

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**GEBELİKTE ALINAN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ,
ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE
SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN PRENATAL VE
POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Şeyma ZÜLALOĞLU YALÇIN

İstanbul, 2017

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**GEBELİKTE ALINAN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ,
ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE
SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN PRENATAL VE
POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Şeyma ZÜLALOĞLU YALÇIN

Öğrenci No:

140790141

Danışman:

Prof. Dr. Mehmet Kerem DOKSAT

İstanbul, 2017

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi, Algılanan Sosyal Destek ve Sosyodemografik Faktörlerin Prenatal ve Postpartum Depresyona Etkisi” başlıklı bu çalışmanın; akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtirim. 01.05.2017

Şeyma ZÜLALOĞLU YALÇIN

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

14.04.2017

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140790141** numaralı **Şeyma ZÜLALOĞLU YALÇIN**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi, Algılanan Sosyal Destek Ve Sosyodemografik Faktörlerin Prenatal ve Postpartum Depresyona Etkisi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 04.04.2017 tarih ve 2017/13 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile Kabul/Red veya Düzeltme kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANISMAN

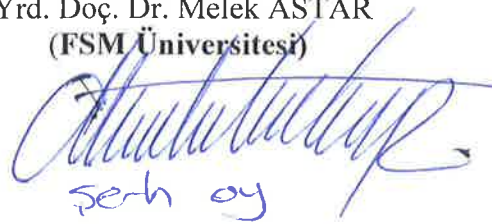
Prof. Dr. Mehmet Kerem DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR
(FSM Üniversitesi)


Şerh ay

Adı Soyadı : Şeyma ZÜLALOĞLU YALÇIN

Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Kerem DOKSAT

Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2017

Alanı : Klinik Psikoloji

Anahtar kelimeler : Doğuma Hazırlık Eğitimi, Doğum, Algılanan Sosyal Destek, Sosyodemografik Faktörler, Depresyon, Prenatal Depresyon, Postpartum Depresyon

ÖZ

GEBELİKTE ALINAN DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN PRENATAL VE POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ

Bu tez çalışmasının amacı, gebelikte alınan doğuma hazırlık eğitimi, algılanan sosyal destek ve sosyodemografik faktörlerin Prenatal ve Postpartum Depresyona etkisinin incelenmesidir.

Bu çalışma, Türkiye'nin farklı bölgelerinden gebelik döneminde ve doğumdan sonraki ilk dört haftası içerisinde olan, olasılık temelli örnekleme yöntemlerinden seçkisiz örnekleme yöntemiyle ve gönüllülük esasına göre seçilmiş, bir kısmı gebelikte doğuma hazırlık eğitimi almış bir kısmı ise almamış toplamda 110 kadınla yürütülmüştür. Bir "tarama modeli" olarak tasarlanan araştırmada üç veri toplama aracı kullanılmıştır. Birincisi, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF)'dur. İkincisi, katılımcıların depresyon riskini ölçmek amacıyla kullanılan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'dir (EDSDÖ). Son olarak da Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ) katılımcıların sosyal destek algılarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda, gebelikte doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algılarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Fakat katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algılarının sosyal destek ve sosyodemografik faktörlerden ise; eğitim durumu, meslek, evde birlikte yaşanılan kişiler ve çocuk sayısı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.



Name and Surname : Şeyma ZÜLALOĞLU YALÇIN
Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Kerem DOKSAT
Type / Date : Post Graduate (Master), 2017
Field : Clinical Psychology
Keywords : Childbirth Education, Labor, Perceived Social Support, Socio-demographic Factors, Depression, Prenatal Depression, Postpartum Depression

ABSTRACT

THE EFFECT OF CHILDBIRTH EDUCATION DURING PREGNANCY, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ON PRENATAL AND POSTPARTUM DEPRESSION

The purpose of the study was to examine the effect of childbirth education during pregnancy, perceived social support, and socio-demographic factors on Prenatal and Postpartum Depression.

This study was conducted with a total of 110 women who were pregnant during the research period and women who had completed the delivery within four weeks. The participants were selected by probability-based sampling methods with simple random sampling and on voluntary basis from different regions of Turkey and some of them had taken childbirth education during pregnancy and some of them had not. Three different data collection instruments were used in this study which is designed as a "screening model". The first one is Sociodemographic Information Form (SIF) prepared by the researcher to collect the sociodemographic information of participants. The second one is the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), which was used to measure the risk of depression. Finally, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) was used to measure participants' perceived social support.

As a result of the study, there was no statistically significant difference in the perception of the Edinburgh Postpartum Depression Scale of participants who did or did not attend childbirth education during pregnancy. However, social support and some of sociodemographic factors such as educational status, occupation, the people who they lived with at home, and the number of children they had were found to have a statistically significant difference on participants' perception of the Edinburgh Postpartum Depression Scale.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

YEMİN METNİ

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ.....v

SİMGELER LİSTESİ viii

KISALTMALAR.....ix

GİRİŞ 1

BÖLÜM I

LİTERATÜR

1.1. Depresyon 6

1.2. Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu 7

1.3. DSM-V' e Göre Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri 8

1.4. DSM-V' e Göre Doğum Zamanı (Peripartum) Başlayan Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri 10

1.5. Prenatal Depresyon..... 11

1.6. Postpartum Depresyon..... 12

1.6.1. Anelik Hüznü..... 13

1.6.2. Postpartum Panik Bozukluk..... 14

1.6.3. Postpartum Obsesif Kompulsif Bozukluk.....14

1.6.4.Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....14

1.6.5. Postpartum Psikozu.....15

1.7. Prenatal ve Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....15

1.8. Doğum	16
1.8.1. Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi	19
1.8.2. Lamaze.....	18
1.8.3. Keşkesiz Doğum	19
1.9. Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Depresyon	19
1.10. Sosyal Destek Kavramı.....	20
1.10.1. Sosyal Ağ.....	21
1.10.2. Sosyal Destek Sistemleri	21
1.10.3. Algılanan Sosyal Destek.....	22
1.11. Sosyal Destek ve Sağlık.....	22
1.11.1. Gebelikte Sosyal Destek ve Depresyon	23
1.11.2. Doğum Sonrasında Sosyal Destek ve Depresyon.....	24
1.12. Gebelik Döneminde Depresyon ve Sosyodemografik Faktörler	24
1.13. Postpartum Dönemde Depresyon ve Sosyodemografik Faktörler.....	26

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı.....	28
2.2. Araştırmanın Önemi	28
2.3. Araştırmanın Problem ve Alt Problemleri	28
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
2.5. Araştırmanın Modeli.....	29
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükleri.....	29
2.7. Sayıtlılar.....	31
2.8. Veri Toplama Araçları	31

2.8.1. Sosyodemografik Bilgi Formu(SBF):.....	32
2.8.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ):	32
2.8.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ).....	33
2.9. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması	33
2.10. İşlem.....	34
2.11. Hipotez.....	34

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	35
3.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine (EDSDÖ) İlişkin Bulgular.....	39
3.3. Ankete Katılan Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine (EDSDÖ) İlişkin Görüşlerinin Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi	41
3.4. Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulgular	51

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

4.1. Tartışma	58
4.2 Öneriler	63
4.3 Sonuç	65
KAYNAKÇA	67

EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	83
Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF).....	84

Ek-3 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	89
Ek-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ).....	92



TABLolar

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri.....	35
Tablo 3.2 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	39
Tablo 3.3 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Yaş Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	42
Tablo 3.4 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Yaşanılan Bölge Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	42
Tablo 3.5 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin İsteyerek Hamile Kalma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	43
Tablo 3.6 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Gebelik Döneminde Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	43
Tablo 3.7 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	44
Tablo 3.8 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	44
Tablo 3.9 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Meslek Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	45

Tablo 3.10 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Evlilik Süresi Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	46
Tablo 3.11 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Ekonomik Düzey Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları	46
Tablo 3.12 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Evde Birlikte Yaşanılan Kişilere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	47
Tablo 3.13 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumu Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	47
Tablo 3.14 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	48
Tablo 3.15 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Gebelik Süresi Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	49
Tablo 3.16 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Doğumdan Sonraki Süre Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	49
Tablo 3.17 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Doğum Şekli Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	50
Tablo 3.18 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Bebeği Besleme Şekli Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları.....	50

Tablo 3.19 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Depresyon Geçirme Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	51
Tablo 3.20 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	51
Tablo 3.21 Depresyon ile Sosyal Destek Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirleyen Spearman's Korelasyon Katsayısı Sonuçları.....	56



SİMGELER

N : Denek Sayısı

p : Anlamlılık Düzeyi

r : Korelasyon Değeri

SS : Standart Sapma



KISALTMALAR

EDSDÖ : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu

SBF : Sosyodemografik Bilgi Formu

PPD : Post Partum Depresyon

MDB :Majör Depresif Bozukluk

PTSSB : Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu

PPP : Postpartum Psikoza

GİRİŞ

Doğum; her coğrafyada, her kültürde hiç sonlanmadan varlığını sürdüren, gebelikle başlayan bir sürecin son aşaması olurken diğer yandan kadının anne olarak adlandırılmasına ise bir başlangıç teşkil eder. Gebelik ve doğum genellikle olumlu ve tatmin edici tecrübeler olsa da, “kadınların bir kısmı için bazı duygusal sorunlara neden olabilmektedirler. Gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemde en çok karşılaşılan duygusal sorun depresyondur. Postpartum Depresyon (PPD), DSM V’te, DSM-IV-TR’den farklı olarak Depresyon Bozuklukları içerisinde ve “doğum zamanı (peripartum) başlayan” ifadesi ile tanımlanmaktadır. Gebelik döneminde ve doğum sonrasında yaşanan depresyon birbiriyle etkileşim içerisinde. Dolayısıyla Prenatal (Gebelik Dönemi) ve Postpartum (Doğum Sonrası) Depresyonu bir başlık içinde değerlendirmek gerekmektedir. Gebelik döneminde yaşanan bir depresyon, doğum sonrasında depresyon gelişmesi açısından en önemli risk faktörü olarak tespit edilmiştir (Bilzsta ve ark., 2008).

Yapılan çalışmalarda gebelik süresi içinde depresyon tanısı alan kadınların doğumdan sonra depresyon yaşama ihtimalleri %50’nin üzerinde olarak bulunmuştur (Bilzsta ve ark., 2008; Heron, 2004). Bunlara ek olarak Chandran (2002) Hindistan’da yaptığı çalışmada, gebeliğin son üç ayında depresyon oranının aynı ama PPD şiddetinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Yine bu çalışmada hastaların 2/3’ünün doğum öncesi dönemde depresyon tanısı aldığı saptanmıştır. Ayrıca Prenatal diğer bir adıyla Gebelik Depresyonu’nun PPD gelişimi için risk faktörü olabileceği belirtilmiştir.

Lee ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada PPD tanısı alan bir kadının, sonraki beş yıl içerisinde tekrar bir depresyon atağı geçirme olasılığının, depresyon geçirmeyenlerin iki katı olduğu saptanmıştır. Postpartum diğer bir adıyla Doğum Sonrası Depresyonu, klinik, etiyoloji ve tedavi seçenekleri bakımından majör depresyonla benzerdir. Fakat ne yazık ki PPD geçirenlerin yaklaşık %50’si tanı alamamakta dolayısıyla tedavisiz kalmaktadır (Moses-Kolko, ve Roth, 2004; Dennis, Ross, 2006). Ayrıca doğumun hemen ardından gelen emzirme dönemi ve doğumdan

sonraki ilk bir yıl psikiyatrik tabloların görülmesi bakımından önemsenmelidir (Yıldırım ve ark., 2004). Epidemiyolojik çalışmalar sonucunda da ciddi ruhsal hastalıkların gebelik dönemine kıyasla doğum sonrası dönemde üç veya dört kez daha fazla ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Deveci ve ark., 2005; Ayvaz S. ve ark., 2006).

Literatürde doğuma hazırlık eğitimi, sosyal destek ve sosyodemografik faktörler ve depresyonun etkileşimi ile ilgili yapılan çalışmalar şu şekildedir:

- **Doğuma Hazırlık Eğitimi:** Doğuma hazırlık eğitimi bireyi hem fiziksel hem de psikolojik anlamda doğuma ve doğum sonrası sürece hazırlayabilmektedir. Melender (2002), Saisto ve arkadaşlarının (2006) da yaptığı çalışmalar, gebelik döneminde doğuma hazırlık için verilen eğitimlerin doğuma dair var olan negatif algının ve stres seviyesinin düşürülmesine katkıda bulunduğunu göstermiştir. Ayrıca, doğuma hazırlık kurslarının gebeler üzerindeki etkisini inceleyen bir başka çalışma da doğuma hazırlık eğitime katılan gebelerin kaygı ve depresyonun seviyelerinin almayanlara nazaran daha düşük olduğunu saptamıştır (Ayan ve ark., 2009).

- **Sosyal Destek Kavramı:** Sosyal destek kavramı ve depresyonla ilgili yapılmış birçok araştırma mevcuttur. Xie ve arkadaşlarının (2009) çalışmasına göre sosyal desteğin eksik olması ya da hiç olmaması gebelik ve doğum sonrası depresyonu gelişimi için güçlü bir risk faktörüdür. Aktaş ve arkadaşları da (2009) gebelik, sosyal destek ve depresyonla ilgili yaptıkları çalışmada sosyal destek sistemleri ve gebelik depresyonu arasında kuvvetli ve negatif etkileşim olduğunu bulmuşlardır. Karşılaşılan sorunlar ve problemlerle baş etmede sosyal desteğin önemli bir etken olduğunu savunan Leung ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışma, doğum sonrası aile, eş, bilgi v.b. sosyal destek kaynaklarının PPD yaşama ihtimalini düşürdüğünü göstermiştir.

- **Sosyodemografik Faktörler:** Prenatal ve Postpartum Depresyonu etkileyen sosyodemografik faktörlerle ilgili yapılmış çok sayıda çalışma mevcuttur. Gebelik dönemindeki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada prenatal depresyonunun en fazla ilk üç ayda görüldüğü ve bunun nedeninin de istenmeyen

gebelik olması, eğitim ve gelir düzeylerinin düşük olması ve çalışmama veya çalışılan işin gelir getiremiyor olması değişkenleriyle ilişkili olduğunu tespit edilmiştir (Bunevicius ve ark.,2009). İnandı'nın (2002) Türkiye'de yapılan bir çalışma PPD'nin gelişimindeki yüksek risk etkenlerinin de Prenatal Depresyonunkine benzer şekilde; "iş sahibi olmama, eğitim seviyesinin düşük olması, fakirlik, aile içi ilişkilerinin yetersiz olması, evlilik yaşının düşük olması, sağlık hizmetlerinden yeterli miktarda faydalanılamıyor olması, ruhsal bozukluklar, istenmemiş bir gebeliğin olması, doğumdan önce verilen bakımın yeterli olmaması, gebelik yaşının erken olması ve gebelikte düşük doğum yapma" olduğunu göstermiştir.

Prenatal ve Postpartum Depresyonu sadece depresyon yaşayan bireyi değil başta bebek olmak üzere onun yakın çevresini de derinden etkilemektedir. Tedavisiz kalmış bir PPD vakasının çocuğunda bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (Boyd ve ark., 2005; Murray ve ark., 2003). Ayrıca, gebelik döneminde depresyon geçirmiş annelerin çocuklarının 13 yaşına kadar izlendiği bir çalışmada anksiyete ve depresif bozuklukların en yüksek oranda olduğu çocukların özellikle geç tanı konan ve depresyonu kronikleşmiş annelerin çocukları olduğunu görülmüştür (Halligan ve ark., 2004). Tüm bu bilgiler, bu alanda yapılan çalışmaların hem bireysel hem de toplumsal anlamda fayda sağlayacağını göstermektedir.

Araştırmanın Konusu

Gebelik döneminin olduğu gibi doğum sonrası dönemin de hem anne hem de bebek sağlığı açısından dikkate alınması gerekir. Dolayısıyla her iki dönemin de üzerinde durulması elzemdir. Bu süreçleri güzel ya da kötü geçirmek bazı etmenlere bağlı olabilmektedir. Bu tez çerçevesinde araştırılan etmenler; gebelikte alınan doğuma hazırlık eğitimi, algılanan sosyal destek ve sosyodemografik faktörlerdir. Araştırmamızda bu etmenlerin Prenatal ve Postpartum Depresyon üzerindeki etkilerini tespit etmeye çalışacağız.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Doğum oranının oldukça yüksek olduğu ülkemizde, prenatal dönem ve postpartum dönemde verilen desteğin herhangi bir standarda bağlı olmayışı gerek risk grubundaki gebelerin fark edilmesini gerekse uygun zamanda doğru müdahalede bulunabilmesini zorlaştırmaktadır. Durum böyle olunca hem Prenatal hem de Postpartum Depresyon görülme ihtimali de artmakta ve bu konuda yapılan müdahaleler gecikebilmektedir. Bu durumun iyileştirilmesi için öncelikle sınırlı sayıda yapılan araştırmaların çoğaltılması gerekir.

Araştırmadaki temel amaç, gebelik döneminde doğuma hazırlık eğitimi alınıp alınmamasının, gebelik ve doğum sonrası dönemde çevreden alınan sosyal desteğin ve bazı sosyodemografik faktörlerin Prenatal ve Postpartum Depresyon üzerindeki etkisini inceleyerek, bu faktörlerin önemini ortaya koymak ve dolaylı olarak toplumumuzda görülen Postpartum Depresyon sıklığının düşürülmesine bir katkı sunabilmektir.

Literatürde sadece gebelik döneminde veya sadece doğum sonrası dönemde kadının ruhsal durumu üzerinde etkili olan faktörlerle ilgili yapılan çalışmalar, gebelik ve doğum sonrası dönemleri bir arada ele alan çalışmalardan sayıca çok daha fazladır. Araştırmamızdaki örneklem grubu hem gebeleri hem de doğum sonrası dönemdeki kadınları kapsamaktadır. Ayrıca üzerinde kısıtlı sayıda araştırma yapılmış olan Doğuma Hazırlık Eğitimi'nin de Prenatal ve Postpartum Depresyon üzerine olan etkisini de incelemekteyiz. Tüm bu özellikler de araştırmamızın, kapsam ve içerik bakımından yapılmış az sayıdaki çalışma arasına girmesini sağlamaktadır.

