

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ  
PROGRAMI**

**GEBELİKTE DOĞUM BEKLENTİSİNİN  
POSTPARTUM DEPRESYON GELİŞTİRME  
ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Gamze KARABULUT**

**Danışmanı  
Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU**

**İstanbul – 2014**

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ  
PROGRAMI**

**GEBELİKTE DOĞUM BEKLENTİSİNİN  
POSTPARTUM DEPRESYON GELİŞTİRME  
ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Gamze KARABULUT**

**Danışmanı  
Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU**

**İstanbul – 2014**

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı .....<sup>Uygulamalı</sup> Psikoloji..... Programı Tezli Yüksek Lisans  
öğrencisi ..... Gamze Karabulut ..... tarafından hazırlanan  
“..... Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum  
..... Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi.....”  
adlı bu çalışma jürimizde Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 17/06/2014

( Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu ) :

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Ebru Salkıoğlu  
Danışman: Kings College London Üniv. .... ASD/ABD Öğr. Üyesi

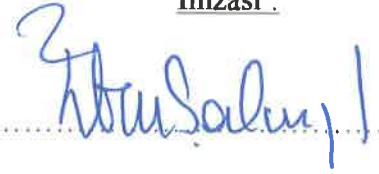
Jüri Üyesi: Prof. Dr. Leman Bilgin  
Halıcı Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Muhammet Kalkılıç  
Halıcı Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: .....  
..... Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi: .....  
..... Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

İmzası :







## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının konusu, istatistiksel analizleri, bulguları gibi çalışmanın her aşamasında büyük katkısı olan, zengin bilgisiyle, tecrübesiyle, özverili yaklaşımıyla güven veren, göstermiş olduğu sabrıyla, güler yüzüyle motivasyonumu sağlayan, düzenli ve disiplinli çalışma sistemini aşıl原因, mesleki gelişimimde büyük emeği olan, Sayın Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmamın yapılabilmesi için gerekli izin ve yetkilendirmeleri veren, çalışmamda büyük desteği olan Özel Asya Tıp Merkezi Başhekim'i Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Opr. Dr. Hakan SEVEN'e, ölçüklerin doldurulması aşamasında gebeleri yönlendiren Jinekolog Opr. Dr. Ayten BÖLÜKBAŞ'a katkıları için çok teşekkür ederim. Ayrıca, veri toplama aşamasında yardımcı olan Özel Asya Tıp Merkezi asistanlarına ve diğer ekip arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamda emeği geçen ve yanımda olan değerli Psikolog arkadaşlarıma, veri toplamamda yardımcı olan, neşesiyle ortamımızı renklendiren çevirmenimiz Menar ABDUL'a, veri girişinde ve veri toplamamda yardımcı olan Psikolog Şule AYDIN'a, istatistik konusunda bilgisini esirgemeyen Furkan ARI'ya teşekkür ederim.

Çalıştığım Özel Baypark Hospital'da kaynak desteği ve görüşleriyle katkıda bulunan Jinekolog Opr. Dr. Hasan Fahri İNAN'a, tezimin son halinin verilmesinde özverili yaklaşımı ve değerli katkısı için Üroloji uzmanı Yrd. Doç. Dr. Erkan ERDEM'e teşekkür ederim. Tez çalışmamla ilgili sık izin kullanımımı tolere eden, güler yüzüyle çalışmamı destekleyen Sayın Başhekim'im Uzm. Dr. İsa ŞAHİN'e, Yönetim Kurulu Başkanım Yrd. Doç. Dr. Zeynel ÖZTÜRK'e ve her zaman yanımda olan, motivasyonumu artıran, çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Özel Baypark Hospital ekip arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamda büyük katkısı olan sevgili babam Ercan KARABULUT'a, sevgisiyle, sabrıyla her zaman varlığını hissettiren annem Zekiye KARABULUT'a ve ağabeyim Halil KARABULUT'a çok teşekkür ederim. Son olarak, araştırmama büyük katkı sağlayan gebelere teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, 2014

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	VI
<b>KISALTMALAR</b> .....	VII
<b>ÖZET</b> .....	VIII
<b>ABSTRACT</b> .....	IX
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Jinekolojik ve Obstetrik Bilgiler.....	1
1.1.1. Erken (Preterm) Doğum.....	1
1.1.2. Prematüre Doğum.....	2
1.1.2.1. Prematüre Sınıflandırılması.....	2
1.1.3. Küretaj.....	2
1.1.4. Düşük (Abortus).....	2
1.1.5. Doğum Süresi.....	3
1.2. Doğum Şekilleri.....	3
1.2.1. Normal Doğum.....	3
1.2.1.1. Normal Doğum Seyri.....	4
1.2.2. Epizyotomi.....	5
1.2.3. Epidural Analjezi.....	5
1.2.4. Vakum ve Forseps.....	5
1.2.5. Sezaryen Doğum (Sectio Caesarea Abdominalis).....	5
1.2.6. Spinal Anestezi.....	5
1.3. Doğum Korkusu.....	6
1.3.1. Doğum Şekli ve Kaygı İlişkisi.....	6
1.3.2. Doğum Ağrısı.....	8
1.4. Doğum Beklentileri.....	8
1.5. Depresyon.....	9
1.5.1. DSM-IV Depresyon Tanı Kriterleri.....	9
1.5.2. Depresyonun Etiyolojisi.....	10
1.5.2.1. Psikanalitik Kuram.....	10
1.5.2.2. Davranışsal Kuram.....	11
1.5.2.3. Akılcı-Duygusal Model.....	11
1.5.2.4. Öz-denetim Modeli.....	11
1.5.2.5. Bilişsel Kuram.....	12
1.5.3. Gebelik Depresyonu.....	12
1.5.3.1. Gebelik Depresyonunda Risk Faktörleri.....	12
1.6. Doğum Sonrası Ruhsal Durum.....	13
1.6.1. Annelik Hüznü.....	13
1.6.2. Postpartum Depresyon.....	14

1.6.3. DSM-IV Postpartum Başlangıç Belirleyicisi İçin Ölçütler.....	15
1.6.4. DSM-V Doğum Zamanı (Peripartum) Başlayan.....	16
1.6.5. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi.....	16
1.7. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri.....	17
1.8. Araştırmanın Amacı.....	19
1.9. Araştırmanın Önemi.....	20
<b>2. YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>
2.1. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	21
2.2. Veri Toplama Araçları.....	22
2.2.1. Bilgi Formu.....	22
2.2.2. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği.....	23
2.2.3. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	23
2.4. Verilerin Analizi.....	24
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
3.1. Çalışma I.....	25
3.1.1. Doğum İle İlgili Beklentiler.....	25
3.2. Çalışma II.....	29
3.2.1. Demografik ve Kişisel Öykü Özellikleri.....	28
3.2.2. Gebelik ve Doğum Özellikleri.....	30
3.2.2.1. Önceki Gebelik Özellikleri.....	30
3.2.2.2. Şimdiki Gebelik Özellikleri.....	31
3.2.2.3. Doğum İle İlgili Beklentiler.....	31
3.2.3. Doğum Özellikleri ve Doğum Sonrası Uyum.....	34
3.2.3.1. Doğum ve Doğum Sonrasına Yönelik Bilgiler.....	34
3.2.3.2. Doğum Sonrası Depresyon.....	35
3.2.4. Doğum Sonrası Depresyonla İlişkili Faktörler.....	36
<b>4. TARTIŞMA.....</b>	<b>38</b>
4.1 Sınırlılıklar.....	43
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>44</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>45</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>53</b>
<b>EK-1.....</b>	<b>54</b>
<b>EK-2.....</b>	<b>55</b>
<b>EK-3.....</b>	<b>59</b>
<b>EK-4.....</b>	<b>63</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>66</b>

## TABLO LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
1.1. Ortalama Doğum Süresi.....	3
1.2. Çeşitli Araştırmalarda Belirlenen Risk Faktörleri.....	18
2.1. Doğum Sancıları Sırasında Hissedileceklere Yönelik Düşünceler.....	26
2.2. Doğum Sancıları Sırasında Beklenen Duygular.....	27
2.3. Doğum Sonrası Beklenen Duygular.....	27
2.4. Obstetrik Öyküler.....	29
2.5. Doğum Sancıları Sırasında Hissedileceklere Yönelik Düşünceler.....	31
2.6. Doğum Sancıları Sırasında Beklenen Duygular.....	32
2.7. Doğum Sonrası Beklenen Duygular.....	33
2.8. Doğum Sonrası Psikolojik Durum.....	35

## **KISALTMALAR**

**APA** : American Psychological Association

**ORT** : Aritmetik Ortalama

**PD** : Postpartum Depresyon

**SS** : Standart Sapma



## GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Gamze KARABULUT  
Anabilim Dalı : Psikoloji  
Programı : Uygulamalı Psikoloji  
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU  
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran 2014

### GEBELİKTE DOĞUM BEKLENTİSİNİN POSTPARTUM DEPRESYON GELİŞTİRME ÜZERİNE ETKİSİ

#### ÖZET

Gebelik ve doğum sonrası dönem psikiyatrik sorunların görülebilmesi açısından riskli dönemlerdir. Önleyici çalışmaların yapılması ile risk azalacaktır. Bu çalışmanın amacı gebelikte doğum kaygısının postpartum depresyonla ilişkisini incelemektir. İki aşamada yürütülen araştırmanın ilk adımında İstanbul Gaziosmanpaşa Asya Tıp Merkezi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran 211 kadının doğumla ilgili kaygı özellikleri Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Gebelerin %10'unun klinik olarak anlamlı düzeyde doğum kaygısı taşıdıkları belirlenmiştir. Bu kaygı ile gebelik haftası ve gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular, 10 gebeden 1'inin anlamlı doğum kaygısı olduğunu ve gebeliğin başlı başına bir stres faktörü olduğunu göstermiştir. İkinci aşamada, araştırmanın ilk aşamasına katılan kadınlardan doğum yapan 77'si doğumdan en az 4 hafta sonra Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Doğum korkusu şiddeti ile postpartum depresyon belirtileri şiddeti arasında küçük kuvvette ama istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür. Doğum korkusu postpartum depresyon belirtilerindeki varyansın %11'ini açıklamıştır. Bireysel ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, aşk evliliği yapanlar, gebelik sırasında gebelikle ilişkili düşük memnuniyet, cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi, doğumla ilgili endişe düzeyi, doğum sonrası kendine zaman ayıramayacağı ve eşiyle ilişkisinin eskisi gibi olamayacağı korkusu, doğum sonrası annelik rolüne uyum sağlayamama postpartum depresyonla anlamlı ilişki gösteren faktörlerdir. Normal doğum yapanlar zorunlu olarak sezeryan geçirenlere oranla daha fazla depresyon belirtisi gösterse de aradaki fark küçük ve istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgular postpartum depresyonu belirleyen çok sayıda faktör olduğunu göstermiştir. Gebelikte doğum korkusunun postpartum depresyonda anlamlı varyans açıklaması, gebelik süresince sağlanacak psikolojik yardımın bazı kadınlarda postpartum depresyonu engelleyebileceğini düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum Korkusu, Doğum Kaygısı, Postpartum Depresyon, Doğum Beklentisi.

## GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Gamze KARABULUT  
Field : Psychology  
Program : Applied Psychology  
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU  
Degree Awarded and Date : Master – June 2014

### THE EFFECT OF DELIVERY EXPECTANCY DURING PREGNANCY ON DEVELOPMENT OF POSTPARTUM DEPRESSION

#### ABSTRACT

The risk for psychiatric problems is increased during pregnancy and postnatal period. Such risk will be minimized if preventative measures are taken. The aim of this study is to examine the relationship between fear of childbirth (FoC) and postpartum depression (PD). In the first phase, 211 consecutive self-referrals to the Delivery Clinic of the Istanbul Gaziosmanpaşa Asya Tıp Merkezi, were screened with Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire. Ten percent of pregnant women experienced FoC at clinically significant levels. Such fear was not associated with the number of pregnancies and duration of gestation. In the second phase, 77 of first-part participants who gave birth were assessed with the Edinburg Postnatal Depression Scale at least four weeks after delivery. There was a small but statistically significant correlation between FoC and PD, where the former explained 11% of the variance in the latter. Personal and familial history of psychiatric illness, love marriage, low level of satisfaction with pregnancy, negative impact of pregnancy on sexual life, worry about delivery, anticipatory fear of not having spare time for oneself and deterioration of marital relationship, and low adaptation to the motherhood role showed significant association with PD. Although women who had normal birth had lower levels of PD than those who had compulsory caesarean section, the difference between scores were small and not statistically significant. These findings suggested that multiple factors determine PD. The significant amount of variance explained by FoC suggests that psychological assistance during pregnancy may play a role in preventing PD in some women.

**Keywords:** Fear of childbirth, Delivery Anxiety, Postpartum Depression, Birth Expectancy

# 1. GİRİŞ

Gebelik, kadınların yaşamında önemli bir yere sahiptir ve fiziksel ve psikolojik değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Gebelerin çoğunda doğum kaygısı görülür, ama bu kaygının şiddeti kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Gebelik süresince doğuma yönelik kaygısı ve korkusu yüksek olan kadınların stres düzeyi artabilmektedir (Subaşı ve ark., 2013). Mutluluk verici bu dönemin çok faktörlü stres etmenlerini barındırarak psikiyatrik semptomların oluşmasında rol oynadığı bilinmektedir.

## 1.1. Jinekolojik ve Obstetrik Bilgiler

Normal bir gebelik periyodu 40 hafta sürmektedir. Gebelik 20. haftadan sonra sonlanırsa doğum olarak isimlendirilmektedir. Önceki yıllarda 28 hafta olan dış ortamda yaşayabilme sınırı neonatolojideki (yenidoğan) gelişmeler neticesinde 24 haftaya kadar düşürülmüştür (Yeşinel, 2006). Obstetrik uygulamalar perinatal (doğum süreci) ve maternal (anneye ait) mortaliteyi en düşük seviyeye indirme amacı taşımaktadır (Gül, 2008).

### 1.1.1. Erken (Preterm) Doğum

Doğum kilosuna bakılmaksızın 20. gebelik haftasından sonra, 37. gebelik haftasından önce olan doğuma denilmektedir. Preterm doğum, fetüsün geleceğini belirleyen en önemli etkenlerden biri olup; perinatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir (Ünal, 2008). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda preterm doğum riski % 50 daha fazla olarak bulunmuştur (Lockwood, 1995).

### 1.1.2. Prematüre Doğum

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 37. haftadan önce doğana prematüre doğum denilmektedir. Prematüre doğum için; daha önce preterm doğum yapmış, üriner veya vaginal enfeksiyon, çoğul gebelik, uterus şekil bozukluğu, uterusla ilgili önceden geçirilmiş cerrahi müdahale, 18 yaşından küçük 35 yaşından büyük olma, 45 kg'dan düşük vücut ağırlığı, kronik hastalık, sigara ve ilaç kullanımı, bebekte doğumsal anomolinin olması, düşük sosyo-ekonomik düzey, zayıf beslenme gibi sebepler risk oluşturmaktadır (Çağlar, 2006).

#### 1.1.2.1. Prematüre Sınıflandırılması

##### Haftaya göre.

- 36 hafta ve üzerinde olanlar “**sınırdaki prematüre**”
- 32–36 hafta arasında olanlar “**orta derece**”
- 24–31 hafta arasında olanlara ise “**ileri derecede prematüre**”

##### Kiloya göre:

- 2500–1501 gr “**düşük doğum ağırlıklı prematüre**”
- 1500–1001 gr “**çok düşük doğum ağırlıklı prematüre**”
- 1000 gr “**aşırı düşük doğum ağırlıklı**” (Nelson, 2000; Olcay, 2002)

### 1.1.3. Küretaj

Küretaj 1925 yılından beri minör jinekolojik girişim olarak görülmektedir. Tanı ve tedavi olarak yapılan küretajda sedasyon ve analjezik kullanılmaktadır (Altun, 2013). Ulufer'in (1992) yaptığı bir araştırmaya göre, kadınların yeterli çocuğa sahip olma, maddi olanaksızlık, sık gebe kalma gibi nedenlerle küretaja başvurmaktadırlar.

### 1.1.4. Düşük (Abortus)

Gebeliğin 20. haftasından önce spontan olarak sonlanmasına denilmektedir. 12. gebelik haftasına kadar olana erken abortus, 12–20. gebelik haftasında olana geç abortus denilmektedir (Aktaran: Taşhan, 2007).

### 1.1.5. Doğum Süresi

Doğumun süresi çeşitli sebeplere göre değişkenlik göstermektedir. Olumsuz yönde etki eden ağrılar, bebeğin büyüklüğü, annenin ileri yaşı, psikolojik durumu (korku, endişe vb.), doğum sayısı gibi faktörler doğum süresini uzatabilmektedir (Arısan, 1989). Tablo 1.1.'de ortalama doğum süreleri gösterilmiştir. Tabloya göre, ilk kez doğum yapanlarla deneyimi gebelerin doğum süresi farklılık göstermektedir.

