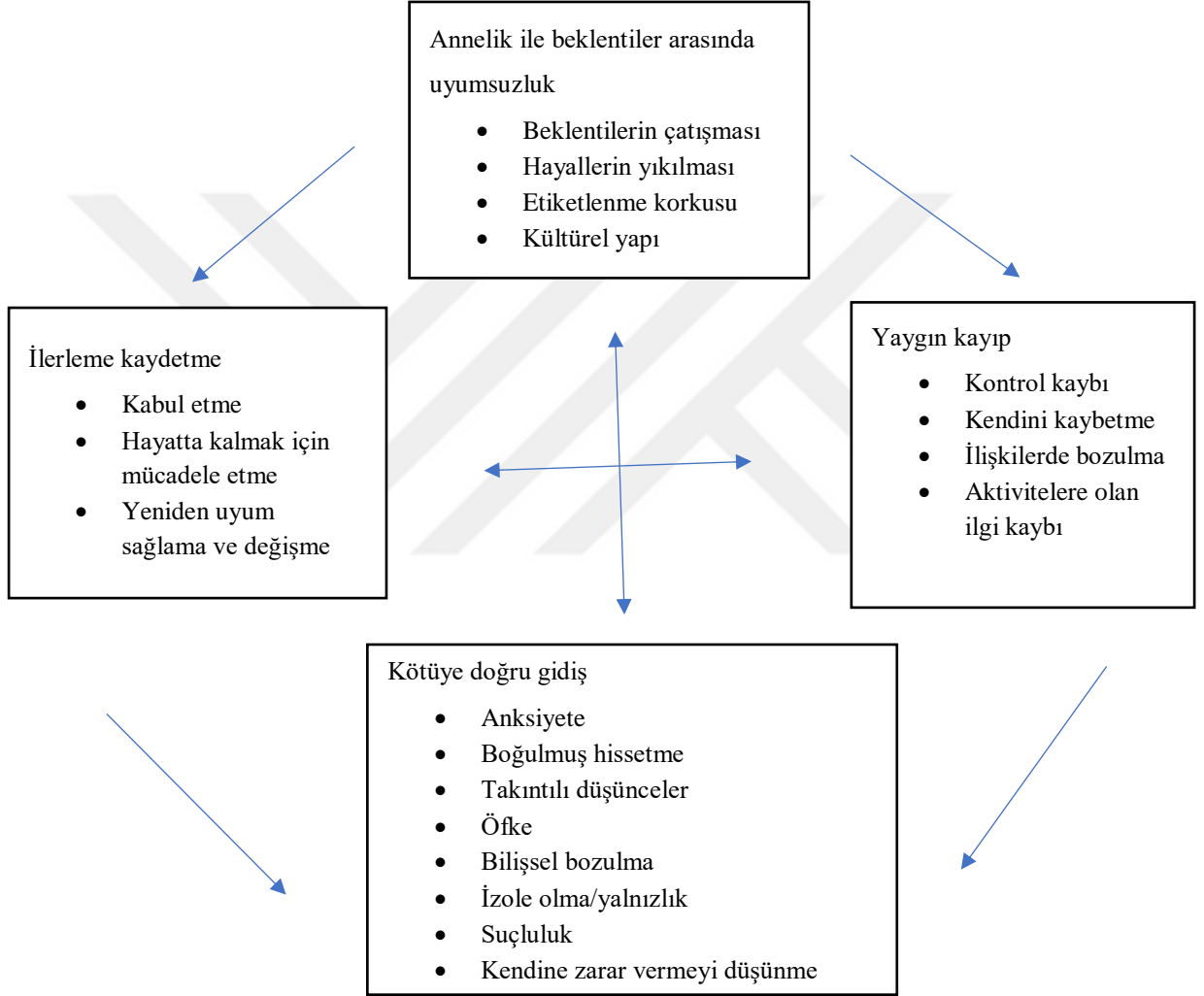
PPD için risk faktđrleri; yaş, eğitim seviyesi, evlilik durumu, doğum sonu dđnemde gerçekleşen hormonal değişimler, stresli yaşam olayları, jinekolojik ve obstetrik hikaye, sosyal destek, sigara veya alkol kullanımı, daha önce annelik hđznđ veya PPD hikayesi, ailede psikopatoloji öyküsüdür (O'Hara, 1995; Cunningham ve ark., 2015). Beck (2001)' e gđre ise PPD için risk faktđrleri 13 tanedir. Bunlardan 10 tanesi orta etki

büyüklüğüne, 3 tanesi ise küçük/az etki büyüklüğüne sahiptir. Orta etki büyüklüğüne sahip risk faktörleri; prenatal depresyon, düşük benlik saygısı, çocuk bakım stresi, prenatal anksiyete, yaşam stresi, sosyal destek azlığı, evlilik bağının zayıf olması, depresyon hikayesi, bebeğin huyu ve annelik hüznü hikayesidir. Evlilik durumu, sosyoekonomik durum ve istenmeyen/planlanmayan gebelik az etki büyüklüğüne sahip risk faktörleridir. Bu risk faktörlerinin içerisinde en güçlü olanlara bakacak olursak; prenatal depresyon, düşük benlik saygısı, çocuk bakım stresi ve prenatal anksiyete olduğu söylenebilir. Ayrıca, annelik hüznü, çocuk bakım stresi ve bebeğin huyu doğum sonu döneme ait risk faktörleridir. Diğer 10 risk faktörü gebelik boyunca görülebilir. Beck tarafından belirlenen 13 tane risk faktörü, Sichel ve Driscoll tarafından oluşturulan depresyon modeline uyum göstermektedir. Bu risk faktörleri, sürekli olarak annenin fay hattını zayıflatmakta ve anneyi duygusal olarak savunmasız bir duruma sokmaktadır. PPD için belirlenen bu risk faktörleri, doğum sonu ruhsal bozukluk gelişebilecek kadınlar için bir işaretidir (Beck ve Driscoll, 2006).



**Şekil 1.** PPD için Beck tarafından oluşturulan 4 aşamalı süreç. (Beck ve Driscoll, 2006'dan uyarlanmıştır)

Beck, ‘Gömülü Teori’ sinde, PPD’ nin duygusal ve düşünsel kontrol kaybı, temel sosyal ve psikolojik bir problem olduğunu ileri sürmüştür. Ona göre PPD, akıl ile delilik arasındaki çizgide yer alan ve kadının düşünme sürecini, duyu ve davranışlarını bozan bir durumdur ve 4 aşaması vardır (Şekil 1). PPD ile ilk aşamada karşı karşıya gelen kadınlar aniden ve beklenmedik bir şekilde sarsılmakta ve içinde buldukları bu durumu kurtuluş yolu olmayan karanlık bir tünel olarak nitelendirmektedir (Beck, 2002).



Şekil 2. Postpartum depresyona yönelik dört bakış açısı. (Beck ve Driscoll, 2006’dan uyarlanmıştır)

Beck’in 2002 yılında, 18 farklı (İngiltere, Amerika, Kanada, Avustralya) çalışmayla yaptığı metanaliz çalışması sonucunda PPD ile ilgili 4 tema ortaya çıkarmıştır. Bunlar; annelik ile beklentiler arasında uyumsuzluk, kötüye doğru gidiş, yaygın kayıp ve ilerleme kaydetmedir (Şekil 2). Annelik ile beklentiler arasında uyumsuzluk meydana geldiğinde çatışma ortaya çıkmaktadır, bu çatışma sonucunda kadın anneliği

başaramayacak gibi hissedebilmektedir. Önemli olan kadını bu aşamada cesaretlendirip çatışmayı kazanca dönüştürmektir.

PPD, özellikle ilk aylarında gelişme sürecinde olan bebeklerin sosyal çevresini oluşturan anne-bebek etkileşimini olumsuz etkilemektedir ve sonuç olarak PPD deneyimleyen anneler, bebekleri ile daha az sevecen olan bir iletişim davranışı göstermekte ve bu annelerin bebekleri mızımız, memnuniyetsiz, çekingen, anneleri ile daha az göz teması kuran bebek özellikleri taşımaktadır. İleri yaşlarda ise çocuklarda bilişsel ve duyuşsal gelişimde sorunlar, şiddete meyilli davranış bozuklukları, dikkat eksikliği/hiperaktivite, öfke kontrolünde sorun yaşama gibi belirtiler görülebilmektedir (Beck ve Driscoll, 2006; Ricci, 2009; Cunningham ve ark., 2015).

#### **2.4.1. Postpartum Depresyon ve Kültür**

1980'lere kadar PPD Batı kültürüne ait bir bozukluk olarak görülmekteydi. Ancak 1980'lerde PPD'nin sadece Batı kültürüne bağlı bir sendrom olup olmadığı tartışılmaya başlanmıştır. Beck ve Driscoll (2006) 'ın aktardığına göre Stern ve Kruckman;

- Doğum sonrası yaşanan olayların sosyal yapılanmasının,
- Yeni anne oluşun toplum tarafından tanınmasının,
- Yeni anne olan kadına toplumdaki bireyler tarafından destek eksikliğinin,

Amerika'da annelik hüznü ve PPD gibi sorunlara yol açtığını belirtmiştir. Bunun yanı sıra Stern ve Kruckman, 1983 yılında PPD'yi önlemek ve PPD'den korunmak için 6 tane madde tanımlamıştır:

1. Normal bir doğum sonrası dönem geçirmek için gebelik öncesi ve sırası dönemlerinde postpartum dönemin planlanmasının yapılması,
2. Yeni anne olmuş kadının ailesine, kültürüne ait doğum sonu döneme özgü gelenek ve ritüellerin yerine getirilmesinin sağlanması,
3. İstirahat etmenin sağlanması,
4. Etkili dinleme ve iletişim ağının oluşturulması,
5. Yakın çevre veya sağlık personelinden yardım alma konusunda annenin desteklenmesi,
6. Yeni anne olmuş kadına ve bebeğine hediyeler yoluyla sosyal desteğin sunulmasıdır.

Beck ve Driscoll (2006) 'ın aktardığına göre, Seel her kültürde doğum sonu döneme ait olan gelenek ve ritüellerin kadının annelik rolü için önemli olduğunu

savunmaktadır. Örneğin, Çin’de anne olmuş kadınlar, doğum sonu dönem boyunca ailelerinden fazladan yardım beklemektedir. Annelerin, bu dönem boyunca 30 gün dışarı çıkmadığı, çiğ ve soğuk yiyecekler yemediği ve banyo yapmadığı bilinmektedir. Çünkü bu gibi kültürel davranışların PPD’ den koruduğu düşünülmektedir. Eğer bu gelenek ve ritüeller yerine getirilmezse yeni anne olmuş kadının koruyucu duvarları ortadan kalkacağı için bu durum PPD’ nin ortaya çıkması ile sonuçlanacaktır (Halbreich ve Karkun, 2006; Bina, 2008).

PPD, çoğu ülkede anneler tarafından ‘morbid mutsuzluk’ olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek eksikliği, aile içi süreçlerde bozulma, uyku sorunları yaşama ve bebekle ilgili sorunlar PPD görülme riskini artırmakta ve birçok ülke de bu görüşe katılmaktadır. PPD tanısı konulan anneler; endişeli, öfkeli, konfüze ve yorgun olarak bilinmekle beraber duygu ve davranışlarının kontrolünü kaybetmekle mücadele etmektedir. Bebeklerine karşı olan ilgisizlikleri yüzünden suçluluk duymakta ve bu durumun sonucu olarak da annelerde tükenmişlik gözlenmektedir (Beck ve Indman, 2005).

Afrika-Amerikalı anneler PPD’yi; stresli, negatif duygu durumu, kaybetme, yardım arama ve baş etme temaları ile ifade etmektedir. Kültürel bir farklılık olarak, baş etme teması siyahî kadınların güçlü olma çabası ile ilişkilendirilmektedir. Hintli kadınlar için sosyal destek eksikliği, doğumdan sonra ruh hali değişikliğine katkıda bulunmaktadır. Onlara göre doğum sonrası dönemdeki kadınlar duygusal desteğe daha çok ihtiyaç duymaktadır. PPD deneyimleyen Hintli kadınlar; baş ağrısı, uyku sorunları, endişe, ağlama krizleri, kendine zarar verme düşüncesi, gerginlik, herhangi bir aktivite yapmaya karşı ilgisizlik, yorgunluk, iştah kaybı, öfkeli ve üzüntülü hissetme gibi belirtileri ifade etmişlerdir (Beck ve Driscoll, 2006).

## **2.5. Sosyal Destek**

Sosyal destek sistemleri, doğumdan ölüme kadar kişilerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını korumaya yöneliktir ve bu sistem arkadaş sayısı, akrabaların oranı, dernek gibi toplumsal örgütlere olan üyeliği kapsamaktadır. Sosyal destek, nicelikten daha çok nitelikle ilişkilidir ve güç durumdaki bir kişiye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardımdır. Sosyal desteği; duygusal, zihinsel ve maddi destek olarak gruplandırabiliriz (Ardahan, 2006).

*Duygusal destek*; sosyal gereksinimden doğan sevgi, şefkat, güven ve empatiyi içerir ve duygusal desteği yüksek olan insanların yaşam streslerinin daha az olduğu belirtilmektedir.

*Zihinsel destek*; kişinin kendini tanıyarak problemlerini çözmesine yardım eden bilgi desteğidir.

*Maddi destek*; ekonomik anlamda destektir.

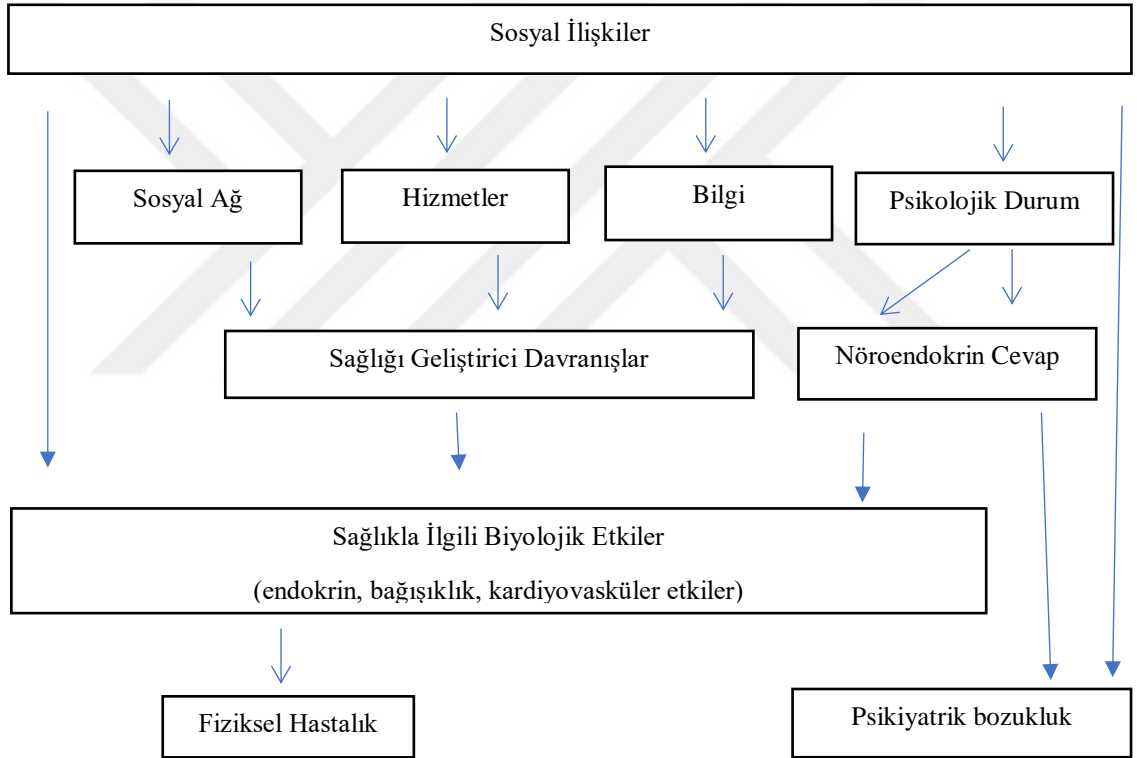
Sosyal desteğin 5 ortak fonksiyonu; emosyonel destek, iş oryantasyonuna yardım, geri bildirim ve değerlendirme, sosyal bağlılık ve entegrasyon, yeni bilgilerin sağlanmasıdır (Ardahan, 2006).

Durkheim (1897) bundan yüzyıl önce çeşitli sebeplerle sosyal bağı bozulan kişilerin psikolojik olarak iyi olma durumlarının da bozulabileceğini ileri sürmüştür. Özellikle göçmenlerde azalmış sosyal bağ ve davranış problemlerinden dolayı intihar girişimlerinin daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Sosyal destek ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar 1970-1980'lerde yapılmaya başlanmıştır. Sosyal destek derken araştırmacılar; aile bağı, arkadaş, komşu, sosyal bir ağın üyesi olma gibi kavramları ölçmüşlerdir. Ne kadar çok çeşitli insanla iletişime geçilirse sosyal bağı o kadar güçlü olacağını bulmuşlardır (Sadock ve Sadock, 2000).

Sosyal destek, fiziksel ve mental sağlığı duygu, davranış ve biliş üzerine etki yaparak etkilemektedir. Mental sağlığı düşündüğümüzde sosyal destek kişinin hayatında meydana gelebilecek herhangi bir problemle baş etmede savunma mekanizması olarak iş görmektedir. Bu doğrultuda, kişinin hali hazırda bulunan ödül ve ceza sistemleri, stresle baş etme mekanizmaları devreye girmektedir. Sosyal desteğin sağlığı fiziksel olarak etkilediği konular; beslenme, egzersiz, sigara ve alkol tüketimi, uykudur. Duygusal olarak ise yaşanan olaya uygun cevap verilemediği durumlarda psikolojik sorunlar ortaya çıkmakta ve nöroendokrin, immün sistem, kardiyovasküler sistem üzerinde değişiklikler meydana gelmektedir (Sadock ve Sadock, 2000).

Sosyal destek eksikliği, insanlarda fiziksel veya ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında etkilidir. Sosyal olarak değişken bir kavramı olan sosyal destek, stresi önleyebilir, stres durumunda olayın algılanış biçimini değiştirebilir ve stresle baş etme konusunda kişiye yol gösterebilir. Sosyal destek, kişinin yaşamını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir (Ardahan, 2006).

Stres olsun veya olmasın sosyal destek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını doğrudan etkilemektedir. Şekil 3’te, sosyal ilişkilerin psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde temel etki mekanizmaları gösterilmektedir. Sosyal topluluk bireyin egzersiz, yemek, sigara içip içmeme gibi alışkanlıklarını etkilemektedir. Sosyal bir ağa dahil olma birey üzerinde fiziksel ve psikolojik sağlığını olumlu yönde destekleyen pozitif bir etkiye neden olmaktadır. Geniş bir sosyal çevreye sahip olma, doğru bilgi kaynağına ulaşma olasılığını arttırmakta, sağlıkla ilgili davranışları etkileyerek stresle etkili biçimde baş etmeye yardımcı olmaktadır. Sosyal ilişkiler ayrıca akut bir hastalığın kronik bir hastalığa dönüşmesini engellerken bireyi sosyal izolasyondan kurtararak negatif psikolojik düşüncelerden uzaklaştırmaktadır.

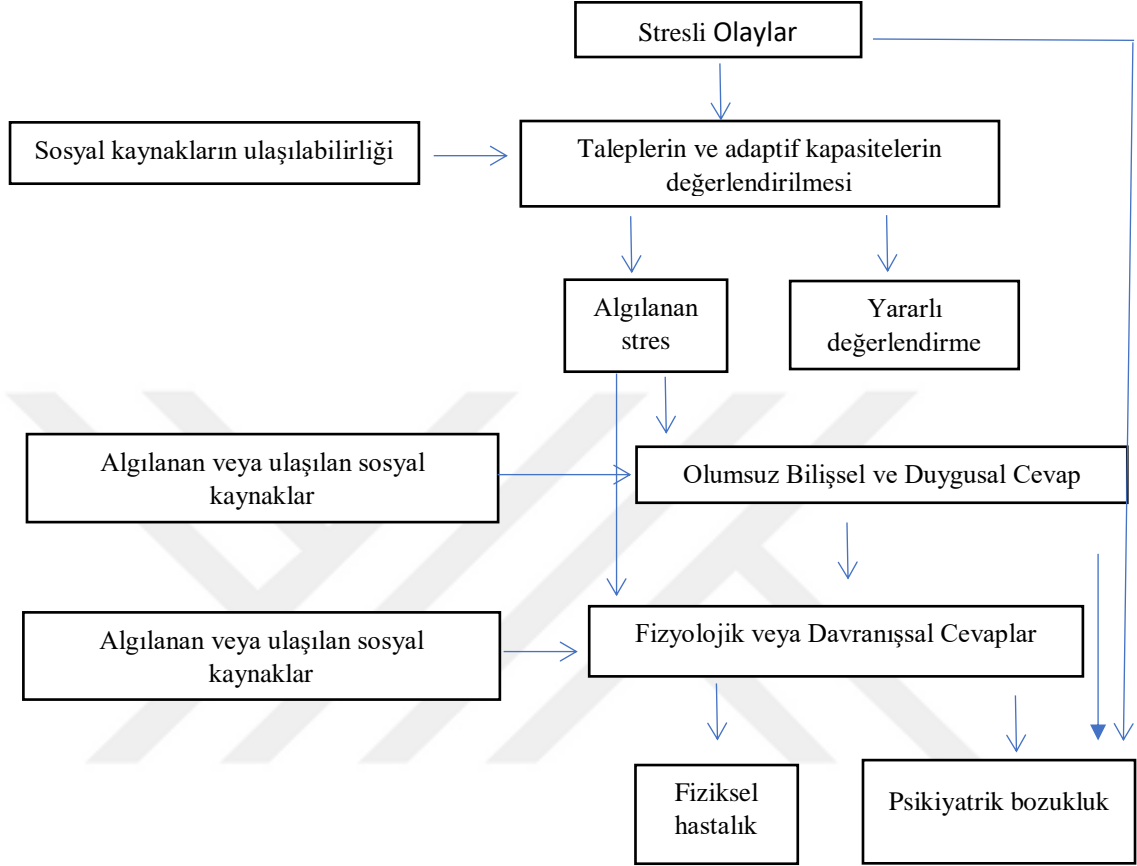


**Şekil 3.** Sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde doğrudan (ana) etkilere sahip olabileceği yollar. (Sadock ve Sadock, 2000’den uyarlanmıştır)

Şekil 4’te stresli olaylara bireysel yanıtlar belirlenmesinde sosyal desteğin rolleri gösterilmektedir. Bu durumda sosyal destek birkaç farklı yolla, sağlığa zararlı stresli olayları engellemeye çalışmaktadır. Örneğin, birey stresli bir olayla karşılaştığında çevresinden yardım bulabileceğinin farkındadır, böylece o stresörle başa çıkabilme yeteneği algıladığı sosyal desteği sayesinde güçlenmektedir. Bireyin sosyal desteği algılayışı, stresli bir olaya verilen duyuşsal tepkisini azaltabilir veya tamamen ortadan



kaldırabilir ve fizyolojik tepkilerini düzenleyip uyumsuz davranışlarını düzeltebilir. Aynı zamanda sorunlar hakkında konuşabileceği kişilerin olması olumsuz düşüncelerin azalmasında ve stresli olaylarla baş etmede bireye yardımcı olmaktadır.