Tanımlar

Doğuma Hazırlık Eğitimi: Gebelik döneminde verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin temel amacı; gebe ve ailesinin doğum ilgili korku ve kaygılarını sükûnet ve neşeye dönüştürmektir. Eğitimin içeriği şu şekildedir; “Doğumla ilgili ihtiyaç duyduğunuz kadar bilgi, beden ve bebeğin mükemmel uyumu, sağlıklı doğuma götüren kanıta dayalı 6 uygulama, aktif ve doğal doğum teknikleri, ideal doğum

ortamları, anne-bebek-baba dostu sezaryen uygulamaları, babalara 'Doğumda Destek' eğitimi, doğum müdahaleleri, nefes teknikleri, gevşeme ve imgeleme teknikleri, role-play ile doğum provası, ilaç dışı rahatlatıcı teknikler ve doğum masajı". (<http://dogumakademisi.com/tr/egitim-ve-hizmet/program-icerigi/40>).

Algılanan Sosyal Destek: Bireydeki algılanan sosyal destek, kendisini ne kadar değerli hissettiğiyle ilgilidir. Çevresindeki insanların onu sevdiğini, onlardan saygı gördüğünü, ihtiyaç hissettiğinde destek alabileceğini ve ilişkilerinin tatmin edici olduğunu düşünen kişilerde algılanan sosyal destek daha yüksektir (Özgür, 1991).

Sosyodemografik Faktörler: Kişinin yaşı, etnik grubu, mesleği, eğitim düzeyi, medeni hali vb. gibi özelliklerine sosyodemografik özellikleri denir.

Postpartum Depresyon: PPD doğumdan sonraki ilk yılı içerisinde olan kadınlar için (hiç depresyon tanısı almamış kadınların 45-65%'i); tanı konamamış, doğumun en yaygın komplikasyonu ve en yaygın perinatal psikiyatrik bozukluk olması gibi özellikleriyle büyük risk teşkil etmektedir (Moses-Kolko ve ark., 2004).

Prenatal Depresyon: Prenatal depresyon gebeyi ve bebeği ruhsal ve fiziksel olarak etkileyen ve oldukça yaygın olan bir depresyon çeşididir. Gebelik depresyonu ve gebelikte depresyona ait belirtiler %12-36 aralığında yaygınlık gösterir. Gebelik depresyonunun oluşumunda başlıca; hormonal, biyolojik, psikolojik, genetik ve çevresel faktörler etkilidir (Yeşilçiçek, ve Aktaş, 2011).

BÖLÜM I

LİTERATÜR

Bu bölümde, tez konusuyla ilintili olarak literatürde Prenatal ve Postpartum Depresyon üzerinde etkisi olan faktörleri inceleyen çalışmalar ve ilişkili kavramlar verilmiştir.

1.1. Depresyon

Depresyon, neden olan faktörler, gidişatı ve tedavisi düşünüldüğünde oldukça karmaşık bir bozukluktur. Depresyon sadece bir ruhsal çöküntü değil aynı zamanda belirtiler ve bulgular kümesidir. Preskorn (1999)ve Najman (2000) yaptıkları çalışmalarda depresyonun genel anlamdaki belirtilerinin; üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama olduğunu bildirmişlerdir. Depresyon, bebeklik, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık olmak üzere hayatın her döneminde çeşitli şekillerde görülebilir. Örneklendirecek olursak; anne yokluğunda bebekte buna bağlı anaklitik depresyon görülebilir ya da ergenlikte intihar eğiliminin yüksek olduğu şekilde de görülmesi mümkündür (Colman ve ark., 2007). Yaş ilerledikçe artan sağlık problemleri (kalp yetmezliği v.b.) veya bazı nörolojik hastalıklar nedeniyle majör depresyon daha sık görülmeye başlanmaktadır (Califf ve ark., 2007).

Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığının oranı %5-11 arasındadır. Yapılan araştırmalarda majör depresyonun, yaşanan coğrafya ya da mevcut kültüre bağlı olmaksızın kadınlarda görülme oranının erkeklerin iki katı olarak gözlemlenmiştir (Sadock ve Sadock, 2003). Ayrıca alt sosyo-ekonomik düzeyde ve genç yetişkinlerde daha çok rastlanır. Yaşamlarında bir kez depresyon tanısı alanların

bir yıl içerisinde %80 oranında nüks yaşama ihtimali mevcuttur ve %15'inin depresyonu iki yıldan daha uzun sürerek kronik bir bozukluk haline gelir (Davison ve Neale, 1974/2004). 20-40 yaş arası hastalık başlangıcının en yüksek olduğu dönemdir. Ergenlik çağı öncesinde kız ve erkek çocuklarda eşit dağılım görülürken, ergenlik ve yetişkinlik çağlarında kadınlarda depresyon oranı erkeklerin iki-üç katı olarak tespit edilmiştir (Noble, 2005). Kadınlarda yüksek çıkan bu fark ilk olarak ergenlik döneminde kendini gösterir ve menopoz döneminin ardından düşüşe geçer (Gobbard, 1995). Karşı cinsler arasında görülen bu farklılığın bir nedeni de psikososyal etkenlerdir. Çağımızda kadınlar anne, ev hanımı, eş ve iş kadını gibi toplumsal ve kültürel kalıpların ağırlığıyla maddi ve manevi büyük yük taşımaktadırlar (Savrun, 1999). Diğer bir neden de kadınların daha sık sağlık kuruluşlarına başvurarak yardım alma eğilimleri olabilir. Ayrıca kadınlar minör depresyon için de uzmanlardan yardım talebinde bulunurlar fakat erkekler ancak depresif belirtiler ilerledikten ve ağırlaştıktan sonra ve yakın çevrelerinin ısrarlarıyla ilgili merkezlere giderler (Gelder ve ark., 1996).

Depresyonun etiyolojisi ve fizyopatolojisine dair yapılan birçok araştırmaya rağmen bu durumun gerçek sebebi net olarak tespit edilememiştir. Ancak depresyonun oluşmasında psikodinamik, psikososyal, genetik ve biyokimyasal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Elbert ve ark., 2003).

DSM-5'de Depresyon Bozuklukları içerisinde Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu görülme sıklığı en yüksek olanıdır. Hayatları boyunca kadınlarda görülme olasılığı %10-25 iken erkeklerde ise %5-12 arasındadır. Çeşitlilik göstermekle birlikte genel olarak semptomları; enerji azlığı, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, anhedoni, ajitasyondur. Depresyonda olan kişinin günlük hayatındaki işlevselliği bozulur ve 'çökkün' bir mizaç içindedir (Köroğlu, 2004).

1.2. Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu

Majör Depresif Bozukluk (MDB) güçlü bir stresör olup kişinin hayat kalitesini ve verimliliğini düşürmekle beraber onu her türlü psikosomatik, organik ve

kötü hastalıklara da açık hale getirebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bile MDB vakalarının sadece %15 kadarı bir psikiyatrya giderek doğru tedavi görebilmektedir. Ülkemizde ise ne yazık ki bu oranın çok daha düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bio-psiko-sosyo-kültürel (bütüncül) yaklaşımla bakıldığı takdirde depresyonun sadece bir beyin bozukluğu değil, bütün organizmanın, hatta kişinin yakın çevresinin bir hastalığı olduğu daha iyi görülecektir. Bu bilgiler ışığında belki de MBD dünyanın en önemli sağlık sorunudur diyebiliriz (Doksat, 1999).

Majör depresyonun etiolojisi tam olarak bilinmemektedir fakat biyolojik ve psikososyal etkenler etkilidir. Biyolojik etkenler grubu içerisinde en çok aminler, norepinefrin ve seratonin etkilidir. Psikososyal etkenlerde ise çocukluk çağında aile büyüklerinin vefatı, erişkinlik döneminde de boşanma ve eşin vefatı gibi yaşam olayları depresyona sebep olan en önemlileridir (Köroğlu, 2004).

1.3. Dsm-5 Yeğın (Majör) Depresyon Tanı Kriterleri

Köroğlu E. tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmış olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskısı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nda (2013) Yeğın (Majör) Depresyon'un Tanı Kriterleri şu şekildedir:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygu durum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarının gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sannsal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarımsızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batıklık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (Köroğlu, 2013).

1.4. Dsm-5 Doğum Zamanı (Peripartum) Başlayan Depresyon Tanı Kriterleri

DSM-IV-TR'den farklı olarak Postpartum Depresyon, DSM-5'de Depresyon Bozuklukları içinde yer almakta ve “doğum zamanı (peripartum) başlayan” belirleyicisi ile tanımlanmaktadır.

Köroğlu E. tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmış olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskısı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nda (2013) Doğum Zamanı (Peripartum) Başlayan Depresyon Tanı Kriterleri şu şekildedir:

Duygudurum belirtileri, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, o sıradaki yeğin depresyon dönemi için ya da tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanmıyorsa, en son yeğin depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılabilir.

Not: Duygudurum dönemleri gebelik sırasında ya da doğum sonrası başlamış olabilir. Doğum sonrası izlem süresine göre öngörüler değişmekle birlikte, kadınların % 3-6'sının gebelik sırasında ya da doğum sonrası haftalar ya da aylar içinde yeğin (majör) depresyon dönemi geçireceği öngörülmektedir. “Doğum sonrası (postpartum)” yeğin depresyon dönemlerinin yüzde 50'si gerçekte doğum öncesi başlar. Dolayısıyla, bu dönemler, topluca, doğum zamanı (peripartum) dönemler olarak adlandırılır. Doğum zamanı yeğin depresyon dönemleri olan kadınlarda çoğu zaman ağır kaygı, hatta panik atakları olur. İleriye dönük çalışmalar, gebelik sırasında duygudurum ve kaygı belirtilerinin yanı sıra “bebek üzücü”nünde, doğum sonrası yeğin depresyon dönemi geçirme olasılığını artırdığını göstermiştir.(Koroğlu, 2013).

1.5. Prenatal Depresyon

Prenatal depresyon hem gebeyi hem de bebeği ruhsal ve fiziksel olarak etkileyen ve oldukça yaygın olan bir depresyon çeşididir. Gebelik depresyonu ve gebelikte depresif belirtiler %12-36 aralığında yaygınlık gösterir. Gebelik depresyonunun oluşumunda başlıca; biyolojik, psikolojik, genetik, çevresel ve hormonal faktörler etkilidir (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011).Gebelikte depresyon, doğumun zor olması, doğumda yapılan cerrahi müdahalelere daha çok ihtiyaç duyulması, fetüsün haftasına göre olması gerekenden daha küçük olması, bebeğin doğum kilosunun az olması gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Gebelikte depresyonun önemini artıran diğer bir nokta da canına kıymaya kalkışma ve PPD yaşama ihtimalini yükseltme potansiyelinin olmasıdır. Dolayısıyla Prepartum Depresyonuna erken tanı konması ve gerekli tedavinin gerçekleştirilmesi hem gebeyi hem de bebeği oluşabilecek risklerden koruyacaktır (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011).

Ayrıca, yapılan bazı araştırmalarda (Bödecs ve ark, 2009), depresyon yaşayan gebelerin, tamamına yakınında anksiyeteye de rastlanmıştır. Benzer bir çalışmada da anksiyetenin prenatal depresyon yaşama ihtimalini artırdığı saptanmışlardır (Karaçam ve Ançel, 2009). Diğer bir önemli depresyon sebebi de gebelerdeki doğum korkusu olabilmektedir (Sidebotham, 2008).

Bazı kültürlerde gebelik depresyonun sıklığı oranları şoyledir; Macaristan'da %17,9(Bödecs ve ark., 2009), Amerika'da %20 (Marcus ve ark., 2003), Kanada'da %25 (Da Costa ve ark., 2000), Finlandiya'da %30 (Kurki ve ark., 2000). Türkiye'de gebelik depresyonun sıklığına dair az sayıda yapılan çalışmalardan birinde uygulanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) sonuçlarına göre; Karaçam ve Ançel (2009) %27,3, Altınay (1999) %27,9, Sevindik (2005) %36,3 oranından gebelik döneminde depresif belirti görülme sıklığını tespit etmişlerdir. Gölbaşı ve arkadaşları (2007) ise çalışmalarında kullandıkları Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) puanlarına göre gebelik döneminde görülen depresif belirtilerin sıklığını %28,6 olarak bulmuşlardır.

Ayrıca, gebelik trimesterleri de gebelik döneminde görülen depresif belirtilerin sıklığını etkilemektedirler. Bennet ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada depresyonun; gebeliğin birinci döneminde (ilk trimester) %7.4, ikinci döneminde (ikinci trimester) %12.8 ve üçncd öneminde (ünc trimester) %12 oranlarında görüldüğü saptanmıştır. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) depresyon sıklığını araştıran çalışmalarında, gebelik haftası 36 ve üzerinde olan gebelerin %42,3'ünün hafif, %39,4'ünün orta ve %18,3'ünün şiddetli ve ağır depresyon belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır.

1.6. Postpartum Depresyon

Doğum Sonrası Depresyonu diğer bir adıyla Postpartum Depresyon (PPD) doğum sonrası dönemdeki kadınların yaklaşık 15%'ini etkilemesine rağmen çoğu vaka tanı alamamaktadır. 214 yeni anne üzerinde yapılan bir çalışmada, 86 kişi yüksek seviyede depresyon semptomu (40.2%) göstermiştir. Fakat sadece 25'i

(11,7%) depresyon tanısı almıştır (Hendrick Victoria, 2003). PPD doğumdan sonraki ilk yılı içerisinde olan kadınlar için (hiç depresyon tanısı almamış kadınların %45-65'i); tanı konamamış, doğumun en yaygın komplikasyonu ve en yaygın perinatal psikiyatrik bozukluk olması gibi özellikleriyle büyük risk teşkil etmektedir (Moses-Kolko ve ark., 2004). Kadınların birçoğunun tanı alamamalarının sebebi büyük ihtimalle toplumda “mutsuz anne” olarak etiketlenmek istememelerinden kaynaklanmaktadır (Kabir ve ark., 2008). Bu kadınlar için PPD damgası utanma, korku, mahcubiyet ve suçluluk duygularına neden olur (Beck, 2006).

Postpartum Depresyon terim olarak doğumu takip eden birçok duygu durum bozukluklarına adeta şemsiye işlevi görmektedir. Bu bozukluklarla bazı semptomlar yönünden kesişmeler de onları ayıran belirleyici özellikleri de mevcuttur. Fakat birbirinden çok farklı tedaviler gerektiren yahut hiç tedaviye ihtiyaç duyulmayacak olan tüm bu duygu durum bozukluklarını birbirinden ayırmak oldukça önemlidir.

1.6.1. Annelik Hüznü

Yeni anne olan kadınlarda çok yaygın görülür (50-80%) . Beşinci günde en yüksek seviyesine ulaşır ve tamamen geçmesi 10-14 günü bulur (Sara Thurgood ve ark., 2009). Semptomlar hafif düzeyde olduğu için müdahale gerektirmeyebilir (Miller ve Rukstalis, 1999). Annelik hüznü olan kişide ağlama, bitkinlik, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygu durumunda hızlı değişiklikler, yoğunlaşma güçlüğü, eleştiriye aşırı duyarlılık, kayıp ve keder duyguları görülür (Sara Thurgood ve ark., 2009). Annelik hüznünün semptomlarının iki haftadan uzun sürmesi PPD için risk faktörü oluşturur (Sara Thurgood ve ark., 2009). Ayrıca Postpartum 1. Yılda %20 oranında majör depresyon geliştirilmesi ihtimali vardır (Campbell ve ark., 1992). Annelik hüznü ve PPD arasındaki en önemli fark annelik hüznünün kısa sürmesi, annelik rolünün işleyişine müdahale etmemesi ve tedavi istemeyen, kendi kendini sınırlayan bir bozukluk olmasıdır (Moses-Kolko ve ark., 2004).

1.6.2. Postpartum Panik Bozukluk

Şayet anne hayatında ilk kez panik atak geçirdiyse Postpartum panik bozukluk tanısı alır. Kişi çarpıntı, terleme, göğüs ağrısı, nefes darlığı, uyuşukluk, baş dönmesi, başın çarpması, ölüm korkusu ve kontrolü kaybetme gibi yoğun korku dönemleri yaşar. Semptomlar atağın başlangıcından sonraki on dakika içerisinde en yüksek seviyesine ulaşır (Beck, 2006).

1.6.3. Postpartum Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Semptom olarak davranışlarla birlikte obsesif, istenmeyen düşünceler görülür. Kadınlar takıntılarını kendi düşünceleri ve hisleri gibi algılayabilirler bunun yanlış olduğunu anlamaları önemli bir noktadır. Hatta bazen düşüncelerinin gerçeğe dönüşebileceği durumlardan kaçınmak için ayrıntılı planlar oluşturabilirler. Bütün bıçakları evden çıkarmak ya da bebeğin altı kuru olsa bile bezini değiştirmek gibi (Horowitz ve June Andrews, 2005).

1.6.4. Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu (PTSSB)

Doğumda annede veya bebekte ciddi yaralanmalar veya ölümden kaynaklanan doğum travması sonucunda PTSSB oluşur. Doğum yapan tüm kadınların 5,6%'sında görülmektedir ve genelde hastanedeki süreçte meydana gelen güçsüzlük hisleri ya da ihmal edilen duygusal ihtiyaçlardan kaynaklanır. Semptom olarak, kabuslar, abartılı irkilme tepkisi, geri bildirimler, öfke, uyku ve/veya konsantrasyon zorluğu görülebilir. Kadınlar doğumlarının acısı ve stresinden, doğum yaptıkları hastanenin yakınından bile geçmekten kaçınır hale gelebilecek kadar etkilenebilirler (Beck, 2006).

1.6.5. Postpartum Psikoza (PPP)

Postpartum Psikoza diğerk duygu durum bozukları arasında en ağır ama aynı zamanda en az rastlanandır. Bin kişi arasında bir ya da iki kişide görölür ve doğumdan sonraki 3 ay içerisinde olur. Postpartum psikozun hayal kırıklığı, işitsel ve görsel varsanılar, karışıklık, yemek yeme ya da uyku yetersizliği, heyecanlanma, hızlı konuşma, hızlı ruh hali değışiklikleri, paranoya ve intihar ve / veya bebeği öldürme düşünceleri ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. PPP derhal hastaneye yatış ve tedavi gerektirir (Beck, 2006). PPP bipolar bozukluk ile kuvvetli bir bağı vardır. Postpartum psikoza olan kadınlar düşüncelerinin ve hislerinin kendilerine ait olduğunun farkında değıllerdir ve genellikle sanrılı olan eğilimleri üzerinden hareket ederler. Maalesef bunların% 5'i bebeği öldürme ve/veya intihar ile sonuçlanır (Abell ve Sue, 2007). Bebeğini öldüren kadınların 62%'si intihar eder. Şiddetine rağmen PPP tanısı alan ve tedavi edilen kadınlar iyi bir prognoza sahiptir ve sıklıkla düzelme yönünde ilerlerler (Beck, 2006).