**Tablo 1.1. Ortalama Doğum Süresi**

<b>Açılma Devresi:</b>	12 saat
<b>İndifa Devresi:</b>	½ - 1 saat
<b>Halas Devresi:</b>	1 saatten olması gerekmektedir.
<b>Primipar:</b>	6–8 saat
<b>Multipar:</b>	3–5 saat

(Arısan'dan tablolaştırılmıştır, 1989)

### 1.2. Doğum Şekilleri

Doğum şekilleri doğal yolla ya da operasyonel olmak üzere iki süreçten oluşmaktadır. Epizyotomi, epidural anestezi gibi yöntemler normal doğumda uygulanırken, spinal anestezi sezaryen doğum uygulama yöntemi arasındadır.

#### 1.2.1. Normal Doğum

37–42. haftada doğan çocuklar dış çevre koşullarına uyum sağlayabilecek olgunluğa ulaşmıştır. Her doğumda çocuk doğum kanalından, uterus kontraksiyonlarının ortaya çıkardığı mekanik kanunlara uyarak doğar. Başın doğum kanalından çıkması ile doğumun en önemli kısmı tamamlanmış olur. Çocuk doğduktan ve plasenta çıktıktan 2 saat sonra doğum son bulmuş olur.

### **1.2.1.1. Normal Doğum Seyri**

#### **Üç Devreden Oluşur:**

##### **1. Açılma Devri**

Doğuma yakın günlerde başlayan, belde çekilmeler, karında gerginlik hissi oluşur devamlı ve daha güçlü bir hal aldığında gerçek doğum ağrılarına dönüşür. Düzenli aralıklarla ve her 10 dakikada gelen ağrılar açılma devrenin başlangıcı olarak bilinir. Açılma ağrılarının araları 3–4 dakikaya kadar inebilmektedir. Açılma sırasındaki kontraksiyonlarda kadın sancı hissetmektedir.

##### **2. İndifa Devri**

Amniyon sıvısının kısmen boşalması ile uterus kasılmalarında kısa bir duraklama görülür. Bu aşamada ağrılarda değişiklik söz konusudur, her ağrı ile birlikte irade dışı bir ıkınma hissede başlamaktadır. Ağrılar 2–3 dakikada bir gelmeye başlar ve 60–70 saniye kadar devam eder. Kuvvetli ve ıkıntılı ağrılar ile baş iç rotasyonunu tamamlar, çocuğun doğması ile amniyon sıvısı boşalır.

##### **3. Halas Devri**

Çocuğun doğumundan, plasentanın çıkışına kadar ki aşamaya denilmektedir. Bu aşama yarım saat kadar sürer (Arısan, 1989).

### **1.2.2. Epizyotomi**

Perineyi korumak ve çocuğun çıkmasını kolaylaştırmak için vajinada yapılan kesiye denilmektedir. Yaygın bir obstetrik uygulama olmasına rağmen kullanımı son 20 yılda azalmıştır (Gül, 2008).

### **1.2.3. Epidural Analjezi**

Omurganın uygun aralığından katater yardımı ile girip anesteziik maddenin verilerek belden aşağıda ağrının hissedilmemesidir. Gebe, doğum sancılarını hissetmediği için rahat bir doğum gerçekleştirmektedir. Uygulama ancak rahim ağzı dört cm açıldıktan sonra yapılabilmektedir (Gökdeniler ve ark., 2005). Ağrısız doğum ya da prenses doğum olarak bilinmektedir. Günümüzde doğum analjezisi için

kullanılan en popüler yöntemdir. Doğum sırasındaki fizyolojik yanıtları en aza indirgediği için en uygun koşulları sağlamaktadır. Doğum eylemi gerçekleştiğinde anne uyanıktır ve yeni doğanla ilişki kurabilmektedir (Aktaran: Leblebici, 2006). Analjezi sadece ağrı duyusunun kaybı iken anestezi tüm duyuların kaybı anlamına gelmektedir (Beilin, 2002). Gebe anestezi sonrası hareket edebilmektedir. Yapılan güncel bir araştırmada epidural analjezi yönteminin postpartum depresyon riskini azalttığı söylenmektedir (Ding ve ark., 2014).

#### **1.2.4. Vakum ve Forseps**

Her ikisi de operatif doğum olarak tanımlanmaktadır. İkisinde de, normal doğumlarda bebeğin doğum kanalında ilerleyemediği ya da annenin güçlü ıkmamadığı zamanlarda uygulanmaktadır. Rahim ağzı tam açık olduğunda bebeğin başına yerleştirilen bir aletle bebek dışarıya çıkarılmaktadır (Gökdeniler ve ark., 2005).

#### **1.2.5. Sezaryen Doğum (Sectio Caesarea Abdominalis)**

Sezaryen doğum 500 gram ve üzerindeki fetüslerin abdomen ön duvarı ve uterusu yapılan kesi ile abdominal yolla doğurulmasıdır (Aktaran: Yılmaz ve ark., 2008). Cerrahi bir girişimdir ve vajinal doğuma göre daha yüksek risk içermektedir. Normal yoldan doğum mümkün değilse, gecikmesi anne ve çocuk için bir tehlike yaratacaksa, anneye ve çocuğa bağlı diğer sebeplerden (annenin ağır hastalığı, çocuğun başının büyük olması vb.) dolayı tercih edilen bir yöntemdir (Arısan, 1989). Kadınların elektif (planlı) sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere yönelik araştırmalarda; gebelerin doğum konusunda bilgilendirilmemesi buna bağlı olarak doğum ağrısı, doğumhaneden korkusu, doğumda psikolojik desteğin gözardı edilmesi, epidural anestezinin seçenek olarak sunulmaması gibi pek çok etkenden söz edilmektedir (Aktaran: Şahin, 2009).

#### **1.2.6. Spinal Anestezi**

Subaraknoid aralığa lokal anestezik verilerek, medulla spinalisten çıkan sinir köklerinin bloke edilmesini sağlayan ve vücudun alt yarısında duyu blok

(hissizlik) oluşturan bölgesel anestezi yöntemidir. Spinal anestezi, genel anesteziye göre hava yolu kontrolünün rahat sağlanması, kolay uygulanabilir olması nedeniyle tercih edilen bir yöntemdir (Mikhail, Murray, Larson, 2002; Özyalçın, 2005; Kayhan, 2004).

### **1.3 Doğum Korkusu**

Korku gebe kadınlarda oldukça yaygın bir durumdur. Korku yalnızca gebeliği değil doğum sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir. Doğum korkusu yaşayan kadınların doğum sırasındaki ağrıları daha çok hissettikleri, doğumun daha uzun sürdüğü ve plansız sezaryene neden olduğu söylenmektedir (Aktaran: Serçekuş, 2011). Gebelerin yaklaşık üçte birinde doğum korkusunun görüldüğü saptanmıştır (Areskog, Uddenberg, Kjessler, 1983). Bir çalışmada gebe kadınların % 20'sinin doğum korkusu yaşadığını, %6'sında bu korkunun güçsüzlük korkusu olduğu söylenmiştir (Kuğu ve Akyüz, 2001).

#### **1.3.1. Doğum Şekli ve Kaygı İlişkisi**

Çoğu kadın belli sebeplerle doğum korkusu yaşamaktadır. Korku sebepleri kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda; doğumda bebeğin öleceği ya da zarar göreceği düşüncesi, plansız sezaryen doğum, epizyotomi, doğumda çaresiz kalma, bebeğin sakat doğması, doğum personeline güvensizlik, doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, doğumda panik yaşama, kontrol kaybı (kontROLSÜZ ÇIĞLIK ATMA vb.), doğumda yalnızlık, doğum ile ilgili belirsizlik gibi pek çok etkenin korku faktörü olduğu saptanmıştır (Aktaran: Şahin, Dinç, İşsiz, 2009). Bir çalışmada doğum korkusu, daha önce doğum yapmamış (nullipar) kadınlarda %2.5, doğum yapanlarda (multipar) %4.5 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada doğum korkusu yaşayanların güçlü risk faktörleri tespit edilmiştir. Nulliparlar için depresyon öyküsünün, anne yaşının ve sosyo-ekonomik durumun, multiparlar için ise depresyon öyküsünün, sosyo-ekonomik durumun ve sezaryen doğumun etkili olduğu bildirilmiştir (Raisanen ve ark., 2014).

Doğum şekli kaygı ve korku açısından rol oynamaktadır. Doğumda ağrı duyacağını düşünme, doğuma yönelik korkular doğum şeklini önemli ölçüde etkilemektedir (Mete, 2013). Multiparlarla ilgili, önceki doğumlardaki olumsuz deneyim doğumun ağırlı bir süreç olacağı düşüncesi doğum kokusuna ve doğuma



uyum sağlayamamalarına neden olmaktadır (Seller 2012). Doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörlerle ilgi yapılan bir araştırmada doğum yapma yaşı arttıkça sezaryeni seçme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (Karabulutlu, 2012). Vajinal doğum hakkında alınan kulaktan dolma bilgiler anne adayının sezaryen doğumu seçmesini kolaylaştırmaktadır (Terzioğlu, 2005; Şahin ve ark., 2009; Saymer ve Özerdoğan, 2009). Doğum korkusu yüksek olan kadınların az olanlara göre, primiparların multiparlara göre sezaryen tercihleri daha yüksek bulunmuştur (Çivili, 2005; Nieminen, Stephansson, Ryding, 2009). Erken yaşta evlenen ve bir işte çalışmayan kadınlar vajinal doğumu daha çok seçmektedir. Yapılan araştırmalarda eğitim düzeyi arttıkça sezaryeni seçme oranlarının arttığı saptanmıştır. Evlilik süresinin uzunluğu ile sezaryen doğumun tercih edilmesinin doğru orantılı olduğu bulunmuştur. Önceki doğum şekilleri vajinal doğum olan kadınların sonraki doğum seçiminin de aynı olması %96,4 oranında iken, ilk doğumu sezaryen olup diğer doğumlarda vajinal doğumu seçme oranları %3,6 olarak tespit edilmiştir.

Gözükara ve Eroğlu (2008) yaptıkları bir çalışmada, kadınların vajinal doğumu tercih etme sebeplerinin; kolay doğum yapmak, doğum sonrasını ağrısız geçirmek ve doğum sonu iyileşmenin kolay ve çabuk olmasını istedikleri için seçtiklerini, sezaryeni seçme nedenlerinin ise doğum ağrısından korktuklarını ve bebek için daha sağlıklı olduğunu düşündüklerini söylemektedirler. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 verilerinde de sezaryenle doğum yapma olasılığının annenin yaşı ile birlikte arttığı, çocuğun doğum sırasıyla azaldığı saptanmıştır. İlk doğumların %45'inin sezaryen doğum tercih edilerek yapıldığı, Kentlerde kırsal bölgelere göre daha çok sezaryenin tercih edildiği söylenmektedir. Sezaryen ile yapılan doğumlarda (doğu bölgesi hariç) %40 oranında yaygınlık gösterdiği eğitim ve refah koşullarıyla sezaryen tercihin doğru orantılı olduğu bulunmuştur. Sayın ve arkadaşlarının 2004'te yaptığı bir çalışmada ise sezaryen doğumun tercih sebebinin doktor önerisi, doğum ağrısı ve bebeğin travma geçirmesinden korkmaları ve sosyal nedenler olarak saptanmıştır. Gözükara ve Eroğlu 2008 de, 350 primipar kadınla yaptığı araştırmada, çekirdek ailede yaşayan kadınların daha çok sezaryenle doğumu, geniş ailede yaşayanların ise vajinal doğumu tercih ettiğini saptamıştır. Vajinal doğum planlayanların %65,9'unun 19–24 yaş arasında, %55,0'inin orta eğitim düzeyine, %87,1'inin ev hanımı olduğunu bulmuştur.

### **1.3.2. Doğum Ağrısı**

Vajinal doğum şeklini tercih eden kadınların korkularının en büyük sebeplerinden biri doğum sancısıdır. Akut bir ağrı olan doğum ağrısı en şiddetli ağrı türlerinden biridir. Bu ağrının doğal bir süreçte kısıtlı bir süre içerisinde, kadının bebeği için ağrıya katlanıyor olması gibi sebeplerle diğer ağrı türlerinden farklılık göstermektedir (Edirne, 2007; Kayhan, 2007; Ertem ve Sevil, 2005). Doğum eyleminin birinci evresinde genelde hafif derecede seyreden bir ağrı mevcuttur fakat yoğun korku ve anksiyete olduğunda ağrılar daha yoğun hissedilmektedir. İkinci evrede, ciddi uterin ağrıdan, orta ya da ciddi perinal ağrıya dönen bir ağrı hissedilebilir. Üçüncü evrede ise, hafif derecede bir uterin ağrı olmaktadır. Dördüncü ve son evrede ise çok az ya da hiç ağrı yoktur (Aktaran, Avcıbay, 2009). Doğum korkusu yüksek olan kadınlar doğum sırasında ağrı duyabilme ile ilgili tehlikeyi yüksek ve baş etme yöntemini daha küçük görme eğilimindedirler. Doğum sırasında yoğun ağrı duyacağına inanan kadınlar strese girmekte ve ağrıyı olduğundan daha yoğun hissetmektedir.

### **1.4. Doğum Beklentileri**

Doğuma yönelik beklentiler, kadının gebelik ve doğum sürecini etkileyebilmektedir. Daha önce gebelik deneyimi olmayan kadınlarda doğum ile ilgili belirsizlik hâkimdir. Primipar (ilk kez doğum yapan) kadınlar çevreleri tarafından olumsuz doğum deneyimi aktarımlarına ve medyada abartılı doğum görüntülerine (oldukça sancılı) maruz kalmaları ve sağlık personeli gibi sebeplerden etkilenebilmektedirler. Bu faktörlerin etkisi ile gebeler doğum şekline karar verebilmektedirler (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Doğum sırasında çekilecek ağrıların yanı sıra doğacak bebeğin sağlığına, doğum sonrası bakıma yönelik endişeler kaygının artmasında neden olabilmektedir.

Doğumun rahat ve kolay olacağına yönelik olumlu düşüncelere sahip olan kadınlar gebeliğinin keyfini çıkararak bebeğini kucağına alacağı günü özlemle beklemektedir. Diğer yandan, zor bir doğum olacağı beklentisi yüksek olan kadınlar ise kaygılı ve korkulu bir bekleyiş içine girmektedirler. Doğum yaklaştıkça endişeleri daha da artmakta hatta kimi zaman yaşam kaliteleri bozulabilmektedir. Doğuma ilişkin beklentileri inceleme amacıyla 300 gebeyle yapılan bir araştırmada, gebelerin

önceki doğumlarının sorunlu ve korku dolu olduğu bununla ilgili önceki doğumlarda sorun yaşayanların doğum korkusunun diğer gebelere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. 19 yaş altındaki ve 36 yaş üstündeki gebelerin doğum korkusunun diğerlerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Doğuma ilişkin beklentilerin analizinde doğum sırasında kendilerini son derece korkmuş hissedeceklerini, doğumlarının son derece korkunç, ağrılı olacağı ve bebeklerinin öleceğine yönelik düşüncelerinin olduğu saptanmıştır (Seller, 2012).

### **1.5. Depresyon**

Depresyon bir mizaç bozukluğu olarak nitelendirilse de 4 belirti grubu mevcuttur. Duygusal (mizaç), fiziksel, güdüsel ve bilişsel belirtileri vardır. Üzüntü ve kederli duygudurum en çok göze çarpan belirtilerden biridir. Kişi çaresizlik, mutsuzluk hissederek sık sık ağlar. Aynı ölçüde yaygın olan tipik belirtilerden bir diğeri de haz ve yaşamdan alınan zevk duygusunda kaybolmasıdır. Yapılan etkinlikler kişiye zevk vermemekte boş ve anlamsız görünmektedir (Atkinson ve ark. 2006). DSM-IV'e göre Majör Depresif Epizodun (dönem) tanısı için, semptomlardan en az beşinin hemen her gün iki hafta süreyle olmasını şart koşmaktadır. Çökkün duygudurum ya da ilgi ve hoşnutluk kaybının bu 5 belirtiden birinin olması gerekmektedir. Depresyonun yaşam boyu görülme yaygınlığı % 17 dir (Blazer, Kessler ve McGonogle, 1994). Kadınlarda erkeklere oranla iki kat sıklıkla gözlenir. Alt sosyo-ekonomik düzeyde ve genç yetişkinlikte daha sıklıkla rastlanır. Tekrarlayıcı bir özelliği vardır, depresyon öyküsü olanların bir yıl içerisinde % 80 nüks yaşaması söz konusudur. % 15'inin depresyonu iki yıldan uzun sürerek kronik bir bozukluk haline dönüşür (Davison ve Neale, 1974 / 2004).