Şekil 4. Sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde dolaylı etkilere sahip olabileceği yollar. (Sadock ve Sadock, 2000'den uyarlanmıştır)

Algılanan sosyal destek ise kişilik özelliklerinden etkilenerek kişinin gerektiğinde yardım bulacağını, çevresindeki insanlar tarafından sevilip sayıldığını ve ilişkilerinden doyum aldığını düşünmesini sağlayan bir kavramdır (Ardahan, 2006).

## 2.6. Postpartum Depresyonda Hemşirelik Değerlendirmesi

Çok fazla kadın bu durumu deneyimlemesine rağmen postpartum duyu bozuklukları, sıklıkla gözden kaçmakta ve tanımlanamamaktadır. Çoğu yeni anne olmuş kadın mutlu olmaları gereken bir zaman olan doğum sonu dönemde olumsuz duyu ve düşünceye sahip olmaktan dolayı utanmakta, etiketlenmekten korkmaktadır. Kadınlar bu nedenle profesyonel yardım aramaktan kaçınmaktadır. Hemşirelerin, doğum sonu dönemde ortaya çıkabilecek duyu sorunlar hakkında rehberlik sağlamada, belirtilerin

ortaya çıkarılmasında, risk faktörlerinin değerlendirilmesinde ve kadının uygun bakım almasını desteklemede önemli rolleri bulunmaktadır (Ricci, 2009; Cunningham ve ark., 2015).

Hemşire, kadını doğum sonu ruhsal bozukluklar açısından risk faktörü olabilecek konuları bilerek ve dikkate alarak değerlendirmelidir. Bu değerlendirme;

- Zayıf baş etme becerileri,
- Düşük benlik saygısı,
- Çeşitli yaşam stresleri,
- Ruh hali değişiklikleri ve duygusal stres,
- Önceki psikolojik sorunlar ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü,
- Madde bağımlılığı,
- Sosyal destek ağının zayıflığı,

gibi risk faktörlerini tanımlamayı amaçlamalıdır.

Ayrıca kadının doğum sonu depresyon yaşama riskini artırabilecek doğum deneyimine ilişkin faktörleri ve gebelik öyküsünü de gözden geçirilmelidir. Bunlar; gebelik süresince depresyon, prenatal anksiyete, zor doğum eylemi, travmatik doğum deneyimi ve yüksek riskli gebelik durumunun varlığıdır (Ricci, 2009). Göç durumu da PPD görülme riskini artıran parametrelerden bir tanesidir.

Hemşire, kadını değerlendirirken PPD'un fiziksel bulguları konusunda uyanık olmalı, kadının aktivite durumunu değerlendirmeli, beslenme ve uyku alışkanlıklarını öğrenmeli, beslenme ve uyku sorunu olup olmadığını sormalıdır. Kadınla konuşurken sözlü veya sözsüz anksiyete belirtilerini gözlemlemeli ve konuşma süresince konsantrasyonunu değerlendirmelidir. Çünkü konsantre olmada güçlük yaşama ve anksiyete davranışları bir problemin olduğunu göstermektedir. Risk değerlendirilmesinin yapılmasında Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Beck tarafından geliştirilen Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği kullanılabilir (Davidson ve ark., 2012; Lowdermilk ve ark., 2016). EDSÖ'nün 23 dile çevirisi mevcuttur ve ölçek hemşirelerin göçmen anneler için risk prevelansını ölçmek ve risk faktörlerini belirlemek için soruların hazırlanmasında ve cevaplanmasında tercüman desteği isteyebilir.

Ayrıntılı bir değerlendirme, doğum sonu ruhsal bozukluk açısından yüksek risk profiline sahip olan kadınların belirlenmesi için yardımcı olmaktadır. Risk grubunda olan kadınların belirlenmesi durumunda hemşire, kadınları doğum sonu ruhsal bozukluk

farkındalığı için eğitmekte ve gerekirse bireysel veya aile danışmanlığı için yönlendirme fırsatına sahip olmaktadır.

Hemşireler, göçmen annelere bakım verirken aşağıda verilmiş olan “LEARN” ve “ACCESS” yöntemlerini kullanabilirler. Çok kültürlü ülkelerde, bireylere sağlık bakımını ulaştırmada sağlık uygulayıcıları için rehber geliştirilmiştir (Tablo 2). Bu rehber, hatırlatıcı olsun diye yapılması gereken davranışların baş harfleri birleştirilerek “LEARN” şeklinde yapılandırılmıştır (Berlin ve Fowkes, 1983).

**Tablo 2.** Sağlık Uygulayıcıları İçin Rehber: “LEARN”

L	Listen (Dinle)	Hastanın problem algısını anlamak için anlayışla ve sempati ile dinleyin
E	Explain (Açıkla)	Sorunları algılama şeklinizi açıklayın
A	Acknowledge (Kabul et)	Farklılıkları ve benzerlikleri kabul edin ve tartışın
R	Recommend (Öner)	Sağlıkla ilgili alternatifleri sunun
N	Negotiate (Görüş)	Görüş birliğine varın

Narayananasamy (2005) tarafından oluşturulan ve etnik grupların bakımında kullanılan “ACCESS” modeli, transkültürel sağlık bakım uygulaması için bir iskelet görevi üstlenmektedir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Azınlıkta Olan Etnik Grupların Bakımı İçin Kullanılan “ACCESS” Modeli

A	Assessment (Değerlendirme)	Hastaların yaşam tarzı, sağlık inançları ve uygulamalarının kültürel yönlerine odaklanın
C	Communication (İletişim)	Sözel ve sözel olmayan tepkilerde değişimlerin farkında olun
C	Cultural Negotiation and Compromise (Kültürel Uzlaşma)	Farklı kültürden insanların kültürel yönlerini daha iyi tanımanın yanı sıra hastaların görüşlerini anlayın ve sorunlarını açıklayın
E	Establishing Respect and Rapport (Saygı Duyma ve Uyum Sağlama)	Hastaların kültürel inançlarına ve değerlerine gerçek anlamda saygı gösteren terapötik bir ilişki kurun
S	Sensitivity (Duyarlılık)	Kültürel olarak çeşitli gruplara kültürel olarak duyarlı bir bakım sunun
S	Safety (Güvenlik)	Hastaların kültürel olarak güvende olduklarına ilişkin güvenlik duygusunu hissetmelerini sağlayın

NANDA’da belirtilen pek çok hemşirelik tanısı göçmen anneler ve üreme sağlığı sorunu olan göçmen kadınlar için uygundur. Disfonksiyonel aile içi süreçleri, durumsal düşük benlik saygısı, ebeveyn-bebek-çocuk bağlılığında bozulma riski, etkisiz başetme, evin bakımını sağlamada yetersizlik, iletişimde bozulma, insan itibarının tehlikeye girme riski, moral distress/ahlaki sıkıntı, post-travma sendromu riski, sağlığını etkisiz yönetme: birey, sosyal etkileşimde bozulma, ümitsizlik, yalnızlık riski gibi hemşirelik tanıları göçmen anneler için hemşirelik bakım planında yer alabilir (Carpenito ve Erdemir, 2012).

## **2.7. Postpartum Depresyonda Hemşirelik Bakımının Yönetimi**

Hemşirelik bakımının yönetimi, doğum sonrası dönemdeki kadına bu döneme ait fiziksel ve duygusal değişikliklerle baş etmesine yardımcı olmaya odaklanmaktadır. Bu durumda hemşire, kadını yaşam deneyimlerini sözel olarak anlatmaya teşvik etmeli ve doğum sonu dönem için beklentilerinin gerçekçi olmasını sağlamalıdır (Ricci, 2009). Kadının hayatı üzerinde kontrol hissini kaybetmesini engelleyebilmek için gününü planlamasına yardımcı olmalı, ulaşılabilir destek kaynaklarını kullanarak yardım istemesi için cesaretlendirmeli, beslenmesine-uykusuna dikkat etmesi ve egzersiz yapması konusunda desteklemelidir. Ayrıca PPD açısından riskli grupta yer alan kadınlar telefon, sosyal medya gibi kadın ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu açısından en uygun çeşitli izlem yolları ile takip edilmelidir (Davidson ve ark., 2012; Lowdermilk ve ark., 2016).

Hemşire, hem kadın hem eşi için doğum sonu dönemin düzenlenmesine yardımcı olmada önemli role sahiptir. Hemşire bu dönemde meydana gelecek fiziksel ve psikolojik değişiklikler açısından kadın ve eşini birlikte bilgilendirmelidir. Doğum öncesi ziyaretler ve doğuma hazırlık sınıfları yoluyla elde edilen bilgiler doğum sonu ruhsal bozukluklar açısından risk faktörleri ve belirtilerin belirlenmesinde önemli role sahiptir. Böylece doğum sonu depresyonun önlenmesi ve erken tanısı için önemli veri sağlanmış olacaktır. Erken tanı için kadına şu sorular yöneltilebilir;

“Son zamanlarda depresif veya umutsuz hissettiğiniz oldu mu?”

“Son zamanlarda yapmaktan hoşlandığınız aktivitelere karşı ilgi ve isteğinizde azalma oldu mu?”

Hemşire, postpartum dönemde kadını ruhsal bozukluklara karşı savunmasız bırakabilecek uyku ve beslenme bozukluğu, gerçekçi olmayan beklentiler gibi belirtiler konusunda çiftlerle konuşmalı, kadınlara nasıl yardım isteyeceklerini öğrenmeleri konusunda yardım etmelidir. Ayrıca hemşire, çiftler için doğum sonu ruhsal bozukluklar

hakkında eğitim materyalleri hazırlamalıdır. Doğum sonu duygularını düzenlemede zorluk yaşayan kadınları, psikoterapi ve varsa destek gruplarına katılma ya da sosyal destek ağını tanımlama ve kullanma konusunda bilgilendirmelidir (Ricci, 2009).

PPD'nin önlenmesinde birincil koruma basamağı önemli role sahiptir. Birincil koruma, PPD için risk faktörlerinin belirlenmesini ve düzenli olarak kadının ruhsal durumunun değerlendirilmesini içermektedir. Annede duygu-durum bozuklukları geliştikten sonra, anne ikincil koruma basamağına yönlendirilmektedir. İkincil korumanın amacı, PPD'nin şiddetini sınırlamak, komplikasyonları ve sekelleri önlemektir. Erken tanı ve hızlı tedavi ikincil korumanın temel yapı taşlarıdır. İkincil koruma; destek grupları, sağlık personelinin müdahaleleri, psikoterapi ve masaj/rahatlatıcı terapileri içermektedir (Beck ve Driscoll, 2006).

## **2.8. Göçmen Anneler için Kültürlerarası Hemşirelik Bakımı**

Kültür, katedir; kültürel değişim, gerçek; kültürel duyarlılık, zorunludur. Leininger (1999)'e göre kültür, belirli bir grubun öğrendiği ve paylaştığı değerler, kurallar, inançlar, uygulamalardır ve bu grubun benimsediği kavramlar düşüncelerine, davranışlarına rehberlik etmektedir. Amerika, Kanada, Yeni Zelanda gibi ülkeler çok kültürlü iken Türkiye çok kültürlü bir yapıya doğru gitmektedir. Bu nedenle hemşireler, hızlı bir şekilde değişen ve heterojen hale gelen topluluklara kendilerini adapte edebilmelidir (Giger, 2016). Türkiye'nin Arap kültüründen yoğun göç almasının doğal bir sonucu olarak hemşireler, Arap kültürünü anlamayı ve bu alanda uzmanlaşmış bakım vermeyi öğrenmelidir. Ancak ülkemiz sadece Arap değil diğer birçok kültürden de göç almaktadır, bu nedenle hemşireler bakım verecekleri diğer kültürler hakkında da bilgi ve becerisini geliştirmelidir.

Göçmenlere bakım veren hemşireler, transkültürel hemşireliğin kurucusu olan Madeleine Leininger (1998)'in de dediği gibi farklı kültürlere ait sağlık, hastalık, bakım kavramlarında farklılık ve benzerliklere odaklanan hümanistik ve bilimsel bir bakım sunmalıdır. Bunu sağlamak için hemşireler, hemşirelik girişimlerinde çeşitliliğe açık olmalıdır. Hemşirelerin kültürel açıdan en iyi bakımı verebilmek için kültürlerarası hemşirelik bilgilerini, yeteneklerini kullanmaları gerekmektedir. Hemşireler tarafından göçmen bireye, aileye, bir topluluğa veya bir topluma sunulan transkültürel hemşireliğin kullanım alanları; klinik uygulamaya rehber, araştırma, eğitim ve yönetimdir.

Transkültürel hemşirelik topluluğu tarafından geliştirilen 8 tane transkültürel hemşirelik standardı göçmen annelere bakım veren hemşireler için yol gösterici olacaktır. Bu standartlar, kültürel bilgi toplama, bakım ve iyileştirme süreçleri, kültürel sağlık şekilleri, bakım uygulamalarını içerir. Standartlarla birlikte göçmen annelere bakım veren hemşireler transkültürel hemşirelik uygulamalarında mükemmelliği sağlama, transkültürel bakımı öğrenme ve öğretme için bir araç oluşturma, göçmen annelerin hemşirelik mesleğine olan güvenini artırma ve transkültürel hemşireliği geliştirmeyi amaçlamalıdır (Darnell ve Hickson, 2015). Bu durumun gerekliliğini anlayan ve çözüm getiren teorisyenler, standartlar mevcuttur.

Leininger'in Sunrise Modeli'nde; teknoloji, din ve felsefe, akrabalık ve sosyallik, kültürel değerler ve yaşam şekli, politika ve yasa, ekonomi ve eğitim boyutları yer almaktadır. Her boyut kültürel olarak farklı hastalar, aileler, topluluk ve kurumların etkisini yansıtmaktadır (Darnell ve Hickson, 2015). Leininger (1996)'e göre bakım çok güçlü bir iyileştiricidir ve hiçbir şey bakımın yerini tutamaz. Leininger'in öngörüsüne göre 2020 yılına kadar hemşireliğin tüm alanındaki hemşireler, transkültürel hemşireliğe hazır ve transkültürel hemşireliği uyguluyor olacaklardır.

Andrews ve Boyle (2008)'in aktardığına göre Leininger transkültürel hemşireliği etkileyen 8 faktörü tanımlamıştır ve bu faktörler göçmen anneleri de ilgilendirmektedir:

1. Dünyada göç olayı artarak devam etmektedir. Ülkelerde meydana gelen göç olayı sonrasında kültürel çeşitlilik artmakta ve transkültürel hemşireliğe olan gereksinim kendini daha çok belli etmektedir.
2. Farklı kültürlere sahip olan insanlar kendi kültürel inanış, değer ve yaşam biçimlerinin hemşireler tarafından anlaşılmasını istemektedir.
3. Sağlık bakımında gelişen teknolojinin kullanılması bazı hastaların kültürel değerleri ile çatışmaktadır.
4. Farklı kültürler bir araya geldiğinde bazı kültürel çatışmalar yaşanmaktadır.
5. Dünyanın değişik yerlerinde, artan sayıda birçok insan farklı kültürlere seyahat etmekte veya çalışmaktadır.
6. Sağlık bakım uygulamalarında kültürel çatışma, ihmal ve dayatmayı içeren birçok dava bulunmaktadır.

7. Kadınlar ve çocukların yeni gelişmelerle artan gereksinimleriyle doğru orantılı olarak sağlık bakım sisteminde toplumsal cinsiyet sorunlarında da artış olmaktadır.

8. Farklı çevrelerde/ortamlarda toplum ve kültür temelli sağlık bakım sistemine talep artmaktadır.

Le Var (1998), bireylere transkültürel sağlık bakımı verirken karşılaşılabilecek önemli bileşenleri tanımlamıştır. Bunlar, aynı zamanda göçmen annelerin de tanımladığı sorunlardır:

- Dil ve iletişim zorlukları,
- Bilgi eksikliği,
- Hastaların temel ihtiyaçlarını karşılayamayan hizmetler,
- Yanlış tanı,
- Uygun olmayan tedaviler,
- Irkçılık ve ırkı kötüye kullanma,
- Sağlık bakım hizmetlerine ulaşmada eşitsizlik,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanamamadır.

Le Var (1998) sorunları belirledikten sonra transkültürel sağlık bakım uygulamalarını geliştirmek için 7 önemli eylem planı önermiştir. Bunlar göçmen annelerin sorunlarına yaklaşımda kolaylıkla uyarlanabilir niteliktedir:

1. Yerel politika ve stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanması; Kadınlarda PPD dahil olmak üzere toplumsal cinsiyet ve gebelik ve doğumla ilgili süreçlerde oluşabilecek sorunlara ilişkin.

2. (Bu çalışmada Arap asıllı göçmen annelerde) Dil engelinin ortadan kaldırılması, hasta ve aileleri ile iletişimi sağlamada gerekli becerilerin geliştirilmesi,

3. (Bu çalışmada Arap asıllı göçmen annelerde) Ayrımcılığın ortadan kaldırılmasını amaçlayan bilinçlendirme çalışmaları yoluyla o kültüre ait uygulamalar hakkında bilgi sağlanması,

4. (Sağlık hizmetinin alıcıları olan Türk ve Arap asıllı göçmen annelere) Sunulan sağlık hizmetleri hakkında bilgi sağlanması,

5. Transkültürel hemşirelik alanında yenilikçi uygulamaların geliştirilmesi,

6. Etnik azınlık gruplarının katılımı için sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi,

7. Etnik azınlık gruplarının sağlık ihtiyaçlarının ne ölçüde karşılandığını araştıran araştırmaların yapılmasıdır.

Göçmen annelerin kültürel olarak yetkin bakım alma hakkı vardır. Dünyaya baktığımızda hemşire sayısının azlığı ve giderek artan hasta çeşitliliği hemşirelerin kültürel olarak yetkin bir bakım sunma ihtiyacı giderek artmıştır. Transkültürel hemşirelik uygulamaları için geliştirilen uygulama standartlarının her biri göçmen bireylere kültürel olarak yetkin hemşirelik bakımı sunmada yol gösterici olabilir (Douglas ve ark., 2011);

**Standart 1: Sosyal Adalet:** Profesyonel hemşireler, sosyal adalet kavramını herkes için desteklemelidir. Sosyal adalet, aile, toplum ve diğer sağlık elemanları ile ilgili karar alırken hemşirelerin dikkate aldığı doğruluk, eşitlik, hoşgörölü olma, benlik ve insan onuruna saygı prensipleridir. Uygulamada sosyal adaleti kullanmak, bireyin ekonomik statüsüne, ırkına, etnik kökenine, yaşına, engeline, vatandaşlık durumuna bakılmaksızın bakım davranışını sergilemektir. PPD önlemek de dahil olmak üzere Türk kadınların sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanmaları için gerekli çalışmalar sürdürülürken, göçmen annelerin sağlık hizmetlerine Türk anneler kadar kolay ulaşabilmesi desteklenmelidir. Hemşireler, bunu yerine getirebilmek için liderlik özelliklerini geliştirmelidir.

**Standart 2: Kritik Düşünme:** Hemşireler, kültürel açıdan uzman bakım sunarken kendi değer, inanç ve kültür miraslarının verdikleri bakımı nasıl etkileyeceğine dair eleştirel düşünebilmelidir. Eleştirel düşünme, kişinin değer ve inançlarından kaynak alan çıkarımlarını inceleme ve eleştiri yoluyla farkındalığın ötesine geçebilmektir. Bu çalışmada bunun anlamı hemşirenin PPD'un önlenmesi erken tanı ve tedavisine engel olabilecek kişisel inanç ve varsayımlarını tanıması ve onlarla mücadele etmesi demektir.