1.7. Prenatal ve Postpartum Depresyon Arasındaki İlişi

Prenatal (gebelik dönemi) ve postpartum (doğum sonrası) depresyonun gerçekteştiği dönem topluca peripartum dönem olarak adlandırılır. Prenatal dönem anne ve bebek için oldukça önemlidir. Prenatal depresyon, bebeği ve gebeyi olumsuz etkilemesinden ve postpartum depresyona neden olmasından dolayı ciddiye alınmalıdır (Ayvaz, 2006). Gebelikteki depresyonun postpartum dönemde de devam etme ihtimali yüksektir. Şayet depresyon devam ederse, bebeğin fiziksel, bilişsel, duygusal ve ruhsal sağlığında problemlerin oluşması gibi olumsuz etkilerle yüz yüze kalma ihtimali de artmaktadır (Field, 2004).

Tüm bu olumsuz sonuç ve etkilere ek olarak gebelik depresyonunun postpartum depresyon riskini yaklaşık olarak 6,5 kat gibi büyük bir oranda artırdığı bulunmuştur (Bowen, 2006).

Yapılan çeşitli araştırmalar prenatal ve postpartum depresyon arasında negatif ve kuvvetli bir ilişi olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla prenatal depresyonun

erken teşhis ve tedavisi postpartum depresyon sıklığının düşürülmesinde yardımcı olacaktır. Ayrıca yapılan çalışmalar depresyonun sadece bireyi değil eş, çocuk ve bireyin yakın çevresini de olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu da gösteriyor ki prenatal ve Postpartum depresyonu engelleme çalışmaları, erken teşhis ve tedavi sonucunda daha sağlıklı anneler, aileler dolayısıyla toplumlar olacaktır.

1.8. Doğum

Tarihsel süreç içerisinde, gelişen teknoloji ve medikal bakımın etkisiyle aslında doğal olması kaçınılmaz olan doğum olayı gereksiz müdahalelerden nasibini almıştır.

Kişinin doğum algısında inançlar, ailenin ve toplumun standartları, sağlık bakım sistemi ve sistemin uygulanmasını kapsayan kültür çok etkilidir. Doğum ağrısı çocuğun dünyaya gelişi gibi çok pozitif bir nedenden kaynaklandığı için hastalık veya cerrahi bir müdahalenin neden olduğu ağrıyla aynı değildir (Arney ve Neill, 1982; Berkitan, 2008; Kadayıfçı, 2005). Doğum ağrılarını kontrol altına alarak, doğumu sağlıklı bir şekilde gerçekleştirmeye çalışmak amacıyla anestezi, eskiden beri tedavi araçlarının bir parçası olmuştur. 19.yy da ilk olarak Sir James ve Simpson, sonrasında da karşıt görüşler Amerika'da 1848 yılında Walter Channing eter ve kloroformu doğumda bir anestezi yöntemi olarak kullanmışlardır (Arney ve Neill, 1982; Berkitan, 2008).

1930'lu yıllara kadar başta ebeler olmak üzere doğumda yer alan eğitimsiz personellerden kaynaklı doğumla ilgili yaşanan problemlerden dolayı ebelerin yerini doğum uzmanları almış ve yeni bir çağ başlamıştır. Fakat kadının kimliğinin belirsizliği, kendi kararlarını alamamaları, onların doğumlarıyla ilgili verilen kararlarda söz hakkına sahip olmalarına engel olmuştur (Arney ve Neill, 1982).

Sonraki yıllarda doğumun aslında çift boyutlu bir süreç olduğunu anlamışlardır. Bunlar; psikosoyal (subjektif boyut) ve experiential (yaşantısal) boyuttur. Fakat doğumun psikosoyal boyutunun hakettiği önemi kazanması uzun

yıllar almıştır. Yeni ortaya çıkan doğal doğum destekçileri tüm eleştirilere rağmen psikososyal boyutun daha değerli olduğunu iddia etmişlerdir.(Arney ve Neill, 1982).

1933’de yayınlanan “Korkusuz Doğum” isimli kitabında, İngiliz kadın doğum uzmanı Grantly Dick Read, doğum ağrısını derinlemesine inceleyebilmek için akıl ve bedeni iki kutba ayırmıştır. Ayrıca Dick Read doğumdaki anksiyete ve korkulara neden olduğunu düşündüğü bazı faktörler ortaya koymuştur. Ona göre kadın üzerinde ağrıyı etkileyen faktörlerden biri olan kültür seviyesinin yükselmesi doğumun ağrılı ve tehlikeli bir süreç olduğu düşüncesini artırmaktadır. Dick Read’in üzerinde durduğu diğer bir konu da uzmanların kadınların doğum hakkındaki fikirlerini tanımlamalarının gerekliliğidir. Çünkü kadının en başından ağrı duyacağı beklentisi içerisinde olması korkuyu artırmakta bunun doğal sonucu olarak bedende gerginlik oluşmaktadır ve gerginlikte doğum esnasında kasların ters yönde çalışmasına neden olarak ağrıyı artırmaktadır (Arney ve Neill, 1982).

1950’lerden sonra kadın doğum uzmanları kişinin hissettiği ve üstesinden gelebildiği ağrıyı inceleyen çalışmalar yapmışlardır. Aynı dönemde Fransa asıllı doğum uzmanı Fernand Lamaze yeni bir yöntemin doğmasını sağlamıştır. Lamaze Rusya’da öğrendiği, Pavlov’un şartlı refleks teorisinden temel alan bir yöntemde bazı değişiklikler ve eklemeler yaparak yeni bir yöntem üretmiştir. Bu modele göre rahmin kasılmalarının uyarılarından dolayı oluşan ağrı ve korkuya verilecek karşılık öğrenilirse korku ve ağrı durdurulabilir ya da daha olumlu duygulara dönüştürülebilir (Arney ve Neill, 1982; Çoker, 2009; Kadayıfçı, 2005). Ayrıca doğum esnasında yapılan nefes egzersizleri serebral kortekste rahimde ağrıya sebep olan uyarıyı bastırıldığı tespit edilmiştir. Sonuçta 20.yy da doğal doğum medikal desteği gerektiren doğuma alternatif olarak ortaya konmuş, ağrı tecrübesinin boyutları tartışılmaya başlanmıştır (Arney ve Neill, 1982; Çoker, 2009; Kadayıfçı, 2005).

1.8.1. Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi

Doğum, gebelikle başlayan serüvende anneye bebeğin kavuşma anını temsil eder. Doğumla ilgili beklentiler, doğumun kendisini ve bu süreçte kendisine sunulan

desteği ve nasıl algıladığı bu deneyim için oldukça önemlidir. Doğumda kadının kendini kontrol sahibi, pasif değil aktif konumda hissetmesi ve doğumla ilgili alınan kararlarda söz hakkı olduğunu bilmesi ona pozitif bir doğum perspektifi ve güven ve emniyet hissi temin edecektir. Ayrıca doğum öncesinde ve doğum anında yaşanan olayların postpartum dönem üzerinde etkili olduğu unutulmamalı ve doğru anda doğru zamanda gerekli müdahalelere başvurulmalıdır.

Günümüzde birçok hastane, sağlık kuruluğu ve benzeri yerlerde gebelere doğuma hazırlık eğitimi verilmektedir. Fakat verilen eğitimlerin içerikleri farklılıklar gösterir. Bazı doğum eğitimi doğum hakkında daha genel bilgiler verirken bazılarının içeriği daha zengindir. Bu tezde örneklem grubunda gebelik dönemlerinde doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlar tüm kursları Uluslararası Lamaze Organizasyonu tarafından sertifikalandırılan ve Keşkesiz Doğum Felsefesini kuran İstanbul Doğum Akademisinin yetiştirdiği eğiticiler tarafından hazırlanan doğuma hazırlık eğitimlerine katılmışlardır.

1.8.2. Lamaze

Birçok kadın doğumlarının çok öncesinde doğuma dair bazı korkular beslemektedirler. Bu korkular başlıca; kendisi, bebeği, sağlık personeli ve eği veya yakınları ile ilgilidir. (Kashed, 2015).Tüm bu korkular ve doğuma dair negatif algılar doğum sürecini etkilemektedir.

1960 yılında Amerika'da kurulan Uluslararası Lamaze Organizasyonu (Lamaze International) göre Lamaze bir solunum ve gevşeme metodundan çok daha fazlası yani sağlıklı doğum uygulamalarını içeren bir felsefedir (Coşar ve Demirci, 2012).

Coşar ve Demirci'nin yaptığı araştırmada Lamaze'nin bebeğin dünyaya geliş sürecini ön yargısız kabullenmek ve harici olarak yapılacak müdahaleler minimize etmeye dayanan felsefesinin doğum algısını olumlu yönde arttırdığı görülmüştür.

Ayrıca bu felsefe “Anne dostu doğum girişimi” normal doğum standartlarını oluşturmaktadır ve altı unsurdan oluşan sağlıklı doğum uygulaması Lamaze felsefesine de temel teşkil eder. Romano ve Lothian (2008) çalışmalarında şu şekilde belirtmişlerdir: “Doğumun kendi kendine başlamasına izin verme, doğum süresince yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme, doğumda anne adayına destek olacak sevdiği birinin (arkadaş, eş, doğum koçu) yanında olmasını sağlama, tıbbi olarak gerekmedikçe müdahale etmeme, sırt üstü doğum yapmaktan kaçınma ve ıkınmada bedenini izleme, doğumdan sonra anne – bebek bağlanmasını sağlamak ve emzirmenin desteklenmesi için anne ve bebeği bir arada tutma” (syf. 94-105).

1.8.3. Keşkesiz Doğum

Keşkesiz Doğum Felsefesi ifadesini ilk olarak 2010’da İstanbul Doğum Akademisi kullanmış ve tanımlanmıştır. Ayrıca bu felsefe dünya çapında da dikkat çekmiştir. İstanbul Doğum Akademisi ve bu kurumdan eğitici sertifikası alan eğiticilerin verdiği doğuma hazırlık eğitiminde temel amaç kadınların doğumları için alınan kararlarda pasif bir onaylayıcı değil aktif bir rol sahibi olmalarını ve doğum şekilleri nasıl olursa olsun ‘keşkesiz’ ve coşkulu doğumlarla bebeklerini kucaklamalarını sağlamaktır (Çoker ve Karabekir).

Keşkesiz bir doğumu gerçekleştirmek için “18 saatlik Keşkesiz Doğum Eğitimini tamamlamak (sadece bir hafta sonu), doğuma inanan bir uzmanla çalışmak, doğum psikoloğu ile bizzat ve ailelerin çalışması, birebir ebe desteği almak” gibi temel şartları tamamlayan aileler üzerinde Haziran 2014 itibari yapılan istatistikî çalışmalarda PPD oranı %0 olarak tespit edilmiştir (İstanbul Doğum Akademisi website).

1.9. Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Depresyon

Günümüzde kadınlarda doğum korkusuna neden olabilecek birçok faktör mevcuttur. Kendisi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili kaygılar, gerek sosyokültürel ve

gerekse kişisel sebepler doğum korkusunu tetikleyen başlıcalarıdır. Yapılan bazı araştırmalarda doğum eylemine dair korku, PPD ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Laurson ve ark., 2008).

Bazı çalışmalarda doğuma hazırlık kurslarının gebelerin doğumla ilgili negatif düşünceleri değiştirebilmesine ve doğumdan kaynaklanan stres seviyelerindeki yükselmeyi düşürülebilmesinde yardımcı olduğu saptamıştır (Melender, 2002; Saisto ve ark., 2006). Doğumdan önceki son üç ayı içerisinde olan gebelerle yapılan benzer bir çalışma da doğum eylemine dair korkuların ve negatif düşüncelerin azaltılmasında doğuma hazırlık eğitimlerinin olumlu etkisi görülmüştür (Subaşı ve ark., 2013). Diğer bir çalışmada da doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebeler karşılaştırılmış ve eğitimi alanların kaygı ve depresyon seviyeleri almayanlara nazaran daha düşük çıkmıştır (Ayan ve ark., 2009).

Doğuma hazırlık eğitiminin doğuma dair korkular üzerindeki etkisini inceleyen bir başka çalışmada diğerlerinin aksine ikisi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (Larsson ve ark.,2015).

1.10. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal desteğin tanımı üzerinde görüş birliği yoktur ama genellikle, maddi veya manevi yardıma ihtiyacı olan bireye en yakınların gösterdiği destek şeklinde tanımlanır (Banaz, 1992; Jung, 1997).

Sosyal destek üç grupta; maddi, duygusal ve zihinsel destek olarak incelenebilir (Ardahan, 2006).

- *Maddi destek*; kişinin günlük yaşantısında ihtiyaç hissettiği anda başkaları tarafından sağlanan destektir. Örneğin; işsiz birine yeni bir iş bulmada yardım etmek (Sorias, 1990; Pugliesi ve Shook, 1998).

- *Duygusal destek*; kişinin sevgi, güven, alaka ve herhangi bir topluluğa aidiyet hissetme gibi sosyal ihtiyaçlarını duygusal anlamda cevaplar. Ayrıca

duygusal destek, kişilerarası ilişkilerinde bireye, kabul ve değer gördüğünü hissettirir (Ardahan, 2006).

- *Zihinsel (Bilişsel) destek*; kişinin problemleriyle baş etmesinde yardımcı olacak bilgi ve öz değerini kavramasını sağlayacak geri bildirimlerdir. Dersleri iyi olmayan bir öğrenciye arkadaşlarının ders çalıştırılması ve sınav taktiklerini vermesi örnek verilebilir. Ayrıca, Thoits' e göre başkaları insanın mevcut durumunu yeniden analiz etmesini sağlayabilirler. Örneğin: Bir baba çocuğuna bağınyorsa ve anne çocuğa durumun onunla ilgisi olmadığını babasının işi dolayısıyla yorgun ve sinirli olduğunu söyleyerek çocuğun stres seviyesini bir miktarda olsa düşürebilir (Gabay, 1992; Yıldırım, 1997).

Sosyal desteğin temel kabul edilen 5 özelliği vardır (Sorias, 1990b); “Emosyonel destek, iş oryantasyonuna yardım, geri bildirim ve değerlendirme, sosyal bağlılık ve entegrasyon, yeni bilgilerin sağlanması” (Sorias, 1990b).

1.10.1. Sosyal Ağ

Kişinin bir toplulukla olan bağı ve bu topluluğun mensuplarıyla olan ilişkileri onun sosyal ağını oluşturur. Bu ağ kişiyi tanıyan, destek ve güç veren en başta ailesi olmak üzere, partneri, arkadaşları, öğretmenleri, komşuları, mensubu olduğu grup ve toplum gibi bireyi çevreleyen kişilerden meydana gelir. ‘Sosyal Ağ’ terimi daha çok sosyal destek konusuna kantitatif yaklaşanlar tarafından kullanılır (Özgür, 1991).

1.10.2. Sosyal Destek Sistemleri

Hogue’a (1985) göre, “Kişilerin hayatında önemli bir yere sahip olan, bireye gerektiğinde duygusal, maddi ve zihinsel (bilişsel) yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan “Sosyal Destek Sistemleri” olarak tanımlanır” (syf. 58-75).

1.10.3. Algılanan Sosyal Destek

İnsanın kendisini ne kadar değerli hissettiğiyle ilgilidir. Eğer kişi diğer insanların onu sevdiğini, ona saygı duyduğunu ve ihtiyaç hissettiğinde onlardan destek alabileceğini düşünüyorsa algıladığı destek böyle düşünmeyenlere nispeten yüksektir. Ayrıca hem kolay değişen tutum ve mizaç hem de daha kalıcı olan kişilik algılanan sosyal destek üzerinde etkilidir. Bazı çalışmalar sosyal desteğin kişinin öz saygısını artırmada da etkili bir role sahip olduğunu göstermiştir (Özgür, 1991).

1.11. Sosyal Destek ve Sağlık

İnsanların problemlerinin üstesinden gelmesinde ve stresten kaynaklanan negatif sonuçları azaltabilmesinde insanlarla olan ilişkilerinin ve sosyal yaşamının olumlu bir etkisi olduğu bilinen bir gerçektir. Bu bilgiyi destekleyici şekilde, insanlarla ilişkilerin stresle başa çıkma ve stres kaynaklı negatif yaşantılara direnç göstermede yardım ettiğini destekleyici sonuçlara ulaşılmıştır (Özgür, 1993). Ayrıca sosyal desteğin, stresin oluşumuna engel olabildiği ve mevcut stres kaynağının algılanış şeklini olumluya dönüştürdüğü bilinmektedir. Bununla birlikte, insanın zorlayıcı hayat tecrübeleriyle karşılaştığı durumlarda ona başa çıkma yolları konusunda yardımcı olur ve bu yollar üzerinde etkiye sahiptir (Sorias, 1992).

Sosyal destek ve sağlık ilişkisi üzerinde yapılan çalışmalarda iki temel yaklaşım mevcuttur. Cohen ve Wills bu iki farklı görüşü çeşitli araştırmalar yaparak incelemiştir. Bu araştırmalar sonucunda her iki modelinde bazı yönlerden doğru olduğu fakat ikisinde de sosyal desteğin farklı süreçlerde sağlığa etki ettiği bulunmuştur (Sorias, 1992).

- *Temel Etken Olarak Sosyal Destek:* Bu yaklaşım stres var olsun ya da olmasın sosyal desteğin sağlığı doğrudan etkilediği görüşünü savunur. Sosyal desteğin olmadığı durumların ise direkt hastalığa neden olduğunu belirtir. Sosyal ilişkilerin eksik veya bozuk olması kişiyi ruhsal bir hastalığın oluşma ihtimalini yükselten anksiyete ve değersizlik duygularıyla karşı karşıya bırakabilmektedir (Özgür, 1993).

• *Stres Tamponu Olarak Sosyal Destek:* Bu yaklaşım sosyal destek aracılığıyla mevcut olan stresin azaltılabileceğini savunur. Stresin hastalığa neden olan bir etkisi vardır. Fakat kimi insanların hayatlarında karşılaştıkları sorunların kolayca üstesinden gelip sağlıklı kalabildikleri tespit edilmiştir. Ayrıca stres verici bir olayla karşılaşan kişilerin öncelikle yakınlarındaki sosyal destek kaynaklarından sonrasında profesyonellerden yardım aldıkları görülmüştür (Özgür, 1993). Bunlara ek olarak, psikolojik ve sosyal kaynakların yetersiz kalması hastalığa yatkınlığı artırabilmektedir. Sonuç olarak, stres kişiler üzerinde olumsuz psikolojik ve somatik etkilere neden olurken diğer yanda sosyal destek kaynakları hastalık öncesi, hastalık sonrası ve hastalığın tedavisinde olumlu etkiler meydana getirmektedir (Ardahan, 2006).