#### **1.5.1. DSM-IV Depresyon Tanı Kriterleri**

- A. Tanı koyulabilmesi için iki haftalık bir dönem sırasında 5 semptomun ya da daha fazlasının olması, kişinin işlevselliğini bozması gerekmektedir. Semptomlardan en az birinin ya depresif duygudurum (I) ya da ilgi kaybı (II) ya da zevk alamama olması gerekmektedir. Belirtilerin hemen her gün yaklaşık gün boyu sürmesi gerekmektedir.
- B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

- C. Semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.
- D. Semptomlar madde kullanımının ya da gebelik gibi tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Belirtiler yas ile açıklanamaz.
- I. Kendisini üzgün, çökkün hissetmesi (kişinin öz-bildirimde bulunması ya da başkaları tarafından bildirilmesi).
  - II. Hemen hemen her gün ya da gün boyu süren, etkinliklere karşı ilgide belirgin azalmanın olması ya da etkinliklerden eskisi gibi zevk alamama durumu.
  - III. İştah sorunu (kilo kaybı ya da artışı)
  - IV. Uyku sorunu, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku).
  - V. Psikomotor ajitasyon (yerinde duramama), retardasyon (hareketlerde yavaşlama). Özbildirim yeterli değildir, başkalarınca gözlenmesi gerekmektedir.
  - VI. Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması
  - VII. Değersizlik düşünceleri ve suçluluk duyguları mevcuttur.
  - VIII. Düşünceleri bir konu üzerinde toplama güçlüğü.
  - IX. Ölüm düşünceleri

### **1.5.2. Depresyonun Etiyolojisi**

Depresyonun sebeplerini anlamaya yönelik pek çok araştırma yapılmıştır. Bazı modeller sevilen kişinin kaybıyla ilişkili olduğunu söylerken, bazıları pekiştirme eksikliği ya da kognisyonlarla ilgili olduğunu söylemektedir.

#### **1.5.2.1. Psikanalitik Kuram**

Psikanalitik kuram depresyonu, kayba karşı verilen yanıt olarak nitelendirmektedir. Freud (1917), “Yas ve Melankoli” (Mourning and Melancholia) makalesinde; depresyon için temelin erken çocuklukta atıldığını yazmıştır. Freud, sevilen kişinin kaybindan sonra yastaki kişinin ilk önce kayıp kişiyi içine aldığını (introjection) kaybı bozma, geri getirme çabasıyla onunla özdeşim kurduğunu

varsaymaktadır. Sevilen kişiye bilinçdışı olarak olumsuz duygular beslendiğinde yas tutan kişi kendi kızgınlık ve nefretinin nesnesi haline gelir. Ayrıca yas yaşayan kişi terk edildiği için duyduğu kızgınlıktan dolayı suçluluk hissettiği söylenmektedir (Davison ve Neale, 1974 / 2004).

#### **1.5.2.2. Davranışsal Kuram**

Öğrenme kuramcıları, pekiştirme eksikliğinin depresyonda önemli bir rol oynadığını söylemektedirler. Depresyondan önce yaşanan olayların, çoğu (sevilen birinin kaybı vb.) alışılmış pekiştireci azalttığı söylenmektedir. Depresyona giren kişiler olumlu pekiştirmeyi sağlamak ve olumsuz olaylardan kaçınmak için gereken sosyal becerilerden yoksun olabilmektedirler. Böylece etkinlikler ve ödülleri bir kısır döngü içinde azalabilmektedir (Atkinson ve ark., 1953 / 2006).

#### **1.5.2.3. Akılcı-Duygusal Model**

Ellis (1970), uygun olmayan duygu, düşünce ve davranışların depresyona neden olduğunu söylemektedir. Bu yaklaşıma göre, duygusal değişimler akıl dışı inançlardan kaynaklanmaktadır. Mantıksız düşünceler daha çok temel varsayımlara ve inançlara dayanmaktadır. Akılcı - duygusal model, rahatsız edici duygu ve davranışların nedenini olayların değil onlara yüklenen anlamlar olduğunu varsaymaktadır (Corey, 1982).

#### **1.5.2.4. Öz-denetim Modeli**

Rehm (1977), depresyonu öz-denetim kuramı ile açıklamaktadır. Bireyin sahip olduğu denetim, kendini izleme, kendini değerlendirme, kendini pekiştirme şeklinde 3 ayrı süreçte açıklanmaktadır. Bu 3 süreçteki yetersizliklerin depresyonda etkili olduğu düşünülmektedir.

- **Kendini izleme (self-monitoring):** Depresif kişiler yaşadıkları olaylar içerisinde olumluları ayrı tutarak olumsuz olaylara odaklanma eğilimindedirler.
- **Kendini değerlendirme (self-evaluation):** Depresif bireyler uygulamak için kendilerine sıkı kurallar koyarlar, davranışları için olumsuz bağlantılar

kurmaya çalışırlar, dışsal faktörler için olumlu fakat içsel faktörler için olumsuz sonuç bağlantısı kurarlar.

- **Kendini pekiştirme (self-reinforcement):** Kendilerini yetersiz pekiştirerek cezalandırırlar (Twaddle ve Scoot, 1991).

#### **1.5.2.5. Bilişsel Kuram**

Beck, kişinin kendisi, geleceği ve dünya hakkında olumsuz atıflarda bulunduğunu düşünmektedir. Kişinin kendisini olumsuz olarak değerlendirdiğini, geleceğin başarısızlıklarla dolu, dünyanın ise korkunç bir yer olduğunu düşündüğünü varsaymaktadır. Benzeri olayların ve durumların görülmesi ve bilginin olumsuz işlenmesi depresyonun artmasına neden olmaktadır. (Twaddle ve Scoot, 1991; Sungur, 1994).

#### **1.5.3. Gebelik Depresyonu**

Gebelik depresyonu, hem annenin hem de çocuğu etkileyen ve oldukça yaygınlık gösteren ruhsal bozukluktur. Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı %12–36 arasında değişmektedir. Gebelik depresyonu intihar girişimini, postpartum depresyon riskini arttırma potansiyeli olan bir durumdur (Çalık ve Aktaş, 2011). Gebelikte depresif semptomlar genel depresyon belirtilerinden farklılık göstermemekle birlikte gebelerin; mide bulantısı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikâyetler daha fazla görülmektedir (Bowen ve Muhajarine, 2006). Gebeliğin 1–3. trimesterinde uyku, iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü, doğuma yönelik kaygılar görülmektedir. Belirtiler gebeliğin 2. trimesterinde daha az görülmektedir. Leigh ve Milgrom (2008), yılında yaptıkları bir çalışmada doğum öncesi depresyon için; düşük benlik saygısı, doğum öncesi anksiyete, düşük sosyal destek, olumsuz bilişsel stil, önemli yaşam olayları, düşük gelir ve istismar öyküsü gibi faktörlerin belirleyici olduğunu bulmuşlardır.

##### **1.5.3.1. Gebelik Depresyonunda Risk Faktörleri:**

Doğum sonrası depresyonun risk faktörleriyle uyumlu (psikiyatrik öykü, düşük gelir, eş ile ilişki, gebelikten memnuniyetsizlik gibi) pek çok etmenin olduğu

görülmektedir. Çeşitli araştırmalarda düşük sosyo-ekonomik düzey, stres, psikiyatrik öykü, kronik hastalıklar, bazı sedatif ilaçlar, düşük ya da küretaj öyküsü, eş ile olumsuz ilişki, gebelikten memnuniyetsizlik, kilo alma korkusu, zayıf sosyal destek, işte çalışmama gibi durumlar risk faktörü olarak bildirilmiştir (Aktaran, Çalık ve Aktaş, 2011).

## **1.6. Doğum Sonrası Ruhsal Durum**

Yapılan araştırmalarda kadınların doğum sonrası psikolojik ve fizyolojik olarak pek çok sorun yaşadıkları saptanmıştır. Yeni doğum yapmış kadınların; hemoroid, meme problemi, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, cinsel sorunlar, bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili sıkıntılar, emzirme ve sosyal hayata yönelik olmak üzere pek çok sorun yaşadıkları söylenmektedir (Kocamanoğlu ve Şahin, 2011). Bu ve benzeri stresörlerin kadınların ruh sağlığına olumsuz etki ettiği bilinmektedir.

### **1.6.1. Annelik Hüznü**

Annelik hüznü geçici bir ruh hali değişikliğidir. Çoğunlukla, doğum sonrası birinci ve onuncu gün arasında oluşmaktadır. Gözyaşları, hafif depresif ruh hali, öfke patlamaları ile karakterize geçici bir değişimdir. Stres ve gebelik sırasındaki ruh halinin, bir önceki doğumdaki annelik hüznünün veya duygudurum bozukluğunun olmasının annelik hüznünün görülebilmesinde etkili olduğu söylenmektedir. (Gonidakis, 2007). Ağlamaklı olma, irritabilite (uyaranlara şiddetli tepki gösterme), duygusal karmaşa, anksiyete, eleştiriye aşırı duyarlılık, kaygı, uykusuzluk, enerji azlığı, iştah kaybı, yeni doğum yapmaya ve çocuk için gereken ilgiye bağlı bunalmışlık, ani ruhsal değişim gibi belirtiler geçicidir ve kendiliğinden düzeler, kadınların işlevselliğini ve bebek bakımını etkilemez (Aktaran: Kocamanoğlu ve Şahin, 2011).

Koreli annelerle yapılan bir çalışmada (Chung, Yoo, Joung, 2013) gebelik sırasında gebelik depresyonunun ve stresli olayların doğum sonrası hüznüle doğrudan ve güçlü bir etkiye sahip olduğu, ekonomik gelir, benlik saygısı, sosyal destek ve önceki depresyon öykülerinin ise annelik hüznünde dolaylı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada medeni durum, sigara kullanımının annelik hüznüyle ilişkisi olduğu, evli ve sigara içmeyen kadınların 4 kat daha düşük

risk gösterdiği bulunmuştur (Faisal-Cury ve ark. 2008). Kosinska – Kaczynska ve arkadaşlarının (2008), yaptığı bir araştırmada düşük eğitim düzeyi, düşük aile desteği, gebelik komplikasyonları, depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların öyküsünün postpartum ruh hali üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Sezaryen doğum, yerleşim yeri, meslek, medeni durum, sosyoekonomik düzey, preterm (erken) doğum ve emzirmenin annelik hüznüyle bir ilişkisi tespit edilmemiştir. Yapılan farklı çalışmalarda annelik hüznü sıklığının %4 - %80 arasında değiştiği söylenmektedir (Gonidakis, 2007).

### **1.6.2. Postpartum Depresyon**

Çoğunlukla yeni doğum yapmış annelerin, doğum sonrası ilk birkaç günü ağlamaklı, bitkin, yorgun, huzursuz, kızgın, sinirli ve gergin geçebilmektedir. “Bebek üzücü” ya da “Doğum sonrası hüznü” olarak adlandırılan bu dönem her on kadından sekizinde görülebilmektedir. Postpartum depresyon, on kadından bir ya da ikisini etkileyebilmektedir ve belirtiler doğum sonrası ilk ay içinde başlamaktadır. Anneler kendilerini derin bir çöküntü içinde hissederler. Kendisine yönelik beklentileri çok artabilir ya da kendisini yetersiz ve kapana kısılmış gibi hissedebilir. Postpartum depresyonun en ağır döneminde kadınlar korkutucu bir takım düşünceleri geliştirebilmektedirler. Bazı anneler çocuklarına zarar vermeyi, öldürmeyi düşünebilirler. Gerçeklik algıları bozularak, neyin gerçek neyin gerçek olmadığını ayırt edemeyebilirler. Bazılarında varsanılar olabilir. Bu hastalık “Postpartum Psikoz” olarak bilinmektedir. Bu durum yeni doğum yapmış bin annenin bir ya da ikisinde görülebilmektedir (Köroğlu, 2006).

Postpartum dönemde görülen depresyon anneyi olduğu kadar bebeği de etkileyebilmekte anne-bebek ilişkisini bozabilmektedir. Depresif anneler bebekle duygusal bağ kurmakta güçlük yaşayabilmektedirler. Bu annelerin bebeklerinin davranışsal, duygusal ve bilişsel sorunlar yaşadığı söylenmektedir (Aktaran: Erdem ve Bucaktepe, 2012). Doğum sonrası hayatlarının bir daha eskisi gibi olmayacağını düşünen kadınlar bebek bakımından bunalabilmekte bazen de kendilerini çocuklarından soyutlayabilmektedirler. Depresif olan annelerin diğer annelere göre bebeklerine daha az şefkat göstermektedirler. Bununla ilişkili olarak depresif anneye sahip olan çocukların daha sinirli, çekingen, daha az jest-mimik kullanan, az



konuşan, uyku sorunu yaşayan çocuklar olduğu söylenmektedir. Ayrıca bu annelerin çocukları diğerlerine göre, daha sık davranış sorunları gösterebilmektedirler. (Eren, 2007). Rahman ve arkadaşları (2007), tarafından yapılan çalışmada depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük olduğunu söylenmiştir.

### **1.6.3. DSM-IV Postpartum Başlangıç Belirleyicisi İçin Ölçütler**

Postpartum başlangıçlı (Majör Depresif Bozukluk, Bipolar I Bozukluğu ya da Bipolar II Bozukluğunda o sırada ya da en son Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizoda ya da kısa Psikotik Bozukluğa uygulanabilir.) denilebilmesi için epizodun 4 hafta içinde başlaması gerekmektedir.

Postpartum Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodun genellikle Postpartum olmayan duygudurum epizodlarının semptomları ile benzerlik gösterebilmekte ve psikotik özellikler içerebilmektedir. Postpartum depresyonda dalgalanan gidişli bir duygu durum görülebilmektedir. Birçok kadın mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bu zamanda depresif duygularından dolayı kendilerini suçlarlar. Psikotik olsa da olmasa da suicidal düşünce, dikkati toplamada zorluk, psikomotor ajitasyon görülebilmektedir. Psikotik durumda ise hezeyanlar çoğunlukla bebekle ilgili düşünceleri kapsamaktadır (bebeğin özel güçlere sahip olduğu gibi). Bebeği öldürmeye yönelik halüsinasyonların ya da bebeğe cin çarptığı gibi hezeyanlarla sık karşılaşılmaktadır. Psikotik özellikleri olan Postpartum duygudurum (Majör Depresif, Manik ya da Mikst) epizodları primipar kadınlarda daha sık görülmekte ve 500’de 1 ile 1000’de 1 doğumda ortaya çıkıyor gibi görünmektedir. Daha önce Postpartum duygu durum ya da Duygudurum bozukluğu (özellikle Bipolar I Bozukluğu) epizodları olan kadınlarda psikotik özellikli Postpartum duygudurum epizodu görülme olasılığının daha yüksek olduğu söylenmektedir. Bir kadın bir defa psikotik özellikli Postpartum epizod geçirmişse diğer doğumlarında %30–50 arasında görülme olasılığı artmaktadır.

Postpartum Majör Depresif Epizodları olan kadınların “annelik hüznü” nün (doğum sonrası 3–7 günü kapsar) ötesine geçen kendiliğinden ağlama, insomnia (uykuya dalma güçlüğü), bebekle yeterince ilgilenememe görülmektedir. Klinik

durumdan ya da bebekten uzak kalmaktan ötürü anne-bebek ilişkisi beklendiği gibi gelişmeyebilir (APA, 1994).

#### **1.6.4. DSM-V Doğum Zamanı (Peripartum) Başlayan**

Duygudurum semptomları, gebelik esnasında ya da doğum sonrası başlayabilir. Kadınların %3-6'sının gebelik sırasında ya da doğum sonrası haftalar ya da aylar içinde Majör Depresyon geçireceği tahmin edilmektedir. Doğum sonrası depresyon geçirenlerin yarısının belirtileri doğum öncesi başlamaktadır. Bu dönemlerin tamamı peripartum (doğum zamanı) dönem olarak isimlendirilmektedir.

Doğum zamanı Majör Depresyon geçiren kadınlarda çoğunlukla şiddetli kaygı ve panik ataklar olabilmektedir. İleriye yönelik çalışmalarda, gebelik döneminde duygudurum ya da kaygı belirtilerinin yanı sıra “Bebek Üzüncü”nün de, doğum sonrası Majör Depresyon geçirme olasılığını artırdığı saptanmıştır. Psikoz özellikleri gösteren doğum sonrası duygudurum dönemleri açısından ilk doğumlar daha çok risk teşkil etmektedir. Psikoz özellikler taşıma olasılığı, daha önce depresyon, iki uçlu bozukluk (aile ya da kendisinde) öyküsü olan kadınlarda yüksek olduğu söylenebilmektedir. Doğum sonrası dönem, nöroendokrin değişimlerin derecesi, ruhsal-toplumsal uyum süreci, annenin emziriyor olmasının tedavi sürecini etkileyebilmesi, doğum sonrası duygudurum bozukluğu öyküsü, daha sonra çocuk isteme ya da istememe durumunun etkileyebilecek olması sebebiyle özel bir evredir (APA, 2013).

#### **1.6.5. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi**

Gebelik sürecinde kadın kendilik algısı, hayat biçimi, rolleri ve diğer bireylerle olan ilişkileri açısından kendini yeniden tanımlamaktadır (Smith, 1999). Anneliğe geçiş sürecinde gebeliğin erken dönemlerinde belirsizlik ve uyum sağlamaya çalışma duyguları hakimdir. Gebeliğin ortalarında ise kendilik algıları değişmektedir ve anneliğe psikolojik olarak hazırlanma daha ön plana çıkmaktadır. Bu süreçte kadınlar genel dünyadan uzaklaşarak ailelerine dönerler. Gebeliğin son dönemlerinde ise dikkat tekrar dışarıya yönelerek, doğum kararsız ve karışık duygularla karşılaşılır (Çağın, 2005).