**Standart 3: Kültürleri Tanıma/Bilme:** Hemşireler bakım verdikleri kültürel olarak farklı bireylerin, ailelerin, toplulukların ve toplumların bakış açılarını, geleneklerini, değerlerini, uygulamalarını ve aile sistemlerinin bakış açısını anlamaya çabalamalıdır. Sağlıkla ilgili belirli kültürel uygulamalar, sağlık ve hastalıklarla ilgili biyolojik varyasyonlar, kültürler arası dünya görüşleri içeren tanımlar ve inançlar, mülteci ve göçmenlik statüsünün yanı sıra baskı, şiddet ve travma öyküsü gibi kültürel deneyimler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Türk ve göçmen annelerin kültürel uygulama ve inanışları ile ilgili temel bilgilere sahip olmalıdır.



**Standart 4: Kültürel Olarak Yetkin Uygulama:** Hemşireler kültüre uygun bakım verirken kültürlerarası bilgilerini kullanmalı ve kültüre duyarlı iletişim, uygulama, aktif dinleme becerilerini geliştirmelidir. Kültürlerarası bakımı sunduktan sonra hasta sonuçlarının değerlendirilmesi önemlidir.

**Standart 5: Sağlık Sistemi ve Kuruluşlarında Kültürel Yeterlilik:** Sağlık kuruluşları kültürel olarak farklı hastaların kültür ve dil ihtiyaçlarını değerlendirmek ve karşılamak için gerekli yapı ve kaynağı sağlamalıdır. Kültürel olarak uygun bakımın sağlanabilmesi için kurum, tercüman bulundurabilir, farklı dillerde eğitim broşürleri hazırlayabilir, iş tanımlarını yapabilir, hasta ve hasta yakınlarından geri bildirim alabilir ve diğer sağlık bakım organizasyonları ile iş birliği yapabilir. Sağlık kuruluşlarında Türk ve Göçmen anneleri PPD konusunda bilgilendirecek eğitici materyaller geliştirilmeli, iletişimin sağlanabilmesi için kurumlarda yeterli sayıda ve iyi nitelikte tercüman bulundurulmalıdır.

**Standart 6: Hasta Savunuculuğu ve Güçlendirme:** Hemşireler, sağlık hizmeti politikalarının, dağıtım sistemlerinin ve kaynaklarının hastalar üzerindeki etkisini bilmeli ve belirtildiği gibi hastalarını güçlendirmeli ve haklarını savunmalıdır. Hemşireler, hastalarının kültürel inanç ve uygulamalarını sağlık hizmetinin her boyutuna dahil etmeli, göçmenlerin haksızlığa uğrama, aşağılanma, ırkçılık ve nefret gibi zorluklarla karşı karşıya geldiklerinin ve göçmenler için sağlık alanında haklarını savunabilecekleri bir yasalarının olması gerektiğinin farkında olmalıdır.

**Standart 7: Çok Kültürlü İş Gücü:** Hemşireler, bakım sundukları alanlarda çok kültürlü iş gücünün sağlanması için çaba göstermelidir. Hemşirelik okullarında kültürlerarası bakım dersi yer almalı, hemşireler konferanslara, eğitimlere katılarak kendilerini kültürel olarak uzman bakım sunma alanında geliştirmelidir. Hastane yönetimi çok kültürlü iş gücünü sağlanması için işe alım ve işte tutma koşullarına, kültürel bakım vermede uzmanlaşmayı veya çalışanların kültürel açıdan bakım vermesini sağlayacak eğitim programlarına katmayı, aynı zamanda akademik alandan bilimsel destek almayı eklemelidir.

**Standart 8: Kültürel Olarak Yetkin Bakımda Eğitim ve Öğretim:** Hemşireler, kültürel olarak uygun bakım hizmetini sağlamak ve bu bakımı geliştirmek için öğrencilik zamanlarından çalışma dönemlerine kadar kültürel bakım sunma hakkında çeşitli eğitimler almalıdır. Hemşirelik bakımının kültürel olarak uygun olmasını sağlamak için geliştirilmesi gereken bilgi ve beceriler, ulusal veya uluslararası örgün eğitim ve klinik

eğitimi gündemine dahil edilmelidir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) de hemşirelik eğitiminin her aşamasına transkültürel hemşirelik bilgi ve becerisinin entegre edilmesini savunmaktadır.

**Standart 9: Kültürlerarası İletişim:** Hemşireler, sağlık bakım hizmeti alan her bireyin kültürel değer, inanç, uygulama, algı ve sağlık bakım ihtiyaçlarını tanımlayabilmek için sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerini kullanmalıdır. Etkili kültürel iletişim, saygı, onur ve insan haklarının korunmasını gösterirken iletişimde başarısızlık, önyargı, taraf tutma, basmakalıp düşüncelerin devam etmesi ve bunların sonucunda da bakımın kalitesinin etkilenmesini göstermektedir. Hemşirelerin geliştirmesi gereken iletişim becerileri; aktif dinleme, göz teması kurma, vücut dilini etkili biçimde kullanma ve dokunma, sessizlik, alçakgönüllü olma gibi sözsüz iletişim becerileridir. Göçmen annelerle iletişim kurmada sözlü ve sözsüz iletişim becerilerinin yanı sıra kültürel değerlere önem veren tercümanlardan yardım alınabilir.

**Standart 10: Kültürlerarası Liderlik:** Hemşireler, çeşitli toplumdaki bireyler için kültürel olarak yetkin bakımın olumlu sonuçlarını elde edebilmede bireyleri, grupları ve sistemleri etkileme yeteneğine sahip olmalı ve liderlik yeteneğini geliştirmek için eğitim programlarına katılmalıdır. Hemşireler, liderlik yeteneğini kullanarak göçmen annelerin rutin takiplerinin yapılmasını sağlamalı, bir sonraki muayeneye geleceğinden emin olmalıdır.

**Standart 11: Politika Geliştirme:** Hemşireler, kültürel açıdan yetkin bakımın kapsamlı bir şekilde uygulanması ve değerlendirilmesinde politika ve standart oluşturmak için kamu ve özel kuruluşlar, dernekler ve topluluklarla çalışma konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Ulusal ve küresel sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması, politika geliştirme yoluyla sağlanmaktadır. Hemşirelerin, sağlık hizmetlerinde sosyal ve çevresel eşitsizlikleri ele alan politikalar oluşturmak için farklı grup ve kuruluşlarla çalışma becerisine sahip olması gerekmektedir. Göçmenler de bu grup içerisinde yer alabilir ve hemşireler göçmenlerde sağlık eşitsizliğinin azaltılması veya ortadan kaldırılması için politika geliştirmede liderlik edebilirler.

**Standart 12: Kanıta Dayalı Uygulama ve Araştırma:** Göçmen annelere bakım veren hemşireler, uygulamalarını kanıta dayalı uygulamalara temellendirmeli ve göçmenlere bakım verirken kültürel olarak farklı toplulukların farklı müdahalelere ihtiyaç duyduğunu

göz önünde bulundurmalıdır. Göçmenlere verdikleri bakım kalitesini araştırmalı ve test etmelidir.

Göçmen annelere bakım veren hemşirelerin geliştirmesi gereken yapılardan biri de kültürel yetkinliktir. Purnell (2002), kültürel yetkinlik modelini oluşturmuştur. Hamilelik, beslenme ve çocuk bakım uygulamalarını hemşirenin değerlendirmede dikkate alması gereken temel alanlar içinde tanımlayan Purnell (2002)'a göre kültürel yetkinlik; kültürel bilinç, kültürel bilgi, kültürel beceri, kültürel karşılaşma ve kültürel istek kavramlarının bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Bu kavramlar bir yapboz oyununun parçaları olarak düşünüldüğünde uygun parçaların bir araya gelmesiyle asıl resim ortaya çıkmaktadır. Purnell' in kavramlarının kısa tanımları aşağıdaki gibidir (Flowers, 2004):

**Kültürel Bilinç:** Kişinin kendi kültürel ve profesyonel geçmişinin kendisi tarafından incelenmesi ve derinlemesine araştırılması bilincidir. Göçmen annelerle çalışırken olası ön yargıların ve yan tutmaların belirlenmesine yardımcı olabilir.

**Kültürel Bilgi:** Göçmenler hakkında bilgi edinme sürecinin yanı sıra göçmen grupta yer alan annelerin dünya görüşlerini anlamayı ve bu grup üyelerinin hastalığı/sağlığı nasıl yorumladığına dair düşüncelerini, eylemlerini ve var olmalarını bilme sürecidir.

**Kültürel Beceri:** Göçmen annelerin sahip olduğu ve acilen çözüme kavuşturulması gereken sorun/lar hakkında ilgili kültürel verileri toplama ve kültürel olarak değerlendirilmesinin doğru bir şekilde gerçekleştirme becerisidir. Kültürel değerlendirmelerin ve kültür temelli fiziksel değerlendirmenin nasıl gerçekleştirileceğini içerir.

**Kültürel Karşılaşma:** Hemşirelerin göçmen annelerle kültürler arası etkileşime doğrudan katılmalarını teşvik eden süreçtir. Göçmen annelerle etkileşim içerisinde bulunarak, onların mevcut kültürel inançlarını bilmek, iyileştirmek, değiştirmek ve oluşabilecek olası basmakalıp düşünceleri önlemeyi içerir.

**Kültürel İstek:** Kültürel farkındalık, bilgi ve beceri sahibi olma ve kültürel karşılaşmalara yönelme sürecinde yer almayı istemedir. Göçmen kadınlarla iletişim kurmaya hazır ve açık olma, farklılıkları kabul etme ve saygı duyma, göçmen annelerin PPD'ye risk oluşturan kültürel yapılarını öğrenmeye istekli olmayı içerir.

Hemşireler, içerisinde buldukları toplumun kültürel geçmişinin yanı sıra çeşitli kültürlerle ilgili bilgi sahibi olmalı, bu yeteneklerini bakıma katmalı, kültürel

açından yetkin bakımı sunmalıdır (Ray, 2016). Australian Nursing Council Incorporated (ANCI) (2001) yetkinliği, mesleki ve profesyonel alanda iyi bir performans sergilemek için gerekli olan yetenek, bilgi, davranış, değer ve yeteneğin bir arada bulunması şeklinde tanımlamaktadır. Hemşire, kültürel geçmişleri ne olursa olsun tüm insanlar için ‘insanlık’ kavramını bilmeli ve böylece farklı sosyal geçmiş, kültür, din ve yaşam tarzı tercihlerine rağmen kaliteli bir hemşirelik bakımı sağlamada insanlarla nasıl etkili bir şekilde etkileşimde bulunulacağını öğrenmelidir (Chenowethm ve ark., 2006). Omeri (1997)’ye göre, hükümet, sağlık hizmeti sağlayıcılarını kültürel ve dilsel olarak farklı kültürden gelen hastalar için ırk, etnik ve sosyal sağlık eşitsizliğinin azaltılmasını sağlamak amacıyla hizmet sunmaya karşı sorumlu tutmalıdır (Chenowethm ve ark., 2006).

Dünya, (özellikle Amerika, Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya) etnik grup olarak oldukça çeşitli bir yapıya doğru ilerlemektedir. Küçük de olsa çeşitli etnik grupların olması kültürel olarak çeşitliliği ortaya çıkarmaktadır. Kültürel çeşitlilikle birlikte bu gruba dahil olan bireylerin sağlık, eğitim ve sosyal ihtiyaçlarının yaşadıkları ülke tarafından karşılanması gerekmektedir. Özellikle sağlık alanındaki kültürlerarası bakım, sağlık eğitimi ve bakım uygulamalarının kültürel olarak geliştirilmesini içermelidir. Sağlık, hastalık ve bakımın kültürel yönleri hakkında kapsamlı bir sağlık hizmeti oluşturma, kültürlerarası bakımın gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Bu durum hemşirelik için hemşirelikte kültüre duyarlı ve kültüre özel bakım verme ile sağlanmaktadır (Narayanasamy ve White, 2005).

### **3.MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, 0-12 aylık bebeğe sahip olan göçmen (Arap asıllı) ve Türk kadınlarla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Bu araştırma, Arap asıllı göçmenlerin yoğun olarak yaşadığı ve kayıtlı olduğu, Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Göçmen Sağlığı Birimi, Canik ve İlkadım ilçesinde bulunan 10 Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Eylül 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) oluşturmaktadır. Araştırmada öncelikle ilgili müdürlükle görüşmeler yapılmış ve göçmen nüfusun daha çok Canik (11 ASM) ve İlkadım (29 ASM) ilçelerinde olduğu, bu iki ilçeye bağlı aile sağlığı merkezlerinin tamamına homojen olarak dağılmadıkları bazı bölgelerde yoğunlaştıkları bilgisi alınmıştır. Bu nedenle araştırma kapsamına alınacak aile sağlığı merkezlerinin rastgele örnekleme seçimine gidilmemiş Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün işaret ettiği merkezler-Canik ilçesine bağlı 4 ve İlkadım ilçesine bağlı 6 ASM- doğrudan örnekleme alınmıştır (Tablo 4). Araştırmanın evreninde Göçmen Sağlığı Birimi de yer almaktadır. Araştırmanın planlandığı tarihte Göçmen Sağlığı Biriminin açılacağı ve Arap asıllı göçmen kadınlara topluca bu merkezde ulaşma olanağının olabileceği belirtildiğinden Göçmen Sağlığı Birimi de araştırmanın yürütüleceği merkezler kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönem içinde hizmete açılan İlkadım Göçmen Sağlığı biriminde, Eylül 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında 0-12 aylık bebeği olup bebeklerini aşıya getiren Arap asıllı göçmen kadınlara bu merkezde ulaşılabilmiştir.

##### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örneklemi, Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan gayri resmi sayılara göre seçilen Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı bulunan 0-12 aylık bebeğe sahip anne sayısı olan 920 temel alınarak, güç analizi ile belirlenmiştir. İstatistik

programı ile yapılan güç analizi sonucunda % 95 güven aralığı , %5 tip 1 hata % 95 güç ile incelenen değişken yönünden ortalama 2,15 farkın, 3,34 standart sapmanın olduğu durumda Arap asıllı göçmen kadınlar ve Türk kadınlar için minimum 64, toplamda ise minimum 128 kişi alınması gerektiği tespit edilmiştir (Power and Sample Size: 1-Sample t Test Testing mean= null (versus not = null), Calculating power for mean = null + difference, Alpha=0,05, Assumed standard deviation=3,34;Sample Target: Difference:2,15, Size:64, Power:0,95 , Actual Power:0,950889). Araştırmada 69 Türk, 71 Arap asıllı göçmen kadın olmak üzere toplamda 140 kadına ulaşılmıştır.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme (convenient ya da haphazard sampling) yöntemi kullanılmıştır. Gelişigüzel örnekleme yöntemin seçilme nedeni verilerin belirli bir zaman aralığında, dahil olma kriterlerinde belirtilen özelliklere göre, görece sınırlanmış belirli bir gruptan toplanması zorunluluğudur (Erdoğan ve ark., 2014).

**Tablo 4.** Araştırmanın Yürütüldüğü Merkezler

1. Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Göçmen Sağlığı Birimi
2. Canik Belediye Evleri Aile Sağlığı Merkezi
3. Canik Karşıyaka Aile Sağlığı Merkezi
4. Canik Kültür Aile Sağlığı Merkezi
5. Canik Mert Aile Sağlığı Merkezi
6. İlkadım Zeytinlik Aile Sağlığı Merkezi
7. İlkadım Fevzi Çakmak Mahallesi Doktor Mustafa Deniz Aile Sağlığı Merkezi
8. İlkadım Hürriyet Aile Sağlığı Merkezi
9. İlkadım Derebahçe Aile Sağlığı Merkezi
10. İlkadım Gazi Belediye Aile Sağlığı Merkezi
11. İlkadım Çatalarmut Aile Sağlığı Merkezi

### 3.3.3. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Araştırmaya alma kriterlerini karşılayan 140 anne, Arap asıllı göçmen annelere ulaşmada güçlük yaşanması, sürekli yer değiştirmeleri ve iletişimde zorluk yaşanması nedeniyle olasılıksız olarak seçilmiştir. Evrenin sınırlarının 0-12 aylık bebeğe sahip olan anneler olarak belirlenmesinde; doğum sonu dönemi 12 ay olarak nitelendiren ve doğum sonu depresyonu doğumdan sonra dört hafta içerisinde başlayan ancak bir yıl içerisinde herhangi bir zamanda görülebileceğini savunan Cheryl Tetano Beck'in görüşü dikkate alınmıştır (Beck, 2001).

Arap asıllı göçmen kadınlar için;

- Arapça okuyup yazabilme,
- 18 yaş ve üzeri olma,
- Evli olma,
- 0-12 aylık bebeğe sahip olma,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı bulunmama,
- Gönüllü olma

Türk kadınlar için;

- Türkçe okuyup yazabilme,
- 18 yaş ve üzeri olma,
- Evli olma,
- 0-12 aylık bebeğe sahip olma,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı bulunmama,
- Gönüllü olma

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.4.1. Bağımlı Değişkenler**

Araştırma kapsamına alınan annelerin postpartum depresyon toplam puanı bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

#### **3.4.2. Bağımsız Değişkenler**

Araştırmaya katılan tüm anneler için uyruk, yaş, öğrenim durumu, ücretli bir işte çalışma durumu, evlenme yaşı, çocuk sayısı, eşin öğrenim durumu, eşin ücretli bir işte çalışma durumu, sağlık güvencesi, aylık gelir düzeyi, evde yaşayan kişi sayısı, aile türü, evlilikten memnuniyet durumu, gebeliğin istenme durumu, gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, bebek yaşı, bebeğin cinsiyeti, gebelik öncesi bebeğin cinsiyetine ilişkin düşüncenin varlığı, gebelikte hastalık durumu, doğum şekli, bebekte hastalık durumu, bebeği emzirme durumu, düşük ya da ölü doğum varlığı, bebek bakımında yardımcı kimse ve sosyal destek düzeyleri bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır.

### **3.5.Verilerin Toplanması**

Araştırmada verilerin toplanması, Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Göçmen Sağlığı Birimi, Canik ve İlkadım ilçesinde bulunan 10 Aile Sağlığı Merkezi ve Canik Toplum Sağlığı Merkezinde kayıtlı bulunan 0-12 aylık bebeğe sahip olan Arap asıllı göçmen ve Türk kadınlar ile yüz yüze görüşerek yapılmıştır. Türkçeyi iyi anlayabilen Arap asıllı göçmen kadınlarla birebir iletişime geçilmiş, Türkçeyi anlamada güçlük çeken Arap asıllı göçmen kadınlarla iletişim kurmak için ise tercüman desteği alınmıştır.

#### **3.5.1. Sosyodemografik Soru Formu**

Sosyodemografik Soru Formu 0-12 aylık bebeğe sahip olan annelerin postpartum depresyon durumlarını etkileyebilecek risk faktörleri göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Bu veri toplama formu, 15 tane sosyo-demografik, 15 tane gebelik ve obstetrik olmak üzere 30 soru yer almıştır. Türkçe sosyo-demografik veri formları oluşturulduktan sonra Arapçaya çevrilmesinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesinde çalışmakta olan bir öğretim üyesinden destek alınmıştır. Bundan sonra aslen Arap olan ve iyi derecede Türkçe bilen bir üniversite öğrencisine Türkçe ve Arapça olarak hazırlanan demografik veri formundaki sorular okutturulup çevirinin anlaşılabilirliği konusunda görüş alınmış, gerekli düzeltmeler yapılarak Arapça veri toplama formuna son hali verilmiştir.

#### **3.5.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği**

Araştırma örnekleminde yer alan kadınlarda Postpartum Depresyona ilişkin verilere ulaşmak üzere, doğum sonrası depresyonda kullanılan en yaygın ölçek olan (Gaynes ve ark., 2005) Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin (Cox ve ark., 1987) Türkçe ve Arapça versiyonları kullanılmıştır. Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen "Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)" isimli ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik, güvenirlik çalışmasını ise Engindeniz ve ark. (Engindeniz ve ark., 1997) gerçekleştirmiştir. Engindeniz'in yaptığı çalışmada, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.79 olarak saptanmıştır. Engindeniz ve ark. (1997)'nin yapmış olduğu çalışmada en iyi duyarlılık ve özgüllük değerlerini sağlayan kesme değeri (12/13) olarak bulunmuştur. Ghubash ve ark. (1997) tarafından Arapça uyarlaması yapılan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak



hesaplanmıştır. Bu çalışmada Türk anneler için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.76, Arap asıllı göçmen anneler için bu değer 0.74 olarak bulunmuştur.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği 10 maddeden oluşan, dörtlü Likert biçiminde kendi bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolay olan EDSÖ kişilerin kendi başlarına doldurabileceği bir ölçektir. Katılımcıların ölçeği doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir.

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

Araştırma örnekleminde yer alan kadınlarda sosyal desteğe ilişkin verilere ulaşmak üzere, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin, Türkçe ve Arapça versiyonları kullanılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve ark. (1988) tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Türkiye’de Eker ve Arkar (1995) geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin her biri 4 soru içeren üç alt grubu vardır. Bu gruplar aile (3,4,8,11. sorular), arkadaş (6,7,9,12. sorular) ve özel insan (1,2,5,10. sorular) dır. Kısa, anlaşılması kolay bir ölçek olan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Cronbach Alfa ile tarafından hesaplanan güvenirlik katsayısı 0,89, alt ölçeklerin Cronbach Alfa değerleri sırası ile aile alt boyutu için 0.85, arkadaş alt boyutu için 0.88, özel kişi alt boyutu için 0.92 olarak hesaplanmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşan bireyin sosyal desteği ile ilgili kaynağın yeterliliğini ölçen “Tamamen Katılmıyorum” ile “Tamamen Katılıyorum” arasında değişen 7’li likert tipinde bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Arapça’ya uyarlanma çalışmasını Merhi ve Kazarian (2012) yapmıştır ve elde edilen Cronbach alfa katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayısı aile alt boyutu için 0.82, arkadaş alt boyutu için 0.86 ve özel kişi alt boyutu için 0.85 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada Türk anneler için Cronbach alfa katsayısı 0.75, Arap asıllı göçmen anneler için bu değer 0.76 olarak bulunmuştur. Türk anneler için alt ölçeklerin Cronbach Alfa değerleri sırası ile aile alt boyutu için 0.87,

arkadaş alt boyutu için 0.85, özel kişi alt boyutu için 0.84 ve Arap asıllı göçmen anneler için bu değerler sırasıyla aile alt boyutu için 0.89, arkadaş alt boyutu için 0.88, özel kişi alt boyutu için 0.88 olarak hesaplanmıştır.