1.11.1. Gebelikte Sosyal Destek ve Depresyon

Gebenin sosyal destek sistemleri ve prenatal depresyon birbiriyle yakından negatif ve kuvvetli ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur (Aktaş ve ark.,2009). Ayrıca gebelik döneminde eş veya kişinin yakın çevresinden sosyal destek olmamasının depresyon geliştirmeye neden olan faktörler arasında olduğu saptamıştır (Altınay, 1999).

Sosyal desteğin eksik olması ya da hiç olmaması prenatal ve postpartum depresyon gelişimi için güçlü bir risk faktörüdür. Kanada’da yapılan bir çalışmada, gebelikte yeterince sosyal destek alamayan kişilerde hem prenatal hem de postpartum depresyon geçirme ihtimalinin yükseldiği görülmüştür (Xie ve ark., 2009).

Gebeler üzerinde yapılan bir başka araştırma da sosyal desteğe sahip gebelerin bu dönemlerinde karşılaşabilecekleri negatif olayların onları çok etkilemediği tespit edilmiştir. Bununla birlikte sosyal desteği olmayan gebelere kıyasla gebelik dönemini daha zevkli yaşadıkları tespit edilmiştir (Orr, 2004).

1.11.2. Doğum sonrasında sosyal destek ve depresyon

Doğum Sonrası Depresyona risk teşkil edebilecek etmenler açısından sosyal destek kavramı üzerinde çokça inceleme yapılmıştır. Sosyokültürel modele göre kişinin sahip olduğu sosyal destekteki farklılıklar PPD oluşumuna engelleyici bir etkiye sahiptir olabilir. Ayrıca, anne tarafından duygusal desteğin belirtilmesi ve yakın arkadaşlıkların kalitesi gibi etmenler prenatal ve postpartum depresyonun önceden tespit edilmesinde yardımcı olabilir (Hayes ve ark., 2000). Bilhassa evlilik ilişkilerinde sorunlar yaşayan ve eşlerinden yeterli desteği göremeyen kadınlarda PPD ihtimalinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın yeterli bir sosyal destek bebeğin sağlığı için de oldukça önemlidir (Gülseren, 1999). Sosyal desteğin karşılaşılan sorunlar ve problemlerle baş etmede önemli bir etken olduğunu savunan Leung ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmaya göre doğumdan sonraki sosyal destek PPD görülme ihtimalini düşürür. Small ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada ise Avustralya'da yaşamaya başlayan Filipinli, Türk ve Vietnamlı kadınların yeni ülkelerinde akrabalarının veya yakın bir dostlarının olmamasından dolayı PPD riskini daha fazla taşıdıkları saptanmıştır. Bir başka benzer çalışmada, Martinez Schallmoser ve arkadaşları (2003) Meksika kökenli Amerikalı kadınlar arasında PPD oranları daha düşük olan kadınların sosyal destek oranları daha yüksek bulmuştur.

1.12. Gebelik döneminde depresyon ve sosyodemografik faktörler

Gebelik depresyonuna neden olabilecek risk faktörlerine dair birçok çalışma mevcuttur. En belirgin risk faktörleri ise şöyledir; kişinin önceden geçirilmiş bir depresyon öyküsünün olması, önceden depresyon öyküsü olan bir vakanın tedaviyi yarıda bırakması, önceden doğum sonrası depresyon öyküsünün olması ve soy geçmişinde depresyon öyküsü olmasıdır. Bunlara ek olarak Bunevicius ve arkadaşları (2009) da çalışmalarında gebelik depresyonuna en çok ilk üç ay içinde rastlandığını ve bunun da gebeliğin planlanmamış ve istenmeyen olması, düşük gelir, gibi faktörlerle ilişkili olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Aslan da (2011) örneklem grubunu gebeliğinin ilk üç ayındaki kadınların oluşturduğu bir çalışma

yapmış ve sonucunda; depresif bozukluk en fazla oranda okuma yazması olmayan ve sadece okur-yazar olan gruplarda, en az oranda ise yüksek eğitim düzeyinde kadınlarda tespit edilmiştir. Ayrıca, aile dinamiklerinin problemlili olması, madde kullanmak ya da bağımlı olmak, yeniden evlenme, doğum öncesi dönemde bakımın mevcut olmaması da gebelik döneminde depresyona neden olan risk faktörleri olarak saptanmıştır (Kitamura ve ark., 1996; Maki ve ark., 2003). Bunlara ek olarak yapılan bazı yabancı kaynaklı araştırmalar da; anne yaşının küçüklüğü (Fran ve ark., 1990), yalnız yaşama, yetersiz sosyal destek, evlilikteki uyumsuzluk, gebelikle ilgili ambivalan düşünceler (Kumar ve Rabson, 1984) ilk gebelik, bedensel yakınmalar (bulantı gibi), ölü doğum öyküsünün olması (Sabers ve ark., 2001; Doose ve ark., 2003), gebelik sırasında olumsuz hayat olaylarının olması (Abernathy ve ark., 1984) ve çocuk sayısının artışı gibi faktörlerin de oldukça yüksek oranda risk teşkil ettiğini göstermektedir (Murray ve ark., 1995).

Sigara, alkol ve kokain kullanımıyla ilgili yapılan araştırmaların sonuçları, gebelik döneminde yaşanan depresyonla aralarında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, toksik olan bu maddeler gebenin ve fetüsün sağlığını tehlike altında bırakarak doğumun sağlıklı sonuçlanması ihtimalini de artırmaktadır (Field ve ark., 2004).

Aslan'ın (2011) gebeliğinin ilk üç ayındaki kadınlarla yaptığı çalışmasında ise depresif bozukluk en fazla oranda okuma yazması olmayan ve sadece okur-yazar olan gruplarda bulunmuş, en az oranda ise yüksek eğitim düzeyinde olan katılımcılarda tespit edilmiştir.

Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda gebelik döneminde depresif belirti sıklığı %12-36 arasında bulunmuştur (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011; Altınay, 1999). Gelişmiş ülkelerde bu oran %5-30, gelişmekte olanlarda ise %20 civarında bulunmuştur (Dietz ve ark., 2007; Pereira ve ark., 2008). Depresif belirtilerin görülme sıklığı gebeliğin trimesterine göre de değişebilmektedir. Yine ülkemizde yapılan bir çalışma birinci trimesterde %22, ikinci trimesterde %32 ve üçüncü trimesterde %36 oranında depresyon görüldüğünü tespit etmiştir (Karataylı, 2007). Başka ülkelerde ise birinci trimesterde %16-51,4, ikinci trimesterde %5,7-20,4, üçüncü trimesterde %4,9-15 aralığında oranlar saptanmıştır (Mckee ve ark., 2001;

Gaynes ve ark., 2005). Ayrıca annedeki depresyon bebeği de etkilemekte ve bu durumla ilişkili olarak ileriki yıllarda bu çocuklarda hem büyüme-gelişme hem de bilişsel ve davranışsal problemler görülmüştür (Dayan ve ark., 2006; Flynn ve ark., 2007; Cicchetti, 1998).

1.13. Postpartum dönemde depresyon ve sosyodemografik faktörler

Postpartum Depresyona neden olan risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan analizlerden kapsam ve içerik bakımından en zengin olanı Beck'in yaptığı meta-analizdir. Beck, PPD ön göstergelerini araştırmak için 1974-1994 yılları arasında yapılan 44 çalışma üzerinde inceleme yapmıştır. Beck'e (1996) göre risk faktörleri arasında en çok yer alanlar; "Prenatal Depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stres, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, düşük benlik saygısı, olumsuz evlilik ilişkileri, bebeğin huzursuzluğu, gebeliğin istenmeme durumu, annenin evlilikten memnuniyetsizliği ve son olarak sosyoekonomik durumun kötülüğü" olarak tespit edilmiştir (syf. 297-303). Robertson (2004) ve arkadaşları ve Bernazzani (2004) de PPD ile en güçlü ilişkiye sahip risk faktörlerinin; "prenatal depresyon, anksiyete, önceden yaşanmış bir psikiyatrik bozukluk, yaşam olayları ve sosyal destek" olduğu bulunmuşlardır (syf.289-295).

Emzirme ve PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar çelişkili sonuçlara vermektedir. Bir çalışmada emzirme döneminde annelerdeki hormonal değişim durumunun PPD'nin semptomlarına neden olabileceği görülmüştür (Koppelman, 1987). Cox JL ve arkadaşlarının (1982) yaptığı araştırmada ise hem emzirip hem mama veren kadınlara nispeten sadece emziren kadınların depresif semptomlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat sonra yapılan bir çalışmada emzirme ve hormon seviyeleri arasında bir ilişki tespit edilememiştir (Williams ve Casper, 1998). Şu ana kadar elde edilen bilgiler emzirme ve PPD'nin bağlantılı olmadığını dolayısıyla bulunduğunu kadınların emzirmeden kaçınmaması gerektiğini göstermektedir (Kırkan, 2014).

Bazı çalışmalar ev kadınlarının çalışan kadınlara nispeten daha çok sosyal destek aldıklarını göstermiştir (Richman ve ark., 1991). Bunun nedeni olarak da toplumumuzda ev kadınlığının itibar görmesi ve sosyal destek sistemlerinin ev kadınları için daha geçerli olması gösterilebilir. Ayrıca bu durum ev hanımlarında yüksek oranlarda depresif bozukluk görülmemesini de açıklayabilir (Önen ve ark., 1995).

Durukan ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmanın tek yönlü analizindeki sonuçları annenin eğitim seviyesi düştükçe PPD sıklığının arttığını göstermiştir. Aynı çalışmanın lojistik regresyon analizinde ise eğitim durumu ile PPD arasında ilişki tespit edilememiştir.

İnanlı ve arkadaşlarının (2002) Türkiye’de PPD’ye neden olan yüksek risk etkenlerini araştırdığı çalışmalarında; “işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, erken yaşta evlilik, yetersiz aile ilişkileri, mental hastalıklar, yetersiz sağlık hizmetleri, planlanmamış gebelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma ve düşük yapma” gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada bebeğin cinsiyeti ve depresyon arasında bağ olduğu görülmüştür. Çalışmada kızı olan annelerin depresyon için daha yüksek risk taşıdığı ve bunun nedeninin ataerkil kültürün bir etkisi olarak erkek çocuğunun daha fazla itibar görmesi belirtilmiştir.

BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı, önemi, problemi ve alt problemleri, evreni ve örnekleme, modeli, sınırlılıkları ve karşılaşılan güçlüklerinin yanı sıra sayıtlar, veri toplama araçları, verilerin toplanma yöntemleri ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel teknikler açıklanmıştır.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, gebelerin doğuma hazırlık eğitimi alıp almamalarının, gebelik ve doğum sonrası dönemde aldıkları sosyal desteğin ve bazı sosyodemografik faktörlerin Prenatal ve Postpartum Depresyon üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2.2 Araştırmanın Önemi

Öncelikle araştırmada üzerinde kısıtlı sayıda çalışma yapılmış olan Doğuma Hazırlık Eğitimi'nin de Prenatal ve Postpartum Depresyona olan etkisinin incelenmesi araştırmayı önemli kılmaktadır. Araştırmayı önemli kılan diğer bir neden ise literatürde çok rastlanmayan bir şekilde araştırmanın örneklem grubunun hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde olan kadınlardan oluşmasıdır.

2.3. Araştırmanın Problem ve Alt Problemleri

Gebelikte alınan doğuma hazırlık eğitimi, algılanan sosyal destek ve sosyodemografik faktörlerin prenatal ve postpartum depresyona etkisi var mıdır?

2.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye’de yaşayan, çoğunluğu Marmara Bölgesi’nden bir kısmı ise diğer bölgelerden olan, gebelik dönemi içerisinde veya doğumdan sonraki ilk dört hafta içerisinde olan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem grubunu ise 40’ı doğum sonrası dönemde olan, 70’i gebelik döneminde olan ve bunlardan 46’sı gebelik döneminde doğuma hazırlık eğitimi almış, 64’ü ise almamış olan, seçkisiz örnekleme yöntemiyle ve gönüllülük esasına dayanak seçilmiş, toplamda 110 kadın oluşturmaktadır. Gebelik döneminde olan kadınlardan 9’u 1-13. haftada (1. trimester), 15’i 14-26. haftada (2. trimester), 46’sı 27-41. haftadadır (3. trimester). Doğum sonrası dönemde olan kadınlardan da 1. haftasında olan 2 kişi, 2. Haftasında olan 8 kişi, 3. haftasında olan 9 kişi ve 4. haftasında olan 21 kişi mevcuttur.

2.5. Araştırmanın Modeli

Türkiye’nin farklı bölgelerinden gebelik dönemi içerisinde olan ve doğumdan sonraki ilk dört hafta içerisinde olan kadınlar ile yapılan bu araştırma “tarama modeli” olarak tasarlanmıştır. Karasar’a (2009) göre: “Tarama modelleri, geçmişte veya halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey veya nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez”.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükleri

Bu araştırma;

1- Türkiye’nin farklı bölgelerinden gebeliğinin herhangi bir trimesterinde olan, doğumdan sonraki ilk dört hafta içerisinde olan ve bunlardan bir kısmı gebelik döneminde Lamaze Felsefesi temelli bir doğuma hazırlık eğitimi alan, bir kısmı ise herhangi bir doğuma hazırlık eğitimi almayan kadınlarla,

2- Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ)'nun ölçtüğü nitelik ve ölçümlerle sınırlandırılmıştır.

Araştırmada karşılaşılan güçlükler;

Bu araştırmada, DSM-5 Tanı Kriterleri doğrultusunda ulaşılmaya çalışılan gruplardan biri doğumdan sonraki ilk dört haftalık dönem içerisinde olan kadınlardır. Ancak doğumdan sonraki bu erken dönemde bulunan kadınlar, gerek bebeklerinin bakımları gerek kendi kişisel ihtiyaçları ve gerekse anne-bebek arası uyum süreci nedeniyle dış dünyaya çok fazla açılmamaktadır. Bu durum nedeniyle bu dönemdeki kadınlara ulaşma noktasında ciddi zorluklarla karşılaşmıştır. Araştırmanın başlangıcında ölçüm araçları, doğum yapan katılımcılara Aile Sağlığı Merkezleri'nde bebeklerinin aşılarını ve kontrollerini yaptırmaya geldiklerinde elden ulaştırılmaya çalışılmıştır. Fakat bebeği daha bir ya da birkaç haftalık olan bu anneler için ölçekleri ve SBF'nin doldurulması için Aile Sağlığı Merkezi'nde harcanacak sürenin, annelerin araştırmaya katılmaları noktasında caydırıcı olduğu gözlemlenmiştir. Ölçekler ve SBF'yi daha sonra doldurup getirmek isteyenlerden yeterli ve verimli geri dönüş alınamadığından katılımcılara internet üzerinden erişme yoluna gidilmiştir.

İnternet üzerinden ulaşılan katılımcılardan doğum yapmış olanların sayısı gebelik döneminde olanlardan daha az olmuştur. Bulgular kısmında verilen değerlerden de görebileceği üzere, doğumdan sonraki 1. haftada en az ve 4. haftada en fazla kişiye ulaşılmış olması (katılımcı sayısının geçen süre ile orantılı olarak artmış olması) yukarıda bahsedilen ve bu grup katılımcılarda karşılaşılan durumuda teyit eder niteliktedir.

Ayrıca katılımcıların gebelik döneminde herhangi bir doğuma hazırlık eğitimi alıp almadıkları sorgulanmış ve alanlar arasından sadece Lamaze Felsefesi temelli bir doğuma hazırlık eğitimi veren İstanbul Doğum Akademisi sertifikalı eğitimcilerden eğitim alanlar seçilmiştir. Bunun nedeni, farklı kurumların sundukları doğuma hazırlık eğitimlerindeki çeşitliliğin her birey üzerinde bırakabileceği etkilerinde aynı

oranda çeşitlilik gösterebilecek olmasıdır. Bu kadar geniş bir yelpazede araştırma yapmanın ve verimli sonuçlara ulaşma ihtimalinin bu araştırma kapsamında belirlenen katılımcı sayısı ile mümkün olamayacağı öngörülmüştür. Eğitim kurumu veya eğitmeni tercihinin kısıtlı tutulması istenilen katılımcı sayısına ulaşılabilme noktasında güçlük oluşturmuştur. Bu da örneklem grubundaki doğuma hazırlık eğitimi alan katılımcıların sayısının eğitim almayanlara göre daha düşük olmasına neden olmuştur.

2.7. Sayıtlar

Araştırmada yer alan sayıtlar şunlardır:

1. Gebelik döneminde olan veya doğum sonrası dönemde olan kadınlar için hazırlanan veri toplama araçlarına; gebelik döneminde olan veya doğum sonrası dönemde olan kadınlar tarafından verilen cevapların doğru ve güvenilir olduğu düşünülmektedir.

2. Veri toplamak için kullanılan veri toplama araçları; araştırmanın amacına yönelik elde edilecek bilgiler için yeterlidir.

3. Veri toplama araçlarıyla elde edilen bilgiler; araştırmaya katılan gebelik döneminde olan veya doğum sonrası dönemde olan kadınların görüşlerini tam olarak yansıtmaktadır.

2.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada üç veri toplama aracı kullanılmıştır. Öncelikle araştırmaya katılan örneklem grubunun sosyodemografik bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılmıştır. İkinci veri toplama aracı, örneklem grubunun depresyon riskini ölçmek amacıyla kullanılan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'dir (EDSDÖ). Son olarak da Çok

Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ) kullanılmıştır. Ölçeklere dair detaylı bilgiler aşağıda belirtilmiştir.

2.8.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF)

Araştırmada katılımcıların medeni durumu, yaşı, gelir seviyesi ve eğitim durumu, ikamet şekli, nasıl doğum yaptıkları (normal, sezeryan v.b.) gibi sosyodemografik bilgilerini toplamak amacıyla, araştırmacı tarafından oluşturulan 20 soruluk sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır.