Milgrom ve Beatrice (2003) yılında doğum sonrası depresyon tanısı konan bir grupla yaptığı çalışmanın bulgularına göre, doğumdan sonra 3. ayda ve 24. ayda depresyonda olan kadınların diğerlerine göre daha az olgun savunmalar (yüceltme, baskılama vb.) ve daha fazla olgun olmayan savunmalar (yansıtma, inkar vb.) kullandıkları, sadece 3. ayda daha fazla nörotik (yap-boz, karşıt tepki geliştirme) savunmalar kullandıkları belirtilmiştir. Bir başka dinamik yaklaşıma göre, anneliğe geçiş sürecinde yaşanan karmaşık duygular ve kimlik değişiminin depresyona yatkınlık yapabileceğini söylemektedir (Çağın, 2005). Sandor Rado, depresyonun derin bir çaresizlik duygusu ile bağlantılı olduğunu söylemiştir. John Bowlby'nin görüşü, bebeğin anneden ayrılığının çaresizlik duyguları geliştirdiği ve bu duyguların yaşam boyu devam edebileceği yönündedir. Karen Horney ise, sevgisini gizleyen ve kötü davranan ebeveynler tarafından yetiştirilen çocukların güven sorunu olduğunu ve yalnızlık duygularına eğilim gösterdiğini düşünmektedir. Bu tarz çocukların ileriki dönemde eleştiri ve reddedilmeye karşı daha kolay çaresizlik yaşayarak depresyona girdiklerini söylemektedir (Aktaran: Yemez ve Alptekin, 1998).

Bir diğer yaklaşıma göre, işlevsel olmayan tutumlar, olumsuz olaylar karşısındaki çaresizlik ve düzenli bu olayların olacağı düşüncesinin depresyona neden olduğu söylenmektedir (Milgrom ve Beatrice, 2003). Warner, Appleby, Whitton, Faragher (1997), annelik tutumları ile ilgili bir araştırma yapmıştır. Yapılan çalışmada annelik ile ilgili gerçekçi beklentisi olmayanların daha fazla depresif belirti gösterdiği bulunmuştur.

### **1.7. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri**

Kadınlar gebelikte ve doğum sonrası süreçte pek çok değişiklik yaşamaktadır. Bu değişiklikler doğum sonrası depresyonun oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Doğum sonrası depresyon riskini tespit etmeye yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Gross ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada gebelik sürecini çok kötü olarak adlandıran kadınların doğum sonrası depresyona yakalanma oranlarının daha çok olduğu tespit edilmiştir. İlk kez doğum yapanların, sezaryen doğum deneyimi ve doğum korkusu olanların postpartum depresyona yatkın olabileceği söylenmektedir (Raisanen, Lehto, Nielsen, Gissler, Kramer, Heinonen; 2013). Tablo 1.2.'de başlıca postpartum depresyon risk faktörleri gösterilmiştir. Tabloda gebelik öncesi ve sonrası

ilgili olan/olmayan sebeplerin olduğu gibi çevresel, soy geçmiş, ruhsal durum gibi pek çok etkenin önemli olduğu görülmektedir.

**Tablo 1.2. Çeşitli Araştırmalarda Belirlenen Risk Faktörleri**

	<b>Çalışma</b>	<b>Risk Faktörleri</b>
1	Piacentini ve ark. 2009	Gebelikte yeni yaşam olaylarının olması Annelik hüznü sırasında görülen depresif ruh hali
2	Bloch ve ark. 2006	Premenstrüel disforik bozukluk Erken ve üçüncü trimesterdeki duygudurum semptomları Doğum sonrası erken belirtiler
3	Robertson, Grace, Wallington, Stewart, 2004 Gümüş, Keskin, Alp, Özyar, Karsak, 2012 Arslantaş, Ergin, Balkaya, 2009	Olumsuz evlilik ilişkisi
4	Bloch ve ark. 2006 Swendsen ve Mazure, 2000 Bernazzani, Saucier, David ve Borgeat 1997 Gümüş ve ark. 2012 Eren, 2007 Ayvaz, Hocaoglu, Tiryaki, Ak, 2006 Arslantaş 2009	Ruhsal hastalık öyküsü
5	Akbaş, Vırt, Kalenderoğlu, 2008 Savaş, Sertbaş, 2008	Geniş aileye göre çekirdek aile de yaşamak
6	Arslantaş, Ergin, Balkaya, 2009	İstenmeyen gebelik ve genç yaş
7	Efe ve ark., 2009.	Annelik açısından kendisini yeterli hissetmeme Doğum sonu dönemde meme sorunu yaşama
8	Yıldırım, Hacıhasanoğlu, Karakurt, 2011 Xie, He , Koszycki, Walker, Wen, 2009 Akbaş ve ark., 2008 Piacentini ve ark., 2009 Gümüş ve ark., 2012	Zayıf sosyal destek
9	Zuckerman ve ark.,1989	Sigara, alkol ve kokain kullanımı

**Tablo 1.2. devam**

10	Bödecs ve ark., 2009 Leigh ve ark., 2008 Gümüş ve ark., 2012 Özdemir, Marakoğlu, Çivi, 2008	Sosyo-ekonomik düzey	
11	Zuckerman ve ark., 1989 Piacentini ve ark., 2009	Gebelik sırasında anksiyete, depresyon ve diğer psikiyatrik sorunların varlığı.	
12	Yıldırım ve ark., 2011	Eşlerin eğitim düzeyi Ekonomik durum	
13	Gümüş ve ark., 2012	Vajinal doğum Erkek bebek annesi olmak Düşük sosyo-kültürel düzey Bebeğin sağlık sorununun olması	Plansız gebelik Alkol kullanımı Bebeğini emzirmeyen Premenstrüel belirtiler
14	Gümüş ve ark., 2012 Raisanen ve ark., 2013	Doğum korkusu	
15	Figueiredo, Pacheco, Costa, 2007 Bödecs, Horvath, Kovacs, Diffellne Nemeth, Sandor, 2009	Ergenlikte ya da küçük yaşta gebe kalma.	

### **1.8. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın iki amacı vardır. İlk olarak, araştırma bir kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerin doğum beklentilerini ve doğum ile ilişkili kaygılarını incelemeyi hedeflemektedir. İkinci olarak, prospektif bir desen kullanarak gebelikte kaygı düzeyinin ve diğer faktörlerin Postpartum Depresyon ile ilişkisini incelemektir. Aşağıdaki hipotezler sınanmıştır:

1. Gebelikte doğumla ilgili olumsuz beklentiler ve kaygı düzeyi postpartum depresyon belirtileri şiddetini belirler.
2. Gebeliği planlı olmayanlarda daha şiddetli postpartum depresyon belirtileri görülür.
3. Gebelikten memnun olmayanlar diğerlerine göre daha yoğun postpartum depresyon belirtileri gösterirler.
4. Zorunlu sezaryen doğum yapan kadınlarda daha şiddetli postpartum depresyon belirtileri görülür.

5. Psikolojik / Psikiyatrik öykü geçmişı olanlarda ya da gebelikte depresif yakınmaları olanlarda daha fazla postpartum depresyon görülür.
6. Gebelikte sigara kullananlar daha şiddetli postpartum depresyon belirtileri gösterir.
7. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlar yüksek postpartum depresyon belirtileri gösterir.
8. Eşı ile ilişkisini olumsuz algılayan kadınlar daha şiddetli postpartum depresyon belirtileri yaşar.
9. Gebelikte çalışan annelerde daha az postpartum depresyon görülür.
10. Doğum sonrası annelik rolüne uyum gösteremeyen kadınların postpartum depresyon düzeyi daha şiddetlidir.
11. Gebelik sırasında, doğum sonrası kendine zaman ayıramayacağını, eşiyile ilişkisinin eskisi gibi olamayacağını düşünen kadınların postpartum depresyon düzeyleri daha yüksektir.
12. Gebelikte cinsel yaşamı olumsuz etkilenen kadınların postpartum depresyon düzeyleri daha yüksektir.

### **1.9. Araştırmanın Önemi**

Çalışmamız doğum kaygısının postpartum depresyon oluşmasında ne kadar etkili olduğu hakkında bilgi verecektir. Doğum kaygısı dışındaki değişkenlerin risk oluşturma açısından etkililiği incelenecektir. Postpartum depresyonun risk faktörlerinin bilinmesinin en önemli yararı, gebeliğin erken dönemlerinde koruyucu çalışmaların yapılabilmesidir. Böylelikle önleyici çalışmalarda gebelik öncesi, gebelik ve sonrası olmak üzere hangi aşamalarda ne tür psikolojik destekte bulunulacağı konusunda yol gösterici olacaktır.

## 2. YÖNTEM

Bu çalışma prospektif desenle oluşturulmuş ve ardışık seçki yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın veri toplama aşaması gebelik ve doğum sonrası olarak iki aşamadan oluşmuş ve 7 Kasım 2013- 9 Mayıs 2014 tarihlerinde sürdürülmüştür.

### 2.1. Araştırma Evren ve Örneklemi

Bu çalışma, İstanbul Gaziosmanpaşa'da bulunan Özel Asya Tıp Merkezi'nin kadın doğum polikliniğine başvuran gebe kadınlarla yürütülmüştür. Araştırma iki aşamada yapılmıştır. İlk adımda kadın doğum polikliniğine başvuran ve katılmayı kabul eden 236 kişiye Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği uygulanmıştır. Bu kişilerden 25'i ölçek üzerindeki 33 maddenin üçte birinden fazla maddeye cevap vermediği için analizlerden dışlanmıştır. İkinci aşamada ilk çalışmaya katılan 236 kişiden, doğum yapmış olan 110 kişi tespit edilmiş ve dört hafta sonra aranarak çalışmanın ikinci aşamasına davet edilmiştir. Bunlardan, kadınlardan 14'u araştırmayı reddettiği, 1'i ölü doğum yaptığı, 18'ü ile ise iletişim kurulamadığı (telefon kapalı ya da yanlı) için araştırma dışı bırakılmıştır. Toplam 77 gebeyle doğumları sonrası görüşme yapılmıştır.

### 2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği olmak üzere üç veri toplama aracı kullanılmıştır.

### 2.2.1. Bilgi Formu

Bilgi Formu 5 bölümden ve 50 sorudan oluşmaktadır. Kadınların yaş, doğum yeri, eğitim bilgisi, meslek, gebelikte çalışma bilgisi, medeni durum (evli olan gebelerin; evlenme şekli ve evlilik yılını öğrenmeye yönelik) gibi demografik bilgilerine ait olan bölüm 1'inci kısımdan oluşmaktadır. Kadınların önceki gebeliklerine ait öyküleri 2'inci bölümü oluşturmaktadır. Önceki gebeliklerine yönelik; düşük, küretaj, ölü doğum ve yaşayan çocuk sayısı bilgileri alınmıştır. Son gebeliklerinin nasıl sonlandığı, doğum sırasında komplikasyon geçirip geçirmediği, gebeliğe bağlı olan / bağlı olmayan tıbbi ya da psikolojik sorunları, psikolojik sorunlarına yönelik uzman yardımı soruları yöneltmiştir. Şimdiki gebeliklerini sorgulamaya yönelik oluşturulan sorular 3'üncü bölümü oluşturmaktadır. Gebelik haftası, gebeliğin planlı olup olmadığı, gebeliğe bağlı tıbbi ya da psikolojik sorunlar, gebelikte sigara, alkol kullanımı, gebelikte düşünülen doğum şekli, gebeliğe yönelik memnuniyet, gebeliğe yönelik endişe, gebeliğin günlük ve cinsel yaşama etkilerini doğum sonrası günlük yaşam ve eş ile olan ilişkiye yönelik düşünceleri içeren sorular yöneltmiştir. Kadınların ailelerine yönelik hazırlanan sorular 4'üncü bölümü oluşturmuştur. Eşin gebeliğe karşı tutumu, eş ile olan ilişki, eşin çalışma durumu ve aylık gelir bilgisi alınmıştır. Aile ya da yakın akrabalarda psikiyatrik hastalık (depresyon) ve aileden görülen sosyal destek öyküsü alınmıştır. Doğum sonrası tanımlamaya yönelik sorular ise 5'inci bölümden oluşmaktadır. Doğum şekli, süreci, bebeğin sağlık durumu, ilk emzirme deneyimi, doğum sonrası tıbbi ve psikolojik sorun, annelik rolüne uyum, günlük yaşama dönmekte zorluk yaşanıp yaşanmadığı sorgulanmıştır.

### 2.2.2. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ)

Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği, kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir (1998). Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte doğum sancıları ve doğumun nasıl olacağı, doğum sancıları ve doğum sırasında nasıl hissedecekleri, bebek doğduğundaki duyguları, bir ay içerisinde doğuma yönelik düşünceleri içeren sorular yer almaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten en



yüksek alınan puan 165'tir. 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31 numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükçü ve Kukulcu (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.89, Split-half güvenilirliği 0.91'dir. Ölçeğin bu örnekleme'deki Cronbach's alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.70'dir.

### **2.2.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)**

Ölçek, doğum sonrası dönem'deki kadınların depresyon ve risklerini belirlemeye yönelik hazırlanmıştır (Bingöl ve Tel, 2007) ve 1987 yılında Cox ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 10 maddeden oluşan kendini bildirim ölçeğidir. Geleceğe hevesle bakma, üzüntülü ya da çökkün hissetme, mutsuzluktan dolayı ağlama, kendine zarar verme düşüncesi gibi kadınların son 1 hafta içindeki duygularını öğrenmeye yönelik sorular 4'lü likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirilir. Ölçekten en fazla alınan puan 30'dur. Her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 2., 4., maddeler 0,1,2,3 şeklinde, 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach's alfa) 0.87 olarak bulunmuştur (Cox ve ark., 1987). Ölçeğin ülkemiz'deki güvenilirlik çalışmaları Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmış ve Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0.79 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası 12/13 olarak belirlenmiştir. Ölçek puanı 13 ve üzeri olan kişiler postpartum depresyon için risk altında olarak tanımlanmaktadır (Engindeniz ve ark.1997).

### **2.3. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın ilk aşaması 7 Kasım 2013 – 1 Ocak 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu tarihler arasında kadın doğum polikliniğine başvuran her gebeyle yüz yüze görüşülerek Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği doldurulmuştur. İkinci aşama 5 Aralık 2013 – 9 Mayıs 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği'ni dolduran gebelerden üçüncü trimesterde oldukları ve doğum yaptıkları belirlenen 77 kadın doğum sonrası en az 4 haftasını dolduran kadınlara telefon yoluyla ulaşılarak doğum sonrası bilgi formu ve Edinburgh postpartum depresyon ölçeği ile değerlendirme yapılmıştır.

#### **2.4. Verilerin Analizi**

Verilerin istatistiksel analizi, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20 ile yapılmıştır. Verilerin betimlenmesi için frekans (n, yüzde) ve betimleyici istatistikler (ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği eğiklik (skewness) değerlerine bakılarak belirlenmiştir. Değişkenler arası ilişkiler normal dağılan veriler için Pearson çarpım-moment korelasyon katsayısı, normal dağılmayan veriler için Spearman rho korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. İki grup karşılaştırmaları için bağımsız t-test analizi yapılmıştır.

### 3. BULGULAR

Bulgular iki aşamada değerlendirilmiştir. Birinci aşamada doğum kaygısı ve postpartum depresyonun ilişkisi incelenirken, ikinci aşamada, birinci aşamada incelenen doğum kaygısı ile postpartum depresyon ilişkisine bakılmış ve diğer faktörler değerlendirilmiştir.

#### 3.1. Çalışma 1

Araştırmanın ilk aşamasına katılan kadınların (n = 211) doğumla ilgili beklentileri Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi ölçeği ve genel bilgi formu (gebelik özelliklerine yönelik) ile değerlendirme yapılmıştır

##### 3.1.1. Doğum İle İlgili Beklentiler

Araştırmanın ilk aşamasına katılan kadınların (n = 211) doğumla ilgili beklentileri Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi ölçeği ve genel bilgi formu (gebelik özelliklerine yönelik) ile değerlendirme yapılmıştır. Kadınlar ortalama 26.0 (SS = 11.05, aralık 4–42) haftalık gebe idiler. Toplam 57 kadın (%45.2) ilk gebeliğini sürdürürken, kalanları 2. ile 12. arası değişen sayılarda gebeliklerini sürdürüyorlardı (ort = 2.5, SS = 1.20). Gebelikleri süresince kadınların 74'ü (%35.1) normal doğum, 23'u (%10.9) sezaryen doğumu düşünmüştür. Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nde doğumun mükemmeliyet derecesi değerlendirmesinde kadınların ölçek üzerindeki puanları normal dağılım göstermiştir. Doğumun hiç mükemmel olmayacağını 179 kişi (%84.9) düşünmüştür (madde 1). Diğer yandan Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nde doğumun ne kadar korkutucu olduğu değerlendirilmesinde (madde 2) kadınların puanları doğumun hiç ya da az korkutucu olduğu yönünde yoğunlaşsa da puanların dağılımı yine normaldir. Sadece 17 kadın (%8.1) doğumun son derece korkunç olacağını düşünmüştür.