### **3.6. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulamasının yapılmasında örneklemin %10'unu temsil eden sayıda kişiye uygulanması önerilmektedir (Polit ve Beck, 2010). Bu nedenle bu araştırmada kullanılan anket formlarının ön uygulaması örneklem sayısının %10'u olan 12 kişi ile (6 Türk-6 Arap anne) ile yapılmıştır. Arapça veri toplama formları ve geçerlik güvenilirliği yapılmış olan ölçeklerin okunurluğu ve anlaşılabilirliği Arap olan annelere okutulmuş, formların ve ölçeklerin okunurluğu ve anlaşılabilirliğinde bir sorun gözlenmemiştir. Aynı işlem Türkçe veri toplama formları ve ölçekleri için de yapılmış olup, sosyodemografik formun 13. sorusuna "Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz" ifadesi eklenmiş ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinde şekil düzenlemesine gidilmiştir.

### **3.7. İstatistiksel Değerlendirilme**

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 24.0 istatistik paket programı demo sürümü (Statistical Package for Social Sciences) ile gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik analizi Cronbach'ın Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Testte verilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ile test edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplamalar, aritmetik ortalama, Bağımsız Örnekler t testi, Mann-Whitney U (U) testi, iki grup bağımsız değişkenler için homojen dağılım göstermedikleri için PPD için risk faktörlerinin belirlenmesinde İkili Lojistik Regresyon Analizi Geriye Doğru Eliminasyon Yöntemi, sosyal destek ve EPDS arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson ve Spearman Korelasyon Katsayısı analizleri kullanılmıştır. Gruplar arası ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına p değerlerine göre karar verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırma öncesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan 45428382-050-E.38909 sayılı etik onay alınmıştır. Çalışmanın ASM'lerde gerçekleştirilebilmesi için Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Arap asıllı göçmen kadınlarla anket çalışması yapabilmek için Samsun Valiliği İl Göç

İdaresi Müdürlüğü'nden gerekli yasal izinler alınmıştır. EPDS için Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren Sayın Levent Küey'den (EK-11); ÇBASDÖ için Sayın Haluk Arkar'dan (EK-12) e-posta vasıtasıyla onay alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, Arap asıllı göçmenlerin yoğun olarak yaşadığı ve kayıtlı buldukları Canik ilçesine bağlı 4 ve İlkadım ilçesine bağlı 6 ASM, 0-12 aylık bebeğe sahip olan, göçmen annelerde uyruğu Arap olan, 18 yaş ve üzeri, okuma-yazma bilen, evli olan, herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan, gönüllü olan ve sadece çalışma yapılan annelerle sınırlıdır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan katılımcıların yaş, öğrenim durumları, ücretli bir işte çalışma durumu, medeni durum, evlenme yaşı, eşin öğrenim durumu, eşin mesleği, sağlık güvencesi, hane aylık gelir düzeyi, aile türü, evde kimlerle yaşadığı, evlilikten memnuniyet durumu gibi tanımlayıcı bilgilere yer verilmiştir.

**Tablo 5.** Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin uyruklarına göre dağılımları

Özellikler	Türk	Arap	Toplam
<b>Yaş</b>			
18-24 yıl	18 (26,1)	39 (54,9)	57 (40,7)
25-29 yıl	26 (37,7)	17 (23,9)	43 (30,7)
30 yıl ve üzeri	25 (36,2)	15 (21,1)	40 (28,6)
<b>Öğrenim Durumu</b>			
İlkokul	7 (10,1)	14 (19,7)	21 (15,0)
Ortaokul	24 (34,8)	32 (45,1)	56 (40,0)
Lise	21 (30,4)	18 (25,4)	39 (27,9)
Üniversite	17 (24,6)	7 (9,9)	24 (17,1)
<b>Ücretli Bir İşte Çalışma Durumu</b>			
Kamu Personeli	8 (11,6)	---	8 (5,7)
Özel Sektör	6 (8,7)	1 (1,4)	7 (5,0)
Çalışmıyor	55 (79,7)	70 (98,6)	125 (89,3)
<b>Medeni Durumu</b>			
Evli	69 (100)	71 (100)	140 (100)
<b>Evlenme Yaşı</b>			
19 yıl ve altı	19 (27,5)	37 (52,1)	56 (40,0)
20-24 yıl	31 (44,9)	28 (39,4)	59 (42,1)
25 yıl ve üzeri	19 (27,5)	6 (8,5)	25 (17,9)
<b>Eşin Öğrenim Durumu</b>			
İlkokul	15 (21,7)	21 (29,6)	36 (25,7)
Ortaokul	20 (29,0)	23 (32,4)	43 (30,7)
Lise	23 (33,3)	15 (21,1)	38 (27,1)
Üniversite	11 (15,9)	12 (16,9)	23 (16,4)

**Tablo 5.** Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin uyruklarına göre dağılımları (Devam)

Özellikler	Türk	Arap	Toplam
<b>Eşin Mesleği</b>			
Kamu Personeli	12 (17,4)	---	12 (8,6)
Özel Sektör	22 (31,9)	2 (2,8)	24 (17,1)
Serbest Meslek	34 (49,3)	50 (70,4)	84 (60,0)
Çalışmıyor	1 (1,4)	19 (26,8)	20 (14,3)
<b>Sağlık Güvencesi</b>			
Evet	63 (91,3)	4 (5,6)	67 (47,9)
Hayır	6 (8,7)	67 (94,4)	73 (52,1)
<b>Hane Aylık Gelir Düzeyi</b>			
<1.404 (asgari ücret)	8 (11,6)	44 (62,0)	52 (37,1)
1.404-2.000	35 (50,7)	25 (35,2)	60 (42,9)
2.000-4.000	21 (30,4)	2 (2,8)	23 (16,4)
>4.000	5 (7,2)	---	5 (3,6)
<b>Aile Türü</b>			
Çekirdek Aile	55 (79,7)	44 (62,0)	99 (70,7)
Geniş Aile	14 (20,3)	27 (38,0)	41 (29,3)
<b>Evde kimlerle yaşadığı</b>			
Eş	69 (100)	71 (100)	140 (100)
Çocuk	69 (100)	71 (100)	140 (100)
Kendi anne babası	3 (4,3)	3 (4,2)	6 (4,3)
Eşin anne babası	11 (15,9)	23 (32,4)	34 (24,3)
Diğer	2 (2,9)	11 (15,5)	13 (9,3)
<b>Evlilikten Memnuniyet Durumu</b>			
Çok İyi	42 (60,9)	34 (47,9)	76 (54,3)
İyi	25 (36,2)	18 (25,4)	43 (30,7)
Orta	1 (1,4)	17 (23,9)	18 (12,9)
Kötü	---	1 (1,4)	1 (0,7)
Çok Kötü	1 (1,4)	1 (1,4)	2 (1,4)

Tablo 5'te araştırmaya katılan katılımcıları tanımlayıcı özellikler verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin yaşları 18 ve 45 yıl arasında değişmekte olup ortalama yaş  $26,27 \pm 5,56$  ve ortanca yaş 25,5 yıl olarak elde edilmiştir. Türk annelerde ortalama yaş  $27,81 \pm 5,18$  ve ortanca 28 (19-45) iken Arap annelerde ortalama yaş  $24,77 \pm 5,54$  ve ortanca 24 (18-37) olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında Türk annelerin çoğunluğunun 25 yaş ve üzerinde sırasıyla %37,7'si 25-29 yaş aralığında ve

%36,2'si 30 ve üzeri iken Arap annelerin 18-24 yaşlar arasında (%54,9) olduğu saptanmıştır.

Öğrenim durumlarına bakıldığında Türk annelerin yarısından fazlasının lise ve üzeri (sırasıyla %30,4 ve %24,6) eğitime sahip olduğu, Arap annelerde bu oranın toplamda %35,3, (%25,4'ünün lise ve %9,9'unun üniversite) olduğu görülmüştür. Anneler ücretli bir işte çalışma durumlarına göre değerlendirildiklerinde, annelerin tamamına yakınının (%89,3) çalışmıyor oldukları bulunmuştur. Türk annelerin %11,6'sı kamu personeli olarak, %8,7'si özel sektörde çalışmaktayken Arap annelerin sadece %1,4'ünün özel sektörde çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Türk annelerin %79,7'si, Arap annelerin ise tamamına yakınının (%98,6) ücretli bir işte çalışmadığı saptanmıştır.

Medeni durumlarına bakıldığında hem Türk hem de Arap annelerin tamamının evli olduğu görülmüştür. Annelerin evlenme yaşı incelendiğinde Türk annelerin %44,9'u 20-24 yaş aralığında ve Arap annelerin %52,1'i 19 yaş ve altında yer almıştır. Uyruklara göre yaş, öğrenim durumu, ücretli bir işte çalışma durumu ve evlenme yaşı demografik verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu nedenle verilerin dağılımı gruplar arası farklılığı test etmek için uygun bulunmamış, PPD için risk faktörlerinin belirlenmesinde İkili Lojistik Regresyon Analizi Geriye Doğru Eliminasyon Yönteminin kullanılması tercih edilmiştir.

Araştırmaya katılan Türk kadınların eşlerinin %33,3'ü lise mezunu ve %15,9'u üniversite mezunu iken Arap kadınların eşlerinde bu oranların sırasıyla %21,1 ve %16,9 olduğu görülmektedir. Katılımcıların eşleri arasında serbest meslek en yaygın çalışma şeklidir (Türk eşlerde %49,0, Göçmen eşlerde %70,4). Eşi kamu personeli olan kadınların tamamı (%8,6) Türk'tür. Çalışmayan eş oranı göçmen grupta daha fazladır (Türk eşlerde %1,4; Göçmen eşlerde %26,8).

Araştırmaya katılan annelerin yarısına yakınının (%47,9) sağlık güvencesinin olduğu bulunmuştur. Türk annelerin tamamına yakınının (%91,3) sağlık güvencesi varken Arap annelerin tamamına yakınının (%94,4) sağlık güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir. Türk annelerin %50,7'si hanelerine giren aylık geliri 1404-2000 TL ve %30,4'ünde 2000-4000 TL arasında olarak belirtirken Arap annelerin yarısından fazlası hanelerine giren aylık geliri (%62) 1404 TL'nin altında, %35,2'sinde 1404-2000 TL arasında olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların aile tiplerine incelendiğinde Türk annelerin %15,9'u eşinin anne ve babası ile yaşarken, Arap annelerin %32,4'ünün eşinin anne ve babası ile yaşadığı bulunmuştur. Annelerin sahip olduğu çocuk sayısının ortalama değeri  $2,09 \pm 1,40$  olup Türk annelerde bu değer  $1,78 \pm 0,93$  ve Arap annelerde  $2,38 \pm 1,69$  olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların, evlilik memnuniyetlerine bakıldığında Türk annelerin evlilik memnuniyetinin daha yüksek olduğu (çok iyi %60,9 ve iyi %36,2), Arap olanlar içerisinde evliliğinden memnuniyeti çok iyi olanların %47,9, iyi olanların %25,4 oranında olduğu ve Arap annelerin evlilik memnuniyetlerini Türk annelerden daha çok 'orta' olarak tanımladıkları görülmüştür.

Tablo 6'da katılımcıların son gebelik öyküsü ve doğum ile ilgili tanımlayıcı özelliklerin uyruklara göre dağılımlarına yer verilmiştir.

**Tablo 6.** Katılımcıların son gebelik öyküsü ve doğumla ilgili tanımlayıcı özelliklerinin uyruklarına göre dağılımları

Özellikler	Türk	Arap	Toplam
<b>Bebek Yaşı</b>			
0-3	33 (47,8)	29 (40,8)	62 (44,3)
4-6	16 (23,2)	10 (14,1)	26 (18,6)
7-9	13 (18,8)	11 (15,5)	24 (17,1)
10-12	7 (10,1)	21 (29,6)	28 (20,0)
<b>Bebek Cinsiyeti</b>			
Kız	34 (49,3)	35 (49,3)	69 (49,3)
Erkek	35 (50,7)	36 (50,7)	71 (50,7)
<b>Gebelik Öncesi Kız ya da Erkek Çocuk Beklentisi</b>			
Evet	37 (53,6)	45 (63,4)	82 (58,6)
Hayır	32 (46,4)	26 (36,6)	58 (41,4)
<b>Gebeliğin İstenme Durumu</b>			
Evet	62 (89,9)	69 (97,2)	131 (93,6)
Hayır	7 (10,1)	2 (2,8)	9 (6,4)
<b>Gebelik Sırasında Düzenli Doktor Kontrolüne Gitme</b>			
Evet, 5 veya 5'ten fazla	68 (98,6)	55 (77,5)	123 (87,9)
Hayır, 5'ten az	1 (1,4)	16 (22,5)	17 (12,1)

**Tablo 6.** Katılımcıların son gebelik öyküsü ve doğumla ilgili tanımlayıcı özelliklerinin uyruklarına göre dağılımları (Devam)

Özellikler	Türk	Arap	Toplam
<b>Gebelikte Hastalanma Durumu</b>			
Hayır	54 (78,3)	48 (67,6)	102 (72,9)
Evet	15 (21,7)	23 (32,4)	38 (27,1)
<b>Doğum Şekli</b>			
Normal Doğum	27 (39,1)	43 (60,6)	70 (50,0)
Sezeryan	42 (60,9)	28 (39,4)	70 (50,0)
<b>Doğum Haftası</b>			
Miad	12 (17,4)	9 (12,7)	21 (15,0)
Miadı dışında	57 (82,6)	62 (87,3)	119 (85,0)
<b>Düşük ya da Ölü Doğum Hikayesi</b>			
Evet	20 (29,0)	22 (31,0)	42 (30,0)
Hayır	49 (71,0)	49 (69,0)	98 (70,0)

Çalışmaya katılan annelerin sahip oldukları bebeklerin aylarına bakıldığında 0-3 aylık bebeğe sahip olma oranı Türk annelerde %47,8; Arap annelerde %40,8 görülmüştür. Bebeklerin kız ve erkek cinsiyetine göre dağılımlarının birbirine çok yakın değerlerde olduğu tablodan görülmektedir (Tablo 6).

Gebelik öncesi kız ya da erkek çocuk beklentisi Türk annelerde %53,6 ve Arap annelerde %63,4 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan annelerden Türk annelerin büyük çoğunluğunun (%89,9) ve Arap annelerin tamamına yakınının (%97,2) isteyerek gebe kaldığı bulunmuştur (Tablo 6).

Katılımcıların gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitmelerine göre dağılıma bakıldığında Türk annelerin tamamına yakınının (%98,6) Arap annelerin %77,5'inin düzenli doktor kontrolüne gittiği belirlenmiştir (Tablo 6). Annelerin %72,9'unun gebelik sırasında herhangi bir hastalık deneyimlemediği saptanmıştır. Bir hastalık deneyimleme oranı Türk annelerde daha düşük bulunmuştur (Türk annelerde %21,7; Arap annelerde %32,4).

Doğum şekillerine göre bakıldığında genelde annelerin normal doğum ve sezaryen doğum oranları birbirine eşit olduğu bulunurken, uyruklara göre incelendiğinde Türk annelerde sezaryen oranının Arap annelere göre daha yüksek olduğu (sırasıyla %60,9 ve 39,2) görülmüştür. Araştırmaya katılan annelerin %15'inin miadında doğum yaptığını belirlenmiştir. Miadı dışında doğum yapan Türk ve Arap annelerin oranları



birbirine yakın değerlerde bulunmuş olup Türk annelerin %82,6'sı ve Arap annelerin %87,3'ü miadı dışında doğum gerçekleştirdiği tespit edilmiştir (Tablo 6).

Araştırmaya katılan anneler düşük ya da ölü doğum öykülerine göre değerlendirildiğinde annelerin %70'inde düşük ya da ölü doğum hikâyesi saptanmamıştır. Türk annelerin %29,0'unda ve Arap annelerin ise %31,0'ında düşük ya da ölü doğum hikâyesi olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7'de katılımcıların bebeklerinin sağlık durumu ve bebek bakımı ile ilgili özelliklerinin uyruklarına göre dağılımı verilmektedir.

**Tablo 7.** Katılımcıların bebeğin sağlık durumu ve bebek bakımıyla ilgili özelliklerinin uyruklarına göre dağılımları

Özellikler	Türk	Arap	Toplam
<b>Bebekte Sağlık Sorunu Varlığı</b>			
Hayır	64 (92,8)	65 (91,5)	129 (92,1)
Evet	5 (7,2)	6 (8,5)	11 (7,9)
<b>Bebegi Emzirme Durumu</b>			
Evet	69 (100)	68 (95,8)	137 (97,9)
Hayır	---	3 (4,2)	3 (2,1)
<b>Bebegin Bakımında Annenin Kendini Yeterli Hissetme Durumu</b>			
Evet	65 (94,2)	69 (97,2)	134 (95,7)
Hayır	4 (5,8)	2 (2,8)	6 (4,3)
<b>Bebek Bakımında Yardımcı Kimse</b>			
Yok	24 (34,8)	37 (52,1)	61 (43,6)
Eş	17 (24,6)	25 (35,2)	42 (30,0)
Kendi annesi	17 (24,6)	4 (5,6)	21 (15,0)
Eşin annesi	15 (21,7)	8 (11,3)	23 (16,4)
Akraba	2 (2,9)	1 (1,4)	3 (2,1)
Diğer	3 (4,3)	---	3 (2,1)

Araştırmaya katılan annelerin tamamına yakınının (Türk annelerde %92,8 ve Arap annelerde %91,5) bebeklerinde sağlık sorunu belirlenmemiştir (Tablo 7). Annelerin %97,9'unun bebeklerini emzirdiği bulunmuş olup Arap annelerde bu oran az da olsa daha yüksektir (Türk annelerde %95,8'inin ve Arap annelerde %97,9).

Bebek bakımında annelere yardımcı olan kimselerin dağılımına bakıldığında, Türk annelerin %34,8'inin bebek bakımında kimseden yardım almadığı ve %24,6'sının

eşlerinden yardım aldığı bulunurken Arap annelerin %52,1'inin bebek bakımında kimseden yardım almadığı ve %35,2'sinin eşinden yardım aldığı saptanmıştır (Tablo 7). Türk ve Arap uyruklu annelerin bebeklerinin bakımında kendini yeterli hissetme oranları birbirine benzerdir (sırasıyla %94,2; %97,2).

#### 4.2. Uyuğua Göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan katılımcıların uyruklarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puanı ortalama ve standart sapma değerleri, doğum sonrası depresyon risk oranına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

**Tablo 8.** Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek ortalama puan değerinin uyruklara göre ortalama ve standart sapma değerleri

Uyruk	n	$\bar{x} \pm \sigma$	Test istatistiği	p
Türk	69	8,81 ± 5,48	t= -3,562	0,001
Arap	71	12,37 ± 6,28		

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği hem Türk hem de Arap anneler için normal dağılım göstermiştir ( $p_T=0,075$  ve  $p_A=0,200$ ). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçek puanları uyuğua göre incelendiğinde Türk annelerin EDSDÖ ortalama puan değerinin 8,81, Arap annelerin EDSDÖ ortalama puan değerinin 12,37 olduğu saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak da anlamlı ( $p=0,001$ ) olup Arap annelerde PPD görülme riski Türk annelerden daha fazladır (Tablo 8).

**Tablo 9.** Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile belirlenmiş uyruklara göre doğum sonrası depresyon risk oranları

Edinburgh Kesme Değeri	Türk	Arap	Toplam	p
12 puan ve üzeri	20 (29,0)	40 (56,3)	60 (42,9)	0,001
12 puan altı	49 (71,0)	31 (43,7)	80 (57,1)	

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

EDSDÖ'ye göre araştırmaya katılan annelerin uyuğunun doğum sonu depresyonun varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur

(p=0,001) (Tablo 9). Türk annelerinde doğum sonu depresyon risk oranı %29 iken Arap annelerinde doğum sonu depresyon risk oranı %56,3 olarak elde edilmiştir.