2.8.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

EDSDÖ Cox ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. 10 maddeli, dörtlü likert biçiminde bir kendini bildirim ölçeğidir. Yanıtlarda 4 tercih hakkı mevcuttur ve 0–3 arasında puanlama yapılır. En düşük 0 puan ve en yüksek 30 puan alınabilmektedir. Maddelerin puanlanması birbirinden farklıdır. 1., 2. ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 olarak puanlanır ve 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. Maddeler ters bir şekilde 3, 2, 1, 0 olarak puanlanmaktadır. EDSDÖ'nün Türk toplumuna uyarlamasını Engindeniz ve arkadaşları 1996 yılında yapmışlardır. Engindeniz ve arkadaşlarının yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach's alfa) 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,88, pozitif tahmin ettirici değeri 0,69 ve negatif tahmin ettirici değeri 0,94 olarak bulunmuştur. EDSDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasında korelasyon yapılmış ve $r: 0,7$ ($p<0.001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDSDÖ'nün kesme noktası 13 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar depresyon için risk altında olarak kabul edilmiştir (Karaçam ve Kitiş, 2007; Engindeniz, 1997).

2.8.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ)

Bu ölçeği Zimet ve arkadaşları 1988 yılında geliştirmiştir. Eker ve Arkar (1995) ise faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği çalışmalarını yapmışlardır. ÇBASDÖ'nün Cronbach alpha değeri 0,66 olarak bulunmuştur. Aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan sosyal desteğin öznel değerlendirilmesi amacıyla tasarlanmıştır. ÇBASDÖ kullanımı zor olmayan kısa bir ölçektir. Toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin; “aile” (3., 4., 8. ve 11. maddeler), “arkadaş” (6., 7., 9. ve 12. maddeler) ve “özel bir insan”dır (eş gibi) (1., 2., 5. ve 10. maddeler) olmak üzere 3 alt grubu içerir. Maddelerden her biri 1-7 arasında puanlanmaktadır. Alt ölçeklerdeki dört maddenin puanlarının toplamı alt ölçek puanını verir. Ölçeğin toplam puanı da bütün alt ölçek puanlarının toplamıdır. Tüm ölçekten en az 12 ve en çok 84 puan alınabilir. Sonuçta ulaşılan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, düşük olması ise desteğin algılanmadığını ya da destek azlığını veya yoksunluğunu gösterir (Eker ve Arkar, 1995; Eker ve ark., 2001).

2.9. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Verilerin Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 programı ile analiz edildiği araştırmada, örneklem grubunda yer alan katılımcıların demografik özellikleri frekans ve yüzde değerleri ile analiz edilmiştir. Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ndeki her bir maddeye ilişkin tutumları frekans ve yüzde dağılımının yanı sıra aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanarak betimlenmiştir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne ait alt boyutlardan elde edilen puanlar sonucunda katılımcıların demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasında verilerin dağılımı non parametrik (normal olmayan dağılım) olduğundan (iki grup için) Mann-Whitney U ve (üç ve daha fazla grup için) Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis H sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık gösteren sonuçlarda anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek adına, Mann-

Whitney U testi kullanılmıştır. Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman's korelasyon analizi yapılmıştır.

2.10. İşlem

Ölçekler ve sosyodemografik bilgi formu (SBF) örneklem grubundaki kadınlara tek tek uygulanmış ve ölçeklerin başında gerekli yönergeler verilmiştir. SBF'nin ilk sayfasında çalışmaya dair genel bir bilgilendirme yapılmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu'nda çalışmacının e-mail adresi ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir.

Örneklem grubundaki kadınlar Türkiye'nin çeşitli bölgelerinden seçilmiştir. Bu kadınlardan bir kısmı gebelik döneminde doğuma hazırlım eğitimi almış bir kısmı ise almamıştır. Doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlar İstanbul Doğum Akademisi'nin eğitim programı çerçevesinde hazırlanan eğitime katılan kadınlardan seçilmiştir. Eğitim almayanlar ise seçkisiz örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

2.11. Hipotez

Gebelikte alınan doğuma hazırlık eğitimi, algılanan sosyal destek ve sosyodemografik faktörlerin prenatal ve postpartum depresyona etkisi vardır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırma "**Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi, Algılanan Sosyal Destek ve Sosyodemografik Faktörlerin Prenatal Ve Postpartum Depresyona Etkisi**"ni incelemek amacıyla geliştirilmiş olan ölçme araçlarından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular ve yorumlar sunulmuştur.

3.1. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Bu bölümde araştırmamızdaki katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelenmiştir.

Tablo 3.1 Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri

Yaş	Sayı	Yüzde(%)
22-29	64	58,2
30 yaş ve üzeri	46	41,8
Toplam	110	100,0
Hangi Bölgedesiniz?	Sayı	Yüzde(%)
Marmara	91	82,7
Diğer	19	17,3
Toplam	110	100,0
Yaşamınızın büyük bir bölümünü nerede geçirdiniz?	Sayı	Yüzde(%)
Köy-kasaba	4	3,6
İlçe	14	12,7
İl	31	28,2
Büyükşehir	61	55,5
Toplam	110	100,0

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde(%)
Lise	17	15,5
Üniversite	71	64,5
Lisansüstü	22	20,0
Toplam	110	100,0
Mesleğiniz	Sayı	Yüzde(%)
Ev Hanımı	31	28,2
Memur	25	22,7
Öğrenci	6	5,5
Özel Sektör	48	43,6
Toplam	110	100,0
Medeni Durumunuz	Sayı	Yüzde(%)
Evli	110	100,0
Toplam	110	100,0
Evliyseniz Süresi	Sayı	Yüzde(%)
1 yıldan az	9	8,2
1-5 yıl	71	64,5
5-10 yıl	6	5,5
6-10 yıl	18	16,4
10 yıldan fazla	6	5,5
Toplam	110	100,0
Sizce aşağıdaki seçeneklerden hangisi ekonomik düzeyinizi en iyi şekilde ifade etmektedir?	Sayı	Yüzde(%)
Düşük	7	6,4
Orta	85	77,3
Yüksek	18	16,4
Toplam	110	100,0
Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?	Sayı	Yüzde(%)
Yalnız siz ve eşiniz	47	42,7
Diğer	6	5,5
Eş ve çocuklar	57	51,8
Toplam	110	100,0
Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı?	Sayı	Yüzde(%)
Hayır	97	88,2
Sosyal içiciyim	8	7,3
Sigara	5	4,5

Toplam	110	100,0
Sahip olduğunuz çocuk sayısı	Sayı	Yüzde(%)
0	44	40,0
1	41	37,3
2	18	16,4
3	7	6,4
Toplam	110	100,0
İsteyerek mi hamile kaldınız?	Sayı	Yüzde(%)
Evet	102	92,7
Hayır	8	7,3
Toplam	110	100,0
Gebe iseniz gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?	Sayı	Yüzde(%)
Hayır değilim	40	36,4
27-41. hafta (3.trimester)	46	41,8
14-26. hafta (2.trimester)	15	13,6
1-13. hafta (1.trimester)	9	8,2
Toplam	110	100,0
Gebelik döneminizde herhangi bir doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı?	Sayı	Yüzde(%)
Evet	46	41,8
Hayır	64	58,2
Toplam	110	100,0
Doğuma hazırlık eğitimi aldıysanız bu eğitimi aldığınız kurum?	Sayı	Yüzde(%)
İstanbul Doğum Akademisi sertifikalı eğitimciden Lamaze Felsefesi temelli eğitim aldım	46	100,0
Toplam	46	100,0
Eğer doğum yaptıysanız, doğumdan sonraki kaçınıcı hafta içerisindeyiz?	Sayı	Yüzde(%)
1.hafta	2	5,0
2.hafta	8	20,0
3.hafta	9	22,5
4.hafta	21	52,5
Toplam	40	100,0

Eğer doğum yaptıysanız, doğum şekliniz nedir?	Sayı	Yüzde(%)
Normal	22	55,0
Sezeryan	13	32,5
Epidural sezeryan doğum	4	10,0
Epidural normal doğum	1	2,5
Toplam	40	100,0
Eğer doğum yaptıysanız, bebeğinizi besleme şekliniz nedir?	Sayı	Yüzde(%)
Anne sütü	34	85,0
Anne sütü ve mama	5	12,5
Mama	1	2,5
Toplam	40	100,0
Eğer doğum yaptıysanız bebeğiniz sağlıklı mı?	Sayı	Yüzde(%)
Evet, sağlıklı	40	100,0
Toplam	40	100,0
Hiç depresyon geçirdiniz mi? Geçirdiyse lütfen aldığımız tanıyı belirtiniz	Sayı	Yüzde(%)
Hayır geçirmedim	98	89,1
Evet, depresyon geçirdim	12	10,9
Toplam	110	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin %58,2'si 22-29 yaş, %41,8'i 30 yaş ve üzerinde yaş grubu belirlenmişken %82,7'si Marmara bölgesi, %41,8'i diğer bölgelerde yaşadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %3,6'sı köy-kasaba, %12,7'si ilçe, %28,2'si il, %55,5'i büyükşehirde yaşamaktayken, eğitim durumları incelendiğinde %15,5'i lise, %64,5'i üniversite, %20'si lisansüstü olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %100'ü evli, evlilik süreleri incelendiğinde %8,2'si 1 yıldan az, %64,5'i 1-5 yıl, %5,5'i 5-10 yıl, %16,4'ü 6-10 yıl, %5,5'i 10 yıldan fazla, ekonomik düzeyleri incelendiğinde %6,4'ü düşük, %77,3'ü orta, %16,4'ü yüksek olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki katılımcıların %42,7'si yalnız siz ve eşiniz, %5,5'i diğer, %51,8'i eş ve çocuklarla yaşamaktayken, alkol sigara veya madde kullanımı incelendiğinde %88,2'si hayır, %7,3'ü sosyal içiciyim, %4,5'i sigara kullandıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %40'ı çocuk sahibi değil, %37,3'ü 1, %16,4'ü 2, %6,4'ü 3 çocuk sahibi; %92,7'si isteyerek hamile kalmışken, %7,3'ü

isteyerek hamile kalmadıkları belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki kişilerin %36,4'ü gebe değil, %41,8'i 27-41 hafta, %13,6'sı 14-26 hafta, %8,2'si 1-13 haftalık gebelik haftasını belirtirken, %41,8'i gebelik eğitimi aldıkları, %58,2'si herhangi bir gebelik eğitimi almadıkları belirlenmiştir.

Katılımcılardan eğitim alanların %100'ünün İstanbul Doğum Akademisi sertifikalı eğitimciden, eğitim aldıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %5'i 1. hafta, %20' si 2. hafta, %22,5'i 3. hafta, %52,5'i 4. hafta olarak doğumdan sonra ki haftalarını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamındaki kişilerin doğum şekli incelenmek istendiğinde %55' i normal, %32,5'i sezaryen, %10'u epidural sezaryen, %2,5'i epidural normal doğum, bebeklerini besleme şekilleri incelendiğinde %85,2'i anne sütü, %12,5'i anne sütü ve mama, %2,5'i mama olarak belirlenmiştir. %100'ü bebeğinin sağlıklı olduğunu, %89,1'i hiç depresyon geçirmemişken, %10,9'u depresyon geçirdiği belirlenmiştir.

3.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine (EDSDÖ) İlişkin Bulgular

Bu başlık altında Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine ilişkin görüşleri; aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre analiz edilmiş, bulgular betimlenmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 3.2 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Son 7 gündür; Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Her zaman olduğu kadar	89	80,9		
Artık pek o kadar değil	13	11,8	0.280	0.651
Artık kesinlikle o kadar değil	6	5,5		
Artık hiç değil	2	1,8		

Son 7 gündür; Geleceğe hevesle bakıyorum	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Her zaman olduğu kadar	86	78,2		
Artık pek o kadar değil	18	16,4	0.280	0.592
Artık kesinlikle o kadar değil	5	4,5		
Artık hiç değil	1	,9		
Son 7 gündür; Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Hayır, hiçbir zaman	32	29,1		
Çok sık değil	28	25,5	1.250	0.969
Evet, bazen	41	37,3		
Evet, çoğu zaman	9	8,2		
Son 7 gündür; Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Evet, bazen	38	34,5		
Çok seyrek	38	34,5	1.090	1.019
Hayır, hiçbir zaman	20	18,2		
Evet, çoğu zaman	14	12,7		
Son 7 gündür; İyi bir neden olmadığı halde korkuyorum ya da panikliyorum	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Hayır, hiçbir zaman	42	38,2		
Çok sık değil	30	27,3	1.030	0.962
Evet, bazen	31	28,2		
Evet, çoğu zaman	7	6,4		
Son 7 gündür; Her şey giderek sırtıma yükleniyor	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum	28	25,5		
Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.	38	34,5	1.46	1.186
Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.	9	8,2		
Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.	35	31,8		
Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Hayır, hiçbir zaman	63	57,3		
Çok sık değil	25	22,7	0.65	0.861
Evet, bazen	19	17,3		
Evet, çoğu zaman	3	2,7		

Son 7 gündür; Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Hayır, hiçbir zaman	40	36,4		
Çok sık değil	36	32,7	1.050	1,003
Evet, bazen	22	20,0		
Evet, çoğu zaman	12	10,9		
Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki ağhyorum	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Hayır, asla	45	40,9		
Çok seyrek	48	43,6	0,790	0.814
Evet, oldukça sık	12	10,9		
Evet, çoğu zaman	5	4,5		
Son 7 gündür; Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
Asla	100	90,9		
Hemen hemen hiç	6	5,5	0.140	0.478
Bazen.	3	2,7		
Evet, oldukça sık	1	0,9		

Tablo 3.2’de yer alan “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” algı düzeylerinin düşük düzeyde olduğu anlaşılmaktadır (**Genel Ortalama=8,02**). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği madde ortalamaları incelendiğinde “Son 7 gündür; Her şey giderek sırtıma yükleniyor” ($\bar{x}=1,46$) maddesi en yüksek algıya sahipken, “Son 7 gündür; Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu” ($\bar{x}=1,46$) maddesi en düşük üçüncü maddedir.

3.3. Ankete Katılan Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine (EDSDÖ) İlişkin Görüşlerinin Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi

Bu başlık altında katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine ilişkin görüşleri çeşitli demografik değişkenlere göre incelenmiş, elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

Tablo 3.3 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Yaş Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Yaş	N	Sıra Ortalaması	U	p
EDSDÖ	22-29	64	54,05	1379,0	0,572
	30 yaş ve üzeri	46	57,52		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile yaş değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirleme yönelik yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$U=1379,0$; $p>0,05$].

Tablo 3.4 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Yaşanılan Bölge Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Yaşanılan Bölge	N	Sıra Ortalaması	U	p
EDSDÖ	Marmara	91	55,62	854,0	0,934
	Diğer	19	54,95		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile yaşanılan bölge değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirleme yönelik yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları yaşanılan bölge değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$U=854,0$; $p>0,05$].

Tablo 3.5 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin İsteyerek Hamile Kalma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	İsteyerek Hamile Kalma Durumu	N	Sıra Ortalaması	U	p
EDSDÖ	Evet	102	53,88	243,0	0,057
	Hayır	8	76,13		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile isteyerek hamile kalma durumu anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları isteyerek hamile kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [U=243,0; p>0,05].

Tablo 3.6 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Gebelik Döneminde Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Gebelik Döneminde Eğitim Alma Durumu	N	Sıra Ortalaması	U	p
EDSDÖ	Evet	46	48,67	1158,0	0,056
	Hayır	64	60,41		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile gebelik döneminde eğitim alma durumu anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları gebelik döneminde eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [U=1158,0; p>0,05].

Tablo 3.7 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Yaşanılan Yer	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
EDSDÖ	Köy-kasaba	4	28,38	3,219	0,359
	İlçe	14	57,68		
	İl	31	54,39		
	Büyükşehir	61	57,34		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile yaşanılan yer değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirleme yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları yaşanılan yer değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.8 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Eğitim Durumu	N	Sıra Ortalaması	X ²	p	Fark
EDSDÖ	Lise ⁽¹⁾	17	68,00	6,661	0,036*	(1-3)
	Üniversite ⁽²⁾	71	56,68			
	Lisansüstü ⁽³⁾	22	42,05			

* $p<0,05$

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile eğitim durumu değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirleme yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ($\chi^2=6,661$; $p<0,05$) eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algılarında hangi eğitim durumlarında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi

sonucuna göre, lise mezunlarının Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.9 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Meslek Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Meslek	N	Sıra Ortalaması	X ²	p	Fark
EDSDÖ	Ev hanımı ⁽¹⁾	31	18,82	90,256	0,000*	(1-2)
	Memur ⁽²⁾	25	45,36			(1-4)
	Öğrenci ⁽³⁾	6	40,50			(2-4)
	Özel Sektör ⁽⁴⁾	48	86,34			(3-4)

*p<0,05

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile meslek değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ($\chi^2=90,256$; $p<0,05$) meslek değişkenine göre bir farklılık göstermektedir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algılarında hangi meslek gruplarında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, ev hanımlarının Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları memur olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Özel sektörde çalışanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ev hanımı, memur ve öğrenci olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.10 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Evlilik Süresi Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Evlilik Süresi	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
EDSDÖ	1 yıldan az	9	59,06	1,346	0,854
	1-5 yıl	71	54,69		
	5-10 yıl	6	52,08		
	6-10 yıl	18	53,61		
	10 yıldan fazla	6	68,83		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile evlilik süresi değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları evlilik süresi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.11 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Ekonomik Düzey Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Ekonomik Düzey	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
EDSDÖ	Düşük	7	55,29	0,008	0,996
	Orta	85	55,64		
	Yüksek	18	54,92		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile ekonomik düzey değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ekonomik düzey değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.12 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Evde Birlikte Yaşanılan Kişilere Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler	N	Sıra Ortalaması	X ²	p	Fark
EDSDÖ	Yalnız siz ve eşiniz ⁽¹⁾	47	44,34	11,767	0,003*	(1-2)
	Diğer ⁽²⁾	6	79,75			(1-3)
	Eş ve çocuklar ⁽³⁾	57	62,15			

*p<0,05

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile evde birlikte yaşanılan kişi değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ($\chi^2=11,767$; p<0,05) evde birlikte yaşanılan kişi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algılarında evde birlikte yaşanılan kişi gruplarında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, yalnız siz ve eşiniz (**Sıra Ortalaması =44,34**) Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları diğer (**Sıra Ortalaması =79,75**) ve eş ve çocuklar (**Sıra Ortalaması =62,15**) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.13 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumu Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Alkol, Sigara veya Madde Kullanma Durumu	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
EDSDÖ	Hayır	97	53,22	5,519	0,063
	Sosyal içiciyim	8	64,63		
	Sigara	5	85,20		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile alkol, sigara veya madde kullanma değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları alkol, sigara veya madde kullanma değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.14 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Çocuk Sayısı	N	Sıra Ortalaması	X ²	p	Fark
EDSDÖ	0 ⁽¹⁾	44	44,70	10,268	0,016*	(1-2)
	1 ⁽²⁾	41	62,16			
	2 ⁽³⁾	18	58,28			
	3 ⁽⁴⁾	7	77,21			

* $p<0,05$

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile çocuk sayısı değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ($\chi^2=10,268$; $p<0,05$) çocuk sayısı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algılarında hangi çocuk sayısı gruplarında algının farklılaştığının belirlenmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, çocuk sahibi olmayanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları 1 ve 3 çocuk sahibi olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.15 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Gebelik Süresi Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Gebelik Süresi	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
EDSDÖ	Hayır, değilim	40	61,20	5,534	0,137
	27-41. hafta (3. trimester)	46	48,33		
	14-26. hafta (2. trimester)	15	65,87		
	1-13. hafta (1. trimester)	9	49,56		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile gebelik süresi değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları gebelik süresi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.16 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Doğumdan Sonraki Süre Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Doğumdan Sonraki Süre	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
EDSDÖ	1. hafta	2	13,50	1,991	0,574
	2. hafta	8	22,00		
	3.hafta	9	17,11		
	4. hafta	21	22,05		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile doğumdan sonraki süre değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları doğumdan sonraki süre değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.17 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Doğum Şekli Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Doğum Şekli	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
EDSDÖ	Normal	22	20,59	2,579	0,461
	Sezaryen	13	20,46		
	Epidural sezaryen doğum	4	24,38		
	Epidural normal doğum	1	3,50		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile doğum şekli değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları doğum şekli değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.18 Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Bebeği Besleme Şekli Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H testi Sonuçları

	Bebeği Besleme Şekli	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
EDSDÖ	Anne sütü	34	18,88	4,995	0,082
	Anne sütü ve mama	5	28,00		
	Mama	1	38,00		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile bebeği besleme şekli değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları doğum bebeği besleme şekli değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.19 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Depresyon Geçirme Durumuna Ait Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Depresyon Geçirme Durumu	N	Sıra Ortalaması	U	p
EDSDÖ	Hayır geçirmedim	98	54,49	489,5	0,344
	Evet, Depresyon geçirdim	12	63,71		

Araştırmaya katılanların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları ile epresyon geçirme durumu değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği algıları epresyon geçirme durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($p>0,05$).