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nin ikinci bölümünde (madde 3–18) değerlendirilen doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedileceğine yönelik düşünceler üzerinde hesaplanan ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2.1.'de gösterilmektedir. Kadınların ölçeğin bu bölümündeki sorular üzerinde verdikleri cevaplar iki madde dışında normal dağılım göstermiştir. Kadınların yüzüstü bırakılmış ve terkedilmiş hissetme beklentileri az olduğundan bu maddeler üzerinde eğik dağılım gözlenmiştir. Kadınların puanlarının doğum sırasında bağımlı olma, (n = 184), rahat olamama (n = 180), korku duyabilme (n = 178), memnun olmama (n = 164), güçsüz olma (n = 159), kendinden hiç emin olamama (n = 164) yönünde beklentileri olduğunu düşündürmüştür.

**Tablo 2.1. Doğum Sancuları Sırasında Hissedileceklere Yönelik Düşünceler**  
(n=77)<sup>1</sup>

Düşünceler	Ortalama	(SS) <sup>2</sup>
Yalnız	3.71	(1.51)
Güçlü	2.17	(1.52)
Emin	2.08	(1.51)
Korkmuş	2.67	(1.58)
Yüzüstü bırakılmış	4.08	(1.35)
Güçsüz	3.12	(1.46)
Güvende	1.65	(1.48)
Bağımsız	2.91	(1.41)
Umutsuz	3.89	(1.27)
Gergin	2.34	(1.67)
Memnun	1.88	(1.45)
Hoşnut	1.83	(1.46)
Terkedilmiş	4.11	(1.32)
Kendine hakim	1.98	(1.60)
Rahat	2.48	(1.62)
Mutlu	1.63	(1.52)

<sup>1</sup> Ters kodlanma gerektiren 7 madde üzerinde bu işlem sonrası ortalama (SS) hesaplanmıştır.

<sup>2</sup>0 = Son derece, 5 = Hiç

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nin üçüncü bölümünde (madde 19–24) değerlendirilen doğum sancuları sırasında beklenen duygulara ilişkin puan ortalamaları Tablo 2.2.'de gösterilmektedir. Tabloya göre, kadınlar aşırı ağrı duyma (n = 191), aşırı panik olma (n = 172), özgüvenin olmayacağı (n = 162) beklentisini taşımaktadırlar.

**Tablo 2.2. Doğum Sancuları Sırasında Beklenen Duygular**

	Ortalama	(SS)
Panik	2.36	(1.67)
Ümitsiz	3.79	(1.26)
Çocuğa kavuşma isteği	0.93	(1.26)
Aşırı özgüvenli	1.76	(1.35)
Güvenli	1.72	(1.39)
Aşırı ağrılı	2.19	(1.50)

<sup>1</sup> Ters kodlanma gerektiren 3 madde üzerinde bu işlem sonrası ortalama (SS) hesaplanmıştır.

<sup>2</sup>0 = Aşırı, 5 = Hiç

Sancuların en yoğun olduğu dönemde kadınlar kötü bir şekilde davranacakları (Ort. = 3.42, SS = 1.41), bedenlerinin kontrolü sağlamasına izin veremeyecekleri (Ort. = 1.85, SS= 1.40) ve kontrolü kaybedeceklerini (Ort. = 3.69, SS = 1.28) düşünme eğilimi göstermişlerdir. Bebeği doğurdukları anda hissedeceklerine yönelik puanların tümü eğik dağılım göstermiştir; bu nedenle bu maddeler üzerinde medyan (çeyrekler açıklığı) bildirilmiştir. (Tablo 2.3.). Katılımcıların bebeği doğurdukları anda olumlu duygular hissedeceklerine yönelik beklentileri olduğu görülmüştür

**Tablo 2.3. Doğum Sonrası Beklenen Duygular**

	Medyan (çeyrekler açıklığı)
Keyif verici	0 (1.0)
Doğal	0 (1.0)

**Tablo 2.3. devam**

	Medyan (çeyrekler açıklığı)
Olması gerektiği gibi	0 (1.0)
Tehlikeli	1 (2.0)

<sup>1</sup> Ters kodlanma gerektiren 1 madde üzerinde bu işlem sonrası medyan (ÇA) hesaplanmıştır.

<sup>2</sup>0 = Son derece, 5 = Hiç

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nin son bölümünde sorulan (madde 32–33) son bir ayda doğum sancıları ve doğum sırasında bebeğin öleceğine ilişkin düşüncelerin sıklığını örneklemin yaklaşık yarısı (n = 99, %46.9) hiçbir zaman olarak değerlendiren, 108 kişi (%51.1) 3–5 arası puanları seçerek sıklıkla bunu düşündüklerini belirttiler. Son bir ayda doğum sancıları ve doğum sırasında bebeğin zarar görebileceğini hiçbir zaman düşünmeyenlerin oranı %34.1 (n = 72) iken, 135 kişi (% 63.9) 3–5 arası puanları seçerek sıklıkla bunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Bebeği doğurdıkları anda hissedeceklerine yönelik puanların tümü eğik dağılım göstermiştir.

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği üzerinde alınan toplam puan ortalaması 54.8 (SS = 24.15, aralık 1–135). Puanlar normal dağılım göstermiştir (eğiklik = 0.08). Yirmi-iki (%10.0) kişinin ölçek puanı 83 ve üzeri olarak tespit edilirken bir kişi çalışmadaki en yüksek puan olarak 135 almıştır. Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği toplam puanı ile gebeliğin kaçınıcı haftada olduğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r = .07, p = .30). İlk gebeliğini yaşayan kadınlarla birden fazla gebelik bildiren kadınların Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla, ort = 55.7, SS = 22.7 ve ort = 53.4, SS = 24.63, t = 0.68, sd = 202, p = .50).

## 3.2. Çalışma II

Çalışma 1’de korku ortalaması belirlenen kadınların postpartum depresyonla ilişkisine bakılmış, kadınların önceki, şimdiki gebelik özelliklerinin ve doğum sonrası bilgilerinin postpartum depresyonla ilişkisi incelenmiştir.

### 3.2.1. Demografik ve Kişisel Öykü Özellikleri

Katılımcıların ortalama yaşı 28.6 (SS = 4.8, aralık 19–40) dır. Otuz-iki kadın (%41.6) ilkokul, 32 kadın (%41,6) lise, 12 kadın (%15,6) üniversite eğitimi almıştır. Araştırmaya katılanlardan yetmiş-altısı (%98.7, 1 eksik veri) evlidir. Kadınların 54’ü (%70.1) aşk, 17’i (%22.1) görücü usulü, 3’si (%3.9) akraba ve 2’i (%2.6) aşk-akraba evliliği yapmıştır. Ortalama 22.7 (SS=5.4, aralık 2–36) yaşında evlenen kadınlar değerlendirme tarihinde 68 aydır (SS = 58.6 aralık 8–240) evli olduklarını bildirdiler. Kırk-dört (%57.1) kadın ev hanımıdır. İşçi, memur, anaokulu öğretmeni, proje yöneticisi, satın alma, eczane teknikeri, estetsiyen, güvenlik görevlisi, insan kaynakları uzmanı muhasebe, satın alma yöneticisi, tekstil çalışanı, temizlik görevlisi ise çalışan kadınların meslek gruplarını oluşturmaktadır. Çalışan kadınların 15’i (%19.5) gebelik sırasında da çalışmıştır. Almış-dokuz (%89.6) kadının eşi çalışıyordu. Kadınların 11’i (%14.3) 500-1000tl arası, yirmi-yedisi (%35.1), 1000-1500tl arası, otuz-yedisi (%48.1) 1500tl ve üzeri aylık gelire sahiptir.

On-dört (%18.2) katılımcının, psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur. Bu kişilerden 12’si (%15.6) depresyon, 3’ü (%3.9) panik bozukluk, 2’i (%2.6) depresyon ve panik bozukluk tanıları aldıklarını bildirmiştir. Benzer bir şekilde, 16 (%20.8) katılımcı da ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu ve tümü bunun depresyon olduğunu belirtmiştir. Kadınların 3’ü (%3.9) alkol, 17’ü (%22.1) sigara kullanımı bildirmiştir. Sigara kullanan kadınlardan 13’si (%16.9) gebelik sırasında da sigara kullanmıştır. Yedi (%9.1) katılımcı sosyal desteğinin olmadığını bildirmiştir. Kadınların 1’nin (%1.6) eşiyle ilişkisi kötü, sekizinin (%12.9) fena değil, otuzunun (%48.4) iyi, yirmisinin (%32.3) mükemmeldir. Bir (%1.3) kadın eşinin gebeliği isteme ilgili kararsız olduğunu düşünmektedir.

### 3.2.2. Gebelik ve Doğum Özellikleri

Gebelerin önceki gebeliğine ait gebelik ve çocuk sayısı, küretaj, düşük öyküsü, psikiyatrik / psikolojik öyküleri, şimdiki gebelik özelliklerine ait gebeliğin istemli olup olmadığı psikiyatrik / psikolojik öyküleri, gebelikten memnuniyet gibi değişkenler oranları belirtilmiştir.

#### 3.2.2.1. Önceki Gebelik Özellikleri

Tablo 2.4. katılımcıların obstetrik öykü özelliklerini göstermektedir. Kadınların yarısı ilk gebeliklerini yaşamaktadır ve gebelik sayısı kimi kadınlarda 6'ya çıkmaktadır. On-beş kadın bir kez düşük yapmıştır ve bir katılımcı iki kez ölü doğum gerçekleştirmiştir. Kadınların yaklaşık 1/3'ü 1 ile 3 arası değişen sayıda çocukları olduğunu bildirmiştir.

**Tablo 2.4. Obstetrik Öyküler**

Sayı	Gebelik n (%)	Düşük	Küretaj	Ölü Doğum	Çocuk Sayısı
1	37 (48.1)	15 (19.5)	4 (5.2)	3 (3.9)	19 (24.7)
2	24 (31.2)	3 (3.9)	1 (1.3)	1 (1.3)	6 (7.8)
3	10 (13.0)	1 (1.3)	--	--	3 (3.9)
4	3 (3.9)	3 (3.9)	1 (1.3)	--	--
5	1 (1.3)	--	--	--	--
6	2 (2.6)	--	--	--	--

Katılımcılara önceki gebeliklerinin nasıl sonlandığı sorulduğunda, 17 (%22.1) normal (vajinal) doğum, 10 (%13.0) zorunlu sezaryen ve 3 (%3.9) planlı sezaryen bildirilmiştir. Kadınların 5'i (%6.5) düşük yapmış, 3'ü (%3.9) küretaj olmuş ve 1'i (%1.3) ölü doğum gerçekleştirmiştir. Beş (%6.5) kişi doğum sırasında rahmin tam temizlenmemesi, narkoz sonrası nefes alamama, bebeğin vakumla alınması, epidural anestezinin yan etkisi olarak tansiyon sorunları gibi komplikasyonlar geçirmiştir. Bir kadın (%1.3) şimdiki gebeliğinde depresyon geçirmiş ve bir ruh sağlığı uzmanından tedavi almıştır.



### 3.2.2.2. Şimdiki Gebelik Özellikleri

Kadınların 52'sinin (%67.5) gebeliği planlıdır. Gebelerin ortalama gebelik haftası 33.64 (SS = 21-42) olarak bildirilmiştir. Katılımcıların 9'u (%11.7) alerjik astım, bel fıtığı, yüksek tansiyon, damar sorunu, kalp ritim bozukluğu, miyom, migren, multipl skleroz gibi gebeliğe bağlı olmayan tıbbi rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir. Kadınlar ortalama 13.4 (SS = 5.5, aralık 0–30) kilo almışlardır. Gebelik sırasında sadece bir kadın (%1.3) hiç kilo almamıştır. Gebeliklerinden ne kadar memnun oldukları sorulduğunda 12 kişi (%15.6) memnun olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların sadece 18'i (%23.4) gebeliğinin günlük aktivitesini kısıtladığını düşünmektedir. Yirmi-üç kadın gebeliklerinin cinsel yaşamını (%30) etkilediğini bildirmiştir. İki kadın (%2.6) gebeliğinde psikolojik destek aldığını söylemiştir. Yaklaşık 3 kadından biri (n = 25, %32.5) bebekleri dünyaya geldikten sonra kendilerine zaman ayıramayacaklarını hiç düşünmezken, biri (n = 19, %24.7) bunu hemen hemen her zaman düşündüğünü, biri de (n = 30, %39) bunu bazen düşündüğünü dile getirmiştir. Bu bulguyla tutarlı bir şekilde 3 kadından ikisi (n = 47, %61) bebek doğduktan sonra eşiyile hiçbir zaman eskisi gibi olmayacağını düşünmektedir.

### 3.2.2.3. Doğum İle İlgili Beklentiler

Gebelikleri süresince kadınların 55'i (%71.4) normal doğum, 19'u (%24.7) sezaryen doğumu düşünmüş, 38'i (%49.4) normal doğum, 39'u (%50.6) ise sezaryen doğum yapmıştır. Sezaryen doğumların 11'i (%14.3) isteğe bağlı olmuştur. Yirmi-dört kadın (%31.2) doğumla ilgili çoğu zaman ya da her zaman endişe duyduklarını, 41 kadınsa (%53.2) ara sıra endişe duyduklarını belirtmiştir. Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nde doğumun mükemmeliyet derecesi değerlendirmesinde kadınların ölçek üzerindeki puanları normal dağılım göstermiştir. Doğumun hiç mükemmel olmayacağını sadece 4 kişi (%5.2) düşünmüştür (madde 1). Diğer yandan Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nde doğumun ne kadar korkutucu olduğu değerlendirmesinde (madde 2) kadınların puanları doğumun hiç ya da az korkutucu olduğu yönünde yoğunlaşsa da puanların dağılımı

yine normaldir. Sadece 6 kadın (%7.8) doğumun son derece korkunç olacağını düşünmüştür.

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nin ikinci bölümünde (madde 3-18) değerlendirilen doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedileceğine yönelik düşünceler üzerinde hesaplanan ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2.5.'de gösterilmektedir. Kadınların ölçeğin bu bölümündeki sorular üzerinde verdikleri cevaplar iki madde dışında normal dağılım gösterdi. Kadınların yüzüstü bırakılmış ve terkedilmiş hissetme beklentileri az olduğundan bu maddeler üzerinde eğik dağılım gözlenmiştir.

**Tablo 2.5. Doğum Sancuları Sırasında Hissedileceklere Yönelik Düşünceler (n=77)<sup>1</sup>**

Düşünceler	Ortalama	(SS) <sup>2</sup>
Yalnız	1.70	(1.72)
Güçlü	2.38	(1.57)
Emin	2.32	(1.48)
Korkmuş	2.55	(1.62)
Yüzüstü bırakılmış	1.33	(1.57)
Güçsüz	2.10	(1.43)
Güvende	1.78	(1.36)
Bağımsız	2.77	(1.33)
Umutsuz	1.19	(1.28)
Gergin	2.62	(1.64)
Memnun	1.96	(1.40)
Hoşnut	1.84	(1.42)
Terkedilmiş	1.05	(1.39)
Kendine hakim	2.04	(1.56)
Rahat	2.43	(1.67)
Mutlu	1.74	(1.45)

<sup>1</sup> Ters kodlanma gerektiren 7 madde üzerinde bu işlem sonrası ortalama (SS) hesaplanmıştır.

<sup>2</sup>0 = Son derece, 5 = Hiç

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nin üçüncü bölümünde (madde 19–24) değerlendirilen doğum sancıları sırasında beklenen duygulara ilişkin puan ortalamaları Tablo 2.6. 'da gösterilmektedir. Katılımcılar doğum sırasında en fazla çocuğa kavuşma isteği hissedecekleri yönünde değerlendirmeler yapmış ve sadece bu madde üzerindeki puanlamalarda eğik dağılım görülmüştür. Katılımcılar aşırı panik olma (n = 189), aşırı ağrı duyma (n = 191) maddelerine daha fazla bildirimde bulunmuşlardır.

**Tablo 2.6. Doğum Sancıları Sırasında Beklenen Duygular**

Panik	2.77	(1.61)
Ümitsiz	1.39	(1.41)
Çocuğa kavuşma isteği	0.86	(1.17)
Aşırı özgüvenli	1.79	(1.34)
Güvenli	1.67	(1.37)
Aşırı ağırlı	2.98	(1.42)

<sup>1</sup> Ters kodlanma gerektiren 3 madde üzerinde bu işlem sonrası ortalama (SS) hesaplanmıştır.