Tablo 10 ve 11’de uyruğa göre bağımsız değişkenlerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

**Tablo 10.** Katılımcıların demografik özellikleri ve uyruklarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamaları

Özellikler	EDSDÖ $\bar{x} \pm \sigma$	
	Türk	Arap
<b>Yaş</b>		
18-24	10,11±5,59	10,62±6,39
25-29	8,92±6,07	13,35±5,96
30 ve üzeri	7,76±4,72	15,80±4,79
<b>Öğrenim Durumu</b>		
İlkokul	6,86±4,63	11,43±7,47
Ortaokul	9,79±6,34	12,31±5,50
Lise	8,52±5,75	11,22±6,57
Üniversite	8,59±4,16	17,43±4,92
<b>Ücretli bir işte çalışma durumu</b>		
Kamu personeli	6,13±3,48	19,00±---
Özel sektör	7,33±6,02	12,27±6,27
Çalışmıyor	9,36±5,60	12,37±6,28
<b>Medeni hali</b>		
Evli	8,81±5,48	12,37±6,28
<b>Evlenme yaşı</b>		
19 ve altı	10,16±5,22	11,65±6,22
20-24	8,58±5,57	13,46±6,32
25 ve üzeri	7,84±5,64	11,67±6,77
<b>Eşin öğrenim durumu</b>		
İlkokul	7,53±5,33	13,29±4,85
Ortaokul	10,10±6,09	11,78±7,39
Lise	8,61±4,90	11,93±7,06
Üniversite	8,64±5,97	12,42±5,71

**Tablo 10.** Katılımcıların demografik özellikleri ve uyruklarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamaları (Devam)

Özellikler	EDSDÖ $\bar{x} \pm \sigma$	
	Türk	Arap
<b>Eşin ücretli bir işte çalışma durumu</b>		
Kamu personeli	8,58±4,96	---
Özel sektör	8,09±6,14	5,00±0,00
Serbest meslek	9,35±5,39	11,40±5,84
Çalışmıyor	9,00±---	15,68±6,33
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Evet	8,87±5,57	9,25±6,55
Hayır	8,17±4,87	12,55±6,26
<b>Aylık gelir düzeyi</b>		
<1.404	10,13±5,13	13,23±6,14
1.404-2.000	9,49±5,76	11,36±6,21
2.000-4.000	8,19±5,35	6,00±8,48
>4.000	4,60±2,88	---
<b>Aile Türü</b>		
Çekirdek aile	9,09±5,52	13,77±6,32
Geniş aile	7,71±5,41	10,07±5,58
<b>Evlilikten memnuniyet durumu</b>		
Çok iyi	9,00±5,55	9,59±5,97
İyi	8,68±5,35	14,17±5,00
Orta	13,00±---	15,35±6,19
Kötü	---	20,00±---
Çok kötü	0,00±---	16,00±---
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>		
Evet	8,53±5,50	12,12±6,18
Hayır	11,29±5,02	21,00±1,41
<b>Gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme</b>		
Evet, 5 veya 5'ten fazla	8,62±5,28	12,49±5,99
Hayır, 5'ten az	22,00±---	11,94±7,38

**Tablo 11.** Katılımcıların obstetrik özellikleri ve uyruklarına göre Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamaları

Özellikler	EDSDÖ $\bar{x} \pm \sigma$	
	Türk	Arap
<b>Bebek yaşı (ay)</b>		
0-3	7,48±5,35	12,34±5,99
4-6	10,63±6,14	11,30±7,28
7-9	9,23±5,06	13,45±6,84
10-12	10,14±4,70	12,33±6,25
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>		
Kız	9,26±5,67	12,17±6,50
Erkek	8,37±5,34	12,56±6,14
<b>Gebelik öncesi kız ya da erkek çocuk beklentisi</b>		
Evet	8,84±4,67	11,56±6,02
Hayır	8,78±6,37	13,77±6,57
<b>Doğum şekli</b>		
Normal doğum	9,04±5,86	11,09±6,04
Sezaryen	8,67±5,30	14,32±6,23
<b>Bebek doğum haftası</b>		
Miadı dışında	9,08±6,45	12,67±7,10
Miad	8,75±5,32	12,32±6,21
<b>Bebekte hastalık durumu</b>		
Hayır	8,94±5,67	12,43±6,05
Evet	7,20±2,16	11,67±9,04
<b>Bebeği emzirme durumu</b>		
Evet	8,81±5,48	12,00±6,16
Hayır	---	20,67±1,15
<b>Düşük ya da ölü doğum hikayesi</b>		
Evet	9,55±5,27	14,23±6,53
Hayır	8,51±5,59	11,53±6,04
<b>Bebek bakımında kendini yeterli hissetme durumu</b>		
Evet	8,58±5,40	12,19±6,27
Hayır	12,50±6,04	18,50±2,12

Tablo 10 ve 11’de uyruklara göre bağımsız değişkenlerin PPD toplam puan ortalamaları incelendiğinde, Türk annelerde yaş ve evlenme yaşının artması, üniversite mezunu olma durumu PPD puanında azalmaya neden olurken Arap annelerin PPD puan ortalamasında artışa neden olmuştur. Sağlık güvencesinin olma ve olmama durumu Türk annelerde benzerlik gösterirken Arap annelerde sağlık güvencesinin olmama durumu PPD puanını artırmıştır. Her iki grupta da aylık gelir düzeyi arttıkça PPD puanı azalmıştır. Gebeliği istememe durumu, bebeği emzirememe, düşük ya da ölü doğum hikayesinin varlığı, bebek bakımında kendini yeterli hissedememe Arap annelerde PPD toplam puanında Türk annelerden daha çok artışa neden olmuştur ve bu durum Arap annelerde PPD görülme riskini artırmaktadır. Türk ve Arap anneler demografik ve obstetrik özellikleri bakımından homojen dağılım göstermedikleri için doğum sonrası depresyon risk faktörleri belirlemede İkili Lojistik Regresyon Analizi Geriye Doğru Eliminasyon Yöntemi kullanılmıştır.

#### **4.3. Katılımcıların Uyuşmasına Göre Doğum Sonrası Depresyon Risk Faktörleri**

Doğum sonrası depresyon üzerinde bağımsız risk faktörü olup olmadığı İkili Lojistik Regresyon Analizi Geriye Doğru Eliminasyon Yöntemiyle yapılan incelemede ortaya konmuştur. Arap göçmen ve Türk annelerde doğum sonrası depresyon risk faktörleri Tablo 12’te sunulmuştur.

Araştırmaya katılan Türk ve Arap anneler için demografik soru formunda yer alan ve doğum sonu depresyon için risk faktörü olacağı düşünülen değişkenlerin (öğrenim durumu, ücretli bir işte çalışma durumu, evlenme yaşı, eşin öğrenim durumu, sağlık güvencesi, evde yaşayan kişi sayısı, aile türü, evlilikten memnuniyet durumu, gebeliğin istenme durumu, bebeğin cinsiyeti, gebelik öncesi bebeğin cinsiyetine ilişkin düşüncenin varlığı, gebelikte hastalık durumu, doğum şekli, bebekte hastalık durumu, bebeği emzirme durumu, düşük ya da ölü doğum varlığı, bebek bakımında yardımcı kimse) doğum sonrası depresyon üzerinde bağımsız risk faktörü olup olmadığı İkili Lojistik Regresyon Analizi Geriye Doğru Eliminasyon Yöntemiyle yapılan incelemede ortaya konmuştur.

**Tablo 12.** Uyuşa göre Doğum Sonrası Depresyon Risk Faktörleri

Uyruk	Risk Faktörleri	$\beta$ Katsayısı	Standart Hata	Test İstatistiği	p	OR	Alt Değer	st Değer
Türk	Yaş	-1,825	0,639	8,172	0,004	0,161	0,046	0,563
	Aylık gelir düzeyi	-1,618	0,642	6,346	0,012	0,198	0,056	0,698
	Bebek yaşı (ay)	1,434	0,508	7,981	0,005	4,196	1,551	11,350
Arap	Çocuk sayısı	1,101	0,486	5,139	0,023	3,006	1,161	7,786
	Eşin cretli bir işte çalışma durumu	2,285	0,947	5,821	0,016	9,830	1,536	62,934
	Gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme durumu	-2,428	0,938	6,697	0,010	0,088	0,014	0,555

Doğru sınıflama oranı Trk= %82,6,  $R^2$ = %53,6; Doğru sınıflama oranı Arap=%76,1,  $R^2$ =%46,7

Analiz sonucunda Türk anneler için, anne yaşı, aylık gelir düzeyi, bebek yaşı parametreleri bağımsız risk faktörü olarak tespit edilmişken Arap anneler için ocuk sayısı, eşin ücretli bir işte çalışma durumu ve gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme durumu parametreleri bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur. Türk anneler için yaş ( $\beta$ =-1,825) ve aylık gelir düzeyi ( $\beta$ =-1,618) arttıa PPD görülme riski azalmakta, bebek yaşı arttıa PPD görülme riski de artmaktadır ( $\beta$ =1,434). Arap anneler için eşin ücretli bir işte çalışma durumu ( $\beta$ =2,285) ve ocuk sayısı ( $\beta$ =1,101) arttıa PPD görülme riski artmakta, gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme sayısı ( $\beta$ =-2,428) arttıa PPD görülme riski azalmaktadır.

#### 4.4. Uyuşa Göre ok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan katılımcıların uyruklarına göre çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek lek puan değeri ortalama, standart sapma ve çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği alt boyutlarının ortanca değerlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 13.**Katılımcıların uyruklarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek puan ortalama ve standart sapma değerleri

Uyruk	n	$\bar{x} \pm \sigma$	Test istatistiği	p
Türk	69	61,41 ± 16,51	t= 3,523	<b>0,001</b>
Arap	71	50,70 ± 19,27		

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Araştırma kapsamına alınan annelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek toplam puanının uyruğa göre normal dağılım gösterdiği bulunmuştur ( $p_T = 0,200$  ve  $p_A = 0,059$ ) (Tablo 13). Araştırma kapsamına alınan annelerin ortalama Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek puanı uyruğa göre anlamlı bir farklılık göstermekte ( $p = 0,001$ ) olup Türk annelerin Ölçek ortalama puanı 61,41 iken Arap annelerin ortalama değeri 50,70 olarak elde edilmiştir. Buna göre Arap annelerin sosyal destek puanı Türk annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşük olarak bulunmuştur ve bu durum Arap annelerde PPD görülme riskini artırmaktadır.

**Tablo 14.**Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarının ortanca değerlerinin uyruğa göre dağılımları

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutları	Uyruk	Ortanca (min-mak)	Sıra ortalaması	Test istatistiği	P
Sosyal destek aile	Türk	28 (8-28)	93,49	U=863,0	<b>&lt;0,001</b>
	Arap	20 (4-28)	48,15		
Sosyal destek arkadaş	Türk	20 (4-28)	85,20	U=1435,0	<b>&lt;0,001</b>
	Arap	12 (4-28)	56,21		
Sosyal destek özel arkadaş	Türk	22 (4-28)	65,62	U=2112,5	0,158
	Arap	21 (4-28)	75,25		

U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak:Maksimum

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, sosyal destek aile alt boyutu puanının ortanca değeri Türk annelerde 28 iken Arap annelerde ortanca değer 20'dir ve bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,001$ ). Benzer şekilde sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyut puanının ortanca değeri Türk annelerde 20 iken Arap annelerde ortanca değer 12 olarak elde edilmiştir ve bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Sosyal destek ölçeği özel arkadaş alt



boyut puanının ortanca değeri Türk annelerde 22 iken Arap annelerde ortanca değer 21 olarak elde edilmiştir ve bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,158$ ).

Tablo 15 ve 16’da katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek ortalama puan değerinin uyruklara ve bağımsız değişkenlere göre ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

**Tablo 15.** Katılımcıların demografik özellikleri ve uyruklarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları

Özellikler	Sosyal Destek $\bar{x} \pm \sigma$	
	Türk	Arap
<b>Yaş</b>		
18-24	60,28±14,35	51,00±19,19
25-29	58,77±18,19	50,24±21,64
30 ve üzeri	64,96±16,13	50,47±17,93
<b>Öğrenim Durumu</b>		
İlkokul	67,71±14,41	51,64±18,75
Ortaokul	56,25±13,76	48,47±19,13
Lise	62,19±18,43	54,11±21,16
Üniversite	65,12±17,65	50,29±18,67
<b>Ücretli bir işte çalışma durumu</b>		
Kamu personeli	65,25±19,12	26,00±---
Özel sektör	70,83±19,32	51,06±19,18
Çalışmıyor	59,82±15,71	50,70±19,27
<b>Medeni hali</b>		
Evli	61,41±16,51	50,70±19,27
<b>Evlenme yaşı</b>		
19 ve altı	57,42±15,38	51,49±1,49
20-24	60,19±17,76	47,00±21,86
25 ve üzeri	67,37±14,53	63,17±19,81
<b>Eşin öğrenim durumu</b>		
İlkokul	63,07±19,45	45,81±19,02
Ortaokul	57,05±18,78	49,87±20,90
Lise	63,00±13,19	57,07±14,24
Üniversite	63,73±14,76	52,92±21,59

**Tablo 15.** Katılımcıların demografik özellikleri ve uyruklarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları (Devam)

Özellikler	Sosyal Destek $\bar{x} \pm \sigma$	
	Türk	Arap
<b>Eşin ücretli bir işte çalışma durumu</b>		
Kamu personeli	60,75±17,18	---
Özel sektör	66,91±16,41	73,50±13,43
Serbest meslek	57,65±15,83	51,78±19,21
Çalışmıyor	76,00±---	45,47±18,43
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Evet	61,68±16,51	62,00±5,41
Hayır	58,50±17,80	50,03±19,61
<b>Aylık gelir düzeyi</b>		
<1.404	60,38±17,03	48,55±18,49
1.404-2.000	59,26±16,47	55,28±20,07
2.000-4.000	62,62±17,52	41,00±26,87
>4.000	73,00±8,33	---
<b>Aile Türü</b>		
Çekirdek aile	62,53±16,44	47,73±19,15
Geniş aile	57,00±16,65	55,56±18,81
<b>Evlilikten memnuniyet durumu</b>		
Çok iyi	61,10±16,00	58,00±18,74
İyi	60,52±17,50	48,89±15,72
Orta	74,00±---	42,00±17,19
Kötü	---	12,00±---
Çok kötü	84,00±---	22,00±---

**Tablo 16.** Katılımcıların obstetrik özellikleri ve uyruklarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları

Özellikler	Sosyal Destek $\bar{x} \pm \sigma$	
	Türk	Arap
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>		
Evet	61,74±15,77	50,90±18,83
Hayır	58,43±23,45	44,00±42,42
<b>Gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme</b>		
Evet, 5 veya 5'ten fazla	61,44±16,63	53,02±17,98
Hayır, 5'ten az	59,00±---	42,75±21,95
<b>Bebek yaşı (ay)</b>		
0-3	65,45±15,06	47,62±17,45
4-6	56,00±20,80	54,50±15,56
7-9	59,38±11,29	44,00±24,15
10-12	58,43±18,86	56,67±19,74
<b>Bebegin cinsiyeti</b>		
Kız	62,35±15,81	48,46±20,53
Erkek	60,49±17,35	52,89±17,98
<b>Gebelik öncesi kız ya da erkek çocuk beklentisi</b>		
Evet	60,65±16,83	53,09±19,06
Hayır	62,28±16,36	46,58±19,30
<b>Doğum şekli</b>		
Normal doğum	61,37±16,77	52,16±20,32
Sezaryen	61,43±16,54	48,46±17,66
<b>Bebek doğum haftası</b>		
Miadı dışında	68,00±14,04	51,22±13,47
Miad	60,02±16,76	50,63±20,06
<b>Bebekte hastalık durumu</b>		
Hayır	61,75±16,69	51,40±19,07
Evet	57,00±14,95	43,17±21,63
<b>Bebegi emzirme durumu</b>		
Evet	61,41±16,51	51,01±19,02
Hayır	---	43,67±28,29

**Tablo 16** Katılımcıların obstetrik özellikleri ve uyruklarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları (Devam)

Özellikler	Sosyal Destek $\bar{x} \pm \sigma$	
	Türk	Arap
<b>Düşük ya da ölü doğum hikayesi</b>		
Evet	58,90±17,82	49,50±20,43
Hayır	62,43±16,03	51,24±18,92
<b>Bebek bakımında kendini yeterli hissetme durumu</b>		
Evet	61,17±16,91	50,43±19,44
Hayır	65,25±7,36	60,00±11,31

Tablo 15 ve 16’da sunulduğuna göre ücretli bir işte çalışma durumu, eşlerin ücretli bir işte çalışma durumu, gebeliğin istenme durumu, gebelik durumunda düzenli doktor kontrolüne gitme, düşük ya da ölü doğum hikayesi, bebek bakımında kendini yeterli hissetme bağımsız değişkenlerinde Arap annelerin sosyal destek puanları Türk annelere göre daha düşük bulunmuştur. Geniş aileye sahip olma, gebelik öncesi bebeğin cinsiyet beklentisinin olması Türk annelerde sosyal destek puanında azalmaya neden olmuştur. Öte yandan Arap annelerde çekirdek aileye sahip olma, gebelik öncesi bebeğin cinsiyetinde beklentiye sahip olmama sosyal destek puanını azalttığı bulunmuştur. Doğum şekli Türk annelerde benzer sosyal destek puanına sahipken Arap annelerde sezaryen doğum düşük sosyal destek puanına neden olmuştur.

#### **4.5. Katılımcıların Uyruğuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Arasındaki İlişki**

Tablo 17’de katılımcıların uyruklarına göre EDSDÖ toplam puanı ile Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği genel toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki yer almaktadır.

Türk uyruklu kadınlarda EDSDÖ toplam puan ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ( $r=-,378$ ,  $t=-3,34$ ) ve arkadaş alt grup puanı arasındaki korelasyon katsayısı ( $r=-,375$ ,  $t=-3,31$ ) bu korelasyon katsayısı negatif yönde ve ortanın altında bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Bu korelasyon katsayılarının %99 güven derecesinde anlamlı olduğu saptanmıştır. Aile ve özel arkadaş alt grup puanları arasındaki korelasyon

katsayıları ( $r=-0,228$ ,  $t=-1,91$ ;  $r=-0,209$ ,  $t=-1,74$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını göstermektedir. Bu sonuca göre sosyal destek ve PPD görülme riski arasında orta düzeyde bir ilişkinin olduğu, ilişkinin yönünün ise negatif olduğu belirlenmiştir. Bir başka deyişle Türk kadınlarda belirtilen sosyal destek azaldıkça depresyon riski artmaktadır.

**Tablo 17.** Katılımcıların uyruklarına göre EDSDÖ toplam puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ve alt boyutları arasındaki ilişki

Uyruk	Sosyal destek ölçeği genel ve alt boyutları	EDSDÖ Toplam puan	Sosyal destek Toplam puan	Sosyal destek aile	Sosyal destek özel arkadaş
Türk	Sosyal destek genel <sup>a</sup>	-,378**			
	Sosyal destek aile <sup>b</sup>	-,228	,482**		
	Sosyal destek arkadaş <sup>b</sup>	-,375**	,816**	,338**	,428**
	Sosyal destek özel arkadaş <sup>b</sup>	-,209	,824**	,254*	
Arap	Sosyal destek genel <sup>a</sup>	-,508**			
	Sosyal destek aile <sup>b</sup>	-,351**	,828**		
	Sosyal destek arkadaş <sup>b</sup>	-,391**	,769**	,471**	,491**
	Sosyal destek özel arkadaş <sup>b</sup>	-,528**	,860**	,643**	

<sup>a</sup>Pearson Korelasyon Katsayısı <sup>b</sup>Spearman Korelasyon Katsayısı, \*\*%1 önem düzeyinde anlamlı korelasyon, \*%5 önem düzeyinde anlamlı korelasyon

Arap uyruklu kadınlarda EDSDÖ toplam puan ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ( $r=-,508$ ,  $t=-4,89$ ) ve aile, arkadaş ve özel arkadaş alt gruplarının puanları arasındaki korelasyon katsayıları da ( $r=-,351$ ,  $t=-3,11$ ;  $r=-,391$ ,  $t=-3,52$ ;  $r=-,528$ ,  $t=-5,16$ ) negatif yönde, aile ve arkadaş alt boyutu için ortanın altında, sosyal destek genel için yine negatif yönde orta düzeyde bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir.

Bu korelasyon katsayılarının %99 güven derecesinde anlamlı olduğu saptanmıştır. Elde edilen korelasyon katsayılarına bakıldığında Arap annelerde özel arkadaş desteğinin Türk annelere göre daha önemli olduğu anlaşılmaktadır.



## 5.TARTIŞMA

Doğum sonrası dönem, aileye yeni katılan bir bireyi ve aile içi rollerde meydana gelen değişikliği içerir ve çoğu anne için mutluluk verici bir dönemdir. Ancak bazı annelerde doğum sonrası ruhsal bozukluklar görülebilir ve postpartum depresyon bu bozukluklardan birisidir. Özellikle göçmen statüsünde olan ve sosyal desteği azalmış olan annelerde PPD görülme riski oldukça yüksektir. Dünyada ve ülkemizde göç hareketliliği oldukça çok olup insanlar zorla vatanlarından edilmektedir. Zorla göçe tabi tutulan bireyler göç öncesi, sırası ve sonrasında çeşitli problemlerde yüz yüze gelmekte ve yaşanan sorunlar mental sağlığı olumsuz etkilemektedir. Göçmen statüsünde ve doğum sonu dönemde olan anneler PPD için risk faktörleri açısından daha hassas durumdadır ve özellikle sosyal destek düzeyleri düşmektedir. Bu çalışma, Arap uyruklu göçmen ve Türk annelerde algılanan sosyal desteğin postpartum depresyon üzerine etkisini anlamak ve açıklamak üzere yapılmıştır.

Bu çalışmada, Samsun ili Canik ve İlkadım ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezleri ve Göçmen Sağlığı Birimine başvuran 0-12 aylık bebeğe sahip Türk ve Arap asıllı göçmen annelerde PPD görülme risk oranı tüm annelerde %42,9, Türk annelerde %29 ve Arap asıllı göçmen annelerde %56,3 olarak bulunmuştur (Tablo 9). Ülkemizde göçmen ve Türk anneleri PPD görülme riski açısından değerlendiren başka bir çalışma literatürde yoktur. Özcan ve ark. (2017)'in Türkiye'de PPD prevalansı ve risk faktörleri ile ilgili yaptığı bir sistematik analiz-metanaliz çalışmasında Türkiye'deki PPD görülme prevalansı %23,8 olarak saptanmıştır. Bu çalışmaya dahil edilen araştırmalardan 0-12 aylık bebeğe sahip olan anneler ile yapılan çalışmaların prevalans aralığı %9,1-34,6 arasında değişmekte olup bu çalışmanın prevalansı da belirtilen aralıkta yer almaktadır.