3.4. Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında sosyal destek ölçeğine ilişkin görüşleri; aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre analiz edilmiş, bulgular betimlenmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 3.20 Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	1	0,9		
2	2	1,8		
3	3	2,7	6,36	1,311
4	8	7,3		
5	4	3,6		

6	10	9,1		
7 (Kesinlikle Evet)	82	74,5		
İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden				
(örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	1	0,9		
2	3	2,7		
3	7	6,4		
4	6	5,5	6,11	1,486
5	10	9,1		
6	11	10,0		
7 (Kesinlikle Evet)	72	65,5		
Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim				
	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	3	2,7		
2	5	4,5		
3	7	6,4		
4	4	3,6	5,95	1,691
5	10	9,1		
6	13	11,8		
7 (Kesinlikle Evet)	68	61,8		
Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir				
	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	3	2,7		
2	3	2,7		
3	8	7,3		
4	11	10,0	5,84	1,684
5	9	8,2		
6	12	10,9		
7 (Kesinlikle Evet)	64	58,2		
Aile Boyutu Genel Ortalama=24,26				

Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	4	3,6		
2	7	6,4		
3	11	10,0		
4	15	13,6	5,19	1,810
5	18	16,4		
6	15	13,6		
7 (Kesinlikle Evet)	40	36,4		
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	6	5,5		
2	10	9,1		
3	15	13,6		
4	8	7,3	4,95	1,946
5	20	18,2		
6	15	13,6		
7 (Kesinlikle Evet)	36	32,7		
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	4	3,6		
2	6	5,5		
3	10	9,1		
4	7	6,4	5,64	1,841
5	11	10,0		
6	13	11,8		
7 (Kesinlikle Evet)	59	53,6		
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	3	2,7		
2	8	7,3		
3	10	9,1		
4	11	10,0	5,42	1,814
5	12	10,9		
6	19	17,3		
7 (Kesinlikle Evet)	47	42,7		
Arkadaş Boyutu Genel Ortalama=21,4				

Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.				
	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	18	16,4		
2	14	12,7		
3	11	10,0		
4	6	5,5	4,53	2,365
5	11	10,0		
6	10	9,1		
7 (Kesinlikle Evet)	40	36,4		

Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.				
	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	13	11,8		
2	12	10,9		
3	16	14,5		
4	12	10,9	4,56	2,211
5	12	10,9		
6	6	5,5		
7 (Kesinlikle Evet)	39	35,5		

Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.				
	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	15	13,6		
2	16	14,5		
3	12	10,9		
4	6	5,5	4,55	2,313
5	11	10,0		
6	11	10,0		
7 (Kesinlikle Evet)	39	35,5		

Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var				
	Sayı	Yüzde(%)	Ort	S.S
1 (Kesinlikle Hayır)	9	8,2		
2	17	15,5	4,61	2,134
3	14	12,7		

4	10	9,1
5	12	10,9
6	14	12,7
7 (Kesinlikle Evet)	34	30,9
Özel Bir İnsan Boyutu Genel Ortalama=18,25		
Genel Ortalama=63,91		

Tablo 6.20’de yer alan “Sosyal Destek Ölçeği” algı düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu anlaşılmaktadır (**Genel Ortalama=63,91**). Katılımcıların sosyal destek algı düzeylerinin alt boyut algıları incelendiğinde, Aile alt boyutuna ait algılarının yüksek düzeyde ($\bar{x}=24,26$) olduğu belirlenmiştir. Aile alt boyutuna ait en yüksek algıya sahip maddenin “Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır” ($\bar{x}=6,36$) maddesi en yüksek algıya sahipken, “Kararlarım ı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir” ($\bar{x}=5,84$) maddesi en düşük maddedir. Arkadaş alt boyutuna ait algılarının yüksek düzeyde ($\bar{x}=21,4$) olduğu belirlenmiştir. Arkadaş alt boyutuna ait en yüksek algıya sahip maddenin “Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var” ($\bar{x}=5,64$) maddesi en yüksek algıya sahipken, “İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenerim” ($\bar{x}=4,95$) maddesi en düşük maddedir.

Özel bir insan alt boyutuna ait algılarının orta düzeyde ($\bar{x}=18,25$) olduğu belirlenmiştir. Özel bir insan alt boyutuna ait en yüksek algıya sahip maddenin “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var” ($\bar{x}=4,61$) maddesi en yüksek algıya sahipken, “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var” ($\bar{x}=4,53$) maddesi en düşük maddedir.

Tablo 3.21 Depresyon ile Sosyal Destek Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirleyen Spearman's Korelasyon Katsayısı Sonuçları

		Depresyon	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	Sosyal Destek
Depresyon	r	1,000	-0,357**	-0,361**	-0,289**	-0,400**
	p	-	0,000	0,000	0,002	0,000
Aile	r	-0,357**	1,000	0,554**	0,404**	0,664**
	p	0,000	-	0,000	0,000	0,000
Arkadaş	r	-0,361**	0,554**	1,000	0,601**	0,824**
	p	0,000	0,000	-	0,000	0,000
Özel Bir İnsan	r	-0,289**	0,404**	0,601**	1,000	0,898**
	p	0,002	0,000	0,000	-	0,000
Sosyal Destek	r	-0,400**	0,664**	0,824**	0,898**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	-

**p<0,01

Depresyon ile sosyal destek alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan Spearman's korelasyon katsayısı sonuçları incelendiğinde;

Depresyon ile aile arasında negatif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır [$r = -0,357$; $p < 0,01$]. Başka bir deyişle depresyon algısında bir artış olduğunda aile algısının azalabileceği belirlenmiştir.

Depresyon ile arkadaş arasında negatif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır [$r = -0,361$; $p < 0,01$]. Başka bir deyişle depresyon algısında bir artış olduğunda arkadaş algısının azalabileceği belirlenmiştir.

Depresyon ile özel bir insan arasında negatif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır [$r = -0,289$; $p < 0,01$]. Başka bir deyişle depresyon algısında bir artış olduğunda özel bir insan algısının azalabileceği belirlenmiştir.

Depresyon ile sosyal destek arasında negatif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır [$r = -0,400$; $p < 0,01$]. Başka bir deyişle depresyon algısında bir artış olduğunda sosyal destek algısının azalabileceği belirlenmiştir.

Aile ile arkadaş arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır [$r=0,554$; $p<0,01$]. Başka bir deyişle aile algısında bir artış olduğunda arkadaş algısının artabileceği belirlenmiştir.

Aile ile özel bir insan arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır [$r=0,404$; $p<0,01$]. Başka bir deyişle aile algısında bir artış olduğunda özel bir insan arkadaş algısının artabileceği belirlenmiştir.

Aile ile sosyal destek arasında pozitif yönlü yüksek kuvvetli bir ilişki vardır [$r=0,664$; $p<0,01$]. Başka bir deyişle aile algısında bir artış olduğunda sosyal destek algısının artabileceği belirlenmiştir.

Arkadaş ile özel bir insan arasında pozitif yönlü yüksek kuvvetli bir ilişki vardır [$r=0,601$; $p<0,01$]. Başka bir deyişle arkadaş algısında bir artış olduğunda özel bir insan algısının artabileceği belirlenmiştir.

Arkadaş ile sosyal destek arasında pozitif yönlü çok yüksek kuvvetli bir ilişki vardır [$r=0,824$; $p<0,01$]. Başka bir deyişle arkadaş algısında bir artış olduğunda sosyal destek algısının artabileceği belirlenmiştir.

Özel bir insan ile sosyal destek arasında pozitif yönlü çok yüksek kuvvetli bir ilişki vardır [$r=0,898$; $p<0,01$]. Başka bir deyişle özel bir insan algısında bir artış olduğunda sosyal destek algısının artabileceği belirlenmiştir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde yer alan tartışma, öneriler ve sonuç bölümlerinde elde edilen bulgular ve yorumlar sunulmuştur.

4.1.Tartışma

Bu bölümde, bu çalışmada elde edilen bulgular genel olarak gebelikte alınan doğuma hazırlık eğitimi, algılanan sosyal destek ve sosyodemografik faktörlerin her birinin Prenatal ve Postpartum Depresyon ile olan ilişkisine dair yapılmış araştırmaların sonuçlarıyla karşılaştırılacaktır.

Bu çalışma kapsamındaki tüm kişilerin “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” algı düzeylerinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Genel Ortalama=8,02). Yaptığımız çalışmada hipotezimizin aksine doğuma hazırlık eğitiminin Prenatal ve Postpartum Depresyon üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür. Yani doğuma hazırlık eğitimi alanlarla almayanların EDSDÖ algıları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Fakat doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan iki grup arasında anlamlı bir farklılık çıkmasa da iki grubun da EDSDÖ algı düzeylerinin düşük olması araştırmamız için olumlu bir sonuçtur. Larsson ve arkadaşları (2015) da doğuma hazırlık eğitiminin doğuma dair korkular üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarında ikisi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır. Fakat literatürde, gebelikte alınan doğuma hazırlık eğitimi ve depresyon ilişkisine dair yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmaların çoğunda bu çalışma sonuçlarının aksine ikisi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Subaşı ve arkadaşlarının (2013) doğumdan önceki son üç ayı içerisinde olan gebelerle yaptığı çalışmada doğum eylemine dair korkuların ve negatif düşüncelerin azaltılmasında doğuma hazırlık eğitimlerinin olumlu etkisi görülmüştür. Benzer bir

çalışmada da Ayan ve arkadaşları (2009) doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebeleri karşılaştırmış ve eğitimi alanların kaygı ve depresyon seviyelerinin almayanlara nazaran daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Bu çalışmada katılımcılarımızın genelinde “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)” algı düzeyleri düşük düzeydeyken “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)” algı düzeyleri yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Katılımcıların sosyal destek algı düzeylerinin alt boyut algıları incelendiğinde, ‘Aile’ ve ‘Arkadaş’ alt boyutuna ait algılarının yüksek düzeyde, ‘Özel bir insan’ alt boyutuna ait algılarının ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Depresyon ile sosyal destek alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan Spearman's korelasyon katsayısı sonuçları incelendiğinde de depresyon ile sosyal desteğin alt boyutları olan aile, arkadaş, özel bir insan ve depresyon arasında negatif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır. Bir başka deyişle sosyal desteğin alt boyutları olan aile, arkadaş, özel bir insan algısında artış olduğunda EDSDÖ algısının azaldığı belirlenmiştir. Literatürdeki algılanan sosyal desteğin depresyona etkisini inceleyen çalışmalarda da bu çalışmada elde edilen bulguları destekler şekilde genel olarak negatif yönlü ve kuvvetli ilişkiler tespit edilmiştir. Örneğin gebelikte eş veya kişinin yakın çevresinden sosyal destek alamamasının depresyon geliştirmeye neden olan faktörler arasında olduğu saptanmıştır (Altınay, 1999). Kanada’da yapılan bir çalışmada ise gebelikte yeterince sosyal destek alamayan kişilerde hem prenatal hem de postpartum depresyon geçirme ihtimalinin yükseldiği görülmüştür (Xie ve ark., 2009). Literatürde, sosyal destek ve PPD arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmış birçok çalışma da mevcuttur. Yapılan bir çalışmada, evlilik ilişkilerinde sorunlar yaşayan ve eşlerinden yeterli desteği göremeyen kadınlarda PPD ihtimalinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Gülseren, 1999). Başka bir çalışmada ise, Filipinli, Türk ve Vietnamlı kadınların yeni ülkelerinde akrabalarının veya yakın bir dostlarının olmamasından dolayı PPD riskini daha fazla taşıdıkları saptanmıştır.

Yapılan bu araştırmada katılımcılarda sosyodemografik faktörlerden eğitim durumu ve EDSDÖ algıları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Lise mezunlarının EDSDÖ algılarının lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde örneklem grubunu gebeliğinin ilk üç ayındaki kadınların

oluşturduğu bir çalışmada depresif bozukluk en fazla oranda okuma yazması olmayan ve sadece okur-yazar olan gruplarda, en az oranda ise yüksek eğitim düzeyinde kadınlarda tespit edilmiştir (Aslan, 2011). Buradan yola çıkarak depresyon riskinin eğitim düzeyi ile negatif yönlü bir ilişki içerisinde olduğu söylenebilir.

Ayrıca katılımcıların EDSÖ algıları meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ev hanımlarının EDSÖ algılarının memur olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte özel sektörde çalışanların EDSÖ algılarının ev hanımı memur öğrenci olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da bu çalışmada elde edilen bulguları destekler nitelikte ev hanımlarında yüksek oranlarda depresif bozukluk görülmediğini tespit edilmiştir. Depresyonla ilişkili olan sosyal desteği, ev kadınlarının çalışan kadınlara nispeten daha çok aldıklarının tespit edilmesi (Richman ve ark., 1991) ve bunun nedeninin de toplumumuzda ev kadınlığının itibar görmesi ve sosyal destek sistemlerinin ev kadınları için daha geçerli olması (Önen ve ark., 1995) bulgularımızı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösteren diğer bir sosyodemografik faktörde evde birlikte yaşanan kişi değişkenidir. Yanlış siz ve eşiniz seçeneğini işaretleyenlerin EDSÖ algıları diğer ve eş ve çocuklar seçeneklerini işaretleyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sebebi olarak, evde yaşayan bireylerin sayısının çoğalmasının stres artırıcı bir etkiye sahip olabileceği ve bu durumun depresyon için risk teşkil edebileceği düşünülmüştür. Bulgularımızın aksine Akbaş ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında geniş ailede yaşayan gebelerin depresyon puanının çekirdek ailedekilerden anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların EDSÖ algıları ile çocuk sayısı değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çocuk sahibi olmayanların EDSÖ algılarının 1 çocuk ve 3 çocuk sahibi olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Murray ve arkadaşlarının (1995) çalışması da çocuk sayısının artışı depresyon için risk teşkil ettiğini göstermektedir. Bunun nedeni olarak çocuk sayısındaki artışın ev, araba, eğitim, medikal vb. harcamaları artıracığından anksiyeteye neden olacağı ve depresyon için risk teşkil ettiği varsayılabilir.

Araştırmaya katılanların EDSÖ algıları ile katılımcıların yaş, bölge, isteyerek hamile kalma durumu, gebelik döneminde eğitim alma durumu, yaşanan yer, evlilik süresi, ekonomik düzey, alkol, sigara veya madde kullanma durumu, gebelik süresi, doğumdan sonraki süre, doğum şekli ve bebeği besleme şekli değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülememiştir.

Bu araştırmada EDSÖ algısı ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bulgumuzu destekler nitelikte Kırcan (2014) gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörleri incelediği uzmanlık tezi çalışmasında, yaş grupları ve doğum sonrası depresyon sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edememiştir. Aslan (2011)'da PPD sıklığını araştıran çalışmasının sonucunda gebeliğinin ilk üç ayında olan kadınlarla yaş ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır. İnandı ve arkadaşlarının (2002) Türkiye'de PPD'ye neden olan yüksek risk etkenlerini araştırdığı çalışmalarında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak erken yaşta hamile kalma risk faktörlerinden birisidir.

Araştırmamızdaki katılımcıların %82,7'si Marmara Bölgesi'nden diğerleri ise Türkiye'nin farklı bölgelerindedir. Farklı bölgelerden olan katılımcıların sayısının oldukça düşük olması yapılan bu araştırmada Prenatal ve Postpartum Depresyon ve yaşanan bölge değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunamamasının nedeni olarak varsayılabilir.