<sup>2</sup>0 = Aşırı, 5 = Hiç

Sancıların en yoğun olduğu dönemde kadınlar kötü bir şekilde davranacakları (Ort. = 1.78, SS = 1.39), bedenlerinin kontrolü sağlamasına izin veremeyecekleri (Ort. = 1.87, SS= 1.34) ve kontrolü kaybedeceklerini (Ort. = 1.56, SS = 1.20) düşünme eğilimi göstermişlerdir. Bu maddeler üzerindeki puanlar normal dağılmıştır. Bebeği doğurdukları anda hissedeceklerine yönelik puanların tümü eğik dağılım göstermiştir; bu nedenle bu maddeler üzerinde medyan (çeyrekler açıklığı) bildirilmiştir. (Tablo 2.7.). Katılımcıların bebeği doğurdukları anda olumlu duygular hissedeceklerine yönelik beklentileri olduğu görülmüştür

**Tablo 2.7. Doğum Sonrası Beklenen Duygular**

	Medyan (çeyrekler açıklığı)
Keyif verici	0 (1.0)
Doğal	0 (1.0)
Olması gerektiği gibi	0 (1.0)
Tehlikeli	1 (2.0)

<sup>1</sup> Ters kodlanma gerektiren 1 madde üzerinde bu işlem sonrası medyan (ÇA) hesaplanmıştır.

<sup>2</sup>0 = Son derece, 5 = Hiç

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği'nin son bölümünde sorulan (madde 32-33) son bir ayda doğum sancıları ve doğum sırasında bebeğin öleceğine ilişkin düşüncelerin sıklığını örneklemin yaklaşık yarısı (n = 39, %50.6) hiçbir zaman olarak değerlendiren, 17 kişi (%18.2) 3-5 arası puanları seçerek sıklıkla bunu düşündüklerini belirttiler. Son bir ayda doğum sancıları ve doğum sırasında bebeğin zarar görebileceğini hiçbir zaman düşünmeyenlerin oranı %32.5 (n = 25) iken, 26 kişi (%33.8) 3-5 arası puanları seçerek sıklıkla bunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Bebeği doğurdukları anda hissedeceklerine yönelik puanların tümü eğik dağılım göstermiştir.

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği üzerinde alınan toplam puan ortalaması 58.52 (SS = 25.60, aralık 1-135). Puanlar normal dağılım gösterdi (eğiklik = 0.03). Ölçek üzerindeki toplam puan ortalaması araştırmanın birinci aşamasına katılan kadınlardan daha yüksek olsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (ort = 52.6, SS = 22.78, t = -1.74, sd = 209, p = .08). Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği toplam puanı ile gebeliğin kaçınıcı haftada olduğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (r = .14, p = .24). İlk gebeliğini yaşayan kadınlarla birden fazla gebelik bildiren kadınların Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla, ort = 58.7, SS = 24.12 ve ort = 58.3, SS = 27.20, t = 0.07, sd = 75, p = .95).

### **3.2.3. Doğum Özellikleri ve Doğum Sonrası Uyum**

Araştırmaya katılanların doğumdan sonra geçen ortalama süre 1.8 (SS =0.7, aralık 1–4) aydır. Kadınların 2'si (%2.6) normal doğum (epidural), 34'ü (%44.2) normal doğum, 2'si (%2.6) normal doğum (epizyolu), 11'i (%14.3) isteğe bağlı sezaryen, 5'i (%6.5) isteğe bağlı sezaryen doğum (spinal), 23'ü (%29.9) plansız sezaryen doğum yapmıştır.

#### **3.2.3.1. Doğum ve Doğum Sonrasına Yönelik Bilgiler**

Katılımcıların 28'i (%36.4) doğumun zor ve kötü geçtiğini belirtmiştir. Doğum sonrasında kadınların 43'ü (%55.8) günlük yaşama dönmekte zorlandığını ifade etmiştir. Otuz-üç (%42.9) kadının ilk emzirme deneyimi sırasında sütü gelmemiş ve bebeğini emzirememiştir. İki kişi (% 2.6) anneliğe hiç uyum sağlayamamıştır. Beş katılımcı (%6.5) bebeğinin doğum sonrası sağlık problemi yaşadığını bildirmiştir

Katılımcılara doğum sonrası yaşadıkları tıbbi sorunlar sorulduğunda 13 (%16.9) kişi; ayaklarda uyuşma, baş ve sırt ağrısı, böbrek taşı, dikiş sorunu, göğüs ameliyatı, gaz sancısı, göğüs ucu sorunu, kalp ritim bozukluğu, göğüste apse, kaburga ağrısı, mide ve rahim içi ağrısı şikayetleri bildirilmiştir. Kadınlara doğum sonrası psikolojik sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda 34'ü (%44.2) sinirlilik, keyifsizlik, üzüntü, ağlama, yalnızlık, uyku sorunu, unutkanlık, korku, endişe, bebeğe bakamayacağı düşüncesi, kapana kısılmış hissetme gibi sorunlar dile getirmişlerdir.

#### **3.2.3.2. Doğum Sonrası Depresyon**

Kadınların ortalama depresyon puanları 7.77 (SS = 6.2, aralık 0–24) dir. Gülebilme ve olayların komik taraflarını görebilme, geleceğe hevesle bakabilme sorularına verilen yanıtlar pozitif yönde eğik dağılım göstermiştir. Mutsuzluktan dolayı uyumakta zorlanma, mutsuzluktan dolayı ağlama, kendine zarar verme düşüncesi ile ilgili sorulara verilen yanıtlar ise negatif yönde eğik dağılım göstermektedir. Tablo 2.8.'de katılımcıların doğum sonrası psikolojik durumları listelenmiştir. Kadınlar en çok, bir şeyler kötü gittiğinde kendilerini gereksiz yere suçladıklarını, nedensiz yere kendilerini sıkıntılı ya da endişeli hissettiklerini,

kendilerini üzüntülü ve çökkün hissettiklerini, her şeyin sırtlarına yüklendiği için eskisi gibi baş edemediklerini bildirmişlerdir.

**Tablo 2. 8. Doğum Sonrası Psikolojik Durum (n=77)**

	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>
Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum	0.49	0.81
Geleceğe hevesle bakıyorum	0.42	0.72
Bir şeyler kötü gittiğinde kendimi gereksiz yere suçluyorum	1.26	1.11
Nedensiz yere kendini sıkıntılı ya da endişeli hissetme	1.48	1.05
İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum	1.01	1.14
Her şeyin giderek sırtıma yükleniyor	1.03	1.17
Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum	0.42	0.91
Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum	1.00	1.27
Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum	0.52	0.77
Kendime zarar verme düşüncemin aklıma geldiği oldu	0.14	0.42

### **3.2.4. Doğum Sonrası Depresyonla İlişkili Faktörler**

Doğum korkusu şiddeti ile postpartum depresyon belirtileri şiddeti arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği toplam puanı ve Edinburg postpartum Depresyon Ölçeği toplam puanları normal dağılım gösterdikleri için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Doğum korkusu şiddeti ile postpartum depresyon belirtileri şiddeti arasında küçük kuvvette ama istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ( $r = .33$ ,  $p < .01$ ). Doğum korkusu postpartum depresyon belirtilerindeki varyansın %11'ini açıklamıştır.

Demografik, kişisel öykü, gebelik ve doğum özellikleri ile doğum sonrası faktörlerin de depresyonla ilişkisi incelenmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar olmayanlara göre (sırasıyla, ort = 14.3, SS = 5.8 ve ort = 6.3, SS = 5.3,  $t = 5.1$ ,  $sd = 73$ ,  $p < .001$ ) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar olmayanlara göre (sırasıyla, ort = 12.1, SS = 7.2 ve ort = 6.6, SS = 5.5,  $t = 3.3$ ,  $sd = 73$ ,  $p < .01$ ) daha şiddetli depresyon belirtileri göstermişlerdir. Aşk evliliği yapanlar görücü usulü evlenenlere

oranla daha yüksek postpartum depresyon puanları bildirmişlerdir (sırasıyla, ort = 8.8, SS = 6.3 ve ort = 5.0, SS = 4.9,  $t = 2.4$ ,  $sd = 74$ ,  $p < .05$ ). Gebeliğin ilk gebelik olması ile olmamasının depresyon puanlarına bir etkisi görülmemiştir (sırasıyla, ort = 7.9, SS = 6.3 ve ort = 7.7, SS = 6.1,  $t = .13$ ,  $sd = 75$ ,  $p = .89$ ). Gebelik sırasında gebelikle ilişkili düşük memnuniyet (Spearman rho = .32,  $p < .01$ ), cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi (Spearman rho = .28,  $p < .05$ ) ve doğumla ilgili endişe düzeyi (Spearman rho = .39,  $p < .001$ ) depresyon puanlarıyla anlamlı ilişki göstermiştir. Gebelik sırasında yaşanan doğum sonrası kadının kendine zaman ayıramayacağı (Spearman rho = .52,  $p < .001$ ) ve eşyle ilişkisinin eskisi gibi olamayacağı (Spearman rho = .24,  $p < .05$ ) endişeleri de postpartum depresyonla anlamlı ilişki gösteren faktörlerdir. Doğum şekli normal olanlar zorunlu olarak sezeryan geçirenlere oranla daha fazla depresyon belirtisi gösterse de aradaki fark küçük ve istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla ort = 8.5, SS = 7.0 ve ort = 6.8, SS = 3.9,  $t = .71$ ,  $sd = 25$ ,  $p = .48$ ). Doğum sonrası faktörlerden sadece annelik rolüne uyum sağlayamama depresyon ile anlamlı korelasyon göstermiştir (Spearman rho = -.28,  $p < .05$ ). Yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, ilk adet yaşı, gebeliğin planlı olmaması, gebelikte alınan kilo, eşin gebelikle ilgili memnuniyeti, eş ile ilişkinin algılanan kalitesi, gebelikte veya düzenli sigara kullanımı, gebeliğe bağlı olan ya da olmayan sağlık sorunu, doğum şekli, bebeğin sağlıklı doğup doğmadığı, emzirebilme, Edinburg postpartum Depresyon Ölçeği toplam puanları ile anlamlı ilişki göstermemiştir.

#### 4. TARTIŞMA

Birincil amacı gebelik sırasında doğumla ilgili beklentiler ve doğum kaygısı ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek olan bu araştırma iki aşamada yürütülmüştür. Çalışmanın birinci aşamasında İstanbul'da özel bir kliniğe başvuran 211 gebe doğum beklentileri ve kaygıları için bir öz-bildirim ölçeği ile değerlendirilmiştir. Katılımcılar gebelik haftası ve gebelik sayısı açısından dengeli bir dağılım göstermiştir. Doksan-iki kadının ilk gebeliği iken, 112 kadının gebelik sayısı 1–12 arasında değişmiştir. Değerlendirme ölçeğinin önerilen kesme noktası (Şahin ve ark., 2009), ölçüt olarak alındığında kadınların %10'unun klinik olarak anlamlı düzeyde doğum kaygısı yaşadığı görüldü. Çalışmada en yoğun doğum korkusu yaşayan katılımcı panik bozukluk öykü geçmişi olduğunu gebelikte nüks yaşadığını bildirmiştir. Sezaryen doğum yapan multipar bu kadın doğum öncesi büyük bir kaygı atağı yaşamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda primipar kadınların diğerlerine göre daha çok doğum korkusu duydukları saptanırken (Aktaran, Subaşı ve ark., 2013), bazıları da multiparların daha çok korku duydukları tespit edilmiştir. (Raisanen ve ark., 2014). Çalışmamızda, primipar / multipar olma ya da kaçınıcı gebelik haftasında olduğunun, doğum korkusu açısından farklılık göstermediği görülmüştür. Bu bulgu daha önce 100 gebeyle yapılan bir çalışmada doğum sayısı ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi gösteren bulguyla (Şahin ve ark., 2009) tutarlılık göstermemektedir. Bu çalışmada doğum sayısının, doğum korkusu üzerindeki etkisinin olumsuz doğum deneyimi ile açıklanabileceğini düşündürmektedir. Bu tez çalışmasının bulgusu, gebeliğin kaygılı bir süreç olduğu, kadınların gebelik sayısı arttığında ya da ilk deneyimleri olduğunda daha kaygılı olacakları gibi bir varsayımı desteklememektedir. Böylelikle gebeliğin her kadını belirli oranda etkilediği sonucu ortaya çıkmaktadır. Kaygı ve korkunun pek çok sebebi olmakla birlikte gebeliğin başlı başına bir stres faktörü olduğu görülmektedir. Doğum beklentisi, doğum



korkusu ile yakından ilişkilidir. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi ölçeğine göre olumsuz doğum beklentisi olan gebelerin, doğum korkusu da yüksek olmaktadır. Kadınların doğum sırasındaki beklentilerine bakıldığında en fazla; aşırı ağrı duyma (%90.5), bağımlı olma, (%87.2), aşırı panik olma (%86.3), rahat olamama (%85.4), doğumun mükemmel olmayacağını (%84.9), korku duyabilme (%84.4), güçsüz olma (%79.1), memnun olmama (%77.7), kendinden hiç emin olmama (%77.7), özgüvenin olmaması (%76.8), hoşnut olmama (%74.9), kendine hakim olamama (%71.1) beklentisi içinde oldukları görülmüştür.

İkinci çalışma, birinci çalışmaya katılan ve doğum yapmış olanlardan seçilmiştir. İkinci çalışmada da primipar ve multipar gebe sayısı dengeli dağılım göstermiştir. Olumsuz doğum beklentisi ve doğum korkusu olanlar ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ve doğum korkusu düzeyi postpartum depresyon belirtilerindeki varyansın %11'ini açıklamıştır. Bu sonuç hipotez 1'i (Gebelikte doğum ile ilgili olumsuz beklentiler ve kaygı düzeyi postpartum depresyon belirtileri şiddetini belirler.) desteklemiştir. Bu bulgu doğum korkusunun düşük bir düzeyde de olsa doğum sonrası depresyonu artırıcı bir sebep olduğunu düşündürmektedir. Bulunan sonuç araştırma hipotezini desteklemektedir. Doğum korkusu ve depresyonun ilişkisi ile ilgili yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Gümüş ve arkadaşları (2012), yaptıkları çalışmada bu iki yapı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu söylemiştir. Raisanen ve arkadaşlarının (2013), Finlandiya'da yaptıkları bir çalışmada doğum korkusu güçlü predispozan (yatkınlık) faktörü olarak saptanmıştır. Diğer yandan, Alipour ve arkadaşlarının (2012), anksiyete ve korkunun doğum sonrası depresyonla ilişkisine baktıkları çalışmada doğum korkusunun postpartum depresyon oluşmasında belirleyici olmadığını tespit etmişlerdir. Ayvaz ve arkadaşları 316 kişiyle yaptığı kesitsel bir araştırmada doğum korkusu ile depresyon arasında bir ilişkinin olmadığını saptamışlardır. Fairbrother ve Woody (2007), yaptıkları prospektif çalışmada doğum korkusunun postpartum depresonda belirleyici bir etken olmadığını saptamıştır. Tüm bu bulgular doğum korkusunun tek başına postpartum depresyon gelişmesinde belirleyici olmadığını, çok sayıda faktörün etkileşimiyle depresyon belirtilerinin ortaya çıktığını düşündürmektedir. Araştırma görüşmeleri yapılırken, doğum korkusu olan fakat doğum süreci beklediğinden rahat geçen, anneliğe kolay adapte olan

kadınların daha az depresif yakınma gösterdiği gözlemlendi. Diğer yandan, doğuma yönelik endişeleri az olan fakat doğum sonrası günlük yaşama adapte olamayan kadınların depresyon belirtilerinin daha şiddetli olduğu gözlemlendi.

Gebelikten memnun olmayan kadınlar doğumdan sonra daha fazla depresif belirtiler göstermiştir ve bu bulgu hipotez 3'ü (Gebelikten memnun olmayanlar diğerlerine göre daha yoğun postpartum depresyon belirtileri gösterirler.) desteklemiştir. Gebelik memnuniyeti fiziksel, psikolojik ve çevresel olmak üzere pek çok değişkene bağlıdır. Kadının gebelik sürecini zorlaştırıcı faktörler gebelikte ilgili memnuniyeti etkileyebilmektedir. Gross ve arkadaşları (2002), yaptıkları çalışmada gebelik sürecini çok kötü olarak adlandıran kadınların doğum sonrası depresyona yakalanma oranlarının daha çok olduğunu söylemişlerdir. Gebelikte cinsel yaşamı olumsuz etkilenenlerde de doğum sonrası depresyon belirtileri daha çok görülmüştür. Bu bulgu da hipotez 12'yi (Gebelikte cinsel yaşamı olumsuz etkilenen kadınların postpartum depresyon düzeyleri daha yüksektir.) desteklemiştir. Ayvaz ve arkadaşları (2006) tarafından benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Gebelikte, doğum sonrası yaşanacakları felaketleştirme söz konusu olabilmektedir. Doğum sonrası kendine zaman ayıramama, eski yaşama geri dönememe ve eş ile ilişkinin eskisi gibi olamayacağı gibi düşünceler doğum sonrası depresif şikâyetlerin artmasında etkili olmuştur, bulunan sonuç hipotez 11'i (Gebelik sırasında, doğum sonrası kendine zaman ayıramayacağını, eşiyle ilişkisinin eskisi gibi olamayacağını düşünen kadınların postpartum depresyon düzeyleri daha yüksektir.) desteklemektedir. Doğum sonrası özgürlüğünün kısıtlanacağını düşünen kadınlarda sıklıkla bu düşünceler hakimdir. Bu düşüncelerin kaynağının sosyal öğrenme yoluyla edinildiği düşünülmektedir. Çocuk sahibi olan kadınların, yaşamının kısıtlandığına şahit olunması, bu annelerin abartılı yakınmaları, gebeyi tedirgin edebilmektedir. Yeni anne olan kadın iyi anne olma endişesi taşımakta, yoğun izolasyon, yalnızlık hissedebilmekte annelik rolü ile yaşadığı çatışma sonucu depresif şikâyetler göstermektedir (Eren, 2007). Çalışmamızda doğum sonrası annelik rolüne kolay uyum sağlayabilen kadınlar daha düşük depresif şikâyet bildirmişlerdir. Sonuçlar 10'uncu (Doğum sonrası annelik rolüne uyum gösteremeyen kadınların postpartum depresyon düzeyi daha şiddetlidir.) hipotezi desteklemektedir.