Bu çalışmada Türk annelerde PPD görülme riski %29'dur. Ulusal literatürde PPD prevalansı ile yapılan çalışmalar incelendiğinde en yüksek prevalansın %61,8 ile Elazığ iline ait olduğu görülmüştür. Küçükoğlu ve ark. (2014)'ü çalışmasını, bebeği yenidoğan kliniğinde yatan annelerle yapmıştır ve PPD prevalansının yüksek çıkmasını bebekte sağlık sorunu olmasına bağlamıştır. Malatya'da yapılan bir çalışmanın sonucunda ise PPD prevalansı %18,4 olarak bulunmuştur (Karakaş ve ark., 2014). Dünya ile benzerlik gösteren ülkemize göre düşük olan bu prevalansın düşük çıkmasının nedeni çalışmaya dahil edilen annelerin sosyoekonomik düzeyinin yüksek ve araştırmanın yapıldığı bölgenin şehir merkezine yakın olması olarak gösterilmiştir.

Arap asıllı göçmen annelerde ise PPD prevalansı %56,3 olarak bulunmuş olup Türk annelerin neredeyse iki katıdır. Falah-Hassani ve ark. (2015)'nin yapmış oldukları sistematik derleme ve metanaliz çalışmasında göçmen annelerde görülen PPD prevalansı %20 olarak saptanmıştır. Arap annelerin kendi ülkelerindeki PPD prevalansı da %10-37 arasında değişmekte olup bu araştırmada saptanan prevalansın oldukça altındadır (Alhasanat ve ark. 2017). Chien ve ark. (2012)'nin Tayvan'da göçmen ve yerli annelerle yaptığı çalışmada, göçmen annelerde PPD görülme oranı, bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde yüksek (sırasıyla %24,2 ve %5,8) bulunmuştur. Tayvan'daki göçmen annelerin PPD puanlarının bu kadar yüksek çıkmasının nedeni kendi kendine karar verme gücünün ve sosyal destek düzeyinin düşük olması olarak bildirilmiştir. Türkiye'de göçmen annelerde PPD prevalansının yüksek olmasının nedenleri arasında ülkemize gelen göçün kitlesel ve zorunlu bir göç olması, göçün bir anda gelişmesi, Avustralya ve Kanada'da olduğu gibi göç alma sürekliliğinin olmaması ve göçmenlere yeterince uygun yaşam koşullarının sağlanamaması yer alabilir. Ayrıca göç olayı kültürel bağın zedelenmesine neden olmakta, göç eden kişinin göç ettiği ülkede kültür şokuna uğramasına yol açmaktadır. Bu nedenle göçmen kadınlarda PPD görülme prevalansı yerel kadınlara göre 2-2,5 kat daha fazladır (Falah-Hassani ve ark., 2015).

Ganann ve ark. (2012)'nin 219'u göçmen anne olmak üzere 1045 anne ile Kanada'da yapmış olduğu çalışmada, göçmen annelerin ve yerel annelerin PPD prevalansları sırasıyla %11,2 ve %6,7'dir. Bu çalışmadaki hem göçmen hem de yerel anneler açısından oranların oldukça düşük oluşu göçmen annelerin sağlık hizmetlerine ulaşma ve etkileşim konusunda zorluk çekmemeleri ve dahil edilen göçmen annelerin uzun yıllar boyunca (yaklaşık olarak 11,3 yıl) Kanada'da yaşıyor olmalarındır. Benzer şekilde nüfusunun %61'ini göçmelerin oluşturduğu Avustralya'da Lansakara ve ark. (2010)'nin 212'si göçmen 1074 anne ile yapmış oldukları çalışmada göçmen annelerin PPD prevalansı %9,1, yerel annelerin PPD prevalansı ise %7,0 olarak elde edilmiştir. Bu sonuçlar yerel ya da göçmen kadınlarda PPD'nin bir kader olmadığına işaret etmesi nedeniyle önemlidir.

Jin ve ark. (2016)'nin Japonya'da yaşayan Çinli annelerle yaptığı çalışmada, Çinli annelerde PPD görülme riski %54,5 olarak bulunmuştur. Çalışmada, göçmen olarak ilk doğumunu başka bir kültürde deneyimleyen kadınlarda daha yüksek PPD görülme riski (yaklaşık 4 kat) olduğu bildirilmiştir. Ayrıca düşük gelir düzeyi de PPD görülme



oranını artırmaktadır. Yazar, çalışmasında kültüre uygun bakım vermenin önemi üzerinde durmuş ve hemşirelerin kültürel uygulamalar konusunda eğitim alması gerektiğini belirtmiştir.

Bjerke ve ark. (2008)'nin Norveç'te Pakistanlı annelerle yapmış olduğu çalışmada, göçmen annelerde PPD prevalansını %7,6 olarak bulmuştur. Bu oran dünyanın herhangi bir ülkesinde belirtilen oranlardan çok daha düşüktür ki çalışmada yerel annelerde PPD prevalansı %8,9 olarak saptanmıştır. Norveç, sosyoekonomik ve refah düzeyi yüksek olan bir Kuzey Avrupa ülkesidir. PPD prevalansının düşük çıkma nedenleri arasında bu faktörler gösterilebilir, ancak yazarın da belirttiği üzere 1997 yılında Norveç hükümeti göçmenlerin yerli halk ile aynı haklara sahip olması gerektiğini yasa ile kanunlaştırmıştır. Yani göçmenlerin hakları Norveç hükümeti tarafından çıkarılan yasa ile korunmaktadır. Böylece Norveç'te yaşayan göçmenlerin ülkeye uyumu hükümet tarafından yasa ile verilen eşit haklarla sağlanmıştır. Bu haklar sağlık alanında da sağlandığı için Norveç'te yaşayan göçmenlerin sağlık sorunları dünya ile farklılık göstermektedir. Lovlie ve Madar (2017)'in Norveç'te Somalili göçmen annelerle yapmış olduğu çalışmasında, göçmen annelerde PPD prevalansı %7,7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu Bjerke ve ark. (2008)'nin yapmış olduğu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada Türk anneler için yaş, aylık gelir düzeyi, bebek yaşı PPD risk faktörü olarak, belirlenirken Arap asıllı göçmen anneler için çocuk sayısı, eşin ücretli bir işte çalışma durumu ve gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme durumu risk faktörü olarak saptanmıştır (Tablo 12). Ülkemizde göçmen ve Türk anneleri PPD risk faktörü açısından değerlendiren başka bir çalışma literatürde yoktur. Ancak genel olarak Türk anneler için belirlenen PPD risk faktörleri; ekonomik durum ve eşin çalışma durumu, planlı gebelik ve gebelikte hastalık geçirme, bebekte sağlık sorunu varlığı, aile ve eşle ilgili sorunlar, sosyal desteğin düşük olması ve ailede psikiyatrik hastalık geçişinin olmasıdır (Özcan ve ark., 2017).

Arap anneler için PPD risk faktörleri; stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, zayıf evlilik bağları, eş desteğinin eksikliği, düşük gelir düzeyi, şiddet görme, psikiyatrik hastalık hikayesi, gebelikle ilgili yaşanan olumsuz olaylar, bebeğin sağlık sorunu yaşaması ve emzirememe olarak belirtilmiştir (Alhasanat ve McComish, 2015). Arap anneler için belirtilen risk faktörleri kendi ülkeleri için belirlenmiş risk faktörleridir.

Belirlenen risk faktörlerinin çoğu Beck (2001) tarafından belirlenen risk faktörleri ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada Türk anneler için yaş ve PPD görülme riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve annelerde yaş arttıkça PPD görülme riskinin azalmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadının yaşı arttıkça duygusal ve bilişsel zekasının gelişmesine paralel olarak, problem çözme ve uyum kapasitesinin geliştiği düşünülmektedir. Bu durumda yaş arttıkça PPD riskinin azalması beklendik bir sonuçtur. Adölesan yaşta evlenen bir kadının henüz yeterince kendini gerçekleştirmediği ve başkalarının sorumluluğunu alacak olgunluğa ulaşamadığı düşünülebilir. Genç yaşta anne olmuş kadının eğitim düzeyinin düşük ve ekonomik olarak başkasına bağımlı olma olasılığı da yüksektir. Görüldüğü üzere genç annelik yaşı birçok riski beraberinde getirmektedir. Bu nedenle anne olma yaşı arttıkça bebek ile etkili zaman geçirme, kendini bebek bakımında geliştirme, zorluklarla etkili bir şekilde başa çıkma gibi konularda kadın güç kazanmış olmaktadır. Doğum sonrası dönem pek çok açıdan bir baş etme ve uyum dönemi olduğundan yaş alan kadının, PPD'yi ortaya çıkaran risk faktörleriyle daha etkili biçimde baş edebileceği varsayılabilir. Tahaoğlu ve ark. (2015)'nin 51 adölesan ve 35 yaş ve üzeri doğum sonu dönemde yer alan 72 anne ile yapmış oldukları çalışmada iki grubun PPD prevalansları incelenmiş ve adölesan lohusalarda PPD görülme riski %27,4 olarak bulunmuşken 35 yaş ve üzeri grupta bu oran %19,4 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucu bizim çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir. Uluslararası bazı araştırma sonuçları da bu bulguyu destekler niteliktedir (Bjerke ve ark. 2008; Youn ve ark. 2017). Goyal ve ark. (2012)'nin Amerika'da göçmen annelerle yapmış oldukları çalışmada yaş PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Öte yandan Arap kökenli göçmen kadınlarda yaş PPD için istatistiksel olarak anlamlı risk faktörleri arasında yer almamaktadır. Arap kültüründe çok eşlilik ve erken yaşta evlilik gibi olayların yaşanması ve toplum tarafından yaygın şekilde kabul edilip içselleştirilmesi nedeniyle genç anne yaşının PPD için bir risk faktörü olarak ortaya çıkmadığı düşünülmüştür.

Bu çalışmada Türk anneler için aylık gelir düzeyi ve PPD görülme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Türkiye'de yaygın olarak saptanan risk faktörlerinden ekonomik durum parametresi bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermekte, aylık gelir düzeyi azaldıkça PPD görülme riski artmaktadır. Bir başka deyişle düşük ekonomik durum PPD görülme riskini artıran önemli bir faktördür

(Dindar ve Erdoğan, 2007; Gümüş ve ark., 2012; Karakaş ve ark., 2014). Karakaş ve ark. (2014)'nın Malatya'da yapmış oldukları çalışmada aylık gelir düzeyi 500 TL altında olan kadınlar PPD görülme riski yüksek gruba dahil edilmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri düşük aylık gelir düzeyi ve PPD görülme riski arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde düşük ekonomik düzey PPD görülme riski için önemli bir parametredir. İnandı ve ark. (2005)'nin 1350 Türk anne ile yapmış olduğu çalışmada yüksek ekonomik gelirin PPD görülme riskini azalttığı bulunmuş olup PPD için yüksek ekonomik düzey koruyucudur. Chien ve ark. (2012)'nin Tayvan'da yaşayan göçmen annelerle yapmış oldukları çalışmada PPD için risk faktörlerinden bir tanesi düşük gelir düzeyi olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde Mechakra-Tahiri ve ark. (2007)'nin Kanada'da yapmış oldukları çalışmada, sosyoekonomik durum göçmen anneler için risk faktörü olarak saptanmıştır. Arap kökenli annelerde ise aylık gelir düzeyi PPD için istatistiksel olarak anlamlı risk faktörleri arasında yer almamaktadır. Kendi ülkelerine kıyasla gelişmişlik düzeyi yüksek olan bir ülkeye göç eden Arap annelere devlet tarafından sağlanan sabit bir aylık gelirin olması ve bazı Arap kadınların iş bulup çalışabilmesi eve giren aylık gelir düzeyi düşük bile olsa koruyucu etkiye sahip olmuş olabilir.

Bu çalışmada Türk anneler için bebek yaşı (ay) ve PPD görülme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bebek yaşı arttıkça PPD görülme riski artmaktadır (Tablo 12). Bu bulgu ulusal ve uluslararası literatürde bebek yaşı ile PPD görülme riski arasındaki ilişkiyi ele alan veya bu ikili arasında bir ilişkinin varlığını ortaya koyan çalışmaya rastlanmamış olması nedeniyle önemlidir. Ancak bebeğin yaşı büyüdükçe gereksinimlerinin ve zihinsel-bilişsel gelişiminin desteklenmesi için annenin bebeğine karşı sorumluluğunun artması, annelik rolünde ustalaştığı düşünülerek sosyal desteğin görece azalması ve annenin işe başlama durumunun söz konusu olması PPD için risk oluşturabilir. Aynı sonuca Arap kökenli annelerde rastlanmamıştır.

Bu çalışmada göçmen Arap anneler için çocuk sayısı ve PPD görülme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çocuk sayısı arttıkça Arap annelerde PPD görülme riskinin artmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doğu kültüründe çocuk sayısının batı kültürüne göre fazla olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da Arap annelerin çocuk sayısı Türk annelerin neredeyse iki katı olarak bulunmuştur. Çocuk sayısının fazla olması ile sonuçlanan sık doğum, kadın için hem fizyolojik hem de

psikolojik olarak PPD riski ile ilgili faktörlerin sıkça tekrarlanması anlamına gelmektedir. Göçle birlikte sık doğumla ilgili risk faktörlerine fazladan stres, üreme sağlığı, beslenme, barınma, hijyen, iletişim sorunları, sağlık hizmetlerine ulaşma güçlüğü gibi sorunlar eklenmektedir. Çevresinde yardım alabileceği, sorumluluklarını paylaşabileceği sosyal destek olarak niteleyebileceğimiz bireylerin (eş ve akraba gibi) olmaması, aksine yabancı bir kültür ve çevrede olma durumunda ailedeki çocuk sayısı PPD görülme riskini artıran bir parametre haline gelmektedir. Türk annelerde çocuk sayısının PPD için risk faktörü olarak ortaya çıkmamasında çocuk sayısının azlığı kadar daha fazla sosyal desteğe sahip olmalarının etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada Arap anneler için eşin ücretli bir işte çalışma durumu ve PPD görülme riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Beklenenin aksine eşin ücretli bir işte çalışıyor olmasının PPD görülme riskini artırdığı bulunmuştur. Ülkemizde göçmen statüsünde olan çoğu erkek serbest meslek diye nitelendirdiğimiz günü birlik, mevsimlik ve ağır işlerde çalışmakta ve kazanılan ücret çoğu kez ailenin giderlerini karşılayacak düzeyde olmamaktadır. Ayrıca sahip olunan serbest mesleğin bir garantisi, çalışan haklarını/güvenliğini koruyucu bir yönü yoktur. Bunun yanı sıra, kural olmamakla birlikte, ağır işlerde çalışan erkeklerin diğerleri kadar eşleriyle vakit geçiremedikleri ve duygusal destek sağlayamadıkları varsayılabilir. Böylece eşin ücretli bir işte çalışma durumu Arap asıllı göçmen anneler için PPD için bir risk faktörü haline gelebilir.

Bu çalışmada Arap anneler için gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme durumu ve PPD görülme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırma bulgularına göre gebelikleri boyunca düzenli doktor kontrolüne gitme sayısı arttıkça, PPD görülme riskinin azalmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Norveç ve Avustralya hariç göç alan hemen her ülkede göçmenlerin sağlık hizmetlerine ulaşımı oldukça zordur. Kültür çatışması ve dil sorunu göçmenlerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki güçlüklerin belli başlı nedenlerdir. Ülkemizde göçmen annelerin birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımı ikinci ve üçüncü basamağa göre daha kolaydır. Ancak bu çalışmada da görüldüğü üzere göçmenlerin sağlık hizmetlerine ulaşması ve sağlık hizmetlerinden yararlanması bazı güçlükleri barındırmaktadır. Öncelikle karşılaşılan sorun iletişimdir ve uluslararası birçok araştırmada göçmen annelerin bu sorunla karşılaştığı sonucuna ulaşılmıştır (Small ve ark., 2003; Callister ve ark., 2011; Ganann ve ark., 2012; Gardner ve ark., 2014; Tobin ve ark., 2018). İkinci en önemli sorun

kültür çatışmasının yaşanması ve sağlık bakımı verenlerin kültürel bakım vermede yetkin olmaması olarak görülmektedir (Callister ve ark., 2011; O'Mahony ve ark., 2012; Gardner ve ark., 2014; Tobin ve ark., 2018).

Bu çalışmada, hem Türk hem de Arap kökenli annelerde sosyal destek ve PPD görülme riski arasındaki orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. (Tablo 14). Türk annelerde sosyal destek genel ve alt grupları ile EDSDÖ puanları arasındaki korelasyon negatif yönde ve ortanın biraz altında olup sosyal destek azaldıkça PPD riskinin arttığına işaret etmektedir. Türk annelerde genel olarak sosyal destek ve arkadaş desteğine ilişkin sonuçlar üzerinden yapılan t testinde istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuş olup bu fark sonucun sıfırdan farklı olduğunu göstermektedir (sırasıyla  $r=-,378$ ,  $t=-3,34$ ;  $r=-,375$ ,  $t=-3,31$ ). Imai ve ark. (2017)'nin Japonya'da göçmen annelerle yaptıkları çalışmada sosyal destek aile ve özel arkadaş alt boyutları arasında fark bulunmamış olup sosyal destek arkadaş alt boyutları arasında fark saptanmıştır. Japonya'da göçmen annelerin arkadaş edinmelerinin kolay olmadığı ve bunun doğal bir sonucu olarak göçmen annelerin sosyal olarak izole hissetmeleri, iletişim sorunu yaşamaları, ırkçılığa maruz kalmaları nedeniyle arkadaş alt boyutu göçmen kadınlarda anlamlı bir sonuç vermemiştir.

Small ve ark. (2003)'ün Avustralya'da yaşayan Türk, Vietnam ve Filipinli annelerle yaptığı çalışmada sırasıyla PPD görülme prevalansı %28,8, %9,7 ve %7,6 olarak saptanmıştır. Çalışmada Türk annelerin PPD prevalansı diğer iki grup anneden daha yüksek bulunmuştur. Yazarın belirttiğine göre bu 3 grup arasındaki temel fark sosyal desteği algılama biçimidir. Göçmen olarak yaşayan kadınların sosyal desteklerinin düşük ve ailelerinden uzakta yaşamak zorunda olduklarını biliyoruz. Bu durumda 3 grup arasında aile desteğini en çok özleyen ve arayan, evlilik problemlerini en az dile getiren annelerin Türk anneler olduğu çalışmada belirtilmiştir. Ayrıca aile yapısına verilen önem kültürel bir özelliktir ve Türk toplumunda aile önemli bir yere sahiptir. Benzer şekilde Husain ve ark. (2012)'nin İngiltere'de göçmen annelerle yapmış olduğu çalışmada sosyal destek düzeyinin düşük olması PPD için risk faktörü olarak elde edilmiştir.

Arap annelerde sosyal destek genel ve alt grupları ile EDSDÖ puanları arasındaki korelasyon, Türk annelere göre daha güçlü bulunmuştur. Özellikle sosyal destek genel ve özel arkadaş alt grubunda orta düzeyde ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $r=-,508$ ,  $t=-4,89$ ;  $r=-,528$ ,

t=-5,16). Türk annelerden farklı olarak Arap annelerde aile ve özel arkadaş desteğinin PPD gelişme riski arasındaki bağlantı da istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (sırasıyla  $r=-,351$ ,  $t=-3,11$ ;  $r=-,528$ ,  $t=-5,16$ ). Bir başka deyişle göç ile birlikte ailesinden, arkadaşlarından, eşlerinden ayrılmak zorunda kalan Arap kadınlar için sosyal desteğin her türlü annelerde PPD'yi önlemede önemli yere sahiptir. Chien ve ark. (2012)'nin Tayvan'da göçmen ve yerel annelerle yapmış oldukları çalışmada göçmen annelerin ortalama sosyal destek puanı yerel annelerden daha düşük bulunmuştur. Araştırmada da belirtildiği üzere hem göçmen hem de yerel anneler için sosyal destek düzeyi PPD belirtileri için koruyucu etkiye sahiptir. Yazar, çalışmasında göçmen annelerin sosyal destek düzeylerinin belirlenip, yükseltilmesini sağlayacak müdahalelerin yapılması gerektiğini söylemiştir. Heh ve ark. (2004)'nin Tayvan'da doğum sonu dönemde olan yerel annelerle yapmış oldukları çalışmada, kadınların bu dönemde ailesi ile birlikte yaşamasının PPD belirtileri görülme riskini azalttığını saptamıştır. Çünkü Tayvanlı kadınlar için sosyal desteğin en önemli kısmını aile desteği oluşturmaktadır (Heh ve ark., 2004).