Yaşadığı yer (köy, ilçe, büyükşehir) değişkeni ve Prenatal Depresyon ve PPD arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bununla birlikte ilçe de yaşayanların aile algılarının köy-kasabada ve büyükşehirde yaşayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Arkadaş, özel bir insan ve sosyal destek algılarının ise yaşadığı yer değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür. Vigot ve arkadaşlarının (2013) ikamet edilen yerdeki farklılık ve PPD arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptığı çalışmada ise kentsel bölgelerde yaşayan kadınlarda PPD'nin sıklığının, kırsal, yarı kırsal ve yarı kentsel bölgelere nazaran daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İsteyerek hamile kalma durumu ve EDSDÖ algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeninin katılımcılarımızın % 92,7'sinin isteyerek hamile kalmış olması ve sadece %7,3'ünün gebeliğinin planlı olmaması varsayılabilir. Literatürdeki çalışmaların çoğunda planlı gebelik ve depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bunevicius ve arkadaşları (2009) çalışmalarında gebelik depresyonuna en çok ilk üç ay içinde rastlandığını nedeninde gebeliğin planlanmamış olması olduğunu belirtmişlerdir. Kırkan'ın (2014) tez çalışmasında ki bulgularda da gebeliğin planlanmamış ve depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Evlilik süresi ile EDSDÖ algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Akbaş ve arkadaşları (2008) ise gebelik depresyonu ve evlilik süresinin pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir.

Yapılan bu çalışmada ailenin ekonomik düzeyi ve EDSDÖ algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Literatürde bu konuda yapılan çalışmaların bulguları farklılık göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgularla benzerlik gösteren Kırkan'ın (2014) tez çalışmasında da ailenin ekonomik düzeyi ve PPD sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır. Aynı şekilde Danacı ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da PPD ve ekonomik düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aslan'ın (2011) araştırmasında ise gelir düzeyindeki artışın depresif bozukluk görülme oranını azalttığı görülmüştür. İnandı ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında yoksulluğun PPD için yüksek risk etkeni olabilecek faktörlerden biri olduğu saptanmıştır.

Alkol, sigara veya madde kullanımı değişkeni ve EDSDÖ algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeninin de örneklem grubumuzdaki katılımcıların sadece % 11,8'inin sosyal içici veya sigara kullanıcısı olmasından ve bu rakamında anlamlı bir farklılık oluşturmak için yeterli olamayabileceğinden kaynaklandığı varsayılabilir. Kırkan'ın (2014) tez çalışmasında ise sigara kullanımı ve gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemde depresyon görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Araştırmamızda gebelik trimesteri ve EDSÖ algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak bu çalışmada elde edilen bulgulardan farklı olarak Bennet ve arkadaşları (2004) depresyon ve gebelik trimesteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuşlardır ve depresyonun; gebeliğin birinci döneminde (ilk trimester) %7,4, ikinci döneminde (ikinci trimester) %12,8 ve üçüncü döneminde (üçüncü trimester) %12 oranlarında görüldüğü saptanmıştır.

Doğum şekli ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulamadığımız araştırmamızın bulgularını Kırkan'ın (2014) tez çalışması da teyit eder niteliktedir. Ayrıca Eren'in (2007) tez çalışmasında da sezeryan doğum ve PPD arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olmasıyla beraber bu risk faktörünün literatürdeki yeri net değildir (Ryding ve ark., 1998).

Bu araştırmada bebeği besleme şekli ve Prenatal ve Postpartum Depresyon arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu konuda yapılmış başka çalışmalarda da ulaşılan bulguların birçoğu emzirme ve PPD'nin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olmadığını dolayısıyla kadınların bebeklerini özgürce emzirebileceklerini göstermektedir (Kırkan, 2014).

Son olarak, önceden geçirilmiş bir depresyon öyküsü değişkeni ve EDPÖ algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeninin örneklem grubunda önceden depresyon tanısı almış kişi sayısının oldukça düşük olması varsayılabilir. Literatürde ise bireyin önceden geçirilmiş bir depresyon öyküsünün olması, böyle bir vakanın tedaviyi yarıda bırakması ya da önceden doğum sonrası depresyon öyküsünün olması ve soy geçmişinde depresyon öyküsü olması gibi sosyodemografik değişkenler depresyonla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içerisinde bulunmuştur (Kırkan, 2014).

4.2. Öneriler

Prenatal ve Postpartum dönemlerde kadında meydana gelen fiziksel, psikolojik ve duygusal değişimler onu ruhsal hastalıklara açık hale getirmektedir. Bu

dönemlerde giriş kısmında da belirttiğimiz gibi Prenatal ve Postpartum Depresyon görülme sıklığı oldukça yüksektir fakat vakaların birçoğu maalesef tanı alamamıştır. Bu alanda yapılan ve yapılacak olan araştırmalarla Prenatal ve Postpartum Depresyon öngördürücülerin tespit edilmesi ve gerekli tanılarının zamanında koyularak doğru tedavi yollarının izlenmesi gereklidir.

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1- Çalışmada katılımcıların genelinde “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)” algı düzeyleri düşük düzeydeyken “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)” algı düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle sosyal desteğin alt boyutları olan aile, arkadaş, özel bir insan algısında artış olduğunda EDSDÖ algısının azaldığı tespit edilmiştir. Örneklem grubunu gebe ve doğumdan sonraki ilk dört hafta içerisinde olan kadınların oluşturduğu çalışmamızda depresyon ve sosyal destek arasında bulunan negatif yönlü ilişki, literatürdeki bulguları onaylar biçimde bize bir kez daha gebelik ve doğum sonrası dönemde verilen sosyal desteğin önemini göstermiştir. Dolayısıyla Prenatal ve Postpartum Depresyon sıklığının düşürebilmesi için bu dönemlerde kadınların sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve yakın çevresi (eş, ebeveyn, akraba ve arkadaş gibi) tarafından desteklenmesi önerilir.

2- Araştırmada yer alan katılımcılarda sosyodemografik faktörlerden eğitim durumu ve EDSDÖ algıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Lise mezunlarının EDSDÖ algılarının lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki bulgularda araştırmamızı destekler nitelikte eğitim seviyesinin düşmesiyle birlikte depresyon sıklığında artış olduğunu tespit etmiştir. Dolayısıyla engelleyici bir unsur olabilmesi gerekçesiyle toplumumuzdaki kadınların eğitim seviyelerinin yükselmesi önerilir.

3- Ayrıca katılımcıların EDSDÖ algıları meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ev hanımlarının EDSDÖ algılarının memur olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte özel sektörde çalışanların EDSDÖ algıları ev hanımı memur öğrenci olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bulgular meslek grupları içerisinde EDSDÖ algılarının en yüksek

özel sektörde çalışanlarında olduğunu göstermiştir. Ayrıca katılımcılarımıza uyguladığımız ÇBASDÖ'ye göre özel sektör çalışanlarının (Sıra Ortalaması =44,81) aile algıları ev hanımı (Sıra Ortalaması =63,35) ve memur (Sıra Ortalaması =62,60) olanlara göre daha düşüktür. Özel sektör çalışanlarının depresyon risklerinin yüksek ve ağılanan sosyal destek seviyelerininse düşük olması özel sektör çalışanlarının iş yükünün fazla olmasından ve aileleriyle birlikte geçirebildikleri kaliteli zamanın düşük olmasından kaynaklı olabilmektedir. Bu durumun sebebinin net olarak öğrenilebilmesi için özel sektör çalışanlarıyla Prenatal ve Postpartum Depresyon alanında daha kapsamlı bir araştırma yapılması önerilir.

4- Araştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösteren diğer bir sosyodemografik faktörde evde birlikte yaşanan kişi değişkenidir. Yalnız siz ve eşiniz seçeneğini işaretleyenlerin EDSDÖ algıları diğer ve eş ve çocuklar seçeneklerini işaretleyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde bunun aksini ispatlayan çalışmalar olsa da kendi çalışmamızın bulguları doğrultusunda Prenatal ve Postpartum Depresyon riskini önlemek amacıyla çekirdek aile yaşamı ve özel hayatın korunması önerilir.

5- Araştırmaya katılanların EDSDÖ algıları ile çocuk sayısı değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çocuk sahibi olmayanların EDSDÖ algılarının 1 ve 3 olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Ataerkil kültürün etkisiyle bakımveren ve ev işleriyle ilgilenenin çoğunlukla kadın olmasından ötürü çocuk sayısındaki artış kadının iş yükünü artırmakta ve bu durum kadın için bir stres kaynağı olabilmektedir. Çocukların maddi ve manevi ihtiyaçları da annenin kaygısını artırabilmekte ve oluşabilecek bir depresyona zemin hazırlamaktadır. Kadının iş yükünün azaltılması ve depresyondan korunması için özellikle eş ve ailenin desteği ve yardımı önerilir.

4.3. Sonuç

Marmara Bölgesi'nden %82,7 oranında ve Türkiye'nin diğer bölgelerinden %17,3 oranında olan katılımcılardan gebe olanların %41,8'i 27-41. hafta, %13,6'sı

14-26. hafta, %8,2'si 1-13. gebelik haftasında olduklarını belirtirmişlerdir. Katılımcıların %36,4'ü ise gebe değildir. Doğum yapanların %5'i 1. hafta, %20'si 2. hafta, %22,5'i 3. hafta, %52,5'i 4. hafta olarak doğumdan sonraki haftalarını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamındaki katılımcıların genelinin "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" algı düzeylerinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Genel Ortalama=8,02). Katılımcıların genelinin "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" algı düzeylerinin ise yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Genel Ortalama=63,91).

Sosyal destek Prenatal ve Postpartum Depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Sosyodemografik faktörlerden ise; eğitim durumu, meslek, evde birlikte yaşanan kişiler ve çocuk sayısı Prenatal ve Postpartum Depresyon ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olan değişkenler olarak tespit edilmişlerdir.

Doğumdan sonraki dönem üzerinde oldukça etkili olan gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemin ikisini birden kapsayan kısıtlı sayıda yapılan çalışmaların artırılması, Prenatal ve Postpartum Depresyon için riskli bireylerin tespit edilmesi, erken tanı ve doğru tedavinin temin edilmesi için ilişkili ve öngördürücü faktörleri belirlemek üzere farklı bölgeler ve kültürlerde, örneklem grubu daha büyük olan çalışmaların yapılması gereklidir.

KAYNAKÇA

TEZ

- Altınay, S. (1999). Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İle İlişkisi. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara. Aktaran; Kırcan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Aslan, P.A. (2011). Erzurum İl Merkezinde Gebeliğinin İlk Üç Ayında Olan Kadınlarda Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler. Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum.
- Banaz, M. (1992). Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. Aktaran; Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.
- Eren, T.İ. (2007). Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Gabay, R.R. (1992). Annelerde Sosyal Destek, Çocuk Yetiştirme Stresi ve Çocukla İlgili Sorunlarla Başa Çıkma Biçimlerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.
- Gobbard, G.O. (1995). Mood Disorders: Psychodynamic Etiology. HI Kaplan, BJ Saock (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6 ed. Baltimore: Williams ve Wilkins Comp; pp.1116-23. Aktaran; Eren, T.İ. (2007).

Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.

Hogue, C.G. (1985). Social Support, Distributive Nursing Practice: A Systems Approach. Second Edition, J.B. Lippincott Company, 58-75. Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.

Karataylı, S. (2007). Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya. Aktaran; Kırcan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Kırcan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Özgür, G. (1991). Bornova Bölgesinde Oturan Emeklilerde, Emeklilik, Sağlık ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. Aktaran; Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.

Özgür, G. (1991). Bornova Bölgesinde Oturan Emeklilerde, Emeklilik, Sağlık ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. Aktaran; Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.

Sevindik, F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Elazığ, Fırat Üniversitesi.

MAKALE

- Abell, S. (2007). Postpartum Depression. *Clinical Pediatrics (Phila)*. 46:290-1
- Abernathy, D.R., Greenblatt, D.J., ve Shader, R.I. (1984). Imipramine Disposition in Users of Oral Contraceptive Steroids. *Clin Pharmacol Ther*; 35: 792-7.
- Akbaş, A., Vırit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, H., ve Sertbaş, G. (2008). Gebelikte Sosyo-Demografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyiyle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 45:85-91. Akataran; Yeşilçiçek Çalık, K., ve Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3(1):142-162©, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.
- Aktaş, S., Yeşilçiçek Çalık, K., Dinçkol, M., Kara, H., Budak, S., ve Güney, S. (2009). Gebelikte Depresyon, Depresyona Etki Eden Faktörler ve Gebelik Depresyonu ile Sosyal Destek Arasında İlişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 459-460.
- Ayan, A., Aksoy, C., ve Edizkan, H. (2009). Doğuma Hazırlık Kursunun Gebeler Üzerine Etkisi. 9.Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 423-424.
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A., ve Ak, İ. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 17:243- 251. Akataran; Yeşilçiçek Çalık, K., ve Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3(1):142-162©, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A., ve Ak, İ. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Derg*;17(4):243-251. Aktaran; Kırkan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve

İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Beck, C.T. (1996). A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nurs Res*; 45: 297-303. Aktaran; Kırcan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Beck, Tatono, C. (2006). Postpartum Depression: It Isn't Just The Blues. *American Journal of Nursing*. 106(5):40-50.

Bennett, HA., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., ve Einarson T.R. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstet Gynecol*; 103:698-709. Aktaran; Yeşilçiçek Çalık, K., ve Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3(1):142-162©, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.

Bernazzani, O., Conroy, S., ve Marks, M.N. (2004). Contextual Assessment of The Maternity Experience: Development of An Instrument For Cross-Cultural Research. *Br J Psychiatry*; 184:24-30.

Bilszta, J.L., Gu, Y.Z., Meyer, D., ve Buist, A.E. (2008). A Geographic Comparison of The Prevalence and Risk Factors For Postnatal Depression in An Australian Population. *Aust N Z J Public Health*; 32(5):424-30.

Bödecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne, N.M, ve Sandor, J. (2009). Prevalence of Depression and Anxiety in Early Pregnancy on a Population Based Hungarian Sample. *Orv Hetil*. 150:1888-1893.

Bowen, A., ve Muhajarine, N. (2006). Antenatal Depression. *Canadian Nurse Journal*; 102:26-30. Aktaran; Yeşilçiçek Çalık, K., ve Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3(1):142-162©, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.

- Boyd, R.C., Le, H.N., ve Somberg, R. (2005). Review of Screening Instruments For Postpartum Depression. *Arch Womens Ment Health*; 8: 141-53. Aktaran;
- Kırkan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R.J., Jureniene, K., ve Pop, V.J. (2009). Psychosocial Risk Factors For Depression During Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 88: 599-605.
- Campbell, S. B., Cohn, J.F., ve Flanagan, C. (1992). Course and Correlates of Postpartum Depression During The Transition to Parenthood. *Development and Psychopathology* 4:29-47.
- Chandran. M., Tharyan, P., ve Muliyl, J. (2002). Postpartum Depression in A Cohort of Women From A Rural Area of Tamil Nadu, India. *Br J Psychiatry*, 499-504. Aktaran; Kırkan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Colman, I., Polubidis, G.B., Wadsworth, M.E., Jones, P.B., ve Croudace, T.J. (2007). A Longitudinal Typology of Symptoms of Depression and Anxiety Over the Life Course. *Biol Psychiatry*. Aktaran; Eren, T.İ. (2007). Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
- Coşar F., ve Demirci N. (2012). Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3: 1 (18-30).
- Cox, J.L., Connor, Y., ve Kendell, R.E. (1982). Prospective Study of The Psychiatric Disorders of Childbirth. *Br J Psychiatry*; 140:111 -117.

- Çoker, H., Karabekir, N. <http://dogumakademisi.com/tr/keskesiz-dogum/keskesiz-dogumun-hikayesi/121> 'den alıntlandı.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., ve Brender, W. (2000). Psychosocial Correlates of Prepartum and Postpartum Depressed Mood. *J Affect Disord*; 59:31-40.
- Danacı, E.A., Dinç, G., Deveci, A., Sen, F.S. ve İçelli, İ. (2000).The Prevalence of Postpartum Depression in Manisa Province and Influencing Factors. *Turk Psikiyatri Dergisi*; 11: 204-11.
- Dayan, J., Creveuil, C., ve Marks, M.N. (2006). Prenatal Depression, Prenatal Anxiety, and Spontaneous Preterm Birth: a Prospective Cohort Among Women With Early and Regular Antenatal Care. *Psychosom Med*; 68: 938-46.
- Demirsoy, G., ve Aksu, H. (2015). Doğum Korkusunun Nedenleri ve Baş Etme. *Kashed*, 2(2): 36-45.
- Dennis, C.L., ve Ross, L.E. (2006). The Clinical Utility of Maternal Self-Reported Personal and Familial Psychiatric History in Identifying Women At Risk For Postpartum Depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 85: 1179-85.
- Aktaran; Eren, T.İ. (2007). Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
- Deveci A, Yüksel EG, Gökalp F, Aydemir Ö, İçelli İ. Yatarak Tedavi Gören Majör Depresif Bozukluklu Hastalarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Türkiye'de Psikiyatri* 2005; 7(2): 68-72.
- Aktaran; Kırcan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

- Dietz, P.M., Williams, S.B., Callaghan, W.M., Bachman, D.J., Whitlock, E.P., ve Hornbrook, M.C. (2007). Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. *Am J Psychiatry*; 164:1515–20.
- Doksat, M.K. (1999). Dirençli Depresyonda Tedavi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. Aralık-İstanbul.
- Doose, D.R., Wang, S.S., Padmanabhan, M., Schwabe, S., Jacobs, D., ve Bialer, M. (2003). Effect of Topiramate Or Carbamazepine on The Pharmacokinetics of An Oral Contraceptive Containing Norethindrone and Ethinyl Estradiol in Healthy Obese and Nonobese Female Subjects. *Epilepsia*; 44: 540-9.
- Durukan, E., İlhan, M.N., Bumin, M.A., ve Aycan, S. (2011). Postpartum Depression Frequency and Quality of Life Among a Group of Mothers Having a Child Aged 2 Weeks-18 Months. *Balkan Med J*; 28: 385-393.
- Eker, D., Arkar, H., ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*;12(1):17-25.
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*;10(34):45-55.
- Engindeniz, A.N., ve Küey, L. (1997). Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Bahar Sempozyumları;1(1):51-2.
- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., ve Kuhn, C. (2004). Prenatal Depression Effects on The Fetus and Newborn. *Infant Behav Dev*; 27:216-229. Akataran; Yeşilçiçek Çalık, K., ve Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3(1):142-162©, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.

- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., ve Kuhn, C. (2004). Prenatal Depression Effects on The Fetus and Newborn. *Infant Behav Dev*; 27:216-229.
- Frank, E., Kupfer, D.J., ve Perel, J.M. (1990). Three-Year Outcomes For Maintenance Therapies İn Recurrent Depression. *Arch Gen Psychiatry*; 47: 1093-1099.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., ve Meltzer-Brody, S. (2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evid Rep Technol Assess*;119: 1-8. Aktaran; Kırcan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Gölbaşı, Z., Kelleci, M., ve Kısacık, G. (2007). Gebelikte Depresif Belirtiler: Prevelans ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa 255.
- Gülseren, L. (1999). Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 10: 58-67.35.
- Halligan, S.L., Herbert, J., Goodyer, I.M., ve Murray, L. (2004). Exposure To Postnatal Depression Predicts Elevated Cortisol in Adolescent Offspring. *Biol Psychiatry*; 55(4): 376-81.
- Harris, B., John, S., ve Fung, H. (1989). The Hormonal Environment of Post-Natal Depression. *Br J Psychiatry*. Volume 1, Number 54:660- 667.
- Hayes, M.J., Roberts, S., ve Davare, A. (2000). Transactional Conflict Between Psychobiology and Culture in The Etiology of Postpartum Depression. *Medical Hypotheses*; 54(1): 7-17.
- Hendrick, Victoria. (2003). Treatment of Postnatal Depression. *British Medical Journal*. 327: 1003-4. Aktaran; Thurgood, S., Avery, D. M., ve Williamson,

- L. (2009). Postpartum Depression (PPD). American Journal of Clinical Medicine. Volume 6, Number 2: 17-22.
- Heron, J., O'Connor, T.G., ve Evans, J. (2004). The Course of Anxiety and Depression Through Pregnancy and The Postpartum in A Community Sample. J Affect Disord; 80: 65–73.
- Horowitz, Andrews, J., ve Goodman, J. H. (2005). Identifying and Treating Postpartum Depression. Journal of Obstetric and Gynecological Nursing. 34(2): 264-73.
- İnandı, T., Elçi, O.Ç., Öztürk, A., Eğri, M., Polat, A., ve Şahin, T.K. (2002). Risk Factors For Depression in Postnatal First Year, in Eastern Turkey. Int J Epidemiol; 31: 1201-7.
- Jiang, W., Kuchibhatla, M., Clary, G.L., Cuffe, M.S., Christofer, E.J., Alexander, J.D., Califf, R.M., Krishnan, R.R., O'Connor, C.M., ve Am, H.J. (2007). Relationship Between Depressive Symptoms and Long-Term Mortality in Patients with Heart Failure. Jul;154(1):102-8. Aktaran; Eren, T.İ. (2007). Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
- Jung, J. (1997). Balance and Source of Social Support in Relation To Well-Being. Journal of General Psychology 1-3. Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.
- Kabir, Karolyn, Sheeder, J., ve Kelly, L. S. (2008). Identifying Postpartum Depression: Are 3 questions as good as 10? Pediatrics. 122(3): e696-e702. Aktaran; Thurgood, S. Avery, D. M., ve Williamson, L. (2009). Postpartum Depression (PPD). American Journal of Clinical Medicine. Volume 6, Number 2: 17-22.

- Karaçam, Z., ve Ançel, G. (2009). Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population. *Midwifery*; 25: 344-356.
- Karaçam, Z., ve Kitiş, Y. (2007). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik ve Güvenirliliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*;(18):3-9.
- Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, M.A., ve Shima, S. (1996). Psychosocial Study of Depression in Early Pregnancy. *Br J Psychiatry*; 168: 732-8.
- Kolko, M., Eydie, ve Kraus, R. E. (2004). Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *Journal of the American Medical Women's Association*. 59: 181-91. Aktaran; Thurgood, S. Avery, D. M., ve Williamson, L. (2009). Postpartum Depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*. Volume 6, Number 2: 17-22.
- Koppelman, M.S.C., Parry, B.L., ve Hamilton, J.A. (1987). Effect of Bromocriptine On Affect and Libido in Hyperprolactinemia. *Am J Psychiatry*; 8: 1037-1041.
- Kumar, R., ve Robson, M.K. (1984). A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiatry*; 144: 35-47.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., ve Ylikorkala, O. (2000). Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk For Preeclampsia. *Obstet Gynecol*; 95:487-490.
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., Hildingsson, I., (2015). The Effects of Counseling on Fear of Childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, (1-16).
- Laursen, M., Hedegaard, M., Johansen, C., (2008). Fear of Childbirth: Predictors and Temporal Changes Among Nulliparous Women in The Danish National Birth Cohort, *BJOG*, 115 (354–360).

- Leung, S.S.K., Martinson, I.M., ve Arthur, D. (2005). Postpartum Depression and Related Psychosocial Variables in Hong Kong Chinese Women: Findings From A Prospective Study. *Res Nurs Health*; 28: 27-38.
- Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C., ve Barry, K.L. (2003). Depressive Symptoms Among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *J Women's Health (Larchmt)*; 12:373 380.
- Martinez-Schallmoser, L., Tellen, S., ve Macmullen, N.J. (2003). The Effect of Social Support and Acculturation on Postpartum Depression in Mexican American Women. *J Transcult Nurs*;14: 329-38.
- Mckee, M.D., Cunningham, M., Jankowski, K.R.B., ve Zayas, L. (2001). Health-Related Functional Status in Pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in a Multi-Ethnic Population. *Obstet Gynecol*;97: 988-93.
- Aktaran; Kırcan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Melender H. (2002). Experiences of Fears Associated With Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women, *Birth*, 29:2 (101-111).
- Moses-Kolko, E.L., ve Roth, E.K. (2004). Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *J Am Med Womens Assoc*; 59: 181 -91. 6.
- Murray, D., Cox, J.L., Chapman, G., ve Jones, P. (1995). Childbirth: Life Event Or Start of A Long Term Difficulty? Further Data From The Stoke-On-Trent Controlled Study of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry*; 166: 595-600.
- Murray, L., Cooper, P., ve Hipwell, A. (2003). Mental Health of Parents Caring For Infants. *Arch Womens Ment Health*; 6: 71-7. Aktaran; Kırcan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

- Najman, J.M., Bor, W., ve O'Callaghan, M.J. (2000). Postnatal Depression-Myth and Reality: Maternal Depression Before and After The Birth of a Child. *Social Psychiatry*, 35:1 9-27.
- Noble, R.E. (2005). Depression in Women. *Metabolism Clinical and Experimental*. 54:49-52.
- Önen, R.F., Kaptanoğlu, C., ve Seber, G. (1995). Kadınlarda Depresyon Yaygınlığı ve Risk Faktörleriyle İlişkisi. *Kriz Dergisi*; 3(1 -2) 88-103.
- Orr, S.T. (2004). Social Support and Pregnancy Outcome: A Review of The Literature. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(4): 842-855.
- Özgür, G. (1993). Sosyal Destek ve Sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*, 43(2): 25-26.
- Pereira, P.K., Lovisi, G.M., Pilowsky, D.L., Lima, L.A., ve Legay, L.F. (2009). Depression During Pregnancy: Prevalence and Risk Factors Among Women Attending a Public Health Clinic in Rio De Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*;25(12):2725-36.
- Pugliesi, K., ve Shook, S.L. (1998). Gender, Ethnicity and Network Characteristics: Variation in Social Support Resources. *Journal of Research*, 12-19. Aktaran;
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.
- Richman, J.A., Raskin, V.D., ve Gaines, C. (1991). Gender Roles, Social Support, and Postpartum Depressive Symptomatology. The Benefits of Caring. *J Nerv Ment Dis*; 179(3): 139-47.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. (2004). Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis of Recent Literature. *Gen Hospital Psychiatry*;289-295. Aktaran;
- Kırkan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

- Romano, A.M., ve Lothian, J.A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth. JOGNN, 37: 94-105.
- Ryding, E., Wijma, K. Ve Wijma, B. (1998). Psychologic İmpact of Emergency Cesarean Section in Comparison with Elective Cesarean Section, Instrumental and Normal Vaginal Delivery. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology,;19:135-44.
- Sabers, A., Buchholt, J.M., Uldall, P., ve Hansen, E.L. (2001). Lamotrigine Plasma Levels Reduced By Oral Contraceptives. Epilepsy Res,; 47: 151-4.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmelo-Aro, K. ve Halmesmaki, E., (2006). Therapeutic Group Psychoeducation and Relaxation in Treating Fear of Childbirth, Acta Obstetricia et Gynecologica, 85 (1315-1319).
- Savrun, M. B. (1999). Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul. 2-3 Aralık:11-17.
- Small, R., Lumley, J., ve Yelland, J. (2003). Cross-Cultural Experiences of Maternal Depression: Associations and Contributing Factors For Vietnamese, Turkish and Filipino İmmigrant Women in Victoria, Australia. Ethn Health;8:189-206.
- Sorias, O. (1990a). Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi I: Kullanılan Ölçüm Araçlarının Gözden Geçirilmesi. Psikoloji Semineri, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, 6/7:20-25. Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.
- Sorias, O. (1990b). Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örnekleme, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ile Algılanan Destek. Seminer Psikolojisi 6/7:27-40. Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.

- Sorias, O. (1992). Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde Yaşam Stresi, Sosyal Destek ve Ruhsal Hastalık İlişkisinin İncelenmesi. Psikoloji-Seminer, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 9: 33-49. Aktaran; Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 2.
- Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S., ve Budak, B., (2013). Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi. Selçuk Tıp Derg, 29:4 (165-167).
- Thurgood, S. Avery, D. M., ve Williamson, L. (2009). Postpartum Depression (PPD). American Journal of Clinical Medicine. Volume 6, Number 2: 17-22.
- Vigod, S. N., Tarasoff, L.A., Bryja, B., Dennis, C., Yudin, M. H., ve Ross, L. E. (2013). Relation Between Place of Residence and Postpartum Depression. CMAJ. Sep 17; 185(13): 1129–1135. doi: 10.1503/cmaj.122028
- Xie, RH., He, G., Koszycki, D., Walker, M., ve Wen, S.W. (2009). Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. Ann Epidemiol; 19:637-643. Akataran; Yeşilçiçek Çalık, K., ve Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 3(1):142-162©, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.
- Yeşilçiçek Çalık, K. ve Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 3(1):142-162© , eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirliği ve Geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 13:81-87.

Yıldırım, S.G., Kısa. C., ve Aydemir, Ç. (2004). Postpartum Depresyon. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 4):0-0. Aktaran; Kırkan, S.T. (2014). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

KİTAP

American Psychology Association. (2000). PA DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Köroğlu, E. (2007). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, Hekimler Yayın Birliği;489-547.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM V), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Arney, W.R., ve Neill, J. (1982). The Location of Pain in Childbirth: Natural Childbirth and the Transformation of Obstetrics. *Sociology of Health and Illness* Vol.4; 1.

Davison, C. G., ve Neale, M. J. (1974). Anormal Psikoloji. (Çeviren Dağ, İ.). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, (2004). Ankara, 7: 236–241.

Elbert, M., Loosen, P.T., ve Nurcombe, B. (2003). Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz, S. Karaman, T.(Çevirenler). Ankara: Günes Kitapevi, 467-484, 290-298.

Gelder, M. Gath, D. Mayou, R. ve Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry*. Third Edition. Oxford University Press, Oxford.

Karasar, N. (2009). Araştırmalarda Rapor Hazırlama. Ankara: Nobel Yayınevi.

- Köroğlu, E. (2004). Depresif Bozukluklar. Tamamlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB Yayıncılık; 253-77.
- Mäki, P. (2003). Parental Separation at Birth and Maternal Depressed Mood in Pregnancy: Associations with Schizophrenia and Criminality in the Offspring. Oulu. Oulu University Press.
- Miller, L. J., ve Rukstalis, M. (1999). Beyond The "Blues": Hypotheses About Postpartum Reactivity. Postpartum Mood Disorders, Miller L.J. (Ed), 1. baskı", Washington DC: American Psychiatric Press. Inc; 3-1 9.
- Preskorn, S.H. (1999). Depresyonun Ayaktan Tedavisi. 2. baskı. Kırılı S. (çeviren). 3-20. Bursa.
- Sadock, B.J., ve Sadock, V.A. (2003). Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences. Clinical psychiatry, 7th Edition. 494-496.
- Sidebotham, M. (2008). Mental Health Problems. In Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives, 13th ed. (Eds C Henderson, S Macdonald): 918-934. London, Elsevier.
- Williams, K.E., ve Casper, R.C. (1998). Reproduction and Its Psychopathology. Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior, Casper RC (Ed), 1. baskı, Cambridge University Press; s.14-35.

EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Sizden katılmanızı istediğimiz bu araştırma, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Psikolog Şeyma Zülaloğlu Yalçın tarafından Prof. Dr. M. Kerem Doksat danışmanlığında yürütülmektedir. Bu araştırma "**Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi, Algılanan Sosyal Destek ve Sosyodemografik Faktörlerin Prenatal ve Postpartum Depresyona Etkisi**"ni incelemek amacıyla yürütülmektedir.

Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Araştırmanın doğru sonuçlar verebilmesi için içten ve samimi yanıtlar vermenizi ve tüm soruları cevaplamanızı özellikle rica ederiz. Araştırma sonuçları sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır.

Eğer araştırma ile ilgili sorularınız olursa seyma.zulal@gmail.com adresinden bizimle bağlantı kurabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Psikolog Şeyma Zülaloğlu Yalçın

Bu formu onaylayarak, yukarıdaki bilgileri anladığımı ve araştırmaya katılmayı kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza:

Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Sizden katılmanızı istediğimiz bu araştırma, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Psikolog Şeyma Zülaloğlu Yalçın tarafından Prof. Dr. M. Kerem Doksat danışmanlığında yürütülmektedir. Bu araştırma "Gebelikte Alınan Doğuma Hazırlık Eğitimi, Algılanan Sosyal Destek ve Sosyodemografik Faktörlerin Prenatal ve Postpartum Depresyona Etkisi"ni incelemek amacıyla yürütülmektedir.

Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Araştırmanın doğru sonuçlar verebilmesi için içten ve samimi yanıtlar vermenizi ve tüm soruları cevaplamanızı özellikle rica ederiz. Araştırma sonuçları sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Psikolog Şeyma Zülaloğlu Yalçın

1) Yaşınız

.....

2) Şu an yaşadığınız şehir

.....

3) Yaşamınızın büyük bir bölümünü nerede geçirdiniz?

Köy-kasaba

İlçe

İl

Büyük şehir

4) Eğitim durumunuz?

- Okur-yazar
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Lisansüstü

5) Mesleğiniz nedir?

.....

6) Medeni durumunuz nedir?

- Evli
- Dul
- Boşanmış

7) Evli iseniz süresi?

- Hayır, evli değilim
- 1 yıldan az
- 1-5 yıl
- 6-10 yıl
- 10 yıldan fazla

8) Sizce aşağıdaki seçeneklerden hangisi ekonomik düzeyinizi en iyi şekilde ifade etmektedir?

Çok düşük

Düşük

Orta

Yüksek

Çok Yüksek

9) Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

Yalnız siz ve eşiniz

Yalnız siz ve ocuklar

Eş ve ocuklar

Diğer

10) Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı? Varsa lütfen belirtiniz.

.....

11) İsteyerek mi hamile kaldınız?

Evet

Hayır

12) Sahip olduğunuz çocuk sayısı?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ve üzeri

13) Gebe iseniz gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?

- Hayır, değilim
- 1-13. hafta (1. trimester)
- 14-26. hafta (2. trimester)
- 27-41. hafta (3. trimester)

14) Gebelik döneminizde herhangi bir doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı?

- Evet
- Hayır

15) Doğuma hazırlık eğitimi aldıysanız bu eğitimi aldığınız kurum?

.....

16) Eğer doğum yaptıysanız, doğumdan sonraki kaçınıcı hafta içerisindeyiz?

- Doğum yapmadım
- 1. hafta
- 2. hafta
- 3.hafta

4.hafta

17) Eğer doğum yaptıysanız, doğum şekliniz nedir?

Doğum yapmadım

Normal

Sezeryan

Epidural normal doğum

Epidural sezeryan doğum

18) Eğer doğum yaptıysanız, bebeğinizi besleme şekliniz nedir?

Doğum yapmadım

Anne s¼tü

Mama

Anne s¼tü ve mama

19) Eğer doğum yaptıysanız, bebeğiniz sağlıklı mı?

Doğum yapmadım

Evet, sağlıklı

Hayır, sağlıklı değil

20) Hiç depresyon geçirdiniz mi? Geğirdiyseniz l¼tfen aldığımız tanıyı belirtiniz.

.....

EK-3 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

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.

1.Son 7 gündür; Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

2.Son 7 gündür; Geleceğe hevesle bakıyorum

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

3. Son 7 gündür; Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

4. Son 7 gündür; Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

5. Son 7 gündür; İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

6. Son 7 gündür; Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

8. Son 7 gündür; Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

9. Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok seyrek

Hayır, asla

10. Son 7 gündür; Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık

Bazen.

Hemen hemen hiç

Asla

EK-3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ):

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 işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

ÖZGEÇMİŞ

14 Nisan 1988 tarihi, İstanbul İli Şişli ilçesi doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi yine aynı ilde tamamladıktan sonra, Uluslararası Saraybosna Üniversitesi Sanat ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümüne kaydoldum. Psikoloji (Ana Dal) ve Uluslararası İlişkiler (Yan Dal) eğitimimi tamamlayarak 2012 yılında mezun oldum. Sonrasında 2012-2014 yılları arasında Büyükşehir Belediyesi Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı Psikolojik Danışmanlık Merkezlerinde Yetişkin Psikoloğu olarak görev aldım. 2014 yılında Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimine başladım.

Özel ilgi alanlarım; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, doğum öncesi ve doğum sonrası psikolojik problemler.

Aday: Şeyma ZÜLALOĞLU YALÇIN

TEŐEKÜRLER

Bu çalıŐmayı tasarlamamda, yürütmemde ve tamamlamamda engin bilgisi ve deneyimlerinden faydalandığım danıŐmanım Prof. Dr. Mehmet Kerem DOKSAT'a ve bu süreçte yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle kıymetli desteklerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Neslim GVENEĐĐER DOKSAT'a sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tezim için çalıŐacaĐım alanı seçmemde beni cesaretlendiren ve bu süreçte desteğini esirgemeyen Güler ARDIÇ AAN'a ve son olarak da çalıŐmam boyunca bütün zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her döneminde bana destek olan değerli eşim Muhammet YALÇIN'a ve hayatım boyunca benden maddi ve manevi yardımlarını esirgemeyen tüm aile bireylerime teŐekkürü bir borç bilirim.

İSTANBUL 2017

Şeyma ZÜLALOĞLU YALÇIN