Kendisinde ya da ailesinde depresyon öyküsü kadınlar gebelikte ve doğum sonrası dönemde nüks açısından daha fazla risk altındadır. Daha önce depresyon geçirenlerde postpartum depresyon geçirme riskinin 3 kat fazla olduğu söylenmektedir (Akratan: Eren, 2007). Araştırmamızda psikiyatrik hastalık öyküsü olanların depresif belirti düzeyleri daha yüksektir. Bu bulgu hipotez 5'i (Gebelikte psikolojik / psikiyatrik öykü geçmişi olanlarda ya da gebelikte depresif yakınmaları olanlarda daha fazla postpartum depresyon görülür.) desteklemektedir ve yapılan çalışmaların benzer bulgularıyla tutarlıdır. (Bloch ve ark. 2006; Swendsen ve Mazure 2000; Bernazzani, Saucier, David ve Borgeat 1997; Gümüş ve ark. 2012; Özdemir, Marakoğlu, Çivi 2008). Eren'in (2007) postpartum depresyonun prevalansını ve sosyodemografik risk faktörlerini araştırdığı bir çalışmada depresyon öyküsü olan kadınların %33'3'ünde doğum sonrası depresyon olduğunu söylemiştir. Ayvaz ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada kadının önceki gebeliğinde depresyon belirtilerinin olmasının doğum sonrası depresyon riskini 5.7 kat artırdığını söylemiştir. Arslantaş ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada gebelik öncesi ruhsal sorunların varlığının doğum sonrası depresyonu 9,867 artırdığı tespit edilmiştir. Gebelikte düzenli sigara kullanımı ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu hipotez 6'yı (Gebelikte sigara kullananlar daha şiddetli postpartum depresyon belirtileri gösterir.) desteklememektedir. Zuckerman ve arkadaşlarının (1989), yaptıkları bir çalışmada gebelikte sigara kullanımının postpartum depresyon geliştirme üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Sidebottom ve arkadaşlarının (2014), toplum sağlığı merkezinde bakım alan 594 kadınla yaptıkları araştırmada, sigara kullanımının depresif belirtileri artırdığını tespit etmişlerdir.

Yaş, eğitim durumu, ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunamamıştır. Bu konuda yapılan araştırmaların farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Taşdemir ve arkadaşlarının (2006), doğum sonrası depresyonda risk faktörlerini araştırdıkları çalışmanın bulguları çalışmamızla uyumludur. Yapılan bazı çalışmalarda ise yaş, eğitim düzeyi ile doğum sonrası depresyon arasında ilişki olduğu söylenmiştir (Efe ve ark., 2009; Cebeci ve ark., 2010). Normal doğumu seçen pek çok anne adayını, zorunlu sezaryen riskini düşünerek korku duymaktadır. Doğum şekli olarak vajinal doğumu seçip sonradan zorunlu sezaryene alınan kadınlar normal doğum yapan kadınlardan daha ağır depresif belirtiler gösterse de iki grup arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı değildir. Doğum şekli ve postpartum depresyon belirtileri arasında anlamlı bir fark bulunmaması gruplardaki kişi sayısının azlığıyla açıklanabilir. Eğer gruplarda istatistiksel kuvvet sorununa engel olan sayıda vaka bulunsaydı fark anlamlılık düzeyine erişebilirdi. Bu bulgu hipotez 4'ü (Zorunlu sezaryen doğum yapan kadınlarda daha şiddetli postpartum depresyon belirtileri görülür.) desteklememiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar farklılık göstermektedir. Burgut ve arkadaşları (2013), Katar'da, postpartum depresyonun risk faktörlerini tespit etmeye yönelik yaptıkları çalışmada sezaryen doğum tehdidi olan kadınlarda daha fazla depresif şikâyet saptamışlardır. Nitekim Gümüş ve arkadaşları (2012), yaptıkları araştırmada vajinal doğumun postpartum depresyon için risk teşkil ettiğini bulmuşlardır. Çalışmamızda gebelik sayısı ile postpartum depresyon arasında ilişki saptanamamıştır. Yapılan bir çalışmada primiparların diğerlerine göre daha çok doğum sonrası depresif şikâyet bildirdiği belirlenmiştir (Efe ve ark.,2009). Gelir düzeyi, çalışma durumu, eş ile ilişkinin algılanan kalitesi, emzirebilme gibi faktörlerin depresif şikâyetleri artırmadığı bulunmuştur. Edinilen sonuçlar hipotez 7'yi (Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlar yüksek postpartum depresyon belirtileri gösterir.), 8'i (Eş ile ilişkisini olumsuz algılayan kadınlar daha şiddetli postpartum depresyon belirtileri yaşarlar.), 9'u (Gebelikte çalışan annelerde daha az postpartum depresyon görülür.) ve literatürü desteklememektedir (Bödecs ve arkadaşları, 2009, Leigh ve ark. 2008 Gümüş ve ark. 2012, Robertson ve ark. 2004, Mauthner 1998, Lau ve arkadaş, 2007, Zuckerman ve ark. 1989, Yıldırım ve ark. 2011, Xie ve ark. 2009; Akbaş ve ark. 2008; Piacentini ve ark. 2009; Robertson ve ark.). Bu durum örnekleme katılımcı sayısının yetersiz olmasına bağlanabilir. Gebeliğin planlı olmamasının doğum sonrası depresyonda risk faktörü olmadığı bulunmuştur. Bulgular hipotez 2'yi (Gebeliği planlı olmayanlarda daha şiddetli postpartum depresyon görülür.) ve literatür çalışmalarını desteklememektedir. Yapılan bir çalışmada planlı gebeliğin postpartum depresyonda koruyucu faktör olduğu tespit edilmiştir (Weidner, Bittner, Pirling, Galle, Hoffmeister, Einsle ve ark., 2013). Pocan ve arkadaşlarının (2013), 187 gebeyle yaptıkları bir çalışmada plansız ve istenemeyen gebeliğin postpartum depresyon için güçlü risk faktörlerinden biri olduğunu saptamışlardır. Bebeğin sağlıklı doğup doğmadığı ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunamamıştır. Gümüş ve arkadaşlarının (2012) yaptığı

bir çalışmada bebeğin sağlıklı doğmamasının postpartum depresyonda risk faktörü olarak bulunmuştur.

İlk adet yaşı, gebelikte alınan kilo, eşin gebelikle ilgili memnuniyeti, gebeliğe bağlı olan ya da olmayan sağlık sorunu gibi faktörlerin postpartum depresyon düzeyini artırıcı sebepler olmadığı bulunmuştur. Selçuk ve arkadaşları (2012), 41 kadınla yaptıkları çalışmada alınan kilo ile postpartum depresyon arasında ilişki saptamamışlardır. Aşk evliliği yapanlar görücü usulü evlenenlere göre daha yüksek postpartum depresyon gösterme eğilimi göstermişlerdir. Bu durum kadınların evlilik beklentileriyle açıklanabilir. Aşk evliliği yapanlar, cinsel yaşamının ve evliliğinin daha fazla bozulacağını düşünüyor olabilirler. Bu bulgu ile ilişkili faktörleri tespit etmeye yönelik çalışmaların yapılması ile daha doğru bilgiler edinilecektir.

#### **4.1. Sınırlılıklar**

Bu çalışmanın bulguları çeşitli sınırlılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Öncelikle, ikinci çalışmadaki örneklem boyutu değişkenler arasındaki ilişkileri incelerken istatistiksel kuvvet sorunu yarattığından bazı ilişkiler anlamlı olsalar bile bu çalışmada bulgulanamamış olabilir. Ancak bu çalışmanın prospektif bir desenle yapılması ve bir yüksek lisans tezi kapsamında zaman sınırı içinde yürütülmesi örneklemin daha fazla katılımcı içermesinin önünde önemli bir engel teşkil etmiştir. Ayrıca, doğum sonrası çoğunlukla bebeğe bakım veren tek kişinin anne olmasından dolayı olası katılımcılarla iletişime girme / sürdürme ve ölçekleri doldurtma açısından zorluk yaşanmıştır. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı doğum korkusu ve doğum sonrası depresyon değerlendirmeleri yalnızca öz bildirim ölçeklerine verilen yanıtlar üzerinden değerlendirilmiştir ve katılımcılar ayrıntılı psikolojik / psikiyatrik değerlendirmeden geçmemiştir. Bu nedenle katılımcıların verdikleri cevapların güvenilirliği kesin değildir. Elde edilen prevalans oranları olası tanı oranlarını yansıttığı göz önünde bulundurulmalıdır. Nitekim seçilen sosyo-kültürel grubun, Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi ölçeğini anlamlandırma ve yanıtlama güçlüğü yaşaması sebebiyle 33 kişinin verileri dışlanmıştır. İleride yapılacak çalışmaların daha büyük örneklerle ve klinik görüşmelerle yürütülmesi bu alanda daha sağlıklı bilgilere erişmemize olanak sağlayacaktır.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen bulgular postpartum depresyonun çok sayıda etmenle ilişkili olduğunu desteklemektedir. Gevşeme egzersizlerinin stresle baş etmede oldukça yararlı olduğu bilinmektedir. Gevşeme egzersizinin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu pek çok araştırmada saptanmıştır (Avcıbay, 2009). Düzenli gevşeme egzersizlerinin yanında kadınların ihtiyaçlarına uygun grup ya da bireysel psikolojik eğitimlerin postpartum depresyon riskini azaltmada etkili olacağı düşünülmektedir. Önleyici çalışmalarda yalnızca doğum korkusuna odaklanmak yerine doğum sonrası günlük yaşama uyum sağlama gibi doğum sonrasına yönelik de psikoeğitimler verilmelidir. Ayrıca eğitimin, gerekli sosyal desteğin oluşturulabilmesi için aileleri, kadın doğum uzmanlarını ve yardımcı sağlık personellerini de kapsayacak nitelikte yapılandırılmasıyla daha işlevsel olacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda aşk evliliği yapanlarda postpartum depresyon daha fazla görülmüştür. Literatürde benzer çalışmalara rastlanamamıştır. Bu bulgudan yola çıkarak evlilik şekilleri ve postpartum depresyon ile ilişkili faktörleri incelemeye yönelik araştırmalar yapılabilir.

## KAYNAKLAR

Akbaş, A. Vırit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, H., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45 (3), 9–13.

Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth*, 25(3), 37–43.

Altun, Y., Probe, A., (2013), Küretajda uygulanan sedasyonda esmolol'un kullanılan propofol dozuna etkisi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 27 (3), 131-134.

Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal elkitabı. Dördüncü baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviri editörü Köroğlu, E. Hekimler yayın birliği, Ankara, 1998, 2: 185.

Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B. (1983). Experience of delivery in women. With and without antenatal fear of childbirth. *Gynecologic Obstetric Investigation Journal*, 16 (1), 1–12.

Arısan, K. (1989). Doğum bilgisi. Çeltüt matbaacılık, 3.baskı, 1: 368–402.

Arısan, K. (1989). Doğum bilgisi. Çeltüt matbaacılık, 3.baskı, 2: 1430–1436.

Arsıntaş, H., Ergin, F., Balkaya, N. A. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3), 13–22.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E., Bem, D. Hoeksema, S. N. (1953). Psikolojiye giriş, (Çev., Alogan, Y.). Arkadaş yayınevi, (2006). Ankara, 3: 539-540.

Avcıbay, B. (2009). Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. 23, 62, Adana.

Aydın, M., Şenol, K.D., Erdoğan, S. (2014). Sezaryen ile doğum yapacak kadınların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1): 54–58.

Ayvaz, S., Hocoğlu, Ç., Tiryaki, A., Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 243–251.

Beilin, Y. (2002). Advances in labor analgesia. *Mount Sinai Journal Medicine*, 69: 38–44.

Bernazzani, O., Saucier, J., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 46: 39–49.

Bingöl, Y. T., Tel, H. (2007). Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3), 1–5.

Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151: 979–986.

Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hospital Psychiatry*, 28 (1), 3–8.

Bowen, A., Muhajarine, N. (2006). Antenatal Depression, *Canadian Nurse Journal*, 102: 26–30.

Bödecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne, Nemeth, M., Sandor, J. (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample. *Orvosi Hetilap Journal*, 150: 1888–1893.

Burgut, F., T., Bener, A., Ghuloum, S., Sheikh, J. (2013). A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *Journal Psychosomatic Obstetrics Gynecology*, 34 (2), 90–97.

Cebeci, A. S., Aydemir, Ç., Göka, E. (2010). Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişki. *Kriz Dergisi*, 1: 11–18.

Chung, S.S., Yoo, I.Y., Joung, K.H. (2013). Postpartum blues among korean mothers: A structural equation modelling approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22 (4), 359–367.

Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal Health Psychology*, 14: 27–35.

Corey, G., (1982). Theory and sychottherapy. California brooks / Cole publishing company. 2: 171-175.

Cox, J.L, Holden, J. M. and Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item. Edinburgh posnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782–786.



Çağın, Ö. (2005). Doğum sonrası depresyonun etiyolojisinin biyopsikososyal bakış açısından değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8 (16), 55–71.

Çağlar, U. A. (2006). Hastanemizdeki doğan prematüre bebek doğum oranı ve annelerindeki risk faktörleri. Yayınlanmış uzmanlık tezi. İstanbul, 18.

Çalık, Y. K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 142–162.

Çivili, D. (2005). Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 32–46.

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

Ding, T., Wang, D. X., Qu, Y., Chen, Q., Zhu, S. N. (2014). Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: A prospective cohort study, *Anesthesia & Analgesia Journal*, doi: 10.1213/ANE.000000000000107.

Edirne, S. (2007). Ağrı. Nobel tıp kitabevi, 1: 30–106, İstanbul.

Efe, Y.Ş., Taşkın, L., Eroğlu, K. (2009). Türkiye’de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *Journal of the Turkish German Gynecological Sociation*, 10: 14–20.

Engindeniz A. N., Küey, L., Kültür, S. (1997). Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları–I Kitabı*. Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara, 51–52.

Erdem, Ö., Bucaktepe, E. G. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39 (3): 458–461

Eren, T. İ. (2007). Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri. Yayınlanmış uzmanlık tezi. İstanbul, 3–64.

Ertem, G., Sevil, Ü. (2005). Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8: 117–123.

Fairbrother, N., Woody, S., R. (2007). Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder, *Journal Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 28 (4), 239–242

Faisal – Cury, A., Menezes P.R., Tedesco, J. J., Kahalle S., Zugaib, M. (2008). Maternity blues: Prevalence and risk factors. *Span Journal Psychology*, 11 (2): 593, 599.

Figueiredo, B., Pacheco, A., and Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult portuguese mothers. *Archives Womens Mental Health*, 10: 103–109.

- Gonidakis, F. (2007). Maternity blues. *Psychiatrike Journal*, 18(2), 132–142.
- Gökdeniler, S., Say, L., Bulut, A., Güngör, A., K., Kalaça, Ç., Ortaylı, N., Turan, J., M. (2005). Doğuma hazırlık. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, 2: 2–3.
- Gözükara, F., Eroğlu, K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–46.
- Gözüyeşil, E.Y., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3:40–66.
- Gross K.H., Wells C.S., Radigan-Garcia A., Dietz P.M. (2002). Correlates of self-reports of being very depressed in the months after delivery: Results from the pregnancy risk. *Assessment Monitoring System. Maternal and Child Health Journal*, 6 (4), 247–253
- Gül, N. (2008). Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması, Yayınlanmış uzmanlık tezi. İstanbul, 6, 13.
- Gümüş, B. A., Keskin, G., Alp, N., Özyar, S., Karsak, A. (2012). Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *New Symposium Journal*, 50 (3), 145–154.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, (TNSA- 2008) Ana Rapor Verileri.
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların Doğum Şekillerini Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 20 (3), 210–218.
- Kayhan, Z. (2004). Lokal / bölgesel anestezi yöntemleri, klinik anestezi, Logos yayıncılık, 3: 524–89, İstanbul.
- Kayhan, Z. (2007). Klinik anestezi. Logos yayıncılık, 3: 510–530, İstanbul
- Kocamanoğlu, B., Şahin, R. A. (2011). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12; 226–232.
- Kosinska-Kaczynska K., Horosz, E., Wielgos, M., Szymusik, I. (2008). Affective disorders in the first week after the delivery: Prevalence and risk factors, *Ginekologia Polska Journal*, 79(3), 182–185.
- Körükçü, Ö., Kukulu, K., Firat, M. Z. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the wijma delivery expectancy / experience questionnaire (W-DEQ) with pregnant women, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 193–202.