Mechakra-Tahiri ve ark. (2007)'i Kanada'da toplam 2,137 göçmen ve yerel anne ile yapmış oldukları çalışmada, sosyal destek ve postpartum depresyon arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu söylemektedir. Stewart ve ark. (2008)'nin Kanada'da yaşayan göçmen annelerle yapmış olduğu çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak göçmen annelerin Kanada'da yaşama süreleri dikkate alınmış ve Kanada'ya yeni gelmiş annelerde sosyal destek düzeyi daha düşük bulunmuştur. Bu durumun doğal bir sonucu olarak PPD görülme prevalansı bu gruptaki annelerde daha yüksek elde edilmiştir. O halde, göçmen bir anne olarak göç edilen ülkede geçirilen süre ne kadar fazlaysa o ülkenin kültürel yapısına uyum kolaylaşmakta ve kazanılan sosyal çevre ile sosyal destek düzeyi artmaktadır. Yeni göç eden anneler PPD yönünden riskli grubu oluşturmakta olup hemşirelerin anneleri PPD yönünden yaptıkları değerlendirmelerinde bu özelliği göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Stuchbery ve ark. (1998)'nin İngiliz kökenli Avustralyalı anneler, Vietnamlı ve Arap annelerden oluşan 3 farklı grup anne ile yapmış oldukları çalışmada, 316 annenin uyuğa göre sosyal destek ihtiyacı karşılaştırılmış ve sosyal destek eksikliğinin, Vietnamlı annelerde eşleri ile ilişki bağının zayıf olmasından, Arap annelerde eşlerinden kaynaklanan duygusal destek eksikliğinden ve İngiliz kökenli Avustralyalı annelerde ise

hem eř hem de annelerinden kaynaklanan duygusal destek eksiklięinden ortaya çıktıęı bulunmuřtur. Bu çalıřmada da dūřuk sosyal destek dūzeyinin postpartum depresyon görülme riskini artırdıęından söz edilmiřtir.

Araştırma sonucuna göre farklı kültürden annelerin, sosyal destek türlerini farklı şekilde algıladıklarını ve her kadının kendi kültürü dikkate alınarak değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Yapılan çalışma ile Arap asıllı göçmen ve Türk annelerde algılanan sosyal desteğin postpartum depresyon üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda;

- Arap asıllı göçmen ve Türk annelerin EDSDÖ puan ortalamaları; Arap asıllı göçmen anneler için  $12,37 \pm 6,28$  iken Türk anneler için  $8,81 \pm 5,48$  olarak saptanmıştır. Arap annelerin puanları EDSDÖ kesme noktasının biraz üzerindedir.
- PPD görülme prevalansı Türk annelerde %29, Arap annelerde %56,3 olarak bulunmuştur.
- PPD risk faktörleri, Arap annelerde çocuk sayısı, eşin ücretli bir işte çalışma durumu ve gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitme olarak saptanırken Türk anneler için bu risk faktörleri; yaş, aylık gelir düzeyi ve bebek yaşıdır.
- Arap annelerin çocuk sayı ortalaması  $2,38 \pm 1,69$  olarak bulunmuştur ve çocuk sayısı arttıkça PPD görülme riski artmaktadır.
- Arap asıllı göçmen annelerin eşlerinin %70,4'ü serbest meslek sahibi iken eşlerin hiçbiri devlet memuru değildir. Eşlerin serbest meslek sahibi olması PPD görülme riskini artırıcı bir etkiye sahiptir.
- Arap asıllı göçmen annelerin %22,5'i gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitmemiştir ve gebelik sırasında düzenli doktor kontrolüne gitmeme yani sağlık bakım hizmetlerinden yararlanamama durumu PPD görülme riskini artırmaktadır.
- Türk annelerin yaş ortalaması  $27,81 \pm 5,18$  olarak bulunmuştur. Anne yaşı yükseldikçe PPD görülme riski azalmaktadır.
- Türk annelerde aylık gelir düzeyi PPD için risk faktörü olarak belirlenmiş olup aylık gelir düzeyi azaldıkça (<1.404 aralığında yer alan annelerin PPD puan ortalaması ve standart sapması en yüksektir) PPD görülme riski artmaktadır.
- Türk annelerin bebeklerinin yaşı PPD için risk faktörü olarak belirlenmiş olup, bebek yaşı arttıkça (4-6 aylık bebeğe sahip olan ve 10-12 aylık bebeğe sahip olan annelerin PPD puan ortalaması ve standart sapması en yüksektir) PPD görülme riski artmaktadır.



- Arap asıllı göçmen ve Türk anneler için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek toplam puan ortalamaları göçmen anneler için  $50,70 \pm 19,27$  iken Türk anneler için bu ortalama  $61,41 \pm 16,51$  olarak bulunmuştur.

- Arap asıllı göçmen ve Türk anneler için uyruğa göre EDSDÖ toplam puanı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek toplam puanı arasındaki ilişki incelenmiştir. Hem Arap asıllı göçmen anneler hem de Türk annelerde EDSDÖ toplam puanı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek toplam puanı arasında negatif yönde, Türk annelerde ortanın altında, Arap annelerde ise orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r_T = -,378$ ;  $r_A = -,508$ ).

- Arap annelerde, sosyal destek aile, arkadaş ve özel arkadaş alt grubunda orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $r = -,351$ ;  $r = -,391$ ;  $r = -,528$ ). Türk annelerde sosyal destek aile ve özel arkadaş alt grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olup (sırasıyla  $r = -0,228$ ;  $r = -0,209$ ) sosyal destek arkadaş alt boyutu ile ortanın altında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -,375$ ).

## 6.2. Öneriler

Klinisyen hemşirelere öneriler:

- Bu araştırmada Türk ve Arap asıllı göçmen annelerin PPD prevalansının yüksek olduğu bulunmuştur. Annelerin gebelik öncesi, gebelik sırasını ve gebelik sonrasında PPD görülme riski açısından (EDSDÖ kullanılabilir) değerlendirilmesi ve risk faktörleri belirlenerek kültüre duyarlı ve sağlık sistemine uygun bir bakım sunmaları,

- Hemşireler hizmet verdikleri bölgelerde yaşayan Türk ve Arap annelerde risk değerlendirmesi yaparak, saptadıkları risklere ilişkin değerlendirmeleri özel dikkatlerini vererek yapmaları,

- Genelmemekle birlikte Samsun bölgesi için Türk annelerde erken yaşta evliliklerin önlenmesi, aylık gelir düzeyini artırıcı ve kadını ve ailesini güçlendirici ve bebek yaşı arttığında dahi kadını destekleyici bir bakım anlayışının geliştirilmesi ve sürdürülmesi,

- Genelmemekle birlikte Samsun bölgesi için Türk annelerde sosyal destek ve özellikle arkadaş sosyal desteğini teşvik edici; Arap annelerde ise tüm sosyal destek türlerini güçlendirici önlemleri almaları önerilmektedir.

### **Araştırmacı hemşirelere öneriler:**

- Ulusal literatürde Arap asıllı göçmen ve Türk annelerde PPD risk oranı ve risk faktörlerini belirleyen başka bir çalışma bulunmamaktadır. Arap annelerde PPD'ü önlemeye ilişkin deneysel araştırmaların yapılması,
- Bu çalışma yalnız Arap göçmen annelerle gerçekleştirilmiştir. Diğer ülkelerden ve zorunlu ya da diğer nedenlerle göç eden annelerle araştırmanın tekrarlanması,
- Benzer bir araştırmanın olasılıklı örnekleme gerçekleştirilmesi,
- Türkiye'de göçmen annelerin yoğunlukla bulunduğu başka illerde de yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- Afet ve Acil Durum (AFAD) <https://www.afad.gov.tr/>, 2017.
- Afet ve Acil Durum (AFAD). Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar, 2014. <https://www.afad.gov.tr/>, 2017.
- Aktaş G. Feminist söylemler bağlamında kadın kimliği: Erkek egemen bir toplumda kadın olmak. Edebiyat Fakültesi Dergisi 2013;30(1):53-72.
- Alhasanat D, Fry-McComish J, Yarandi HN. Risk For Postpartum Depression Among Immigrant Arabic Women in the United States: A Feasibility Study. J Midwifery Womens Health 2017;62(4):470-476.
- Alhasanat D, Fry-McComish J. Postpartum depression among immigrant and Arabic women: literature review J Immigr Minor Health 2015;17(6):1882-1894.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association 2013.
- Andrews MM, Boyle JS. Transcultural concepts in nursing care. 5th Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2008; 3-5.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2006;9(2):68-75.
- Arslan H, Gürkan ÖC, Ekşi Z, Yiğit FE. Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2006;10(10):71-79.
- Australian Nursing Council Incorporated (ANCI). Code of Professional Conduct for Nurse in Australia. Australian Nursing Council Incorporated, Canberra, ACT 2001.
- Aydın H, Tamam L. Postpartum depresyonda kültürel faktörler. Arşiv 2006;15: 291-302.
- Barın H. Türkiye'deki Suriyeli Kadınların Toplumsal Bağlamda Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Göç Araştırmaları Dergisi 2015;2(1):10-56.
- Beck CT, Driscoll J. Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide. Sudbury Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, Inc. 2006.
- Beck CT, Indman P. The many faces of postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2005;34(5):569-576.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res 2001;50(5):275-285.
- Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing 2002;27(5):282-287.

- Berlin EA, Fowkes Jr, WC. A teaching framework for cross-cultural health care—application in family practice. *West J Med* 1983;139(6):934-938.
- Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care Women Int* 2008;29(6):568-592.
- Bjerke SEY, Vangen S, Nordhagen R, Ytterdahl T, Magnus P, Stray-Pedersen B. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: prevalence and risk factors. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2008;21(12):889-894.
- Brown-Bowers A, McShane K, Wilson-Mitchell K, Gurevich M. Postpartum depression in refugee and asylum-seeking women in Canada: a critical health psychology perspective. *Health* 2015;19(3):318-335.
- Callister LC, Beckstrand RL, Corbett C. Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011; 40(4):440-449.
- Carpenito LJ, Erdemir F. Hemşirelik tanıları: el kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.
- Castles S, Miller MJ. Göçler çağı: Modern dünyada uluslararası göç hareketleri. Bal BU, Akbulut İ. Editör, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 2008;51(2):62-70.
- Ceylan V, Algan Ç, Yalçın M, Yalçın E, Akın E, Köse S. Suriyeli mülteci ve sığınmacıların çeşitli psikolojik faktörler açısından incelenmesi: Batman örnekleme. *International Journal of Social Sciences and Education Research* 2015;3(2):595-606.
- Chenoweth L, Jeon YH, Goff M, Burke C. Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. *Int Nurs Rev* 2006;53(1):34-40.
- Chien LY, Tai CJ, Yeh MC. Domestic decision-making power, social support, and postpartum depression symptoms among immigrant and native women in Taiwan. *Nurs Res* 2012;61(2):103-110.
- Collins CH, Zimmerman C, Howard LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health* 2011;14(1):3-11.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry* 1987;150(6), 782-786.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Psikiyatrik Bozukluklar, Williams Obstetrik*, G. Yıldırım, çev. Ed., 24. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2015;1204-1213.
- Çakır NB. Suriye'den Göç ve Güvenlik: Türkiye-Ürdün Karşılaştırması. *lectio socialis* 2017; 1(1):30-44.

- Çapan F, Güvenç B. Kavimler Göçü ve Batı Roma İmparatorluğu'nun Çöküşü. 21. Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017;6(18):629-640.
- Çeri V, Nasıroğlu S, Semerci B. Psikiyatrinin Penceresinden Göç ve Sağlık. Sağlık Düşüncesi Dergisi 2015;25:80-85.
- Çiçekçi B. Göç Terimleri Sözlüğü. Cenevre: Uluslararası Göç Örgütü Yayınları. [http://www.goc.gov.tr/files/files/goc\\_terimleri\\_sozlugu.pdf](http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_terimleri_sozlugu.pdf), 2009.
- Darnell LK, Hickson SV. Cultural competent patient-centered nursing care. Nursing Clinics 2015;50(1):99-108.
- Davidson M., London M., ve Ladewig P. Olds' Maternal-Newborn Nursing&Women's Health. 9th edition, United States of America, Pearson. 2012.
- Dennis CL, Merry L, Gagnon AJ. Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017;52(4):411-422.
- Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. Public Health Nurs 2007;24(2): 176-183.
- Douglas MK, Pierce JU, Rosenkoetter M, Pacquiao D, Callister LC, Hattar-Pollara M, Purnell L. Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. J Transcult Nurs 2011;22(4):317-333.
- Dulkadir D. Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacı Krizi ve Suriyelilerin İç Hukuktaki Statüleri. Doğu Anadolu Sosyal Bilimlerde Eğilimler Dergisi 2017;1(2):21-36.
- Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turkish-German Gynecol Assoc 2009;10:14-20.
- Eker D, Akar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölceğinin faktor yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği.[Factor structure, reliability and validity to the multidimensional scale of social support]. Turk Psikoloji Dergisi 1995;10, 45-55.
- Ekici S, Tuncel G. Göç ve İnsan. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi 2015; 5(1): 9-22.
- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1997;1(1):51-52.
- Enstitüsü, H. Ü. N. E. Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması [TGYONA]. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2006.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve ktiritik. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014;175.

- Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, Dennis CL. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2015;70(5): 67-82.
- Ferguson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better?. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):899-902.
- Flowers DL. Culturally competent nursing care a challenge for the 21st century. *Crit Care Nurse* 2004;24(4):48-52.
- Foulkes M. Enablers and barriers to seeking help for a postpartum mood disorder. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2011;40(4):450-457.
- Friedman SH. Postpartum psychosis. *Wiley Encyclopedia of Forensic Science*. 2009.
- Ganann R, Sword W, Black M, Carpio B. Influence of maternal birthplace on postpartum health and health services use. *J Immigr Health* 2012;14(2):223-229.
- Gardner PL, Bunton P, Edge D, Wittkowski A. The experience of postnatal depression in West African mothers living in the United Kingdom: A qualitative study. *Midwifery* 2014; 30(6), 756-763.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Miller WC. Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. *Evidence Reports/Technology Assessments*, No. 2005;119.
- Ghubash R, Abou-Saleh MT, Daradkeh TK. The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1997;32(8):474-476.
- Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *The British Journal of Psychiatry* 1997;171(1): 65-68.
- Giger JN. *Transcultural Nursing-E-Book: Assessment and Intervention*. 7th Ed., St. Louis Missouri, Elsevier Health Sciences 2016; 2-14.
- Goyal D, Wang EJ, Shen J, Wong EC, Palaniappan LP. Clinically identified postpartum depression in Asian American mothers. *JOGN Nurs* 2012;41(3):408-416.
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Göç İstatistikleri, Geçici Koruma. [http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik) , 2018.
- Göç. Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük içinde. <http://www.tdk.gov.tr>, 2018.
- Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. In *Yeni Symposium* 2012;50(3):145-154.
- Güneş F. Göç, yoksulluk ve sosyal politika, 2012. <http://www.iav.org.tr/yonetim/dosya/seminer/adanagoc3.pdf>, 2017.

- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006; 91(2):97-111.
- Heh SS, Coombes L, Bartlett H. The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *Int J Nurs Stud* 2004;41(5):573-579.
- Hemşirelik Yönetmeliği Resmi Gazete:8.3.2010-27515  
[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=745&Itemid=33](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=745&Itemid=33), 2017.
- Husain N, Cruickshank K, Husain M, Khan S, Tomenson, B, Rahman A. Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *J Affect Disord* 2012;140(3):268-276.
- Imai S, Kita S, Tobe H, Watanabe M, Nishizono-Maher A, Kamibeppu K. Postpartum depressive symptoms and their association with social support among foreign mothers in Japan at 3 to 4 months postpartum. *International journal of nursing practice* 2017;23(5):125-140.
- Inandi T, Bugdayci R, Dunder P, Sumer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(9):725-730.
- International Organization for Migration (IOM) 2009. Migration and History. [http://www.rcmvs.org/documentos/IOM\\_EMM/v1/V1S03\\_CM.pdf](http://www.rcmvs.org/documentos/IOM_EMM/v1/V1S03_CM.pdf), 2017.
- International Organization for Migration (IOM) 2015a. Facts and figures <https://www.iom.int/news/iom-releases-global-migration-trends-2015-factsheet>, 2017.
- International Organization for Migration (IOM) 2015b. Global Migration Trends Factsheet. [https://publications.iom.int/system/files/global\\_migration\\_trends\\_2015\\_factsheet.pdf](https://publications.iom.int/system/files/global_migration_trends_2015_factsheet.pdf), 2017.
- International Organization for Migration (IOM) 2017. World Migration Report. <http://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>, 2017.
- İçduygu A, Erder S, Gençkaya ÖF. Türkiye'nin uluslararası göç politikaları, 1923-2023: Ulus-devlet Oluşumundan Ulus-ötesi Dönüşümlere. *MiReKoc Araştırma Raporları*, 1, 2014.
- Jin Q, Mori E, Sakajo A. Risk factors, cross-cultural stressors and postpartum depression among immigrant Chinese women in Japan. *Int J Nurs Pract* 2016;22(S1):38-47.
- Karabey S, Bayram S. Göçlerin Ruh Sağlığına Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics* 2017;3(1):27-35.
- Karakaş NM, Güneş G, Sarıbyık M. Battalgazi'de Postpartum Depresyon Riski ve Etkili Faktörler 2014;4(1):54-62.

- Koçak Y, Terzi E. Türkiye’de göç olgusu, göç edenlerin kentlere olan etkileri ve çözüm önerileri. Kafkas Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012; 3(3):163-184.
- Kofman E, Phizacklea A, Raghuram P, Sales R. Gender and international migration in Europe: Employment, welfare and politics. 1st Ed., London and New York: Routledge 2000;23(2):22-31.
- Kurt H. Göç eğilimleri ve olası etkileri. Yönetim Bilimleri Dergisi. Journal of Administrative Sciences 2006;4(1):88-99.
- Kurumu BAA. Doğu ve Güneydoğu Anadolu’dan Terör Nedeniyle Göç Eden Ailelerin Sorunları. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yay 1998;115.
- Küçüköğlü S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(3), 921-932.
- Lansakara N, Brown SJ, Gartland D. Birth outcomes, postpartum health and primary care contacts of immigrant mothers in an Australian nulliparous pregnancy cohort study. Matern Child Health J 2010;14(5):807-816.
- Le Var RM. Improving educational preparation for transcultural health care. Nurse Educ Today 1998;18(7):519-533.
- Leininger M. Major directions for transcultural nursing: A journey into the 21st century. J Transcult Nurs 1996;7(2):28-31.
- Leininger M. Special research report: dominant culture care (EMIC) meanings and practice findings from Leininger's theory. J Transcult Nurs 1998;9(2):45-48.
- Leininger MM. What is transcultural nursing and culturally competent care. J Transcult Nurs 1999;10(2):9-19.
- Løvlie AL, Madar AA. Postpartum Depression Among Somali Women in Norway. J Immigr Minor Health 2017;19(3):638-644.
- Lowdermilk DL., Perry SE., Cashion K., Alden KR. ve Olshansky EF. Maternity & Women’s Health Care. 11th edition, United States of America, Elsevier. 2016.
- Mechakra-Tahiri S, Zunzunegui MV, Seguin L. Self-rated health and postnatal depressive symptoms among immigrant mothers in Quebec. Women Health 2007;45(4):1-17.
- Merhi R, Kazarian SS. Validation of the Arabic translation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Arabic-MSPSS) in a Lebanese community sample. Arab Journal of Psychiatry 2012;23(2):159-168.



- Nalepka CD, Coblenz MJ. Incidence of postpartum depression following antepartal intervention. *The Journal of Perinatal Education*, 1995;4(2):29-32.
- Narayanasamy A, White E. A review of transcultural nursing. *Nurse Educ Today* 2005;25(2):102-111.
- Naz Y. Türkiye'nin Uluslararası Göç Politikası Ve Uluslararası Göçün Türkiye'deki Güncel Sorunları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
- Nişancı E, Aker DY. Uluslararası Göç, Sığınmacılar ve Türkiye. *Sosyal Bilimler Metinleri* 2016;33(1):1-7.
- O'Hara MW. Postpartum depression: causes and consequences. 1st Ed., New York, Verlag New York, Inc 1995;21(3):63-74.
- O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9(3):379-407.
- O'Mahony JM, Donnelly TT, Bouchal SR, Este D. Barriers and facilitators of social supports for immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *ANS Adv Nurs Sci* 2012;35(3):42-56.
- Omeri, A. Culture care of Iranian immigrants in New South Wales, Australia: Sharing transcultural nursing knowledge. *J Transcult Nurs* 1997;8(2):5-16.
- Oral B, Çetinkaya F. Sosyolojik Bir Olgu Olarak Göç, Tanımı, Nedenleri ve Göç Kuramları. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health-Special Topic* 2017;3(1):1-8.
- Oskay Ü, Avcı Serbest N. Riskli Postpartum Dönem ve Hemşirelik Yaklaşımı. Kızılkaya Beji N. Editör, *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2016; 608-611.
- Özcan AGEDE. Çağdaş Göç Teorileri Üzerine Bir Değerlendirme. *İş ve Hayat Dergisi Ekonomi Hukuk ve Sosyal Politika* 2017;2(4):183-215.
- Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing* 2017;31(4), 420-428.
- Öztürk A. Göçlerin Kadın Sağlığına Etkileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health-Special Topic* 2017;3(1):41-48.
- Öztürk R, Kavlak O, Sevil Ü. Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012;28(3):107-116.

- Playfair RL, Salami B, Hegadoren K. Detecting antepartum and postpartum depression and anxiety symptoms and disorders in immigrant women: A scoping review of the literature. *Int J Ment Health Nurs* 2017;26(3):14–25.
- Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- Posmontier B, Horowitz AJ. Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *J Transcult Nurs* 2004; 15(1): 34-43.
- Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs* 2002; 13(3):193-196.
- Ray MA. *Transcultural caring dynamics in nursing and health care*. 2nd Ed., Philadelphia, FA Davis Company. 2016; 9-26.
- Ricci SS. *Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing*. 2nd Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Ed., Lippincott Williams & Wilkins. 2000;2646-2658.
- Sichel D, Driscoll JW. *Women's Moods: What every woman must know about hormones, the brain, and emotional health*. New York: William Morrow and Company, 1999.
- Small R, Lumley J, Yelland J. Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia. *Ethn Health* 2003;8(3):189-206.
- Sorias, O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Seminer Psikoloji Dergisi Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını* 1992;9(10):33-49.
- Stewart DE, Gagnon A, Saucier JF, Wahoush O, Dougherty G. Postpartum depression symptoms in newcomers. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2008;53(2):121-124.
- Stuchbery M, Matthey S, Barnett B. Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(10):483-490.
- Sword W, Watt S, Krueger P. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(6):717-727.
- Sylvén SM, Elenis E, Michelakos T, Larsson A, Olovsson M, Poromaa IS, Skalkidou A. Thyroid function tests at delivery and risk for postpartum depressive symptoms. *Psychoneuroendocrinology* 2013;38(7):1007-1013.

- Şimşek D. Göç Politikaları ve İnsan Güvenliği: Türkiye'deki Suriyeliler örneği. *Toplum ve Bilim* 2017;147(8):11-26.
- Tahaoğlu AE, Toğrul C, Külahçıoğlu Mİ, Öztürk BA, Balsak D, Bademkiran H, Gül E, Görkem Ü, Güngör T. Diyarbakır'da postpartum depresyonu etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi* 2015;23(1):26–36.
- Tobin CL, Di Napoli P, Beck CT. Refugee and immigrant women's experience of postpartum depression: a meta-synthesis. *Journal of Transcultural Nursing* 2018;29(1), 84-100.
- Topçu S. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Tuzcu A, Ilgaz A. "Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015;7(1): 56-67.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736>, 2017.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507>, 2017.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018. <http://www.tuik.gov.tr>, 2018.
- Ulutaş ÇÜ, Kalfa A. Göçün kadınlaşması ve göçmen kadınların örgütlenme deneyimleri. *Fe Dergi: Feminist Eleştiri* 2009;1(12):13-25.
- UN DESA 2015. International Migration Report 2015 Highlights. [http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf), 2017.
- UNHCR (2017). "Figure at a Glance". <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>, 2018.
- UNHCR (2018). "Situation Syria Regional Refugee Response.". <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria/location/36>, 2018.
- World Bank Fertility Data. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>, 2017.
- Yehia D, Callister L, Mansour A. Prevalence and predictors of postpartum depression among Arabic muslim Jordanian women serving in the military. *Perinat Neonatal Nurs* 2013;27(1):25–33.
- Yılmaz C. Kentsel Yoksulluk, Dayanışma, Güven ve Risk İlişkisinin Dönüşümü. Türkiye'de Yoksulluk Çalışmalar, Derleyen: Nurgün. Oktik, İzmir: Yakın Yayınları, 2008;163-207.

Youn H, Lee S, Han SW, Kim LY, Lee TS, Oh MJ, Cho GJ. Obstetric risk factors for depression during the postpartum period in South Korea: a nationwide study. *J Psychosom Res* 2017;102(2):15-20.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment* 1988;52(1), 30-41.



## **EKLER**

### **EK-1: Aydınlatılmış Onam**

Merhaba ismim Cansu KARADENİZ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde araştırma görevlisiyim aynı zamanda Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisiyim. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Özen KULAKAÇ danışmanlığında,“ Göçmen ve Türk Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi ”başlıklı bir araştırma yapıyorum.

Bu çalışmanın amacı göçmen ve Türk kadınlarda algılanan sosyal desteğin postpartum depresyon üzerine etkisini incelemektir. Bu araştırmadan ortaya çıkacak sonuçlar doğrultusunda göçün ve sosyal desteğin kültürel olarak farklı iki grup arasında bir fark olup olmadığını bulma amaçlanmaktadır. Araştırma ölçek yoluyla yapılacak ve tahminen 30-60 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya devam etmek istemezseniz istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Görüşme esnasında söyleyeceğiniz her şey gizli kalacaktır. Adınız ve kişisel bilgileriniz tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kesinlikle başka kişilere açıklanmayacaktır. Verileriniz isminiz açıklanmadan yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırmaya katılım bütünüyle gönüllü olmanıza bağlıdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir.

#### **Çalışmaya Katılım Onayı**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

**Tarih:**

**Katılımcı:**

Adı-Soyadı:

İmzası:

**Araştırmacı:**

Cansu KARADENİZ

e-mail: [cansu.2206@gmail.com](mailto:cansu.2206@gmail.com)

İmza:

## EK-2: Veri Toplama Formu

### SOSYO-DEMOGRAFİK ÖYKÜ

1) Yaşınız?

.....

2) Öğrenim Durumunuz :

a) Okur yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

3) Çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

4) Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir? :.....

5) Medeni Haliniz :

a) Evli b) Bekar

6) Evlenme yaşıınız :.....

7) Kaç çocuğunuz var?.....

8) Eşinizin Öğrenim Durumu:

a) Okur yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

9) Eşiniz çalışıyor mu?

a) Evet b) Hayır

10) Çalışıyorsa mesleği nedir?.....

11) Sağlık güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

12) Hanenizin aylık gelir düzeyi nedir?

a) <1.404 (asgari ücret) b) 1.404-2000 c) 2000-4000 d) >4000

13) Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

a) Eşim b) Çocuklar c) Anne ve babam d) Eşimin anne ve babası e)

Diğer(belirtiniz).....

14) Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü? Varsa tanınızı belirtiniz:

a) Hayır b) Evet .....

15) Evliliğinizden memnun musunuz?

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü



### EK-3: Arapça Bilgilendirilmiş Onam Formu

#### الأمراض النفسية عند النساء التركيات والمهاجرات بعد الولادة والدعم الاجتماعي

عزيزتي المشتركة في هذا الاستبيان نوجه لكن بعض الأسئلة المتعلقة بتأثير الدعم الاجتماعي بعد الولادة للنساء التركيات والمهاجرات، وخاصة الاكتئاب النفسي. إن إجابتك الصحيحة مهمة جدا للحصول على النتائج الواقعية تمهيدا لتقديم المساعدة. وان هذه الإجابات ستكون سرية ولن يطلع عليها الآخرون، كما لا يمكن لأحد أن يعرف اسمك أو عنوانك وهذا الاستبيان أيضا ليس اجباريا عليك.

نشكر تعاونكم معنا عبر إعطاء الإجابات الصحيحة.

الباحثة : جانسو كارادنيز Cansu KARADENIZ

العنوان :جامعة اون دو كوز مايس/ كلية العلوم الصحية

العنوان الالكتروني [cansu.2206@gmail.com](mailto:cansu.2206@gmail.com)

الهاتف 03623121919-6392



## EK-4: Arapça Veri Toplama Formu

استمارة جمع المعلومات

### المعلومات عن الوضع الاجتماعي:-

1 - كم عمرك ؟

2 - التحصيل الدراسي:

ا-غير متعلمة ب-ابتدائية ج-متوسطة د-ثانوية ه-جامعية

3 - هل تعملين ؟

ا-نعم ب-لا 4-

ما هي مهنتك ؟

5 - الحالة الاجتماعية ؟

ا-متزوجة ب-غير متزوجة 6 - ما

هو تاريخ زواجك ؟

7 - كم عدد الأولاد ؟

8 - ما هو التحصيل الدراسي لزوجك ؟

ا-غير متعلم ب-ابتدائية ج-متوسطة د-ثانوية ه-جامعة

9 - هل يعمل زوجك ؟

ا-نعم ب-لا

10 - ما هي مهنة زوجك ؟

11 - هل لديك ضمان اجتماعي ؟

12 - ما هو دخلكم الشهري ؟

ا - اقل من حد الفقر 1404 ليرة تركية

ب - 1404-2000

ج - 2000-4000

د - أكبر من 4000

13 - مع من تعيشين في البيت ؟

ا-زوج ب-أولاد ج-والد ووالدة د-والد ووالدة الزوج ه -آخرون وهم.....

14 - هل كان لديك أمراض نفسية من قبل ؟ وان وجدت ما هي ؟

ا-لا ب-نعم.....

15 - هل أنت سعيدة وراضية عن حياتك الزوجية ؟

ا-ممتاز ب-جيد ج-متوسط د-سيء ه-سيء جدا

### تفاصيل حول الحمل والولادة

1 - هل أصبحت حاملا بإرادتك ؟

ا-نعم ب-لا

2 - هل راجعت الطبيب بانتظام أثناء الحمل ؟

ا-نعم 5 مرات أو أكثر ب-لا اقل من 5 مرات

3 - كم عمر طفلك ؟

4 - ما جنس طفلك ؟

ا-أنثى ب-ذكر

5 - هل كنت تعرفين جنس طفلك قبل الحمل؟

ا-نعم ب-لا

6 - هل مرضت أثناء الحمل

ا-لا ب-نعم.....

7 - كيف كانت ولادتك؟

ا-طبيعية ب-قيصرية

8 - في أي أسبوع ولدت طفلك؟.....

9 - هل يعاني الرضيع من مرض ما؟

ا-لا ب-نعم وهو.....

10 - هل أرضعت طفلك؟

ا-نعم ب-لا

11 - إذا كان جوابك نعم للسؤال العاشر فكم مدة الرضاعة؟.....

12 - هل أنت مستمرة بالرضاعة حالياً؟

ا-نعم ب-لا

13 - هل سبق وان تعرضت للإجهاض أو أنجبت طفلاً ميتاً؟

ا-نعم ب-لا

14 - هل يساعدك احد في تربية الأولاد؟

ا-لا يوجد ب-زوجي ج-أمي د-أم زوجي ه-قريبي و-آخرون

15 - هل ترين نفسك كافية في تربية الأولاد؟

ا-نعم ب-لا

## EK-5: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

**Ad, Soyad:**

**Bebeğin yaşı:**

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 nedeni 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

## EK-6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da 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 birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.

Sizce doğruya en yakın olan rakamı (X) ile işaretleyiniz.

	Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan(örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.									
2.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.									
3.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.									
4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.									
5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.									
6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.									
7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.									
8.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.									
9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.									
10.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.									
11.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim)bana yardımcı olmaya isteklidir.									
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.									

## EK-7 : Arapça Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

### THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (TRANSLATION – ARABIC)

Full name: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

سيدي  
الرجاء أن تضعي خطأ تحت الجواب الذي يعبر بطريقة أدق عن كيفية شعورك في الأيام السبعة الماضية، وليس عن شعورك  
اليوم فحسب.

إليك مثل وقد أكمل:

لقد شعرت بأنني سعيدة

- نعم كل الأوقات

- نعم معظم الأوقات

- كلا ليس في أحوال كثيرة

- كلا أبدا

وهذا يعني : لقد شعرت بأنني سعيدة معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي. الرجاء أن تكلمي الأسئلة الأخرى بالطريقة ذاتها.

نرجو أن تضعي خطأ تحت أحد الأجوبة التالية:

#### خلال الأيام السبعة الماضية

1. لقد استطعت الشعور بالفرح والسعادة

- بالمقدار نفسه الذي استطعته قبلا

- ليس تماما بالمقدار نفسه الآن

- قطعاً ليس بالمقدار نفسه الآن

- كلا مطلقاً

2. لقد تطلعت الى الأمور بمتعة

- بالمقدار نفسه مثل أي وقت مضى

- أقل نوعاً ما مما اعتدته

- قطعاً أقل مما اعتدته

- نادراً أبداً

3. لقد لمت نفسي بدون لزوم عندما سارت الأمور على غير ما يرام

- نعم في معظم الأحيان

- نعم في بعض الأحيان

- ليس في أحوال كثيرة

- كلا أبداً

4. لقد كنت قلقة ومشغولة البال بدون سبب وجيه

- كلا أبدا
- نادرا
- نعم في بعض الأحيان
- نعم في احوال كثيرة

5. لقد شعرت بالخوف والذعر بدون سبب وجيه

- نعم أكثر الأحيان
- نعم في بعض الأحيان
- كلا ليس كثيرا
- كلا مطلقا

6. تراكمت الأعمال علي فلم أستطع القيام بها كلها

- نعم في معظم الأحيان لم أستطع أبدا القيام بها
- نعم في بعض الأحيان لم أستطع القيام بها كالمعتاد
- كلا لقد استطعت القيام بها في بعض الأحيان
- كلا لقد استطعت القيام بها كالمعتاد

7. لقد كنت غير سعيدة لدرجة أنه كانت لدي صعوبة في النوم

- نعم في معظم الأحيان
- نعم في بعض الأحيان
- ليس كثيرا
- كلا أبدا

8. لقد شعرت بأنني لست سعيدة وبأسئة

- نعم في معظم الأحيان
- نعم أكثر الأحيان
- كلا ليس أكثر الأحيان
- كلا مطلقا

9. لقد كنت غير سعيدة وأشعر بألم مرير لدرجة كنت ابكي

- نعم في معظم الأحيان
- نعم أكثر الأحيان
- فقط من وقت إلى آخر
- كلا أبدا

10. لقد خطرت لي فكرة الحاق الأذى بنفسني

- نعم في احوال كثيرة
- نعم في بعض الأحيان
- نادرا
- كلا مطلقا



## EK-8: Arapça Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

### Appendix I: Arabic version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

#### إرشادات:

يتضمن هذا الإستفتاء عدد من الإقتراحات التي تتعلق بالدعم الإجتماعي. إستعمل المعيار أدناه من 1 إلى 7 لتقييم كل بند من البنود من خلال وضع دائرة حول الرقم المناسب.

7	6	5	4	3	2	1
أوافق بشدة	أوافق	أوافق قليلا	حيادي	أعترض قليلا	أعترض باعتدال	1 أعترض بشدة

#### 1- هناك شخص مميز بجانبني عندما أحتاجه.

2- هناك شخص مميز أستطيع ان أشارك أفراحي وأحزاني معه.

3- عائلتي تحلّون مساعدي.

4- أزال مساعدة عاطفية ودعم من عائلتي.

5- هناك شخص مميز هو/هي مصدر حقيقي للراحة لي.

6- أصدقائي يحاربون مساعدي.

7- بإمكانني الإعتماد على أصدقائي عندما تجري الأمور بشكل سيء.

8- بإمكانني التحدث عن مشاكلي مع عائلتي.

9- عددي أصدقاء أستطيع ان أشارك أفراحي وأحزاني معهم.

10- هناك شخص مميز في حياتي يهتم بمشاعري.

11- عائلتي ترعب في مساعدي لإتخاذ القرارات.

12- أستطيع ان أتحديث عن مشاكلي مع أصدقائي.

## EK-9: Etik Kurul Onay Formu



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu



Sayı : 45428382-050-E.38909  
Konu : Sosyal Ve Beşeri Bilimler Etik Kurul  
Kararları Hk.

19/04/2017

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Sosyal Ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'nun 17.04.2017 tarihli toplantısında alınan 2017/84 sayılı karardan bir suret ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve söz konusu kararın ilgiliye tebliğ edilmesi hususunda gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof. Dr. Bozkurt KOÇ  
Etik Kurulu Başkanı

Ek: 2017-84

Adres:  
Telefon: Faks:  
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Ali GÜRLER  
[ali.gurler@omu.edu.tr](mailto:ali.gurler@omu.edu.tr)  
7238

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

**EK-9: Etik Kurul Onay Formu (Devam)**



**T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI**

<b>KARAR TARİHİ</b>	<b>TOPLANTI SAYISI</b>	<b>KARAR SAYISI</b>
<b>17.04.2017</b>	<b>4</b>	<b>2017/ 84</b>

**KARAR NO:**  
**2017 – 84**

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Cansu KARADENİZ'in "Göçmen ve Türk Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi" konulu yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışması okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Cansu KARADENİZ'in "Göçmen ve Türk Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi" konulu yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışmasının kabulüne oybirliği ile karar verildi.

**ASLI GİBİDİR.**

## EK-10: Kurum İzni



T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SAMSUN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN AİLE  
HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ -  
YERLEŞTİRME BİRİMİ  
14.07.2017 09:17 - 82427230 - 806.01.03 - E.474  
00048915439



Sayı : 82427230-806.01.03  
Konu : Yüksek Lisans Tezi Hk.

### VALİLİK MAKAMINA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Cansu KARADENİZ "Göçmen ve Türk Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi" konulu çalışma yapmak istemektedir.

Cansu KARADENİZ'in bilimsel çalışma yapmasını, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze bildirilmesi kaydıyla;

Olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Mustafa KASAPOĞLU  
Halk Sağlığı Müdürü

**OLUR**  
.../.../2017  
e-İmzalıdır.  
Hasan ÖZTÜRK  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

Adalet mah.100.yıl bulvarı.Eski Doğumevi binası No:232 AİLE HEKİMLİĞİ  
UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ  
Faks No:  
e-Posta:Hanife.Ozdemir2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: H.AYTAÇOĞLU  
TEL:2390040-2123

Bilgi için:Hanife AYTAÇOĞLU  
Unvan:EBE  
Telefon No:2390040-2123

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 14.07.2017 09:17 - 82427230 - 806.01.03 - E.474 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-11: Samsun Valiliği İl Göç İdaresi Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
Samsun İl Göç İdaresi Müdürlüğü



Sayı : 40109549-000-E.25248  
Konu : Tez Çalışması

12/12/2017

Sn. Cansu KARADENİZ  
(OMÜ'si Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İlgi : a) 08/12/2017 tarihli Valilik Oluru.  
b) 07/12/2017 tarihli ve 74561 sayılı dilekçeniz.

İlgi (b) sayılı dilekçeniz ile İlimize kayıtlı olarak ikamet eden Uluslar arası Koruma Basvuru Sahipleri ve Geçici Koruma Sahibi Suriye uyruklu yabancılarla ilgili olarak 07/12/2017-30/05/2018 tarihleri arası, "Göç ve Türk Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmanız ilgi (a) sayılı Valilik Oluru ile uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim.

Sinan TAŞBAŞ  
İl Göç İdaresi Müdür V.



\*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (3AvVuw-mHF7et-22m1Gu-MarCmh-EwTat15r) kodunu yazınız.

19 Mayıs Mah. Saadet Cad. No 4 İlkadım / Samsun  
Telefon No: (362)431 28 03 Faks No: (362)431 28 20  
e-Posta: [samsun@goc.gov.tr](mailto:samsun@goc.gov.tr) İnternet Adresi: <http://www.goc.gov.tr>

Bilgi için: Sabahattin TARHAN  
POLİS MEMURU  
Telefon No:

## EK-12: EDSD Ölçeği İzin Yazısı

← [Gelen Kutusuna taşı] [Düzenle] [Diğer] 1 ileli dizisinden 1. < > [Ayarlar]

Edinburgh postpartum depresyon ölçeği hakkında [Gelen Kutusu x]

[Gönderen] **Cansu Karadeniz** <cansu.2206@gmail.com> 10.03.2017 [Gönderen] [Alıcı: kueyl]

Sayın hocam, ben Cansu Karadeniz. Samsun On dokuz mayıs üniversitesi sağlık bilimleri fakültesinde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Tezimde kullanmak üzere edinburgh postpartum depresyon ölçeğinin etik iznini ve geçerlilik güvenilirliğini yaptığımız makaleyi mail yoluyla ulaştırabilir misiniz? Teşekkürler, iyi çalışmalar...

[Gönderen] **Levent Küey** <kueyl@superonline.com> 10.03.2017 [Gönderen] [Alıcı: bana]

Merhaba,  
İlginiz için teşekkür ederim.  
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu'nu araştırmalarınızda kullanabilirsiniz.  
Size ekte, hem ilgili makaleyi hem de bu ölçek kullanılarak yaptığımız iki çalışmayı daha gönderiyorum (ikinci çalışmadaki tablo basım hatası "Corrigendum" eki ile düzeltilmiştir).  
Çalışmanız sonlandığında bana da iletirseniz sevinirim.  
İyi çalışmalar dilerim.  
**Levent**

## EK-13: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzin Yazısı

← 📧 ⓘ 🗑️ Gelen Kutusuna taşı ⌨️ Diğer ▾ 4 ileti dizisinden 1. < > ⚙️

çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği hakkında 📧 Gelen Kutusu x 📄 🖨️ 🗑️

**Cansu Karadeniz** <cansu.2206@gmail.com> 2.03.2017 ☆ ↩️ ▾  
Alıcı: haluk.arkar ▾

Sayın hocam,  
Ben On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi araştırma görevlisi Cansu Karadeniz. Hocam, tezimde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğini kullanmak istiyorum. Hocam, etik iznini mail yoluyla ulaştırabilir misiniz? Şimdiden teşekkürler, iyi çalışmalar...

...

**haluk arkar** <haluk.arkar@ege.edu.tr> 6.03.2017 ☆ ↩️ ▾  
Alıcı: bana ▾

Sayın Cansu Karadeniz,  
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz.  
Başarılar dilerim.  
Prof. Dr. Haluk Arkar  
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, **12**, 17-25 (2001).

**Kimden:** "Cansu Karadeniz" <cansu.2206@gmail.com>  
**Kime:** "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>  
**Gönderilenler:** 2 Mart Perşembe 2017 12:34:14  
**Konu:** çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği hakkında

...

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Cansu KARADENİZ

**Doğum Yeri:** Ordu

**Doğum Tarihi:** 22.06.1990

**Medeni Hali:** Bekar

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu:**

Ordu Anadolu Lisesi, (2004-2008),

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, (2010-2015).

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

Polatlı Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Hemşireliği, (2015-2016),

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı-Araştırma Görevlisi, (2016-Halen).

**E-posta:** [cansu.2206@gmail.com](mailto:cansu.2206@gmail.com)