Köroğlu, E. (2006). Depresyon nedir? Nasıl baş edilir? Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Hekimler yayın birliği yayıncılık, 2:196,198.

Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23 (1), 61–64.

Lau, Y., Keung, D., W., F. (2007). Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science Medicine*, 64: 1802–1811.

Leblebici, H. (2006). Hasta kontrollü epidural teknik ile doğum analjezisi. Yayınlanmış uzmanlık tezi, İstanbul, 18.

Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression postnatal depression and parenting stress. *Biomed Central Psychiatry*. 8: 24, doi: 10.1186/1471-244X-8-24.

Lilford, R. J., Van Covan Coeverden de Groot HA, Moore, P. J. (1990). The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *British Journal of Obstetric Gynecology*. 97: 883–892.

Lockwood, C. J. (1995). The diagnosis of preterm labor and the prediction of preterm delivery. *Clinical Obstetrics Gynecology*, 38 (4), 675–687.

Mete, S. (2013). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 6 (2), 93–98.

Mikhail, M.S., Murray, M. J., Larson, C. P. (2002). Regional anesthesia, pain management. Morgan, G. E; ed. *Clinical Anesthesiology*. Los Angeles: The McGraw-Hill Companies; 5: 253–344.

Milgrom, J., Beatrice, G. (2003). Coping with the stress of motherhood: Cognitive and defence style of women with postnatal depression. *Stress and Health Journal*, 19: 281.

Nelson, W., Nelson. (2000). *Textbook of pediatrics*, 16.th ed., Saunders com., 93: 474-485.

Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesaryen section across sectional study at various of pregnancy in sweden. *Acta Obstetrica at Gynecologica*: 88: 807–813

Olçay, N. (2002). *Pediatri*. Nobel Kitabevi. 1(3), 326–340.

Özdemir, S., Marakoğlu, K., Çivi, S. (2009). Risk of postpartum depression and affecting factors in Konya center, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5), 391–398.

Özyalçın, N., S. (2005). Spinal anestezi/analjezi uygulamaları. Erdine, S; ed. antral sinir blokları. Rejyonel Anestezi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 159–84.

Rahman, A., Bunn, J., Lovel, H., Creed, F. (2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115: 481–486.

Raisanen, S., Lehto, S., Nielsen, H., Gissler, M., Kramer, M., Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 Singleton births in Finland. *British Medical Journal*, 28; 3, 11.

Raisanen, S., Lehto, S., Nielsen, H., Gissler, M., Kramer, M., Heinonen, S. (2014). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: A population-based analysis of all singleton births in Finland İn 1997–2010. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 965–970.

Piacentini, D., Leveni, D., Primerano, G., Cattaneo, M., Volpi, L., Biffi, G., Mirabella, F. (2009). Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses. *Epidemiologia a Psichiatria Sociale*, 18(3), 214–220.

Pocan, A., G., Aki, O., E., Parlakgümüş, A., H., Gereklioğlu, C., Dolgun, A., B. (2013). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 46(2), 179–94.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26: 289–295.

Sayın, C., Berberoğlu, U., Varol, F. (2004). Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip eden gebelikte doğum şekli tercihi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 18: 82–88.

Sayiner, F. D., Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum,144. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, (2) 3, 143–144.

Seller, A. (2012). Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentileri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. Mersin. 1–85.

Selçuk, M., Y., Usman, M., G., Oktay, M., İstanbullu, A., Özdemir, Ö., Saraçoğlu, F. (2012). Postpartum Depresyonun Gebelikte Alman Kilo ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 19(4), 256–63.

Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: Hypnobirthing, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10 :2, 239–242. Denizli.

Sidebottom, A., C., Hellerstedt, W., L., Harrison, P., A., Hennrikus, D. (2014). An examination of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served. By urban community health centers. *Archives of Women's Health*, 17(1), 27–40.

Smith, J. A. (1999). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(3), 281–299.

Subaşı, B., Özcan H., Pekçetin S., Göker B., Tunç S., Budak, B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 2013;29(4):165–167.

Sungur, M. (1994). Kognitif görüş bağlamında depresyon ve antisipasyon. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 15–23.

Swendsen, J. D., & Mazure, C. M. (2000). Postpartum thyroiditis. *Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism*, 18(2), 303–316.

Şahin N., Dinç H., İşsiz M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40:57–62.

Şahin, H., N. (2009). Seksio – Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2: 3, İstanbul, 94–96.

Taşdemir, S., Kaplan, S., Bahar., A. (2006). Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 106–117.

Taşhan, F. (2007). Tekrarlayan erken gebelik kayıplarında maternal trombofiller. Yayınlanmış uzmanlık tezi. İstanbul, 7.

Terzioğlu, F. (2005). Ebeveynliğe hazırlanma ve doğum öncesi bakım. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara:151–179

Twaddle, V., Scoot, J. (1991). Depression. W. Dryden ve R. Rentoul (Ed.). *Adult Clinical Problems: A Cognitive Behavioural Approach* icinde (56–85). New York: Routledge.

Ulufur, F. (1992). Kürtaja başvuran kadınların kaygı durumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, İzmir, 356–357.

Ünal, A. (2008). 24–34. Haftalar arasında erken Doğum Tehdidi Tanısıyla Yatırılan Gebelerde Servikal Uzunluk Ölçümü Ve Servikal Uzunluğu  $\geq 15$  MM Olan Gebelere Uygulanan Tokolitik Tedavinin Etkinliğinin Araştırılması, Yayınlanmış uzmanlık tezi, İstanbul, 4.

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., & Faragher B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the maternal attitudes questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(4), 351–358

Weidner, K., Bittner, A., Pirling, S., Galle, M., Junge-Hoffmeister, J., Einsle, F., Stöbel-Richter, Y. (2013). Protective factors for postpartum depression. *Psychosomatic Medicine Psychotherapy*, 59(4), 391–407.

Wijma, K., Wijma, B., Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of the fear childbirth. *Journal Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 19:84–97.

Xie, R., H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals Epidemiology Journal*, 19:637-643

Yemez, B., Alptekin, P. (1998). Depresyon etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1: 21-25

Yeşinel, S. (2006). Çok düşük doğum ağırlıklı riskli prematürelere somatik gelişmelerine etki eden faktörler. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 4.

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31–42.

Yılmaz E., Kara M., Okumuş B., Aran E. (2008). Kliniğimizin dört yıllık sezaryen ve normal spontan vajinal doğum istatistiği. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5: 4, 253–257.

Zuckerman, B., Amaro, A., Bauchner, H., Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. *American Journal Obstetrics Gynecology*, 160: 1107–1111.

## **EKLER**

**ÖZEL ASYA TIP MERKEZİ BASHEKİMLİĞİ'NE**

Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı çerçevesinde, Doç. Dr. Ebru Şalcıoğlu yönetiminde “*Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi*” başlıklı tez çalışmasını yürütmek istemekteyim. Bu çalışma, doğum kaygısının postpartum depresyonla ilişkisini ve diğer önemli risk faktörlerinin etkisini kontrol ederek inceleme amacı taşımaktadır. Araştırma, postpartum depresyon riskini azaltma açısından önem taşımaktadır.

Katılımcılar gebelikleri süresince Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu ile doğum sonrasında ise Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ile değerlendirilecek. Araştırmaya gönüllü ve çalışmaya katılmaya bilgilendirilmiş onam veren 60 gebenin katılması hedeflenmektedir.

Araştırmanın Tıp Merkezinizin Kadın Doğum Polikliniğinde yapılabilmesi için gerekli izin ve yetkilendirmenin verilmesi hususunda, gereğinin yapılmasını bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

**Araştırmacı****Gamze KARABULUT****Sorumlu Araştırmacı****Haliç Üniversitesi Öğretim Üyesi****Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU****OLUR****15.01/2014**

Başhekim  
Op.Dr. Hakan SEVEN  
İhtisas No: 42258 - 56394



**ÖZEL ASYA TIP MERKEZİ**  
Tesis Kodu: 12345187  
**Opr. Dr. Hakan SEVEN**  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı  
İhtisas No: 42258 - 56394

Başhekim  
Op.Dr. Hakan SEVEN  
İhtisas No: 42258 - 56394





## EK 2. GEBELİK BİLGİ FORMU

Ad / Soyad:

Tarih:..../..../201...

1. Yaşınız:.....
2. Medeni durumunuz nedir?  
1) Bekar 2)Evli 3)Dul 4)Ayrılmış
3. Evliyseniz kaç yıldır?.....
4. Kaç yaşında evlendiniz?.....
5. Evlenme Şekliniz?  
1) Görücü usulü 2)Aşk 3)Akraba 4)Diğer.....
4. Doğum Yeriniz:.....
5. Eğitim durumunuz nedir?  
1) Okur-yazar değil 2)İlkokul 3)Lise 4)Üniversit 5)Yüksek Lisans 6)Doktora
6. Mesleğiniz nedir?  
1)İşçi 2)Memur 3)Ev hanımı 4)Serbest Meslek 5)Diğer.....(Belirtiniz)
7. Kaç haftalık gebesiniz?.....
8. Kaçınıcı gebeliğiniz?.....
9. Toplam düşük sayınız nedir?.....
10. Toplam küretaj sayınız nedir?.....
11. Yaşayan çocuk sayınız nedir?.....
12. Toplam ölü doğum sayınız nedir?.....
13. Çalışıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
14. Eşiniz çalışıyor mu? 1) Evet 2)Hayır
15. Ailenizin aylık gelir düzeyi ne kadardır?  
1) 0-500 TL 2)500-1000 TL 3)1000-1500 TL 4)1500TL ve üzeri
16. İlk adet yaşınız nedir?.....
17. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
18. Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
19. Daha önce Psikiyatrik tedaviyi gerektiren rahatsızlık yaşadınız mı?  
1)Evet 2)Hayır
- Evet ise nedir?.....
20. Daha önce depresyon geçirdiniz mi?  
1)Evet 2)Hayır

### Önceki Gebeliğe Ait Bilgiler

21. Son gebeliğiniz nasıl sonlandı?  
1) Normal Doğum 2)Düşük 3)Küretaj 4)Planlı Sezaryen 5)Zorunlu Sezaryen  
5)Ölü doğum
22. Önceki doğumunuzda komplikasyon (istenmeyen durum) geçirdiniz mi?  
1) Evet.....(belirtiniz)  
2)Hayır
23. Önceki gebeliğinizde herhangi bir tıbbi sorun yaşadınız mı?  
1)Evet.....(belirtiniz)  
2)Hayır
24. Önceki gebeliğiniz de ruhsal sorun yaşadınız mı?  
1) Evet.....(belirtiniz)  
2)Hayır
25. Bu ruhsal sorundan dolayı bir uzmandan yardım aldınız mı?  
1)Evet  
2)Hayır
- Varsa tanınızı belirtiniz.....

### Şuan ki Gebeliğe Ait Bilgiler

26. Şuan ki gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi? 1) Evet 2)Hayır
27. Gebeliğe bağlı olmayan tıbbi bir hastalığınız var mı?  
1) Evet.....(belirtiniz)  
2)Hayır
28. Gebeliğe bağlı sağlık sorununuz var mı?  
1)Evet.....(belirtiniz)  
2)Hayır
29. Gebeliğinizde sigara kullandınız mı?  
1)Evet 2)Hayır
30. Gebelikte psikolojik yardım aldınız mı?  
1)Evet 2)Hayır
31. Gebelikte kaç kilo aldınız?.....
32. Bu doğumunuzda hangi doğum şeklini tercih etmek istiyorsunuz?  
1) Normal 2)Sezaryen
33. Şuan gebeliğinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?  
1)Çok Memnunum 2)Memnunum 3)Biraz Memnunum 4)Memnun değilim  
5)Hiç Memnun Değilim

34. Gebelikten dolayı günlük aktivitelerinizin kısıtlandığını düşünüyor musunuz?  
1)Hiçbir zaman 2)Bazen 3)Çoğu zaman 4)Her zaman
35. Gebelikten dolayı cinsel yaşamınız olumsuz etkilendi mi?  
1)Hiçbir zaman 2)Bazen 3)Çoğu zaman 4)Her zaman
36. Doğuma yönelik endişeleriniz nasıldır?  
1) Hiç endişeli değilim 2)Ara sıra endişelenirim 3)Çoğu zaman endişe duyarım  
4)Her zaman endişeliyim
37. Bebeğiniz doğduktan sonra kendinize zaman ayıramayacağımı ve eski yaşamıma geri dönemeyeceğinizi düşünür müsünüz?  
1)Hiçbir zaman 2)Bazen 3)Çoğu zaman 4)Her zaman
38. Bebeğiniz doğduktan sonra eşinizle ilişkinizin eskisi gibi olmayacağını düşünür müsünüz?  
1)Hiçbir zaman 2)Bazen 3)Çoğu zaman 4)Her zaman

### Aileye Ait Bilgiler

39. Ailenizde ya da yakın akrabalarınızda Psikiyatrik hastalığı olan var mı?  
1)Evet 2)Hayır
40. Aile ya da akrabalarınızda depresyon geçiren oldu mu?  
1).Evet 2.)Hayır 3)Bilmiyorum
41. Eşiniz gebe olmanızı nasıl karşılıyor?  
1)Çok Memnun 2)Memnun 3)Kararsız 4)Memnun değil  
5)Hiç memnun değil
42. Eşinizle ilişkiniz nasıldır?  
1)Çok kötü 2) Kötü 3).Fena değil 4) İyi 5) Mükemmel
43. Ailenizden ne kadar manevi destek görüyorsunuz?  
1) Hiç 2)Biraz 3)Çok 4)Oldukça fazla

## DOĞUM SONRASI BİLGİ FORMU

Ad/ Soyad:

Tarih:

Doğum sonrası kaçınıcı hafta ya da aydasınız?:.....

<p>1. Doğum sürecini nasıl tanımlarsınız? 1. Çok zor ve çok kötüydü. 2. Oldukça zor ve kötüydü 3. Biraz zordu 4. Rahat ve kolaydı 5. Çok rahat ve çok kolaydı</p> <p>2. Sağlıklı bir çocuk dünyaya getirdiniz mi?.....</p> <p>3. Günlük yaşamınıza dönmekte zorlandınız mı? 1)Evet 2)Hayır</p> <p>4. Doğum şekliniz? 1)Normal Doğum (Epidural) 2)Normal Doğum 3)Sezaryen Doğum (İsteğe bağlı) 4) Sezaryen doğum isteğe bağlı (spinal) 5)Plansız Sezaryen Doğum 6)Vakum/forceps</p> <p>4. Doğum sonrası herhangi bir tıbbi sorun yaşadınız mı? (lütfen belirtiniz) .....</p> <p>5. Doğum sonrası herhangi bir psikolojik sorun yaşadınız mı? (lütfen belirtiniz) .....</p> <p>6. Bebeğinizi ilk emzirme deneyiminiz nasıldı? 1)Sütüm gelmedi ve emziremedim 2)Sütüm geldi, emziremedim 3)Sütüm geldi emzirdim</p> <p>7. Annelik rolüne uyum sağlayabildiniz mi? 1)Hiç uyum sağlayamadım 2)Biraz uyum sağladım 3)Genel olarak uyum sağladım 4)Çok iyi uyum sağladım</p>
---



**II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**

8	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	güçsüz					güçsüz değil
9	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	güvende					güvende değil
10	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Bağımlı
	bağımsız					
11	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç umutsuz
	umutsuz					değil
12	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Gerginlik
	gergin					yok
13	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	memnun					memnun değil
14	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	hoşnut					hoşnut değil
15	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	terkedilmiş					terkedilmemiş
16	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Tamamen					Hiç
	kendine hakim					kendine hakim değil
17	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	rahat					rahat değil
18	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	mutlu					mutlu değil.







#### EK 4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Ad/Soyad:

Tarih:

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.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

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

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

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

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

Son 7 gündür;
5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum
<input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman
<input type="checkbox"/> Evet, bazen
<input type="checkbox"/> Çok sık değil
<input type="checkbox"/> Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;
6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
<input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
<input type="checkbox"/> Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
<input type="checkbox"/> Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
<input type="checkbox"/> Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;
7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum
<input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman
<input type="checkbox"/> Evet, bazen
<input type="checkbox"/> Çok sık değil
<input type="checkbox"/> Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;
8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum
<input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman
<input type="checkbox"/> Evet, bazen
<input type="checkbox"/> Çok sık değil
<input type="checkbox"/> Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;
9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum
<input type="checkbox"/> Evet, çoğu zaman
<input type="checkbox"/> Evet, oldukça sık
<input type="checkbox"/> Çok seyrek
<input type="checkbox"/> Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

## ÖZGEÇMİŞ

Lisans eğitimini 2011 yılında Haliç Üniversitesi Psikoloji bölümünde tamamlamıştır. Mezuniyet sonrası 1 yıl süreyle özel bir anaokulunda Sorumlu Müdür ve Kurum Psikolog'u olarak görev yapmıştır. Ardından 1,5 yıl Gaziosmanpaşa'da Özel Asya Tıp Merkezi'nde Psikolog olarak çalışmıştır. Şuan Baypampaşa Özel Baypark Hospital'da görevini sürdürmektedir.